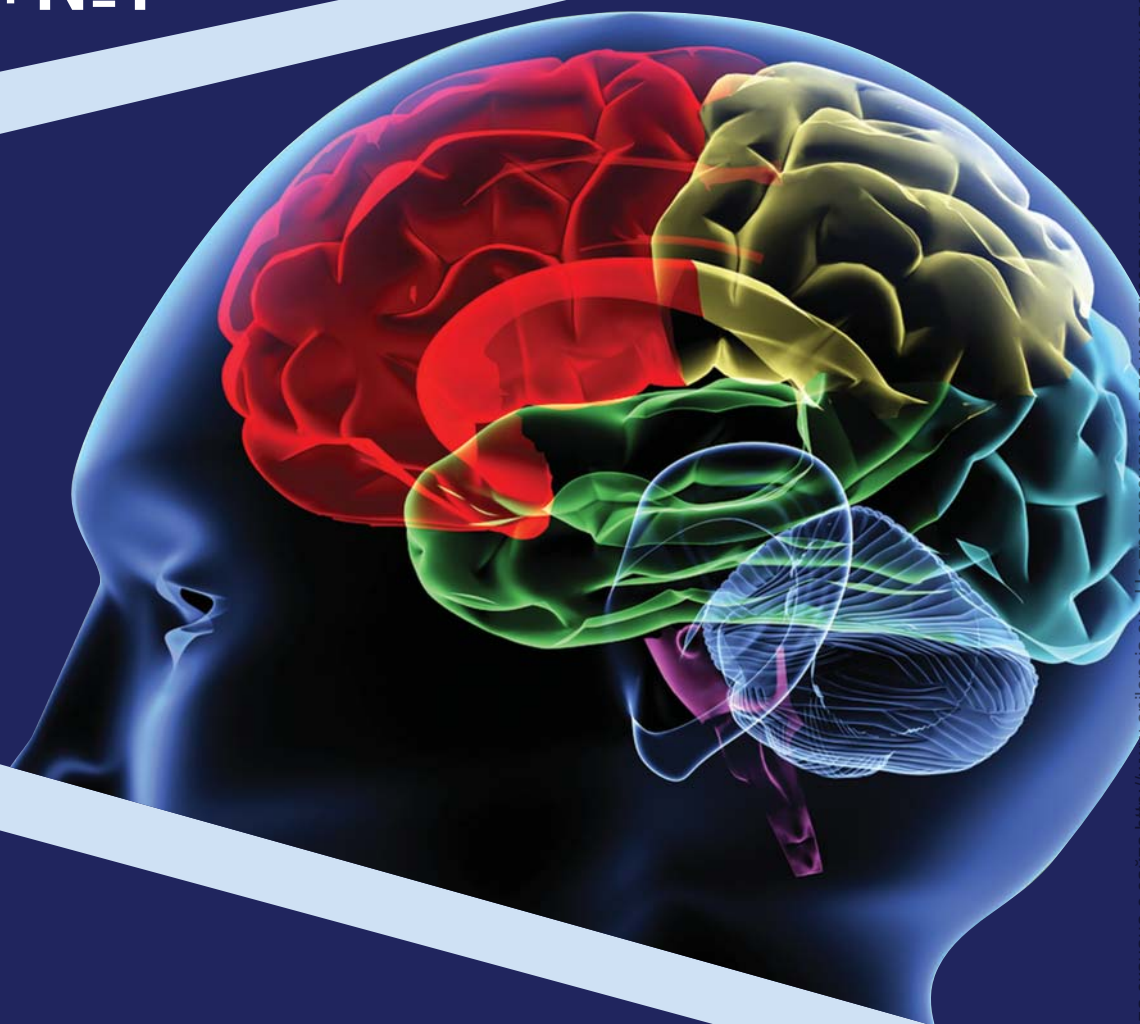


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН и Минздравсоцразвития России
Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2012 Том 4 №1



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ

Крицкая Ю.А.¹, Шнайдер Н.А.², Ширшов Ю.А.¹

¹ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России

Резюме: проведено эпидемиологическое исследование эпилепсии в Забайкалье, с использованием метода подворного обхода в репрезентативных выборках среди взрослого населения (от 14 лет и старше). Были изучены распространенность и заболеваемость эпилепсией, социальные и этиологические аспекты. Установлено, что распространенность эпилепсии среди городского и сельского населения составляет 3,66 и 3,46 случаев на 1000 человек населения, а заболеваемость – 21,59 и 20,71 случаев на 100 000 человек в год, соответственно. По этим показателям Забайкалье приближается к общероссийскому уровню.

Ключевые слова: эпилепсия, распространенность эпилепсии, заболеваемость эпилепсией.

Введение

По данным ВОЗ, эпилепсия является одним из самых распространенных заболеваний центральной нервной системы. Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность составляет 5-10 человек на 1000 населения. В мире насчитывается до 40 млн больных эпилепсией. Ежегодно около 2 млн человек заболевают эпилепсией, а около 10 млн становятся инвалидами. Больных (более 80%) с впервые установленным диагнозом «эпилепсия» можно успешно лечить с помощью своевременно и адекватно назначенных противоэпилептических препаратов. Однако отсутствие достоверных новых данных по эпидемиологическим характеристикам заболевания во многих странах обуславливает существенные недостатки в организации медицинской помощи. Именно по этой причине более 75% больных в мире не получают адекватной терапии [7,14,16]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международная противоэпилептическая лига (International League Against Epilepsy, ILAE) и Международное Бюро по эпилепсии (International Bureau for Epilepsy, IBE) объявили в 1997 г. кампанию «Эпилепсия – из тени» (“Out of Shadows – A Global Campaign”). Адресованная политическим деятелям, законодателям, органам здра-

воохранения, медицинским и немедицинским организациям всех стран, она ставит цель вывести больных эпилепсией из «тени» социальной стигматизации, а борьбу с заболеванием признать одним из приоритетных направлений здравоохранения. Задачи кампании – повышение уровня знаний в области эпилепсии и понимания её в обществе; привлечение внимания органов здравоохранения к проблеме эпилепсии и её профилактики; обеспечение всех потребностей больных, включая образование, обучение и обслуживание.

Эпилепсия является тяжёлым, но потенциально излечимым заболеванием нервной системы с чётко выраженным социальным аспектом. Одним из важнейших направлений исследований в эпилептологии является изучение эпидемиологии эпилепсии. Данные исследования дают возможность получить представление о заболеваемости эпилепсией и её распространенности, оценить эффективность существующей системы учёта, применяемых видов терапии и реабилитационных мероприятий, а также позволяют определить необходимый объем психоневрологической помощи. В последнее время в ряде регионов России были проведены эпидемиологические исследования эпилепсии, организованные в соответствии с международными требованиями: в Москве [3], Иркутске [6], Екатеринбурге [10], Улан-Удэ [1]. Эпидемиологических исследований эпилепсии, организованных в соответствии с международными требованиями, ранее на территории Забайкалья не проводилось [4].

Целью исследования стало изучение эпидемиологических, социальных и терапевтических аспектов эпилепсии в Забайкалье и разработка тактики усовершенствования диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при данном заболевании.

Материалы и методы

Исследовалась репрезентативная популяция, проживающая на территории Забайкальского края. Забайкальский край образован 1 марта 2008 года в ходе слияния Читинской области с Агинским Бурят-

ским автономным округом. Территория края расположена на юго-востоке Сибири и является частью территории Восточного Забайкалья. Она занимает место в глубине азиатского материка и значительно удалена от океанов и морей, находится выше уровня мирового океана. Граничит с республиками Бурятия и Саха (Якутия), Иркутской и Амурской областями, Монголией и Китаем. Климат – резко континентальный, характеризуется отрицательной среднегодовой температурой, значительной разницей между средними температурами зимы и лета, резкими колебаниями температур и давления в пределах одних суток, небольшим количеством осадков. Читинская область занимает территорию в 431,5 тыс. кв. км и относится к одному из крупных по площади регионов РФ (9-е место). Территория области разделена на 34 административных района, включая 3 внутригородских района, 8 городов областного подчинения (Краснокаменск, Борзя, Петровск-Забайкальский, Нерчинск, Шилка, Балей, Могоча, Хилок) и 25 поселков городского типа. Национальный состав по данным переписи на 9 октября 2002 года в Читинской области: русские – 89,8%, буряты – 6,10%, украинцы – 1,03%, татары – 0,71%. Общая численность населения области на 1 января 2006 года составляет 1135,7 тыс. чел. Плотность населения составляет 2,6 чел. на кв. км, удельный вес городского населения – 63,4%. Основная масса горожан проживает в городе Чите, который основан в 1675 году.

В исследование было включено три региона Забайкалья: административный центр Забайкалья – г. Чита, крупный промышленный центр областного подчинения – г. Краснокаменск, сельский район – Агинский район Агинского Бурятского автономного округа. Всего в ходе исследования была изучена репрезентативная выборка этих районов общей численностью 160 548 человек (72590 мужчин и 87958 женщин). Было выявлено и комплексно обследовано 535 больных эпилепсией (266 мужчин и 269 женщин). Объектом исследования эпидемиологических аспектов эпилепсии в Чите с населением 306,2 тыс. человек стал Центральный район города. Он наиболее универсален по характеру расположения и инфраструктуре, по составу населения и компактности проживания. В центральном районе на 1 января 2006 года проживало 109,8 тыс. человек; 92465 человек из них старше 14 лет, т.е. взрослое население, которое и вошло в исследование. Всего было выявлено 338 больных эпилепсией в возрасте от 14 лет и старше (165 мужчин и 173 женщины). Наблюдались у невролога 168 больных (49,70%), у психиатра – 145 (42,90%). При анализе медицинской документации дополнительно выявлено 18 человек (5,33%), при подворных обходах – 7 (2,07%).

Краснокаменск – город областного подчинения, центр Краснокаменского района. Второй по численности населения город области, в которой на 1 января 2006 года проживало 55822 человек, из них стар-

ше 14 лет – 45538. В ходе работы все население Краснокаменска старше 14 лет, а это 21072 мужчины и 24466 женщин, было включено в исследование. В результате было выявлено 119 больных эпилепсией, из них: 73 человека (61,34%) обращались в городские и областные лечебные учреждения к неврологу, 38 (31,93%) – к психиатру. При анализе медицинской документации дополнительно выявлено 8 человек (6,72%) с заболеванием.

Территория Агинского Бурятского автономного округа расположена в юго-западной части Забайкалья и занимает площадь в 19,6 тыс. кв. км. Общая численность населения на 1 января 2006 составляет 74,2 тыс. человек, средняя плотность населения – 3,7 чел. на кв. км. Столица округа – поселок городского типа Агинское с населением 13,4 тыс.чел. на 1 января 2006 года. В ходе исследования было изучено все население Агинского района без учета населения поселка Агинское в возрасте 14 лет и старше, что составило 22545 человек (10 617 мужчин и 11 928 женщин). Всего было выявлено 78 больных, из них наблюдались у невролога 49 человек (62,82%), у психиатра – 27 (34,62%), еще двое больных (2,56%) было выявлено при подворном обходе.

Для получения необходимой информации, с целью выявления всех больных эпилепсией был использован метод сплошного статистического наблюдения («подворные обходы», «door-to-door») с изучением всех единиц наблюдения объекта исследования на 1 января 2006 г. Данный метод использовался при обследовании городского населения Читы и сельского населения Агинского района. Метод репрезентативной выборки с изучением медицинской документации и учета случаев заболеваемости по обращаемости больных в местные лечебные учреждения (амбулаторные карты поликлиник и психоневрологического диспансера, истории болезни неврологических отделений территориальных больниц, данные профосмотров предприятий, карты вызовов скорой помощи и т.д.) использовался во всех трех местностях. В случае недостаточности сведений или сомнениях в диагнозе пациенты приглашались на прием в Областной противоэпилептический центр. В Чите было осмотрено 305 (92,24%) выявленных пациентов, в Агинском округе – 67 (85,90%), в Краснокаменске – 81 больной (68,07%).

У всех больных исследовался неврологический, соматический статус, проводилась электроэнцефалография (ЭЭГ). Запись ЭЭГ осуществлялась 16-канальным компьютерным электроэнцефалографом «Нейрон-Спектр 2» (Нейрософт, Россия) по международной методике с наложением электродов по системе «10–20%» в монополярном и биполярном монтаже. При необходимости в ограниченной выборке пациентов всех районов с дифференциально-диагностической целью проводилась компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Для нейровизуализации

Местность	Способы выявления эпилепсии	
	по обращаемости	сплошным методом
Чита	18,32	21,59
Краснокаменск	12,48	12,48*
Агинский район	17,45	20,71

Таблица 1. Средняя за 1997-2006 гг. заболеваемость эпилепсией в Забайкалье на 100 000 населения в год, выявленная по обращаемости и сплошным методом (случаи заболеваемости).

Примечание: * – статистически значимые отличия между показателями Краснокаменска и Читы, Краснокаменска и Агинского района ($p < 0,05$). Общий показатель распространенности эпилепсии в Чите составил 3,66 случаев на 1000 взрослого населения, в Агинском районе он оказался практически таким же – 3,46 случаев на 1000 взрослого населения (см. табл. 2).

в аксиальной и фронтальной проекциях с толщиной срезов не более 5 мм применяли рентгеновский компьютерный томограф Ultra Z (Philips Medical Systems, Inc, США), для МРТ – сканер Outlook Proview (Marconi Medical Systems, Финляндия).

На каждого больного эпилепсией заполнялась специальная формализованная карта – анкета, разработанная на кафедре неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В анкете отражались возраст, пол, национальность, социальный статус, клинические признаки эпилепсии (характер приступов в дебюте и на момент обследования, возраст дебюта, тип течения, этиология), характер противоэпилептического лечения на момент обследования и др.

Диагноз эпилепсии устанавливался при наличии повторных неспровоцированных эпилептических приступов. При диагностике эпилепсии использовались документально подтвержденные анамнестические сведения и клинико-лабораторные данные на момент обследования. Диагноз формулировался в соответствии с Международной классификацией эпилепсии и эпилептических синдромов (1989 г., Нью-Дели, США) и Международной классификацией эпилептических приступов (1981 г., Киото, Япония) [13].

Статистическая обработка данных осуществлялась программами Statistica 6.0 (StatSoft, Inc, США) и пакетом анализа Excel 7.0 (Microsoft, США). Анализ статистической достоверности показателей между группами оценивался непараметрическими критериями Фишера и χ^2 .

Результаты

В ходе работы были изучены основные эпидемиологические показатели эпилепсии с помощью популяционного метода в городской (Чита) и сельской (Агинский район) популяциях Забайкалья. Средняя заболеваемость эпилепсией за десятилетний период с 1997 по 2006 г. в Чите и Агинском районе составила 21,59 и 20,71 случаев на 100 000 населения в год

Местность	Способы выявления эпилепсии	
	по обращаемости	сплошным методом
Чита	3,25	3,66
Краснокаменск	2,61	2,61*
Агинский район	3,18	3,46

Таблица 2. Распространенность эпилепсии в Забайкалье на 1 000 населения, выявленная по обращаемости и сплошным методом (случаи заболеваемости).

Примечание: * – статистически значимые отличия между показателями Краснокаменска, Читы и Агинского района ($\chi^2 = 7,417$; $p < 0,01$).

соответственно (см. табл. 1), что в сравнении с показателем, полученным по обращаемости (Краснокаменск), статистически значимо выше ($p < 0,05$), особенно среди мужчин ($p < 0,005$).

Общий показатель распространенности эпилепсии в Чите составил 3,66 случаев на 1000 взрослого населения, в Агинском районе он оказался практически таким же – 3,46 случаев на 1000 взрослого населения (см. табл. 2).

По литературным данным [6,12,15], распространенность эпилепсии в сельских районах может быть как выше, так и ниже таковой в городе, на её параметры в равной степени влияют этиологические факторы и уровень оказания медицинской помощи. Показатель распространенности эпилепсии, полученный по обращаемости в Краснокаменске, был статистически ниже такового в Чите ($p < 0,01$). При сравнении показателей по полу, среди женщин отличий не было выявлено, а среди мужчин разница в показателях отличалась с высокой степенью статистической значимости ($p < 0,005$). Полученные данные могут свидетельствовать о тенденции скрывать свое заболевание мужчинами, а также о недостоверности изучения эпидемиологии эпилепсии по данным обращаемости. При анализе распространенности эпилепсии в соответствии с возрастом (см. рис. 1) в Чите было выявлено постепенное увеличение показателя до максимума на пятом и шестом десятилетии жизни.

В Агинском районе было обнаружено наличие двух пиков распространенности эпилепсии, они приходились на возрастные периоды от 14 до 29 и от 50 до 59 лет. Рост распространенности эпилепсии с воз-

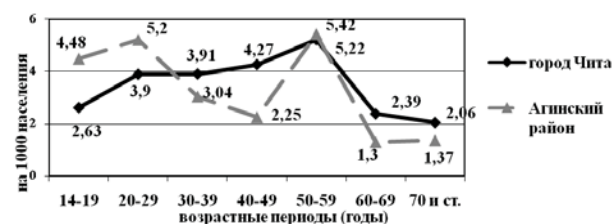


Рисунок 1. Распространенность эпилепсии по возрасту на 1000 населения в Чите и Агинском районе (случаи заболеваемости).

растом объясняется накоплением таких факторов риска симптоматических форм заболевания, как черепно-мозговая травма (ЧМТ), цереброваскулярные заболевания. В свою очередь, пик распространенности эпилепсии в младших возрастных группах обусловлен идиопатическими возрастзависимыми и симптоматическими формами на фоне перинатальной патологии. При исследовании распространенности заболевания по обращаемости в Краснокаменске в возрастном периоде от 50 до 59 лет данный показатель был статистически значимо ниже ($p < 0,01$), особенно среди мужчин ($p < 0,001$). Полученные данные могут косвенно подтверждать недостоверность эпидемиологических данных об эпилепсии по обращаемости ввиду того, что в условиях промышленно развитого города основная часть рабочих специальностей противопоказана больным эпилепсией. В связи с этим, пациенты склонны скрывать свое заболевание при устройстве на работу. Возрастной анализ появления первых эпилептических приступов показал наибольшую долю заболевших на втором и четвертом десятилетиях жизни. Большинство выявленных больных (44,38% в Чите и 53,85% в Агинском районе) приобрели заболевание в первые двадцать лет жизни. Средние показатели возраста больных к моменту обследования в Чите составили $39,16 \pm 1,72$ лет, а в Агинском районе – $34,23 \pm 3,36$ лет. Средняя продолжительность заболевания в этих популяциях была $13,27 \pm 1,34$ и $12,85 \pm 2,55$ лет соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, средние показатели возраста больных и продолжительности заболевания в городской и сельской местности достоверно не различались. Полученные данные подтверждают суждение об эпилепсии как о хроническом, длительно текущем заболевании, чаще дебютирующем в молодом возрасте и поражающем преимущественно лиц наиболее трудоспособного возраста. Это в очередной раз свидетельствует о высокой социально-экономической дезадаптации личности при эпилепсии.

Сравнительный анализ населения краевого центра – Читы, обследованного популяционным методом, и населения небольшого промышленного города Краснокаменска, обследованного по данным обращаемости, выявил определенные различия в эпидемиологических показателях. Так, распространенность эпилепсии в Краснокаменске в младших возрастных группах от 14 до 19 лет сопоставима с таковой в Чите

(3,72 против 2,63 случаев на 1000 населения). В средних возрастных группах показатели ниже таковых в Чите, особенно среди мужчин (2,10 против 5,04 случаев на 1000 населения). Такое распределение по обращаемости может быть обусловлено тем, что лица трудоспособного возраста склонны скрывать свое заболевание, опасаясь потерять работу в промышленном городе.

При оценке социального статуса больных эпилепсией оценивались уровень образования, занятость, наличие группы инвалидности и семейное положение. Большинство пациентов в Чите и в Агинском районе имели среднее образование. Общая доля больных с неполным средним, а также с полным средним и средне-специальным образованием составила соответственно 78,69% и 76,92%. По характеру семейного положения достоверно преобладали одинокие пациенты, доля которых в Чите составила 62,72% ($p < 0,001$ в сравнении с женатыми), а в Агинском районе – 62,82% ($p < 0,005$ в сравнении с женатыми), что значительно ниже общего (39,01%; $p < 0,001$).

С учетом того, что инвалидность является одним из основных показателей состояния здоровья населения, был изучен уровень инвалидности среди больных эпилепсией. В Чите он составил 64,20% (см. табл. 3) с преобладанием доли инвалидов второй группы, что статистически значимо выше ($p < 0,001$) такового для общего населения (8,21%).

Сопоставимые результаты получены и среди больных Агинского района, где уровень инвалидности составил 69,23% с преобладанием доли инвалидов второй группы, что также статистически значимо ($p < 0,001$) выше такового для всего населения (9,56%). Полученные данные сопоставимы с данными соседних регионов [1,6,11] и говорят о высокой степени социальной дезадаптации больных эпилепсией в Сибири. Высокая доля инвалидов, особенно второй группы, свидетельствует о значительной социально-трудовой дезадаптации больных эпилепсией в связи с невозможностью трудоустройства. Доля инвалидов второй группы как в городской (40,83%), так и в сельской популяциях (44,87%) статистически значимо ($p < 0,001$) превышала таковую для общего населения (5,48% и 5,78%, соответственно). Анализ количества инвалидов по возрасту выявил, что 85,25% в городской и 93,59% больных в сельской местности принадлежали к группе трудоспособных граждан.

Социальный статус	Городская популяция,% (n=338)	Сельская популяция,% (n=78)	χ^2 ; p
Работают	16,9	15,4	$\chi^2=0,001$; $p>0,05$
Не работают	83,1	84,6	$\chi^2=0,133$; $p>0,05$
Инвалиды 1 группы	5,9	6,4	$\chi^2=2,381$; $p>0,05$
Инвалиды 2 группы	40,8	44,9	$\chi^2=1,765$; $p>0,05$
Инвалиды 3 группы	17,5	17,9	$\chi^2=0,706$; $p>0,05$
Инвалиды всех групп	64,2	69,2	$\chi^2=1,437$; $p>0,05$

Таблица 3. Социальная характеристика больных эпилепсией в городской и сельской популяциях Забайкалья.

Примечание: n – число исследуемых больных.

Преобладание доли лиц трудоспособного возраста с заболеванием в сельской местности над таковой в городской говорит о большей социально-трудовой дезадаптации больных эпилепсией на селе.

В Чите в младшей возрастной группе статистически значимо преобладали лица с третьей группой инвалидности (38,98%), а в Агинском районе – напротив, с первой (60%). Это может быть связано с различным уровнем профилактики и оказания помощи при перинатальной патологии, которая чаще всего является этиологическим фактором у пациентов младшего возраста. В средних возрастных группах от 30 до 39 лет в Агинском районе статистически значимо ($p < 0,025$) преобладали пациенты с третьей группой инвалидности. Среди лиц в возрасте от 50 до 59 лет в Чите (26,09%) статистически значимо преобладали лица со второй группой инвалидности, а среди пациентов в возрасте от 70 лет и старше – первой. Это может быть связано с накоплением сопутствующей патологии, по совокупности которой с основным заболеванием и присваивается группа инвалидности.

Особого внимания заслуживает рассмотрение этиологических факторов эпилепсии и типов ее протекания в обследованных группах.

Этиологический спектр симптоматической эпилепсии в городской и сельской местности (см. табл. 4) характеризовался преобладанием пациентов с перенесенной ЧМТ, что составляло 46,8% и 37,7% соответственно. Перинатальная патология занимала второе место в списке причин развития заболевания в обеих группах и составляла 21,9% и 22,6% случаев соответственно. В Агинском районе второе место среди этиологических факторов, наряду с перинатальной патологией, занимала нейроинфекция, представленная, в основном, эндемичным для Забайкалья клещевым энцефалитом (22,6% случаев). Напротив, в городской среде данная причина возникновения эпилептических припадков отодвинута на четвертое место (12,2%) после цереброваскулярных заболеваний (13,7%). В сельской местности риск укуса клещом и, следовательно, заражения эндемичным клещевым энцефалитом значительно выше, чем в городе, что может увеличивать роль нейроинфекции в развитии эпилепсии. Такое соотношение является региональной особенностью спектра этиологических факторов заболевания [4,5].

Этиология эпилепсии	Городская популяция, % (n=338)	Сельская популяция, % (n=78)	χ^2 ; P
Черепно-мозговая травма	46,8	37,7	$\chi^2=1,293$; $p>0,05$
Перинатальная патология	21,9	22,6	$\chi^2=0,004$; $p>0,05$
Цереброваскулярная патология	13,7	9,4	$\chi^2=0,731$; $p>0,05$
Нейроинфекция	12,0	22,6	$\chi^2=3,677$; $p>0,05$
Опухоль головного мозга	3,0	3,8	$\chi^2=0,072$; $p>0,05$
Хронический алкоголизм	2,6	3,8	$\chi^2=0,209$; $p>0,05$

Таблица 4. Структура этиологических факторов симптоматической эпилепсии в городской и сельской популяциях Забайкалья.

Примечание: n – число исследуемых больных.

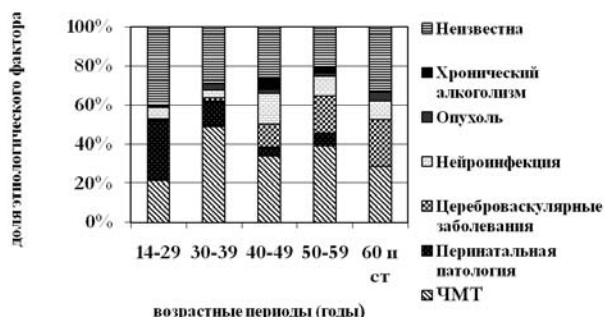


Рисунок 2. Возрастная структура этиологических факторов в г. Чите.

При возрастном анализе причин развития эпилепсии (см. рис. 2) выявлено, что среди больных от 14 до 29 лет преобладали пациенты с неизвестной этиологией заболевания (40,5%). Это в большинстве случаев характеризует преобладание идиопатических возрастзависимых форм заболевания. Перинатальная патология являлась самой частой причиной развития эпилепсии в возрасте от 14 до 29 лет и составила 30,6% всех больных. Черепно-мозговая травма признана самой частой причиной развития эпилепсии в возрастных группах от 30 до 39 лет (49,1%), от 40 до 49 (33,8%) и от 50 до 59 лет (39,0%). Роль цереброваскулярных заболеваний как этиологического фактора эпилепсии повышается с возрастом. Цереброваскулярная патология у пациентов старше 60 лет (23,8%) статистически значимо ($\chi^2=57,542$; $p<0,001$) чаще, в сравнении с другими возрастными группами, становилась причиной развития эпилепсии. Перенесенная нейроинфекция в возрастной группе от 40 до 49 лет встречалась статистически значимо чаще (16,2%; $\chi^2=4,327$; $p<0,05$) в сравнении с периодом от 14 до 19 лет и была представлена, в основном, эндемичным для края клещевым энцефалитом.

При анализе структуры припадков выявлено преобладание вторично-генерализованных над первично-генерализованными и фокальными. Вторично-генерализованные припадки наблюдались у 61,5% больных в Чите и у 66,7% – в Агинском районе. Фокальные припадки со вторичной генерализацией и без таковой наблюдались у 14,5% больных в Чите и 10,3% в Агинском районе. Такая структура приступов соответствуют уровню симптоматической эпилепсии, выявленной в исследованных популяциях, а так-

же литературным данным [1,2,6,10,12,15]. С течением времени среди больных городской популяции отмечено статистически значимое ($\chi^2=7,266$; $p<0,01$) снижение количества случаев заболевания с генерализованными припадками, однако доля больных, страдающих фокальными припадками с вторичной генерализацией и без таковой, оно остается прежним. Полученные данные подтверждают представление о резистентности фокальных и более доброкачественном течении генерализованных форм эпилепсии. В результате исследований выявлена сравнительно невысокая доля ремиссий (12,7%) среди больных, статистически незначимо ($\chi^2=3,287$; $p>0,05$) превышающая таковую в Агинском районе (6,4%), что свидетельствует о недостаточном качестве оказания специализированной помощи больным эпилепсией в Забайкалье [7,9].

Выводы

Средняя ежегодная заболеваемость эпилепсией за десять лет, с 1995. по 2006 г., в популяции лиц от 14 лет и старше в Чите составила 21,59 случаев на

100 000 населения, в сельской популяции Агинского района – 20,71 случаев на 100 000 населения, что сопоставимо с заболеваемостью эпилепсией в других регионах России.

Распространенность эпилепсии в популяции Читы составила 3,66 случаев на 1 000 населения, Агинского района – 3,46 случаев на 1 000 населения.

Среди этиологических факторов симптоматической эпилепсии в городской и сельской популяции Забайкалья преобладала ЧМТ. Второе место в городской популяции занимала перинатальная патология, третье – цереброваскулярные заболевания. В сельской популяции второе место занимали перинатальная патология и нейроинфекция, представленная в основном эндемичным для Забайкалья клещевым энцефалитом; третье – цереброваскулярные заболевания.

Больные эпилепсией в Забайкалье имели социальный статус значительно ниже общепопуляционного. Они статистически значимо чаще имели инвалидность, реже вступали в брак и реже обучались в высших учебных заведениях.

Литература:

- Балханова Р.Б. Эпидемиология эпилепсии в Республике Бурятия. Дисс. канд. мед. наук. Иркутск, 2006; 218 с.
- Блинов Д.В., Сандуковская С.И. Статистико-эпидемиологическое исследование заболеваемости неврологического профиля на примере детского стационара. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2010; 4: 12-22
- Гехт А. Б., Куркина И. В., Локшина О. Б. и др. Эпидемиологическое исследование эпилепсии в Москве. Неврол. и психиатр. 1999; 10: 4-8.
- Гольтованица Г.А., Ширшов Ю.А., Крицкая Ю.А. Организация эпилептологической службы в Забайкалье. Забайкальский медицинский вестник. 2008; 2: 67-69.
- Гольтованица Г.А., Ширшов Ю.А., Крицкая Ю.А. Фармакоэкономическое обоснование лечения эпилепсии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 80-летию образования Читинской областной клинической больницы «Медицина Забайкалья: достижения и перспективы». 2004: 353-354.
- Кабаков, Р.А. Эпидемиология эпилепсии в восточной Сибири. Дисс. канд. мед. наук. Иркутск. 2002, 161 с.
- Карлов В.А., Рокотянская Е.М., Коваленко Г.А. К вопросу о рецидивах у взрослых больных с эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2011; 2: 22-27
- Крицкая, Ю.А., Гольтованица Г.А., Маруева Н.А. Роль противосудорожного центра в оптимизации оказания помощи больным эпилепсией. Материалы XII Международной русско-японской научно-практической конференции. Красноярск. 2005: 117-118.
- Крицкая, Ю.А. Эпидемиология эпилепсии в Забайкалье. Сибирский медицинский журнал. 2008; 8: 64-67
- Перунова Н.Ю. Клиника, диагностика и коррекция течения основных форм идиопатической генерализованной эпилепсии. Екатеринбург. УГМА, 2003: 162.
- Шпрах В.В., Кабаков Р.А. Эпидемиология, социальные и терапевтические аспекты эпилепсии в Восточной Сибири. Метод. рекомендации. Иркутск. 2002: 21.
- Aziz H., Güvener A., Akhtar S. W., Hasan K. Z. Comparative Epidemiology of Epilepsy in Pakistan and Turkey: Population-Based Studies Using Identical Protocols. Epilepsia 1997; (Vol.38). 6: 716-722.
- Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes Epilepsia. 1989; (Vol.30.); 8: 389-399.
- Hauser W.A., Annegers J.F., Rocca W.A. Descriptive epidemiology of epilepsy: contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota. Mayo Clin Proc. 1996; 71: 576-586.
- Radhakrishnan K., Pandian J. D., Santhoshkumar T. et al. Prevalence, Knowledge, Attitude, and Practice of Epilepsy in Kerala, South India. Epilepsia 2000; (Vol.41) 8:1027-1035.
- WHO research protocol for measuring the prevalence of neurological disorders in developing countries. Neuroscience Programme Geneva, W.H.O. 1981; P.12

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL EPILEPSY CHARACTERISTICS IN TRANSBAIKALIA

Kritskaya Yu.A.¹, Shnayder N.A.², Shirshov Yu.A.¹

¹SBEI HPE "Chita State Medical Academy" Ministry of Healthcare and Social Development of Russia

²SBEI HPE "Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetskogo" Ministry of Healthcare and Social Development of Russia

Abstract: the epidemiological study of epilepsy in the Transbaikal region, using the homestead bypass in representative samples of adults (14 years and older) was developed. We studied the prevalence and incidence, social and etiological aspects of epilepsy. Found that the prevalence of epilepsy among rural and urban population is 3,66 and 3,46 cases per 1,000 population, and incidence – 21,59 and 20,71 cases per 100,000 persons per year, respectively. According to these indicators Transbaikalia approaching to national level.

Key words: epilepsy, the prevalence of epilepsy, the incidence of epilepsy