

*Конференция посвящается 105-летию  
учреждения Российской противэпилептической Лиги  
и 140-летию со дня рождения первого нейрохирурга России  
профессора Л.М. Пуссена*



# ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НЕЙРОНАУК

## СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Санкт-Петербург  
2015



## ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ТЕРАПИИ НА ИСХОДЫ СИНДРОМА ВЕСТА

Фарносова М.Е., Жарикова Т.Ф., Зайкова Ф.М., Гамирова Р.Г.

*КФУ,  
КГМА,  
ДГБ №8,  
г. Казань*

**Цель исследования.** Изучить влияние раннего и позднего начала лечения синдрома Веста на исходы терапии синдрома Веста.

**Материалы и методы.** Ретроспективное обсервационное исследование проведено на базе ГАУЗ «ДГБ № 8 г. Казани» с использованием фармакоэпидемиологических методов. Статистические функции реализованы при помощи пакета программ статистического модуля программы Excel пакета MS Office 2010. «Ранним началом лечения» считали лечение, начатое в течение 1 месяца от момента появления припадков. «Поздним лечением» – терапию, начатую через 1 месяц и более от момента появления припадков. В качестве благоприятного исхода использовали показатель: число пациентов с полным отсутствием приступов через 2 месяца, 6 месяцев и 1 год от начала лечения. Для исходов рассчитывали показатели отношения рисков (ОР) и их доверительные интервалы (ДИ) с использованием программы Revmap 5.3 Software, сравнивая их при раннем и позднем начале лечения. При статистической обработке результатов достоверными считали различия при  $P < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Мы проанализировали 150 медицинских карт учета детей с установленным диагнозом синдром Веста. Гендерное распределение пациентов с синдромом Веста было с некоторым преобладанием мальчиков: 93 (62%) ребенка мужского пола и 57 (38%) – женского пола. Длительность заболевания детей с синдромом Веста составила не менее 3,5 лет. Средний возраст детей на момент проведения анализа – 6 лет, от 4 лет (min) до 14 лет 5 месяцев (max).

Всех детей разделили на 4 группы: в группу I А включены дети с синдромом Веста, начавшие терапию с включением в схему лечения тетракозактида (синактена-депо) в течение 1 месяца от начала появления припадков (30 человек). В группу I В вошли дети, начавшие терапию тетракозактидом (синактеном-депо) позже 1 месяца от начала появления припадков (60 человек). В группу II А включили детей, которых лечили любыми вариантами противосудорожных средств в виде моно – или политерапии, исключая тетракозактид, с началом терапии в течение первого месяца от момента начала инфантильных спазмов (22 человека). В группу II В вошло 38 человек, лечение которых проводилось без применения тетракозактида и было начато позже 1 месяца от начала инфантильных спазмов. Дети в группах были сравнимы по возрасту, полу, гестационному сроку рождения, неврологическому статусу и тяжести заболевания.

Сравнительный анализ эффективности лечения детей с синдромом Веста с включением в схему терапии тетракозактида и без него при оценке через 2 месяца, 6 месяцев показал, что число детей, находящихся в ремиссии было больше в группе I А по сравнению с II А: ОР = 2.11; 95% ДИ [1.17, 3.79];  $P = 0,01$ ; ОР = 1.79; 95% ДИ [1.04, 3.10];  $P = 0,04$ ;  $P = 0,15$ ; соответственно; а также в эти же сроки больше в группе I В по сравнению с группой II В: ОР = 5.83; 95% ДИ [2.54, 13.34];  $P = 0,0001$ ; ОР = 0.96; 95% ДИ [0.74, 1.24];  $P = 0,74$ ; ОР = 1.00; 95%



ДИ [0.75, 1.33];  $P = 1,00$ ; соответственно. При анализе через 1 год терапии различия в числе пациентов, находящихся в ремиссии между пациентами, использовавшими тетракозактид и теми, кто лечился без него, не было:  $OR = 0.81$ ; 95% ДИ [0.61, 1.08],  $P = 0,15$  для группы I A по сравнению с II A;  $OR = 1.11$ ; 95% ДИ [0.83, 1.49],  $P = 0,49$  для группы I B по сравнению с II B.

Эффективность тетракозактида в группе I A (раннее начало лечение) и группе I B (позднее начало лечение) через 2 месяца, 6 месяцев и 1 год от начала лечения была сравнима:  $OR = 1.00$ ; 95% ДИ [0.79, 1.27];  $P = 1,00$ ;  $OR = 0.96$ ; 95% ДИ [0.74, 1.24];  $P = 0,74$ ;  $OR = 1.00$ ; 95% ДИ [0.75, 1.33];  $P = 1,00$ ; соответственно.

Число пациентов, находящихся в ремиссии, у которых не использовали тетракозактид, при оценке лечения через 2 месяца, 6 месяцев и 1 год от начала терапии оказалось больше в группе II A (раннее начало лечение) по сравнению в группе II B (позднее начало лечение):  $OR = 2.76$ ; 95% ДИ [1.03, 7.41];  $P = 0,04$ ;  $OR = 1.62$ ; 95% ДИ [1.01, 2.59];  $P = 0,04$ ;  $OR = 1.37$ ; 95% ДИ [1.02, 1.84];  $P = 0,04$ ; соответственно.

**Выводы.** 1. Лечение синдрома Веста с использованием тетракозактида было более эффективно через 2 и 6 месяцев от начала терапии по сравнению с лечением другими противосудорожными средствами без его включения. 2. Исходы лечения детей с синдромом Веста тетракозактидом не зависели от времени начала терапии. 3. В группах детей без применения тетракозактида раннее начало лечения (до 1 месяца от возникновения припадков) приводило к большему числу пациентов, достигших ремиссии, по сравнению с поздним началом лечения (через месяц и позже от инициации припадков).

## ВЛИЯНИЕ ОТМЕНЫ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ И ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ У КАНДИДАТОВ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Фейгина А.А., Виноградов О.И., Зуев А.А.

*НМХЦ им. Н.И. Пирогова,  
Москва*

**Цель.** Проанализировать влияние отмены противосудорожной терапии на клиническую и энцефалографическую картину приступов при прехирургическом обследовании пациента с фармакорезистентной формой эпилепсии.

**Материалы и методы.** В исследование включено 17 пациентов (10 мужчин, 7 женщин), в возрасте от 20 до 47 лет (средний возраст  $33,6 \pm 13,4$  лет) с диагнозом «Парциальная эпилепсия», которым проводился видео-ЭЭГ-мониторинг с записью приступов. 16 пациентов (94%) получали политерапию, в т.ч. 10 пациентов (59%) – двумя препаратами (преимущественно комбинация карбамазепина или вальпроата натрия с препаратами «нового» поколения – у 9 пациентов (53%), у 1 пациента (6%) комбинация ламотриджин+леветирацетам); у 6 пациентов (35%) – комбинацию из 3-х препаратов; 1 пациентка (6%) получала монотерапию фенобарбиталом. Стартовая частота приступов варьировала от 0,25 до 1 раза в неделю У 5 пациентов регистрация проводилась без отмены противосудорожных препаратов (ПЭП). 6 пациентам потребовалась полная отмена терапии. Скорость снижения суточной дозы варьировала от 2 до 7 суток и зависела от стартовых доз противосудорожных препа-