

Эпилепсия в амбулаторной нейрорепедиатрической практике: современные подходы к фармакотерапии

И.О. Щедеркина, Н.Н. Заваденко, Е.В. Орлова, В.Н. Яковлева, А.Н. Заваденко

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Epilepsy in outpatient neuropsychiatric practice: Current approaches to pharmacotherapy

I.O. Shchederkina, N.N. Zavadenko, E.V. Orlova, V.N. Yakovleva, A.N. Zavadenko

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; Morozov City Children's Clinical Hospital, Moscow

Для лечения эпилепсии у детей и подростков в амбулаторных условиях важны благоприятный фармакокинетический профиль антиэпилептического препарата с линейной кинетикой, стабильной концентрацией в крови, отсутствием клинически значимого взаимодействия с другими лекарствами. Этим требованиям соответствует леветинол (леветирацетам). Целью исследования явилась оценка применения Леветинола в условиях амбулаторной нейрорепедиатрической практики. Обследован 61 пациент в возрасте от 2 до 17 лет с различными формами эпилепсии. У 47 детей отмечались сопутствующие заболевания (неврологические, соматические, эндокринные), что потребовало особенно осторожного подхода к выбору антиэпилептического препарата. Леветинол назначался в терапевтической дозе от 30 до 70 мг/кг в сутки. На монотерапии находились 23 (37,7%) ребенка, в 54% (n=33) случаев применялась дуотерапия, в 8,1% (n=5) — три препарата. Положительный клинический эффект был достигнут у 53 детей — у большинства на 3-м месяце терапии: урежение приступов на 25% — у 2, на 50% — у 11, на 75% — у 3, отсутствие приступов в течение 3–5 мес — у 38 (62,2%). Леветинол (леветирацетам) продемонстрировал высокую терапевтическую эффективность, хорошую переносимость, в том числе у детей с сопутствующими заболеваниями, благодаря чему имеет преимущество перед другими препаратами для применения в амбулаторной нейрорепедиатрической практике.

Ключевые слова: дети, подростки, эпилепсия, амбулаторная практика, антиэпилептические препараты, леветирацетам.

The favorable pharmacokinetic profile of an antiepileptic drug with linear kinetics, stable blood concentration, and no clinical interaction with other agents is important in treating epilepsy in children and adolescents in the outpatient setting. Levetinol (levetiracetam) meets these requirements. Objective: to assess the use of Levetinol in outpatient neuropsychiatric practice. Sixty-one patients aged 2 to 17 years with different types of epilepsy were examined. Forty-seven children were observed to have concomitant (neurological, somatic, and endocrine) diseases, which required a particularly careful approach to choosing an antiepileptic drug. Levetinol was given in a therapeutic dose of 30 to 70 mg/kg/day. Twenty-three (37,7%) children were on monotherapy; 33 (54%) had duo therapy; 5 (8,1%) received 3 drugs. A positive clinical effect was achieved in 53 children — in most at 3 months of therapy: 25, 50, and 75% reductions in seizures in 2, 11, and 3 patients, respectively; no seizures within 3–5 months in 38 (62,2%) patients. Levetinol (levetiracetam) demonstrated a high therapeutic efficacy and good tolerability in patients, including children with comorbidities, owing to which it has an advantage over other medicaments used in outpatient neuropsychiatric practice.

Key words: children, adolescents, epilepsy, outpatient practice, antiepileptic drugs, levetiracetam.

Эпилепсия является распространенным неврологическим заболеванием, поражающим все возрастные группы населения [1]. Ее начало чаще всего приходится на детский и подростковый возраст. Распространенность эпилепсии среди детского и подросткового населения европейских стран составляет от 2,8 до 9,2 на 1000 [1].

© Коллектив авторов, 2015

Ros Vestn Perinatol Pediat 2015; 4:93–99

Адрес для корреспонденции: Щедеркина Инна Олеговна — к.м.н., зав. неврологическим отделением Консультативного центра Морозовской детской городской клинической больницы

Яковлева Валентина Николаевна — врач того же отделения

Заваденко Александра Николаевна — к.м.н., врач того же отделения, асс. каф. неонатологии факультета дополнительного профессионального образования РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Орлова Екатерина Витальевна — врач того же отделения, асс. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

119034 Москва, Пожарский пер., д. 7

Заваденко Николай Николаевич — д.м.н., проф., зав. той же кафедрой указанного учреждения

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

При лечении детей с эпилепсией необходим индивидуальный подход с учетом не только специфики течения заболевания, но и возраста ребенка, соматического и иммунного статуса, метаболических процессов, роли наследственных факторов, аллергических реакций и некоторых других особенностей [2]. В процессе диагностики эпилепсии требуется тщательная оценка анамнеза и описания пароксизмального (судорожного) состояния, выявление и, по возможности, устранение эпилептогенных факторов (например, опухоли), исключение провоцирующих приступы ситуаций. После подтверждения диагноза перед врачом встает вопрос о выборе антиэпилептического препарата. В детском возрасте особенно важно учитывать такие факторы, как форма эпилепсии и характер приступов, возраст и пол пациента, приверженность лечению (лекарственная форма, схема дозирования, обеспечивающие простоту использования, психологические аспекты, особенно у подростков), влияние болезни на качество жизни, социальное функционирование, учеба, а также

затраты на терапию (как прямые, так и дополнительные) и доступность препарата.

На современном этапе большое внимание уделяется лечению пациентов с хроническими заболеваниями, к которым относится эпилепсия, в амбулаторных условиях, сокращению количества необоснованных госпитализаций. В связи с этим большое значение приобретает выбор антиэпилептического препарата. Лекарственное средство должно быть высокоэффективным и одновременно иметь минимальный риск возникновения побочных эффектов, быть удобным в применении, не требовать в процессе лечения частого контроля лабораторных показателей крови и мочи, многократного проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Современным антиэпилептическим средством, применяемым детскими эпилептологами и удовлетворяющим перечисленным требованиям, является Леветинол® (леветирацетам). Он обладает широким спектром терапевтического действия: эффективен при большинстве эпилептических приступов (генерализованных и парциальных), применяется как в комбинированном лечении, так и в монотерапии эпилепсии [3–5].

Леветинол обладает уникальным механизмом действия, отличным от других антиэпилептических средств: связывается с транспортным белком SV2A синаптических везикул в пресинаптических терминалях, тем самым ингибируя выход кальция из нейрона. Кроме того, леветирацетам ингибирует калиевые каналы N-типа в гиппокампе, снижает активность негативных модуляторов ГАМК- и глициновых рецепторов,

подавляет избыточную синхронизацию нейронов [3]. Для амбулаторной практики особенно важны благоприятный фармакокинетический профиль с линейной кинетикой (концентрация в крови нарастает пропорционально дозе препарата), стабильностью концентрации в крови (достигается через 2 дня после начала приема препарата дважды в день), отсутствием клинически значимого взаимодействия с другими лекарственными средствами, что отличает его от традиционных антиэпилептических препаратов.

Целью исследования явилась оценка применения Леветинола в условиях амбулаторной нейропедиатрической практики.

Характеристика детей и методы исследования

На базе неврологического отделения консультативного центра Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы наблюдаются дети с различными формами эпилепсии. Нами проанализированы данные из историй болезни детей с эпилепсией, у которых при лечении применялся Леветинол® (леветирацетам). Всего обследован 61 пациент (31 девочка и 30 мальчиков), в возрасте от 2 до 17 лет: 18 детей от 2 до 6 лет, 19 — от 7 до 11 лет, 24 — от 12 до 17 лет. Диагностика эпилепсии осуществлялась на основании результатов клинического обследования, видео-ЭЭГ-мониторирования, нейровизуализации (компьютерная, магнитно-резонансная томография — МРТ). Формы эпилепсии у наблюдавшихся пациентов представлены в табл. 1.

У пациентов отмечались различные типы приступов: типичные и атипичные абсансы, миоклониче-

Таблица 1. Формы эпилепсии, с которыми наблюдались дети, получавшие лечение Леветинолом

Форма эпилепсии	Количество пациентов	
	абс.	%
Детская абсансная	3	4,9
Юношеская абсансная	2	3,3
Идиопатическая генерализованная с изолированными генерализованными судорожными приступами	4	6,5
Юношеская миоклоническая	8	13,1
Миоклония век с абсансами (синдром Живонса)	2	3,2
Синдром Дузе (миоклонически-астатическая)	1	1,6
Роландическая	4	6,5
Идиопатическая фокальная (затылочная)	6	9,7
Криптогенная фокальная	12	19,7
Симптоматическая фокальная	14	22,9
Атипичная роландическая	1	1,6
Синдром Леннокса—Гасто	2	3,2
Синдром Драве	1	1,6
Эпилептическая энцефалопатия	1	1,6
Всего	61	

ские, вторично-генерализованные, генерализованные тонико-клонические, сложнопарциальные (гемиклонические, гемифациальные, версивные, фациобрахиальные, диалептические), миоклонии век с абсансами, вегетативные. Диагностированы разные формы эпилепсии: фокальные (идиопатические, криптогенные и симптоматические) эпилепсии, идиопатические генерализованные (детская абсансная и юношеская абсансная, юношеская миоклоническая, с изолированными генерализованными приступами), синдром Драве, синдром Леннокса—Гасто, синдром Живонса, атипичная роландическая эпилепсия, синдром Дузе. Чаще всего в наблюдавшейся группе пациентов отмечались симптоматическая (22,9%) и криптогенная (19,6%) фокальные эпилепсии, юношеская миоклоническая эпилепсия (13%). Треть пациентов — 21 (34,4%) имела только один тип приступов, чаще всего это были абсансы, миоклонии или генерализованные тонико-клонические приступы.

Изменения на МРТ головного мозга выявлены у 13 (21,3%) наблюдавшихся пациентов и были представлены следующими патологическими процессами: субатрофия корковая — у 5, резидуальная лейкопатия — у 2, арахноидальные кисты — у 4, кистозно-глиозные изменения — у 2.

Результаты

На момент начала приема Леветинила длительность течения эпилепсии составляла от 2 мес до 10 лет. Препарат назначался в терапевтической дозе от 30 до 70 мг/кг в сутки.

На монотерапии Леветинилом находились 23 (37,7%) ребенка. В 6 случаях Леветинил был первым препаратом, с которого стартовала терапия эпилепсии. Формами эпилепсии, при которых Леветинил использовался в качестве стартовой монотерапии, были: идиопатическая генерализованная с изолированными генерализованными судорожными приступами, юношеская миоклоническая, детская абсансная, синдром Живонса, роландическая, идиопатическая затылочная (синдром Панайотопулоса). У 17 из 23 пациентов, получавших монотерапию, замена на Леветинил производилась после неэффективности лечения первым/вторым назначавшимся антиэпилептическим препаратом (недостаточная эффективность, возникновение побочных эффектов, ухудшение на ЭЭГ) и, что немаловажно, из-за негативного отношения родителей к «старым» антиэпилептическим средствам. Перевод на монотерапию Леветинилом с других препаратов чаще всего осуществлялся при идиопатических формах (идиопатической фокальной, роландической эпилепсии, детской абсансной, юношеской абсансной, юношеской миоклонической эпилепсии).

В 54% ($n=33$) случаев применялась дуотерапия, в 8,1% ($n=5$) — назначались 3 препарата. На трех препаратах находились дети с атипичной роландической эпилепсией и детским церебральным параличом (ДЦП).

Наиболее часто Леветинил® (леветирацетам) при комбинированной терапии сочетался со следующими антиэпилептическими средствами: вальпроевой кислотой — у 19 детей, карбамазепином — у 5, окскарбазепином — у 2, топираматом — у 2, фризидомом — у 2, ламотриджином — у 1, сабрилом — у 1, стирипентолом — у 1.

Обычно необходимость в комбинированной противосудорожной терапии возникала при недостаточной эффективности монотерапии и возникновении побочных эффектов первого (второго) препарата: изменение показателей крови, выпадение волос, боли в животе, данные фармакомониторинга, прибавка массы тела при приеме вальпроевой кислоты; появление солей в моче, заторможенность при приеме топирамата; аллергическая сыпь — при лечении ламотриджином; головокружение при лечении окскарбазепином; изменения биохимических показателей крови (трансаминазы, щелочная фосфатаза) при лечении карбамазепином.

Положительный клинический эффект был достигнут у 53 детей — у большинства на 3-м месяце терапии (у ряда пациентов после коррекции дозы), а в некоторых случаях уже на 1–2-м месяце лечения, в том числе:

- урежение приступов на 25% — у 2 детей;
- урежение на 50% — у 11;
- урежение на 75% — у 3;
- отсутствие приступов в течение 3–6 мес — у 38 (62,2%).

Отсутствие клинического эффекта (сохранение приступов) через 3–6 мес терапии Леветинилом зафиксировано только у 5 (8,1%), а у 2 детей с обширными кистозно-глиозными изменениями на МРТ наблюдалось учащение приступов. Все эти пациенты страдали тяжелыми формами эпилепсии: симптоматическими фокальными, атипичной роландической, синдромом Леннокса—Гасто, синдромом Драве.

Из 6 пациентов, находящихся на стартовой монотерапии Леветинилом, клинической ремиссии достигли четверо: с юношеской миоклонической эпилепсией и идиопатической генерализованной эпилепсией с генерализованными судорожными приступами. У 9 из 17 пациентов на монотерапии Леветинилом (после смены монотерапии) достигнута клиническая ремиссия, остальным через 3–6 мес к лечению был дополнительно назначен второй антиэпилептический препарат (вальпроевая кислота, окскарбазепин, ламотриджин).

В 2 случаях препарат был отменен через 3 мес приема из-за неэффективности (учащения приступов), у 5 пациентов — через 6 мес приема и наращивания дозы до достижения терапевтического эффекта.

Большинство (78,7%) пациентов хорошо переносили терапию Леветинилом, и она не сопровождалась нежелательными явлениями. Побочные явления за время приема препарата возникли у 13 (21,3%) пациентов и были представлены: нарушением сна (прерывистостью) у 6, усилением тиков — у 1, раздра-

жительностью, агрессивностью — у 5, аллергической сыпью — у 1. Важно отметить, что ни в одном случае побочные эффекты не были настолько значительными, чтобы потребовалась отмена препарата. Обращал на себя внимание тот факт, что дети с данными побочными эффектами и до начала приема Леветинола имели проблемы со сном, невротические реакции.

При динамической оценке ЭЭГ на фоне приема Леветинола (проведена у 39 пациентов) только в 4 случаях (после 6 мес лечения) отмечено исчезновение и значительное снижение индекса эпилептиформной активности, (преимущественно диффузной пик-полипик-волновой активности). При изначально зарегистрированной фокальной эпилептиформной активности, особенно на фоне регионального замедления, наличия доброкачественных эпилептиформных разрядов детства, влияние препарата на картину ЭЭГ было слабовыраженным (отсутствовало через 3–6 мес).

Важными факторами, определяющими выбор антиэпилептического препарата, помимо типа приступов, формы эпилепсии, возраста, являются коморбидные нарушения. В табл. 2 перечислены сопутствующие заболевания, которые отмечались у 47 из 61 обследованного пациента с эпилепсией, что потребовало особенно осторожного подхода к выбору антиэпилептического средства. В частности, сопутствующие неврологические нарушения отмечались у 25 пациентов. Они были представлены ДЦП (у 5 пациентов), пороками развития головного мозга (у 1 — аномалия Арнольда—Киари, у 1 — гипоплазия мозолистого тела). Задержка нервно-психического

развития наблюдалась у 12 детей, общее недоразвитие речи — у 4, синдром дефицита внимания и гиперактивности — у 1, тики — у 1. В ходе динамического наблюдения обращало на себя внимание отсутствие негативного влияния Леветинола® (леветирацетам) на состояние высших психических функций как во всей группе обследованных, так и у пациентов с коморбидными неврологическими нарушениями.

Соматическая отягощенность имела место в 6 случаях и была представлена заболеваниями желудочно-кишечного тракта (у 4 детей), заболеванием почек (у 1), дерматитом (у 1), хронической вирусной инфекцией (у 1). Эндокринными заболеваниями страдали 13 пациентов, в том числе у 5 были нарушения менструального цикла, у 4 — гиперинсулинизм, у 3 — экзогенно-конституциональное ожирение, у 1 — сахарный диабет. Следует подчеркнуть, что ни у одного из пациентов с соматической отягощенностью и эндокринными расстройствами назначенное лечение Леветинолом не сопровождалось нарастанием указанных нарушений.

Обсуждение

К настоящему времени в нейрорепедиатрической практике накоплены данные о том, что леветирацетам в качестве дополнительной терапии обладает высокой эффективностью при разных типах эпилептических приступов (как парциальных, так и генерализованных), а при ряде форм эпилепсии может успешно применяться в качестве монотерапии [3–7]. При этом для него характерны довольно быстрое достижение терапевтического эффекта и хорошая переносимость у детей и подростков.

Таблица 2. Сопутствующие заболевания у обследованных пациентов с эпилепсией

Сопутствующие заболевания	Число пациентов
Неврологические нарушения	
Детский церебральный паралич	5
Пороки развития мозга	2
Задержка нервно-психического развития	12
Общее недоразвитие речи	4
Синдром дефицита внимания и гиперактивности	1
Тики	1
Соматическая отягощенность	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	4
Заболевание почек	1
Дерматит	1
Хроническая цитомегаловирусная и герпетическая инфекция (тип 6)	1
Эндокринные заболевания	
Нарушение менструального цикла	5
Гиперинсулинизм	4
Экзогенно-конституциональное ожирение	3
Сахарный диабет	1
Всего	47

Леветирацетам имеет благоприятный профиль безопасности — невысокую частоту нежелательных эффектов, отсутствие негативного влияния на когнитивные функции. Одновременно препарат обладает противосудорожным синергизмом со многими антиэпилептическими препаратами, не проявляя синергизма по нейротоксическим эффектам. Отсутствуют клинически значимые фармакокинетические взаимодействия как с антиэпилептическими, так и с другими лекарственными средствами. Поэтому он может считаться оптимальным препаратом для комбинированного лечения эпилепсии.

Перечисленные характеристики приводят к улучшению приверженности лечению со стороны пациентов и родителей, что имеет большое значение в амбулаторной практике. Этому способствуют также простота и удобство его применения — простая схема титрования дозы, прием 2 раза в день независимо от еды. Кроме того, назначение препарата не требует определения его концентрации в сыворотке крови и лабораторного мониторинга (анализов крови, мочи, определения активности печеночных ферментов).

Хорошо известно, что бремя эпилепсии усиливается при наличии сопутствующих заболеваний [8]. Длительное лечение леветирацетамом, проводимое в амбулаторных условиях, хорошо переносится и не сопровождается клинически значимыми лекарственными взаимодействиями. Это имеет особое значение для пациентов с эпилепсией, получающих политерапию, а также имеющих сопутствующие заболевания, по поводу которых помимо антиэпилептического назначаются препараты других групп. Лекарственные взаимодействия могут ухудшать как эффективность, так и переносимость противоэпилептической терапии. Леветирацетам — антиэпилептический препарат нового поколения, имеющий линейный фармакокинетический профиль, обладает явным преимуществом перед другими лекарственными средствами лечения детей и подростков с эпилепсией и сопутствующей патологией.

У детей с эпилепсией умственная отсталость и регресс в психическом развитии отмечаются лишь при ограниченном числе форм заболевания. Большинство пациентов с эпилепсией имеют сохранный интеллект и могут обучаться по программе общеобразовательной школы. Однако не менее чем у 50% из них наблюдаются поведенческие и эмоциональные нарушения, трудности в обучении [4]. В основе познавательных трудностей лежит повреждение мозговых структур, локализация эпилептического очага, характер, тяжесть и частота приступов, наличие субклинической эпилептиформной активности на ЭЭГ, перенесенный эпилептический статус, недостаточная эффективность либо побочные эффекты антиэпилептического препарата. Как показали многолетние катamnестические исследования, последствия эпилепсии с началом в детстве часто сохраняются вплоть до взрослого возраста и определяются рано проявив-

шимися сопутствующими когнитивными, поведенческими и эмоциональными расстройствами [4]. Учитывая это, процесс лечения эпилепсии у детей должен включать специальные меры, направленные на своевременное и наиболее полное преодоление когнитивных, поведенческих и эмоциональных нарушений.

Наличие задержки нервно-психического развития определяет тактику врача при ведении ребенка с эпилепсией. Если эта задержка возникла в результате текущего эпилептического процесса, то основные усилия должны быть направлены на купирование приступов и подавление эпилептиформной активности на ЭЭГ. Если же ребенок имел нормальный интеллект до начала приступов, то приоритет отдается препарату, эффективному при имеющемся типе приступов и минимально влияющему на когнитивные функции. Преимущество леветирацетама в таких случаях связано с тем, что он не только не имеет негативного влияния на состояние высших психических функций, но и при длительном применении оказывает на них положительное действие. Как показали исследования, терапия леветирацетамом способствует улучшению показателей памяти, внимания, времени реакции, организации и контроля психических и моторных процессов [9].

При выборе препарата как для стартовой терапии эпилепсии, так и политерапии помимо типа эпилептических приступов и формы эпилепсии у детей и подростков важно учитывать особенности соматического статуса. В нашей группе обследованных выбор Леветинила у пациентов с нарушениями углеводного обмена (сахарный диабет, врожденный гиперинсулинизм) определялся преимуществами фармакокинетики препарата, отсутствием негативного влияния на обменные процессы. Не менее важным является отсутствие взаимодействия Леветинила с другими препаратами, что имело значение при его выборе для назначения пациентам с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями.

Заключение

Леветинил® (леветирацетам) продемонстрировал высокую терапевтическую эффективность, в частности, в достижении ремиссии, у детей как с генерализованными, так и с фокальными формами эпилепсии. Наибольший клинический эффект был отмечен при идиопатических формах. Леветинил показал высокий уровень безопасности и хорошую переносимость, что позволяет применять его в политерапии эпилепсии, в том числе у детей с сопутствующими неврологическими, соматическими и эндокринными заболеваниями, требующими особенно осторожного подхода к выбору антиэпилептического препарата. Леветирацетам — современный стандарт качества лечения эпилепсии, имеющий преимущество перед другими антиэпилептическими средствами для применения в амбулаторной нейрорепедиатрической практике.

ЭПИЛЕПСИЯ –

НЕ ПОВОД
ОТКЛЮЧАТЬСЯ

Реклама

Международное непатентованное название

Леветирацетам

Формы выпуска

Таблетки, покрытые плёночной оболочкой по 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг по 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку (блистер) из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой по 3 или 6 блистеров вместе с инструкцией по применению в пачку картонную

Показания к применению

- В качестве монотерапии для лечения парциальных судорог с вторичной генерализацией или без нее у пациентов с 16 лет с впервые установленным диагнозом эпилепсия.
- В качестве вспомогательной терапии для лечения:
 - парциальных судорог с вторичной генерализацией или без нее у пациентов с эпилепсией с 6 лет;
 - миоклонических судорог у пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией с 12 лет;
 - первично генерализованных тонико-клонических судорог у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией с 12 лет.



РУ № ЛП-002021 от 05.03.2013

Телефон горячей линии:

8-800-333-43-76

(звонок по России бесплатный)

www.geropharm.ru

1. Ben-Menachem E., Falter U. Efficacy and tolerability of levetiracetam 3000 mg/d in patients with refractory partial seizures: a multicenter, double-blind, responder-selected study evaluating monotherapy. European Levetiracetam Study Group // *Epilepsia*. – 2000. – V. 41. – P. 1276-1283.

2. Boon P., Chauvel P., Pohlmann-Eden B. et al. Dose-response effect of levetiracetam 1000 and 2000 mg/day in partial epilepsy. *Epilepsy Res* 2002; 48: 77—89.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хаузер В.А. Описательная эпидемиология эпилепсии. В кн.: Современная эпилептология: проблемы и решения. Под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. М: ООО «Буки-Веди» 2015; 33–104 (Hauser W.A. The descriptive epidemiology of epilepsy. In: Current Epileptology: problems and solutions. E.I. Gusev, A.B. Guecht (eds). Moscow: ООО «Buki-Vedi» 2015; 33–104.)
2. Гузева В.И., Гузева В.В., Гузева О.В. Профилактика осложнений и оценка безопасности антиэпилептической терапии у детей. В кн.: Современная эпилептология: проблемы и решения. Под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. М: ООО «Буки-Веди» 2015; 471–489 (Guzeva V.I., Guzeva V.V., Guzeva O.V. Prevention of complications and safety assessment of antiepileptic therapy in children. In: Current Epileptology: problems and solutions. E.I. Gusev, A.B. Guecht (eds). Moscow: ООО «Buki-Vedi» 2015; 471–489.)
3. Lyseng-Williamson K.A. Spotlight on levetiracetam in epilepsy. CNS Drugs 2011; 25: 10: 901–905.
4. Arzimanoglou A., Aicardi J. Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства. В кн.: Айкарди Ж., Бакс М., Гиллберг К. Заболевания нервной системы у детей. Пер. с англ.; под ред. А.А. Скоромца. М: БИНОМ 2013; 2: 644–738 (Arzimanoglou A., Aicardi J. Epilepsy and other paroxysmal disorders. In: Aicardi J., Bax M., Gillberg C. Diseases of the Nervous System in Childhood. Transl.; A.A. Skoromets (ed.). Moscow: BINOM 2013; 2: 644–738.)
5. Детская неврология. Клинические рекомендации, вып. 1. Под ред. В.И. Гузевой. М: ООО «МК» 2014; 265–327 (Child Neurology. Clinical Guidelines, Vol. 1. V.I. Guzeva (ed.). Moscow: ООО «МК» 2014; 265–327.)
6. Балакирева Е.А., Неретина А.Ф. О применении леветирacetам при эпилепсии у детей. Казан мед журн 2009; 90: 5: 641–644 (Balakireva E.A., Neretina A.F. The usage of levetiracetam in epileptic children. Kazan med zhurn 2009; 90: 5: 641–644.)
7. Белоусова Е.Д. Рациональная политерапия эпилепсии у детей. Журн неврол и психиат 2014; 114: 4: 2: 35–40 (Belousova E.D. Rational polytherapy of epilepsy in children. Zhurn nevrol i psikhiat 2014; 114: 4: 2: 35–40.)
8. Перукка Э. Эпилепсия как излечимое заболевание мозга: проблемы и перспективы. В кн.: Современная эпилептология: проблемы и решения. Под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. М: ООО «Буки-Веди» 2015; 9–31 (Perucca E. Epilepsy as the treatable brain disease: global challenges and the way forward. In: Current Epileptology: problems and solutions. E.I. Gusev, A.B. Guecht (eds). Moscow: ООО «Buki-Vedi» 2015; 9–31.)
9. Eddy C.M., Rickards H.E., Cavanna A.E. The cognitive impact of antiepileptic drugs. Ther Adv Neurol Disord 2011; 4: 6: 385–407.

Поступила 20.05.15

Научно-практическая конференция «СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ»

8–9 октября в Москве состоится научно-практическая конференция «Современная диагностика и лечение в практической неврологии».

Приглашаются практикующие врачи-неврологи, а также специалисты смежных специальностей, руководители ЛПУ и частных клиник.

В рамках конференции пройдет обсуждение ключевых проблем, с которыми практикующие врачи сталкиваются ежедневно: вопросы диагностики, профилактики и лечения, а также междисциплинарные взаимоотношения в ведении пациентов. Практическая часть конференции включает в себя мастер-класс по анализу патологий, выявляемых по МРТ-диагностике. Помимо этого, в рамках конференции пройдет специализированная выставка современных лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинских изданий.

Свои доклады представят ведущие специалисты, практикующие врачи, доктора медицинских наук, профессора, среди которых детский эпилептолог с мировым именем Андрей Сергеевич Петрухин и врач-эпилептолог, вице-президент Объединения врачей-эпилептологов и пациентов России Кира Владимировна Воронкова.

Каждому участнику, посетившему конференцию, будет выдан сертификат.

Конференция проводится при поддержке Ассоциации междисциплинарной медицины. Организаторы: сеть центров «МРТ24», Академическая клиника на базе НИИ им. Н.Н. Бурденко «Сесиль», учебный центр Инновационной медицины «Сесиль».

Подробная информация и запись на конференцию на сайте **neurology-msk.ru**

Тел: +7 916 785 93 86; +7 (495) 540-540-3 доб. 127

Адрес: г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

E-mail: doc@mrt24.ru