

Редактор рубрики – Алла ХАДЗЕГОВА, доктор медицинских наук, профессор
Научный редактор – Елена ЮЩУК, доктор медицинских наук, профессор
Медицинский редактор – Александр РЫЛОВ, кандидат медицинских наук

Диагностика и лечение эпилепсии у детей



День борьбы с эпилепсией будет отмечаться в России и во всех развитых странах мира 14 февраля этого года. О том, какие мероприятия традиционно проходят в этот день, а также о наиболее острых клинических и фармакоэкономических проблемах борьбы с эпилепсией у детей, медицинский редактор «МВ» Александр Рылов беседовал с директором Института детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки (Москва), профессором, доктором медицинских наук К.Ю. МУХИНЫМ.

— Константин Юрьевич, почему Международный день борьбы с эпилепсией отмечается именно 14 февраля?

— 14 февраля этого года в Европе, а также и в России, уже четвертый раз будет отмечаться День борьбы с эпилепсией. В этот день в первые века христианства родился святой Валентин, почитаемый Римско-католической церковью как покровитель больных эпилепсией. Для Русской православной церкви 14 февраля считается днем рождения святого Трифона, которого верующие также считают покровителем больных эпилепсией. Возможно, эти два святых были одним и тем же человеком.

— Какие мероприятия обычно проводятся в этот день?

— Традиционно в этот день в развитых странах проводятся не только научные форумы эпилептологов, но и мероприятия в рамках международной кампании под девизом «Эпилепсия — из тени». Ее основой являются, по-моему, очень добрые и полезные для больных мероприятия в духе средневековой гравюры, на которой святой Валентин с выражением сострадания и участия склоняется над девочкой, распростертой в состоянии эпилептического приступа. Подобные праздники обычно организуют эпилептологические клиники для детей, а также выступающие в роли спонсоров благотворительные фонды и фармацевтические компании. Например, наш институт традиционно проводит такие мероприятия вместе с компаниями — производителями антиэпилептических препаратов (АЭП) и общероссийским благотворительным фондом «Содружество». Он действует уже 14 лет и является единственной в нашей стране организацией помощи больным эпилепсией. Дети, страдающие этой болезнью, и их здоровые сверстники, родители которых работают в нашем институте и в фармацевтических компаниях, вместе проводят день отдыха: устраиваются концерты, совместные игры, развлечения, конкурсы и угощение для детей; ребята получают подарки, а также большое удовольствие, участвуя в ежегодно организуемом фондом «Содружество» конкурсе детского рисунка «Они такие же, как все, если им помочь», походах выходного дня, соревнованиях по боулингу. Идея таких мероприятий — показать здоровым детям и их родителям, что эпилепсия — отнюдь не страшное заболевание: мнение о его заразности, а также агрессивности и слабоумии всех больных является ложным. 14 февраля эпилептологи всего цивилизованного мира представляют своим согражданам доказательства того, что большинство больных эпилепсией

вообще могут и должны быть интегрированы в общество, а их дискриминация необоснованна, противозаконна и позорна.

— Что сегодня известно об этиологии эпилепсии?

— Мы знаем об этом уже довольно много благодаря успехам нейровизуализации и нейрогенетики, которые позволили объяснить причины возникновения многих форм этого заболевания, считавшиеся ранее совершенно непонятными. В результате на сегодняшний день нам уже в общих чертах известна этиология более половины из примерно 40 разных форм эпилепсии, представляющих собой разные заболевания и требующих различного лечения. Перечислю только основные причины возникновения этого заболевания. Эпилепсию могут вызывать, во-первых, органические поражения мозга, произошедшие еще во внутриутробном периоде, либо образовавшиеся вследствие родовой травмы. Во-вторых, причиной этого заболевания могут быть кортикальные дисплазии. Так называется аномальная миграция нейронов в процессе нейроонтогенеза, не нашедших свой корковый слой и превратившихся в зрелые нейроны там, где нервные клетки такого вида в здоровом мозге находиться не должны. Удельный вес генетического фактора в происхождении эпилепсии достаточно высок и связан с возникновением более чем половины случаев заболевания, особенно если эпилепсия началась в детском возрасте.

— В чем основные отличия эпилепсии у детей и взрослых?

— В 85% случаев эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте, а потому считается в основном педиатрическим заболеванием. Если у взрослых чаще всего встречается одна разновидность эпилепсии, так называемая симптоматическая фокальная эпилепсия, вызванная опухолями, инсультами, другими сосудистыми и нейродегенеративными поражениями мозга, то эпилепсия у детей представляет собой широкий спектр патологических состояний, включающий и упомянутые мной около 40 форм заболевания. Необходимо учитывать, что разные формы эпилепсии могут трансформироваться друг в друга, и среди них есть формы, никогда не встречающиеся у взрослых: как самые легкие, которые могут проходить без лечения, так и тяжелые, не поддающиеся никаким видам терапии.

— Сколько детей в России больны этим заболеванием?

— Примерно 1% российских детей и около 0,6% взрослых страдают эпилепсией. То есть

распространенность эпилепсии у взрослых почти в 2 раза ниже, чем у детей. Но частота эпилепсии у детей возрастет почти в 5 раз, если учитывать также фебрильные судороги, которые считаются пограничным состоянием, в некоторых случаях переходящим в эпилепсию.

— Верно ли, что у большинства детей эпилепсия проходит сама собой до начала полового созревания?

— В медицине прошлого века, когда возможности лечения эпилепсии были намного меньше, чем сегодня, считалось, что эта болезнь регрессирует безо всякого вмешательства врача примерно у 15% детей. Но сегодня обозначить подобную цифру очень сложно. Мы уже узнали достаточно о «коварстве» детской эпилепсии, то есть о существовании многих переходных и атипичных формах, о возможностях непредсказуемой трансформации легких форм в тяжелые и так далее, чтобы не переоценивать свои возможности в прогнозировании исходов этого заболевания. Поэтому сегодня, чтобы снизить риск прогрессирования заболевания и избавить ребенка от приступов, лечение проводится даже в таких случаях эпилепсии у детей, которые предполагают вероятность самопроизвольного выздоровления. В целом по мировой статистике 65% детей (а по данным нашего института — 63%) избавляются от эпилепсии до достижения половой зрелости. Этот показатель включает преимущественно те случаи, в которых помогло лечение, и некоторые формы, при которых возможно выздоровление без лечения.

— Вы говорили, что при эпилепсии у детей есть и очень тяжелые случаи.

— Действительно, примерно 15% пациентов с эпилепсией не поддаются никакому лекарственному лечению, и для этих детей используются так называемые альтернативные методы: хирургическая резекция эпилептогенных структур мозга, кетогенная диета, стимуляция блуждающего нерва. На сегодняшний день лечение эпилепсии у детей в развитых странах позволяет добиться результата, который еще в 1970—80-х годах показался бы фантастическим. Более 50% наших пациентов не имеют психических нарушений, хотя и не каждого такого ребенка удается полностью избавить от приступов. Затем, есть группа примерно 35% детей, у которых, несмотря на лечение, сохраняются пограничные, нетяжелые нарушения, например гиперактивность. Подобные расстройства не мешают многим из них учиться в обычных школах. Однако у

15% детей с эпилепсией психические нарушения являются тяжелыми, несмотря на лечение.

— Как устанавливается диагноз эпилепсии у детей, есть ли отличия от взрослых пациентов?

— Из-за того, что «детская эпилепсия» намного разнообразнее и сложнее в своих проявлениях, чем «взрослая», детям и диагнозу установить сложнее, и диагностические ошибки встречаются чаще. Как эпилептолог-клиницист и преподаватель медицинского вуза с 30-летним стажем скажу, что главная причина таких ошибок — неумение или нежелание врача тщательно собрать анамнез, обдумать его и установить предварительный диагноз, максимально приближенный к окончательному.

Это позволяет упростить и удешевить лабораторный и инструментальный диагностический поиск, а значит, и сделать его доступным для пациента, что исключительно важно при эпилепсии — болезни с достаточно дорогой диагностикой и лечением. В создании и новых АЭП, и высокотехнологических методов диагностики эпилепсии за последние четверть века произошла подлинная революция. И, к сожалению, немногие из ее достижений по причине недостаточного финансирования отечественного здравоохранения доступны на сегодняшний день нашим пациентам. Особенно это относится к детям, так как диагностика эпилепсии у детей, как правило, требует привлечения более сложных и дорогих приемов, чем у взрослых. Например, в государственных ЛПУ детям и взрослым бесплатно выполняются в подавляющем большинстве «рутинная» ЭЭГ и «обычная» МРТ, причем чувствительности этих методов во многих случаях бывает достаточно для установления диагноза у взрослых. Что же касается детей, то в западных странах стандартными исследованиями для детей с эпилепсией признаны видео-ЭЭГ мониторинг (ВЭМ) и МРТ высокого разрешения (ВР-МРТ) с напряженностью магнитного поля не менее 1,5 Тесла (оптимально — 3 Тесла). Оба этих метода на несколько порядков чувствительнее обычных ЭЭГ и МРТ. Стоимость ВЭМ и ВР-МРТ в частных клиниках, где сегодня кроме этих методов применяются также и почти все остальные современные эпилептологические обследования, составляет примерно 8—10 тысяч рублей (ВЭМ) и 15 тысяч рублей (ВР-МРТ) за каждое обследование.

► окончание на стр. 10

◀ начало на стр. 9

— Не могли бы вы привести примеры современных инструментальных методов в диагностике эпилепсии у детей?

— В качестве первого примера приведу видео-ЭЭГ мониторинг. Это исследование длительностью от нескольких часов до нескольких суток представляет собой синхронную регистрацию ЭЭГ и видеоизображения ребенка. Фиксируемые на видео-записи двигательные реакции, например ночные вздрагивания, при расшифровке сопоставляются с изменениями на записи ЭЭГ. В результате с высокой точностью мы можем понять, были ли на самом деле «эпилептическими» как поведенческие проявления, так и изменения электрической активности мозга. С помощью ВЭМ можно не только доказать и обосновать диагноз эпилепсии и уточнить форму эпилепсии и тип приступов, но и провести дифференциальный диагноз между эпилептическими и неэпилептическими состояниями, такими как парасомнии, синкопальные состояния, конверсионные приступы, стереотипии, дистонические атаки и другие; а главное — выбрать наиболее эффективную схему антиэпилептической терапии. Ведущие эпилептологические центры западных стран были оснащены ВЭМ-оборудованием еще в начале 1990-х годов. В России же впервые этот метод внедрили в клиническую практику мы (К.Ю. Мухин, Л.Ю. Глухова и М.Б. Миронов) в 1994 году на базе 6-й детской психиатрической больницы Москвы. Прибор для ВЭМ был приобретен за границей благодаря личной спонсорской помощи генерала-лейтенанта Льва Яковлевича Рохлина (1947—1998).

— Каковы особенности лечения эпилепсии у детей?

— Начну с самого главного. Бесспорный приоритет в фармакотерапии детской эпилепсии — это эффективность препаратов, а переносимость стоит на втором месте. Не скрою, что проблема побочных эффектов АЭП и сегодня весьма актуальна. Но, к счастью, мы прошли огромный путь в ее решении со времени появления первых лекарств для лечения эпилепсии в начале XX столетия, нередко приводивших к серьезнейшим осложнениям. В настоящее время каждое новое поколение современных АЭП становится все более безопасным в применении.

— Тем не менее, Константин Юрьевич, эпилепсия — это ведь не онкологическое заболевание. Оправдана ли столь категоричная позиция?

— Все же тот постулат, который я озвучил, является общепризнанным в детской эпилептологии. Предельно интенсивная фармакотерапия, и если она оказывается безрезультатной — скорейшее начало альтернативного лечения (включая прежде всего нейрохирургические методы — резекцию эпилептогенного очага в головном мозге). Такая стратегия во многих случаях позволяет избежать развития эпилептической энцефалопатии, результатами которой могут быть прогрессирующее снижение интеллекта, а также глубокие личностные и психические нарушения. В совокупности данные нарушения могут превратить ребенка в тяжелейшего инвалида, вычеркнутого из общества, обреченного на одинокую, несчастную жизнь. К тому же риск суицида у таких пациентов в несколько раз выше, чем средний показатель в популяции сверстников. На нашем профессиональном лексиконе мы говорим: «Нельзя дать приступам забить ребенка».

— Итак, вы обозначили стратегию лечения эпилепсии. А что можно сказать о «растийских» проблемах в условиях российского здравоохранения?

— Поскольку детская эпилепсия намного разнообразнее и труднее для лечения, чем

эпилепсия у взрослых, хотелось бы, чтобы и арсенал доступных к применению у детей АЭП был как можно шире. В то же время многие взрослые лекарства, и особенно препараты новых поколений, еще не зарегистрированы для применения у детей. Отчасти это оправдано. Ведь клинические испытания с участием детей — очень сложная, ответственная, многолетняя работа. Тем не менее многие эпилептологи считают, что процессы регистрации АЭП у детей неоправданно затягиваются, регулирующие органы проявляют излишнюю осторожность и это вредит нашим пациентам. От нехватки законодательно разрешенных к использованию детских АЭП страдают не только российские врачи. Например, в детских эпилептологических клиниках Германии до 75% препаратов назначают как не разрешенные официально в педиатрической практике.

— А в нашей стране такие действия врача строго запрещены?

— Не запрещены, но и не разрешены. Причем сложился некий «международный» выход из положения, к которому прибегают и отечественные эпилептологи. Не в качестве стартовой терапии, а только в случаях полной резистентности ребенка к уже разрешенным в стране детским АЭП, врач, получив так называемое информи-

вынуждены доплачивать за антиэпилептические препараты в среднем 5—10 тысяч рублей каждый месяц (а во многих случаях стоимость лечения ребенка для родителей еще выше).

— Как долго продолжается такое лечение?

— Пациенты принимают антиэпилептические препараты как минимум 2,5 года, в среднем — 3—5 лет. Современные АЭП нужно принимать обычно 2 раза в сутки (иногда 3 раза, для некоторых препаратов — достаточно однократного приема в сутки). Прием антиэпилептических препаратов требует строжайшей дисциплины пациента (препараты нужно принимать регулярно, примерно в одно время суток, пропуск приема препарата недопустим). Если состояние больного улучшается и приступы проходят, в среднем через 3 года начинается постепенное снижение дозы. Полная отмена лекарств обычно занимает 1—2 года. Дозировка всех детских АЭП рассчитывается на 1 кг веса ребенка. Выбор препарата первой линии определяется прежде всего международными и национальными рекомендациями. Российских рекомендаций в педиатрической практике еще нет, однако они находятся в процессе разработки. Но если первый препарат выбора не принес результата, эпилептолог начинает подбирать лекар-

В 85% случаев эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте, а потому считается в основном педиатрическим заболеванием

рованное согласие родителей, применяет одно из лекарств, разрешенных у взрослых пациентов. Такая тактика лечения — это не «путь по целине». Лечащий эпилептолог обычно опирается на зарубежные и отечественные публикации, описывающие случаи успешного применения данного препарата у детей.

— Какие проблемы в практике детских эпилептологов характерны именно для нашей страны?

— Начну с самой досадной. В РФ на сегодняшний день доступно примерно на четверть меньше АЭП для лечения детей, чем нашим западным коллегам. Во многом виноват недавно принятый карательный закон, ограничивший применение бензодиазепинов, отнесенных к наркотическим препаратам. Но на сегодняшний день не известны другие лекарства, кроме препаратов бензодиазепинового ряда, которые эффективно купируют затяжной эпилептический приступ и эпилептический статус. Эпилептический статус — это грозное и нередко угрожающее жизни состояние, при котором эпилептические приступы следуют один за другим, и в промежутках больной не приходит в сознание. От «бензодиазепинового закона» особенно пострадали дети, получающее амбулаторное лечение. В нашей стране теперь запрещено иметь дома и использовать ректальный диазепам, который родители вводят ребенку с помощью микроклизмы. Во всем мире это самый распространенный и действенный способ снятия приступа в домашних условиях.

По доступности антиэпилептических препаратов мы значительно отстаем от западных стран. В Германии такие лекарства, как и все остальное лечение и диагностика эпилепсии, бесплатны для ребенка. В России же в федеральный список льготного лекарственного обеспечения включены устаревшие АЭП или дженерики, тогда как для лечения детей лучше всего применять оригинальные лекарства. Родители, которые хотят обеспечить ребенку современное и качественное лечение, в нашей стране

2-й, 3-й и последующих линий, тут он в большей степени опирается на собственный опыт, опыт клиники, в которой работает, на данные медицинских публикаций. Реабилитационные мероприятия, а именно занятия с логопедом, психологом и дефектологом, необходимы для тех детей с эпилепсией, получающих фармакотерапию, у которых также есть задержка развития или трудности обучения (примерно в 35—40% случаев). Убежден, что именно результативность антиэпилептической фармакотерапии на 90% определяет успех лечения ребенка в целом.

— Еще в начале беседы вы заговорили об интеграции детей, страдающих эпилепсией, в коллективы школ и детских садов. Не могли бы остановиться на этой теме подробнее?

— Едва ли не каждый день, когда я консультирую детей, страдающих эпилепсией, я слышу от родителей жалобы на то, что директор школы или детского сада отказывается под любыми предлогами принять сына или дочь в эти учреждения; или ребенка требуют забрать из школы или детского сада после развития у него даже короткого и нетяжелого эпилептического приступа. И это несмотря на то, что родители предъявляют администрации детских учреждений заключение лечащего эпилептолога, согласно которому ребенок может учиться в обычной школе или посещать детский сад! Подчеркну, что и результаты моего обследования таких детей подтверждают: они никак не нарушат учебный процесс и вполне могут быть включены в коллектив сверстников.

— Подобная жестокость и невежество по отношению к инвалидам в нашей стране проявляются только в школах и детских садах?

— Это происходит повсеместно. Несколько лет назад я читал лекции для врачей города Якутска и консультировал больных детей этого города. Встретил там много образованных, заинтересованных детских неврологов, да и много, как гово-

рится, добрых, хороших людей. Тем не менее именно в этом городе милиционеры одного из микрорайонов на протяжении двух лет 8 раз избивали подростка из культурной семьи (всегда прилично одетого и не употребляющего спиртного), принимая его за пьяного, когда у него возникали эпилептические приступы на глазах «стражей порядка». Один раз в результате побоев у юноши образовалась внутримозговая гематома. Приведу и пример «полицейских мероприятий» иного рода. Это случилось в Германии. Я сопровождал пациента, который должен был поступить на стационарное лечение в нейрохирургическое отделение. На пешеходном переходе одной из оживленных улиц у пациента возник продолжительный и тяжелый приступ, в результате которого невозможно было быстро перенести больного с проезжей части. Образовалась большая пробка. Водители подходили к нам, спрашивали, не нужна ли помощь. Я не услышал ни одного упрека, ни одной сердитой реплики. Вскоре подъехали полицейские. Я объяснил им, что я врач и смогу сам купировать приступ. Полицейские подождали, пока состояние больного улучшилось, и отвезли нас в гостиницу, фактически работая «как бесплатное такси».

— Как вы считаете, почему в западных странах отношение к больным эпилепсией лучше, чем в России?

— В западных странах значительно выше общая культура населения и культура отношения к инвалидам. К тому же законодательство развитых стран в отношении защиты прав таких пациентов более развито и применяется намного активнее, чем в России. Работники американской или западноевропейской школы, которые бы позволили себе, как это практикуется в России, изгнать из школы ребенка, страдающего нетяжелой формой эпилепсии, подверглись бы судебному преследованию с результатом вплоть до дисквалификации, а также решительному осуждению со стороны коллег и знакомых. Обидеть инвалида не только позорно, но и противозаконно — такова позиция цивилизованного общества.

— А нам остается только завидовать им?

— На самом деле и в нашей стране отношение к инвалидам постепенно улучшается, только происходит это гораздо медленнее, чем бы хотелось. Чтобы ускорить этот процесс, в дополнение к тем мероприятиям, которые будут проведены в рамках Международного дня борьбы с эпилепсией 14 февраля, необходимы и многие другие действия законодательной и исполнительной власти, общественных организаций, врачей и пациентов. Свой вклад может внести и каждый лечащий врач-эпилептолог.

— В заключение нашей беседы хотелось бы подробнее остановиться на вопросе о том, что может сделать врач-эпилептолог для того, чтобы ребенок-инвалид комфортнее чувствовал себя в школе и не подвергался дискриминации?

— Обычно бывает достаточно одной беседы эпилептолога и классного руководителя, в которой врач останавливается на трех моментах. Во-первых, он описывает те занятия, которые ребенку противопоказаны (например, лазание по канату на уроках физкультуры, занятия с травмоопасными предметами на уроках труда, плавание в бассейне и т.д.).

Во-вторых, описывает правила оказания первой помощи в случае приступа. И в-третьих, эпилептолог объясняет, как проявляются тяжелые эпилептические приступы, при которых учитель должен вызвать бригаду СМП, и в каких случаях, при каких проявлениях приступов учителю достаточно позвонить родителям и сообщить о случившемся.