



ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНОВ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Мирзаева Шохиста

2-Ферганский медицинский колледж г. Фергана. Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение оптимальных схем терапии применения гормонов у детей с тяжелой эпилепсией (доза, способ введения, продолжительность) с учетом спектра побочных проявлений действия гормонов, а так же разработка алгоритма мониторинга для адекватного обеспечения контроля за лечением.

Материалы и методы. Под наблюдением в НПЦ Детской психоневрологии находилось 16 детей в возрасте от 1 до 7 лет, с различными формами криптогенных и симптоматических эпилепсий, резистентных к лечению антиэпилептическими препаратами. В качестве дополнительной терапии применяли преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон в таблетированной форме или инъекционно. Доза по преднизолону 2-4-6 мг/кг/сут. Длительность терапии составляла 8-24 недели. Выбор схемы определяли соматический и неврологический статус пациента, степень риска получения побочных реакций у конкретного пациента. Для объективизации полученных результатов применялись следующие обследования: лабораторные-клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагуллограмма, определение гормонального профиля, анализ крови на возможность персистенции вирусной инфекции, а так же рентгенография грудной клетки, магнитно-резонансная томография головного мозга, видео-электроэнцефалография, ультразвуковые исследования внутренних органов, электрокардиография, измерение артериального давления. Начальная гормональная терапия проводилась в стационаре.

Результаты и обсуждение. С конца 50-х годов активно изучается эффективность стероидных препаратов для лечения резистентных форм эпилепсии. Результаты зачастую носят противоречивый характер, что связано с отсутствием и сложностью проведения унифицированных стандартных исследований, выполненных по одной программе. Механизм действия гормонов до конца не изучен. Так, Vidal et al (1986) экспериментально показали, что кортикостероиды способны редуцировать возбудимость гиппокампальных пирамидальных клеток, а Sapovsky et al (1984) установили, что кортикостероиды обладают селективным нейротоксическим воздействием на глутаминергические нейроны, которые, оказывают «возбуждающее» действие на порог судорожной готовности головного мозга. Согласно Riikonen (1992), АКТГ (адренкортикотропный гормон) уменьшает церебральный кровоток; увеличивает уровень глюкозы; усиливает активность ферментов в мозге; ускоряет образование миелина; ускоряет темпы созревания мозговых структур; продуцирует клеточную поляризацию; модифицирует образование различных биогенных аминов, включая серотонин; увеличивает GABA и рецепторную аффинность; усиливает проницаемость гематоэнцефалического барьера. Подобное влияние объясняет



перспективность применения гормонов при резистентных формах эпилепсии. Наблюдался удовлетворительный эффект уже в первые 2-4 недели терапии у 7 (45,75%) из 16 пациентов. Симптоматический характер эпилепсии снижал эффективность гормонотерапии. Криптогенный характер заболевания позволял получать более быстрый и результативный ответ. Более ранний возраст пациента перед началом гормонотерапии также повышал эффективность применения гормонов. Полная ремиссия отмечалась у 5 пациентов (31,25%). Побочными эффектами наиболее часто были возбуждение, нарушение сна, повышение массы тела, кушингоидные черты, гипергликемия, повышение артериального давления, тахикардия, гиперпигментация кожи, остеопения. Контроль каллоража питания, ограничение солей в диете, назначение диуретиков и ингибиторов АПФ снижают выраженность ПЭ. Еженедельное наблюдение педиатра и невролога по месту жительства с проведением лабораторного мониторинга, повторного ВЭЭГМ через 1,2 и 4 недели с момента начала гормонотерапии так же снижали риск и тяжесть побочных реакций.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможности эффективного применения гормональной терапии при резистентной к АЭП эпилепсии. Отмечается группа эпилепсий, которая нечувствительна к гормонам. Высокая вероятность и выраженность побочных эффектов, сложный алгоритм мониторингования состояния ограничивают применение гормонов в лечении эпилепсий у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беренс Р., Будерус Ш., Келлер К.-М., фон дер Остен-Сакен И. Болезнь Крона и язвенный колит у детей и подростков. Практическое руководство. Dr. Falk Pharma GmbH. 2005. С. 46.
2. Богомолов А. Р. Клинические особенности заболеваний, протекающих с кровью в стуле у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2002. 22 с.
3. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела при рождении/ Методическое письмо МЗСР РФ №15-0/10/2-11336.- 16.11.201.
4. Клиническое питание. Арвид Вретлинд, Арам Суджян. Стокгольм – Москва. 1990год.
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.-Т.2.- с.776-807- (Серия «Национальные руководства»).
6. ДАМИНОВ Т.А., ХАЛМАТОВА Б.Т, БОБОЕВА У.Р.Болалар