

8. Malanga G., Wolff E. Evidence-informed management of chronic low back pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics // *Spine J.* 2008. Vol. 8. P. 173–184.
9. Manchikanti L., Touray T. Medicare in interventional pain management: a critical analysis // *Pain Physician.* 2006. Vol. 9. P. 171–198.
10. Ackerman W.E., Ahmad M. Pain relief with intraarticular or medial branch nerve blocks in patients with positive lumbar facet joint SPECT imaging: a 12-week outcome study // *South. Med. J.* 2008. Vol. 101. P. 931–934.
11. Caudal epidural injection versus non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain accompanied with radicular pain / U. Dincer, M.Z. Kiralp, E. Cakar [et al.] // *Joint Bone Spine.* 2007. Vol. 74. № 5. P. 467–71.
12. DePalma M. J., Slipman C.W. Evidence-informed management of chronic low back pain with epidural steroid injections // *Spine J.* 2008. Vol. 8. P. 45–55.
13. Sethee J., Rathmell J.P. Epidural steroid injections are useful for the treatment of low back pain and radicular symptoms: pro // *Curr. Pain Headache Rep.* 2009. Vol. 13. № 1. P. 31–34.
14. One-year results of a randomized, double-blind, active controlled trial of fluoroscopic caudal epidural injections with or without steroids in managing chronic discogenic low back pain without disc herniation or radiculitis / L. Manchikanti, K.A. Cash, C.D. McManus [et al.] // *Pain Physician.* 2011. Vol. 14. № 1. P.25–36.
- 28-year follow-ups / S. Kaaria, R. Luukkonen, H. Riihimaki [et al.] // *Pain.* 2006. Vol. 120. P. 131–137.
4. Gusev E.I., Nikiforov A.S. *Nevrologicheskie simptomny, sindromy i bolezni.* M., GJeOTAR-Media, 2006.
- 5 Podchufarova E. V. Taktika obsledovaniya i lecheniya s bol'ju v nizhnej chasti spiny // *Rus. med. zhurn.* 2006. № 9. S. 679–683.
6. Barinov A.N. Lechenie hronicheskoy boli // *Lech. vrach.* 2005. № 6. S. 41–43.
7. Godzenko A.A. Bol' v spine: klinicheskij algoritm // *Rus. med. zhurn.* 2008. № 29. S. 19–23.
8. Malanga G., Wolff E. Evidence-informed management of chronic low back pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics // *Spine J.* 2008. Vol. 8. P. 173–184.
9. Manchikanti L., Touray T. Medicare in interventional pain management: a critical analysis // *Pain Physician.* 2006. Vol. 9. P. 171–198.
10. Ackerman W.E., Ahmad M. Pain relief with intraarticular or medial branch nerve blocks in patients with positive lumbar facet joint SPECT imaging: a 12-week outcome study // *South. Med. J.* 2008. Vol. 101. P. 931–934.
11. Caudal epidural injection versus non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain accompanied with radicular pain / U. Dincer, M.Z. Kiralp, E. Cakar [et al.] // *Joint Bone Spine.* 2007. Vol. 74. № 5. P. 467–71.
12. DePalma M. J., Slipman C.W. Evidence-informed management of chronic low back pain with epidural steroid injections // *Spine J.* 2008. Vol. 8. P. 45–55.
13. Sethee J., Rathmell J.P. Epidural steroid injections are useful for the treatment of low back pain and radicular symptoms: pro // *Curr. Pain Headache Rep.* 2009. Vol. 13. № 1. P. 31–34.
14. One-year results of a randomized, double-blind, active controlled trial of fluoroscopic caudal epidural injections with or without steroids in managing chronic discogenic low back pain without disc herniation or radiculitis / L. Manchikanti, K.A. Cash, C.D. McManus [et al.] // *Pain Physician.* 2011. Vol. 14. № 1. P.25–36.

### Translit

1. Predicting persistent disabling low back pain in general practice: a prospective cohort study / G.T. Jones, R.E. Johnson, N. J. Wiles. [et al.] // *Br. Gen. Pract.* 2006. Vol. 56. P. 334–341.
2. Jepdes Sh. F., Dubinina T. V., Galushko E. A. Boli v nizhnej chasti spiny v obveklinicheskoj ppaktike // *Ter. arh.* 2008. № 5. S. 59–61.
3. Persistence of low back pain reporting among a cohort of employees in a metal corporation: a study with 5-, 10-, and

- 28-year follow-ups / S. Kaaria, R. Luukkonen, H. Riihimaki [et al.] // *Pain.* 2006. Vol. 120. P. 131–137.
4. Gusev E.I., Nikiforov A.S. *Nevrologicheskie simptomny, sindromy i bolezni.* M., GJeOTAR-Media, 2006.
- 5 Podchufarova E. V. Taktika obsledovaniya i lecheniya s bol'ju v nizhnej chasti spiny // *Rus. med. zhurn.* 2006. № 9. S. 679–683.
6. Barinov A.N. Lechenie hronicheskoy boli // *Lech. vrach.* 2005. № 6. S. 41–43.
7. Godzenko A.A. Bol' v spine: klinicheskij algoritm // *Rus. med. zhurn.* 2008. № 29. S. 19–23.
8. Malanga G., Wolff E. Evidence-informed management of chronic low back pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics // *Spine J.* 2008. Vol. 8. P. 173–184.
9. Manchikanti L., Touray T. Medicare in interventional pain management: a critical analysis // *Pain Physician.* 2006. Vol. 9. P. 171–198.
10. Ackerman W.E., Ahmad M. Pain relief with intraarticular or medial branch nerve blocks in patients with positive lumbar facet joint SPECT imaging: a 12-week outcome study // *South. Med. J.* 2008. Vol. 101. P. 931–934.
11. Caudal epidural injection versus non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain accompanied with radicular pain / U. Dincer, M.Z. Kiralp, E. Cakar [et al.] // *Joint Bone Spine.* 2007. Vol. 74. № 5. P. 467–71.
12. DePalma M. J., Slipman C.W. Evidence-informed management of chronic low back pain with epidural steroid injections // *Spine J.* 2008. Vol. 8. P. 45–55.
13. Sethee J., Rathmell J.P. Epidural steroid injections are useful for the treatment of low back pain and radicular symptoms: pro // *Curr. Pain Headache Rep.* 2009. Vol. 13. № 1. P. 31–34.
14. One-year results of a randomized, double-blind, active controlled trial of fluoroscopic caudal epidural injections with or without steroids in managing chronic discogenic low back pain without disc herniation or radiculitis / L. Manchikanti, K.A. Cash, C.D. McManus [et al.] // *Pain Physician.* 2011. Vol. 14. № 1. P.25–36.

УДК 616.853

Оригинальная статья

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

**И.Е. Повереннова** — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии, профессор, доктор медицинских наук; **А.В. Якунина** — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук; **В.А. Калинин** — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук; **Т.В. Кузнецова** — Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, врач невролог; **И.С. Кордонская** — Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, врач невролог.

### RESULTS OF WORK OF ANTIEPILEPTIC SERVICE IN THE SAMARA REGION

**I. E. Poverennova** — Samara State Medical University, Head of Department of Neurology and Neurosurgery, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Yakunina** — Samara State Medical University, Department of Neurology and Neurosurgery, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **V. A. Kalinin** — Samara State Medical University, Department of Neurology and Neurosurgery, Assistant, Candidate of Medical Science; **T. V. Kuznetsova** — Samara Region Clinical Hospital n.a. M. I. Kalinin, neurologist; **I. S. Kordonskaya** — Samara Region Clinical Hospital n.a. M. I. Kalinin, neurologist.

Дата поступления — 25.02.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Повереннова И.Е., Якунина А.В., Калинин В.А., Кузнецова Т.В., Кордонская И.С. Результаты работы противоэpileптической службы на территории Самарской области // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 505–509.**

**Цель:** анализ работы взрослой эпилептологической службы за десятилетний период. Материал и методы. Проанализированы индивидуальные карты 9634 больных, наблюдавшихся эпилептологом. **Результаты.** Больше половины обратившихся больных имели возраст до 30 лет. Во всех возрастных группах преобладала парциальная форма эпилепсии. Лечение в режиме монотерапии получали 65,9% больных. Частота ремиссии эпилепсии значительно увеличивалась после коррекции лечения эпилептологом. Беременность не ухудшала течения эпилепсии при адекватном мониторинге лечения. **Заключение.** Очевидно необходимость специализированной службы для больных эпилепсией.

**Ключевые слова:** эпилепсия, противоэpileптический центр, ремиссия эпилепсии.

**Poverennova I. E., Yakunina A. V., Kalinin V. A., Kuznetsova T. V., Kordonskaya I. S. Results of work of antiepileptic service in samara region // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 505–509.**

The goal of the research is the analysis of work of adult antiepileptic service over the period of ten years. Individual cards of 9634 patients treated by the epileptologist were studied. More than a half of patients were no older 30 years. Focal epilepsy prevailed in all age groups. Treatment in a mode of monotherapy was received by 65,9% of patients.

Frequency of remission of epilepsy considerably increased after treatment correction by epileptologist. Pregnancy did not worsen the course of epilepsy at adequate monitoring of treatment.

**Key words:** epilepsy, antiepileptic site, remission of epilepsy.

**Введение.** История самарской эпилептологии зарождалась в конце 60-х годов прошлого столетия. С приходом на кафедру нервных болезней и нейрохирургии Куйбышевского медицинского института в качестве ее заведующего Л.Н. Нестерова проблема эпилепсии стала одним из направлений научного интереса кафедры. Концепция формирования эпилептических систем, предложенная Л.Н. Нестеровым, и новый взгляд на патогенез эпилепсии позволили обосновать дифференцированные подходы к хирургическому лечению различных форм эпилепсии. В условиях отсутствия эффективных антиэпилептических препаратов (АЭП) в то время стереотаксическое хирургическое вмешательство было перспективным и обнадеживающим методом лечения эпилепсии. В 1976 г. на базе клиники был создан республиканский центр по стереотаксическому лечению эпилепсии, где получили необходимую помощь более 1000 больных эпилепсией.

Появление на рынке лекарственных препаратов из группы карбамазепина, вальпроевой кислоты, а затем и более современных ламотриджина, топирамата дало мощный толчок к развитию эффективной терапевтической эпилептологии. В соответствии с общеевропейскими стандартами помощи при эпилепсии, предложенными Международной противоэпилептической лигой (ILAE, 1997), с 2002 г. на базе многопрофильной областной клинической больницы им. М.И. Калинина был образован Самарский областной противоэпилептический центр. Руководство центром осуществляет заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии И.Е. Повереннова, амбулаторный прием взрослых пациентов ведут сотрудники кафедры.

**Целью** настоящей работы был анализ работы взрослой специализированной эпилептологической службы в Самарской области за десятилетний период (2002-2011).

**Методы.** За десятилетний период осуществлено 9634 консультации 3425 больных. Среди обратившихся в центр у 7,2% пациентов диагностированы неэпилептические приступы, 5,4% пациентов получили консультацию после первого эпилептического приступа, 87,4% наблюдались по поводу эпилепсии. На каждого пациента была заведена индивидуальная карта, в которой регистрировались паспортные данные, анамнез заболевания, форма и частота приступов, семейная отягощенность, неврологический статус, данные дополнительных методов исследования, лекарственная терапия. При последующих обращениях в карту заносились новые данные, характеризующие течение заболевания и проводимую терапию. Проанализирована половозрастная структура больных с различными формами эпилепсии, определен удельный вес ремиссий в различных возрастных группах. В группе больных, регулярно получающих специализированную помощь в центре, проведен анализ частоты ремиссии эпилепсии, эффективности терапии различными АЭП, факторов резистентности к лечению. Проанализированы катamnестические данные 344 случаев беременности у женщин с эпилепсией.

**Ответственный автор** — Якунина Альбина Викторовна.  
Адрес: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.  
Тел.: +79178187092  
E-mail: ayakunina@bk.ru

**Результаты.** Доминирующей формой заболевания признана парциальная эпилепсия (80,8%), генерализованная форма встречалась лишь в 19,2%. Среди парциальной эпилепсии в 44,3% случаев причина осталась неопределенной. Наиболее частым этиологическим фактором симптоматической парциальной эпилепсии являлась черепно-мозговая травма (ЧМТ) — 27,7%, реже диагностировалась перинатальная патология — 19,5%, цереброваскулярные заболевания — 12,8%, опухоли головного мозга — 7,3%, нейроинфекции — 4,5%, врожденные пороки развития (ВПР) мозга — 2,1%. Структура обратившихся за консультацией эпилептолога больных, которая показывает значительные различия в разных возрастных периодах (табл. 1.). Более трети пациентов врача-эпилептолога находились в возрасте 20–29 лет, а в целом среди обратившихся в возрасте до 30 лет было 51,4% больных. Отмечено постепенное снижение количества пациентов более старших возрастных групп, особенно после 60 лет. Таким образом, на приеме эпилептолога 94,9% пациентов находились в потенциально трудоспособном возрасте. Генерализованная эпилепсия чаще диагностировалась у пациентов в возрасте до 20 лет и в возрастном промежутке 20–29 лет. У больных с парциальной эпилепсией возрастной диапазон включал все возрастные периоды вплоть до 80 лет, однако общая тенденция к уменьшению количества пациентов по мере увеличения возраста также сохранялась.

Структура АЭП, принимаемых больными, за десятилетний период значительно изменилась. Доминирующими препаратами в конце 90-х — начале 2000-х гг. были барбитураты и карбамазепин. С этого же времени на территории Самарской области начали активно внедряться препараты вальпроевой кислоты. К 2012 г. большинство пациентов с эпилепсией (65,9%) принимали один антиконвульсант, остальные — два и более препаратов. Парциальная эпилепсия чаще, чем генерализованная, требовала использования политерапии (36,7 и 22,4% соответственно), что подтверждает более резистентное к лечению течение данной формы заболевания.

Ведущее место среди используемых АЭП занимают препараты вальпроевой кислоты (табл. 2). Приоритетное использование вальпроатов в лечении различных форм эпилепсии в Самарской области в настоящее время можно считать традиционным, так как более чем за 20-летний период применения накоплен большой опыт как у врачей специализированного звена, так и у врачей поликлиник. При генерализованной эпилепсии в режиме монотерапии значительно реже использовались топирамат (9,6%) и ламотриджин (7,7%), а при парциальной эпилепсии конкуренцию вальпроатам составлял карбамазепин (28,2%) и топирамат (11,9%). При использовании комбинации АЭП в лечении генерализованных форм приоритетным было сочетание вальпроаты+ламотриджин и вальпроаты+топирамат (46,7 и 40,0% соответственно). При использовании дуо- и политерапии парциальной эпилепсии наиболее часто использовалась комбинация вальпроатов и карбамазепина. Из АЭП «нового поколения» чаще всего назначался топирамат, который был включен в терапевтические схемы у 35,4% пациентов.

Таблица 1

## Характеристика больных эпилепсией, обратившихся за медицинской помощью в 2002–2011 гг., %

Пол	Возраст, лет								Всего
	до 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 и старше	
Генерализованная эпилепсия									
Мужчины	10,7	22,3	5,4	1,0	1,5	-	-	-	40,9
Женщины	12,2	30,8	12,7	2,7	0,7	-	-	-	59,1
Всего	22,9	53,1	18,1	3,7	2,2	-	-	-	100
Парциальная эпилепсия									
Мужчины	7,3	16,8	9,5	8,1	7,6	1,3	1,4	0,2	52,2
Женщины	6,7	14,7	9,2	7,1	6,8	2,2	1,1	-	47,8
Всего	14,0	31,5	18,7	15,2	14,4	3,5	2,5	-	100
В целом без учета формы эпилепсии									
Мужчины	7,9	17,6	8,7	6,5	6,3	1,0	1,2	0,1	49,3
Женщины	8,0	17,9	9,9	6,3	5,8	1,9	0,9	-	50,7
Всего	15,9	35,5	18,6	12,8	12,1	2,9	2,1	0,1	100

Таблица 2

## Структура лекарственной терапии эпилепсии в 2011 г. на территории Самарской области, %

Группы АЭП	Генерализованная эпилепсия	Парциальная эпилепсия	Всего
Вальпроаты	82,6	48,9	56,6
Карбамазепин	0	28,2	21,8
Топирамат	9,6	11,9	11,4
Ламотриджин	7,7	4,8	5,5
Другие АЭП	0,1	6,2	4,7

Таблица 3

## Частота возникновения ремиссий эпилептических приступов в различных половозрастных группах, %

Пол	Возраст, лет								Всего
	до 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 и старше	
Генерализованная эпилепсия									
Мужчины	50	34,5	42,9	0	0	-	-	-	37,7
Женщины	55,6	39,0	41,2	25	0	-	-	-	42,0
Всего	53,1	37,1	41,7	20	0	-	-	-	40,3
Парциальная эпилепсия									
Мужчины	39,0	19,4	13,2	6,7	4,8	14,3	0	0	16,2
Женщины	23,7	16,9	5,8	7,5	12,8	15,4	16,7	-	13,7
Всего	31,6	18,2	9,5	7,1	8,6	15,0	7,1	-	15,0
В целом без учета формы эпилепсии									
Мужчины	41,8	23,0	16,7	6,5	4,6	14,3	0	0	19,5
Женщины	33,9	24,2	14,5	9,0	12,5	15,4	16,7	-	20,2
Всего	37,8	23,6	15,5	7,8	8,3	15,0	7,1	-	19,9

Примечание: показатели частоты возникновения ремиссий в процентах рассчитаны относительно количества пациентов в каждой половозрастной категории

Одним из показателей эффективности работы противозипилептического центра можно считать количество достигнутых ремиссий заболевания. За десятилетний период удельный вес ремиссий эпилепсии среди обратившихся в центр возрос с 9,1 до 19,9%. В 2011 г. доля

пациентов, свободных от приступов, при генерализованной эпилепсии составляла 40,3%, в 2,7 раза превышая такую же при парциальной эпилепсии (15%) (табл. 3). При генерализованных формах заболевания более чем в половине случаев ремиссия приходилась на возраст

до 20 лет, что позволяет рассматривать эти формы как более курабельные. При парциальной эпилепсии максимум возникших ремиссий (31,6%) также приходился на возраст до 20 лет, в других возрастных группах удельный вес их снижается. Таким образом, молодой возраст можно считать предиктором ремиссии эпилептических приступов. Длительность заболевания до прекращения эпилептических приступов при генерализованной эпилепсии составила от 1 до 40 лет (в среднем  $7,64 \pm 5,34$ ), при парциальной от 1 до 37 лет (в среднем  $7,24 \pm 6,56$ ). Анализ течения заболевания пациентов, которые получали регулярную эпилептологическую помощь, показал, что при оказании больным специализированной помощи количество ремиссий заболевания увеличилось до 61,9%, составляя 88,8% при генерализованной форме и 41,7% при парциальной форме, а в целом хороший положительный эффект в виде урежения эпилептических приступов более чем на 50% получен у 82,3%. Следует отметить, что в группе больных, у которых положительный эффект достигнут не был, у трети присутствовал фактор некомплаентности к лечению, обусловленный различными причинами (личностные особенности, недоступность АЭП и т.д.), что также создает резерв для потенциального повышения эффективности противозипилептического лечения.

Важным направлением работы центра в течение этих лет была курация женщин с эпилепсией в период беременности. Проконсультировано более 500 беременных пациенток, большинство из них осматривались 2–3 раза до родов и в послеродовом периоде. В 344 случаях собраны данные, включающие особенности течения беременности, родов и послеродового периода, а также состояние здоровья новорожденных. Беременность на фоне генерализованной эпилепсии возникла у 41,3% женщин, на фоне парциальной эпилепсии у 58,7% женщин. У 67% больных генерализованной эпилепсией и 45,5% парциальной эпилепсией, то есть у 54,7% пациенток беременность возникла на фоне ремиссии эпилепсии. Неблагоприятный фон в виде частых и средней частоты генерализованных эпилептических припадков выявлялся в нашем наблюдении у 19,3% женщин, получающих недостаточно адекватную терапию. В целом течение эпилепсии не изменилось на фоне беременности у 78,1% пациенток, в 9,3% случаев было отмечено учащение эпилептических приступов, улучшение протекания эпилепсии в период беременности выявлено в 12,6% случаев. В 61,3% случаев женщины в первом триместре беременности принимали АЭП. Лечение в режиме монотерапии невысокими дозами проводилось у 69,6% пациенток. Остальные женщины принимали 2 и даже 3 антиэпилептика. ВПР плода были выявлены в 10 случаях (2,9%). Следует отметить, что в группе пациенток, принимающих политерапию АЭП, врожденных аномалий у детей не было зарегистрировано, исключая случаи, которые имели моногенную и хромосомную этиологию, а также случай ВПР плода без приема АЭП матерью, к тератогенно-обусловленным ВПР можно теоретически отнести только 5 случаев (2,4% в популяции женщин, принимавших АЭП).

**Обсуждение.** Результаты проведенного в 11 субъектах Российской Федерации в 2000–2008 г. эпидемиологического исследования эпилепсии по единому протоколу показали общероссийские тенденции и были использованы для сравнения с собственными результатами [1, 2]. Преобладание среди обратившихся в Самарский противозипилептический центр пациентов с парциальной эпилепсией соответствует общероссийским показа-

телям, где парциальная эпилепсия составляет 83,47%. Показатели распространенности эпилепсии в России в различных возрастных группах подтверждают большую частоту заболевания в возрасте до 30 лет, что находит отражение в большей обращаемости пациентов этого возраста. Однако эпидемиологические данные также показывают увеличение распространенности в возрасте 50–59 лет. Обращаемость к эпилептологу в Самарской области больных этой возрастной категории снижается, что может отражать гиподиагностику эпилептических приступов на уровне первичного врачебного звена. Среди причин симптоматической парциальной эпилепсии в России преобладает ЧМТ (27,02%), и показатель обращаемости таких пациентов в противозипилептический центр полностью соответствует общероссийским тенденциям. Другие причины парциальной эпилепсии встречаются в центре с подобной же частотой, что и в целом в российской популяции. Диагноз криптогенной парциальной эпилепсии в нашей области выставляется значительно чаще (44,3%) в сравнении с другими регионами, что может свидетельствовать о недостаточной обследованности пациентов (использование слабоинформативных нейровизуализационных методик или их отсутствие).

Противозипилептическая терапия пациентов Самарской области имеет значительно лучшие показатели, чем общероссийские. «Золотой стандарт» лечения эпилепсии — монотерапия используется чаще (65,9% в сравнении с 51,57%); чаще (56,6% в сравнении с 26,2%) используется вальпроевая кислота, которая является препаратом выбора практически для всех форм эпилепсии. В три раза чаще (16,9% в сравнении с 5,6%) больные Самарской области получают современные препараты ламотриджин и топирамат. Вероятно, что именно фактор доступности более современного и квалифицированного лечения больных на территории нашей области определяет лучшие показатели ремиссии эпилепсии, нежели по России в целом (8,65% пациентов). Пересмотр лечения специалистом-эпилептологом, как по нашему опыту, так и по данным других исследователей [3], позволяет у подавляющего большинства пациентов добиться стабилизации течения заболевания, что делает эпилептологическую помощь актуальной и востребованной.

Наблюдение за течением беременности женщин с эпилепсией показывает, что течение заболевания в этот период не ухудшается, если в предгравидарный период была подобрана оптимальная терапия, а затем проводится тщательный мониторинг лечения эпилептологом. Частота ВПР плода, зарегистрированная нами, сопоставима с общепопуляционной частотой в Самарской области (2,2–2,5%), что позволяет говорить об общепопуляционной распространенности ВПР в группе женщин с эпилепсией [4].

**Выводы.** Результаты работы Самарского областного противозипилептического центра показывают актуальность, эффективность и востребованность специализированной службы для больных эпилепсией.

#### Библиографический список

1. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Хаузер В.А., Мильчакова Л.Е., Чурилин Ю.Ю. Эпидемиология эпилепсии в Российской Федерации // Современная эпилептология: матер.смп. М., 2011. С. 77–84.
2. Гехт А.Б., Мильчакова Ю.Ю., Чурилин Ю.Ю., Бойко А.Н. Эпидемиология эпилепсии в России // Журнал неврологии и психиатрии. 2006. № 1. Прил.: Эпилепсия. С. 3–7.
3. Власов П.Н., Орехова Н.В. Эффективность терапии эпилепсии у взрослых до и после ее коррекции эпилептологом // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2010. № 3. С. 6–11.

4. Ненашева С. А., Круглова О.В., Балашова В.Н. Итоги 10-летнего мониторинга врожденных пороков развития в Самарской области // Материалы VIII Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М., 2009. С. 81–82.

#### Translit

1. Gusev E. I., Geht A. B., Hauzer V. A., Mil'chakova L. E., Churilin Ju. Ju. Jependemiologija jepilepsii v Rossijskoj Federacii // Sovremennaja jepileptologija: mater.simp. M., 2011. S. 77–84.

2. Geht A. B., Mil'chakova Ju. Ju., Churilin Ju. Ju., Bojko A. N. Jependemiologija jepilepsii v Rossii // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. 2006. № 1. Pril.: Jependepsija. S. 3–7.

3. Vlasov P. N., Orehova N. V. Jeffektivnost' terapij jepilepsii u vzroslyh do i posle ee korrekcii jepileptologom // Jependepsija i paroksizmal'nye sostojanija. 2010. № 3. S. 6–11.

4. Nenasheva S. A., Kруглова О.В., Балашова В.Н. Итоги 10-летнего мониторинга врожденных пороков развития в Самарской области // Материалы VIII Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М., 2009. С. 81–82.

УДК 616.832–007.235:616.72–007.248] — 073.75

Авторское мнение

### СИРИНГОМИЕЛИЧЕСКАЯ ОСТЕОАРТРОПАТИЯ

**В. Н. Приезжева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, кандидат медицинских наук; **М. Л. Чехонацкая** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии, профессор, доктор медицинских наук; **Е. Б. Ильясова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, кандидат медицинских наук; **Т. Г. Хмара** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, кандидат медицинских наук; **О. А. Кондратьева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, кандидат медицинских наук; **В. В. Зувев** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии; **Ю. Е. Никольский** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии; **И. И. Комаров** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, интерн кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии.

### SYRINGOMYELIA OSTEOARTHROPATHY

**V. N. Priyazheva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **M. L. Chekhonatskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Professor, Doctor of Medical Science; **E. B. Ilyasova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **T. G. Khmara** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Teaching Assistant, Candidate of Medical Science; **O. A. Kondratyeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Assistant, Candidate of Medical Science; **V. V. Zuev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Assistant; **Y. E. Nikol'skiy** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Assistant; **I. I. Komarov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Intern.

Дата поступления — 14.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Приезжева В. Н., Чехонацкая М. Л., Ильясова Е. Б., Хмара Т. Г., Кондратьева О. А., Зувев В. В., Никольский Ю. Е., Комаров И. И.** Сирингомиелическая остеоартропатия // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 509–512.

**Цель:** оценка возможности МРТ-исследования в диагностике сирингомиелии спинного мозга и выявлении ранних изменений костно-суставной системы при сирингомиелии. **Результаты.** Проанализированы рентгенологические данные 37 пациентов. Из них у 23 поставлен диагноз: «сирингомиелическая остеоартропатия с выраженными необратимыми изменениями в костно-суставной системе», у 14 пациентов — «табетическая остеоартропатия». При наличии неврологической симптоматики 11 пациентам проведено МР-исследование спинного мозга, 7 пациентам поставлен диагноз: «сирингомиелия спинного мозга», при этом у большинства пациентов обнаружено одиночное, однородное, кистовидное образование в веществе спинного мозга, протяженностью более 2 см с преимущественной локализацией в шейно-грудном отделе, 1,3 см — мозжечковая эктопия (синдром Арнольда — Киари), 1,3 см кистозные опухоли спинного мозга. **Заключение.** Основным методом инструментальной диагностики сирингомиелии является МРТ, при которой доступны оценке размеры, локализация, протяженность и внутренняя структура полости в спинном мозге, состояние субарахноидальных пространств спинного мозга, а также возможные причины развития сирингомиелии.

**Ключевые слова:** остеоартропатии, сирингомиелия, спинная сухотка, методы диагностики.

**Priyazheva V. N., Chekhonatskaya M. L., Ilyasova E. B., Khmara T. G., Kondratyeva O. A., Zuev V. V., Nikol'skiy Y. E., Komarov I. I.** Syringomyelic osteoarthropathy // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 509–512.

The goal of the research is to estimate possibilities of MRT (magnetic resonance tomography) in diagnostics of a syringomyelia of a spinal cord and identification of early changes of bone and articulate system during syringomyelia. Radiological data of 37 patients were analysed. Syringomyelic osteoarthropathy with the expressed irreversible changes in bone and articulate system was in 23 of all patients, in 14 patients—tabic osteoarthropathy. In the patients who had neurologic semiology. 11 patients had MR — research of a spinal cord, 7 patients were with a syringomyelia of a spinal cord, thus at the majority of patients single, homogeneous, hydatid in cervicothoracic part of a spinal cord, extent more than 2 centimeters with primary localization in sheyno—chest department, 1—cerebellar ektopy (Arnold-Kiari syndrome), 3—cystic tumors of a spinal cord were revealed. The main method of instrumental diagnostics of syringomyelia is MRT at which the sizes, localization, extent and internal structure of a cavity in a spinal cord, a condition of subarakhnoidalny spaces of a spinal cord, and also the possible reasons of development of syringomyelia are available to an assessment.

**Key words:** osteoarthropathy, syringomyelia, tabes dorsal, methods of diagnosis.