

2. Гайтур Е.И. Вторичные механизмы повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме (диагностика, тактика, лечения и прогноз): Дисс. ... д-ра мед. наук. - М.: 1999. - 229 с.

3. Коваленко В.М., Халитова Ф.Г. Дооперационная диагностика и лечение множественных травматических гематом // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 34.

4. Комарницкий С.В., Полищук Н.Е., Литвиненко А.Л. Некоторые факторы определения исхода у больных с травматическими сдавлениями головного мозга // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 36.

5. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме М.: Антитор, 2001. - С. 230-268.

6. Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Черепно-мозговая травма - как нейрохирургическая проблема // Здоровоохранение Кыргызстана.- 2009, №2. - С. 45-52.

7. Потапов А.Н., Лихтерман Л.Б., Вос П.Е. Стандарты и рекомендации в современной нейротравматологии // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 3. - М.: Антитор, 2002. - С. 29-41.

8. Хилько В.А. Клиническое руководства по черепно-мозговой травме. Том 3. Под. ред. акад. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. член. корр. РАМН А.А. Потапова. - М.: Антитор, 2002 - 631 с.

9. Cruz J., Minoja G., Okuchi K. Improving clinical outcomes from acute subdural hematomas with the emergency preoperative administration of high doses of mannitol: a randomized trial. // Neurosurgery, 2001. - Vol. 49(4). - P. 864-71.

10. D'Amato L., Piazza O., Alliata L. Prognosis of isolated acute post-traumatic subdural haematoma. // J Neurosurg Sci, 2007. - Vol. 51(3). - P. 107-11.

### ТҮЙН

Ауыр бас сүйек-ми жаракаты кезінде комалык күйлерді болжамды критерийлері

Авторлар ауыр бас сүйек-ми жаракатының өткір кезеңінде 126 наукастарды емдеудің нәтижелері зерттеді. Наукастардың жасы 16-дан 85-ке дейін болды, олардың ішінде 69-на операция жасалынды. Барлық наукастар сананың терең бұзушылықтарымен келді: ессіз терең ұйқыға кетуде - 17 адам (Глазго шкаласы бойынша 7-9 балл), комада 1-2 ст. 67 және комада 2-3 ст. 42 емделушілер (Глазго шкаласы бойынша 3-5 балл). Барлық наукастардың әр түрлі мидың соғылған оқшауланғаны диагностикаға алынды: жеке - 68, көптік - 37, эпи - субдуралды

гематомасы бар тіркесте - 93, ми ішіндегі гематомасы және вентрикулярлық қан құйылу тіркесте - 34, бүлінудің таралған аксоналды белгілері және ми діңгегі ауыртып алуы 9 жағдайда болғанын анықтаған. 89 наукас (76%) өліммен леталды нәтижесімен аяқталды.

**Түйін сөздер:** бас сүйек-ми жаракаты, сананың бұзушылығы, кома, ессіз терең ұйқыға кету, бастағы қан құйылулар, біту, болжам.

### РЕЗЮМЕ

Прогностические критерии коматозных состояний при тяжелой черепно-мозговой травме

Автором были изучены результаты лечения 126 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Возраст больных варьировал от 16 до 85 лет, 69 из них были оперированы. Все больные поступали с глубокими нарушениями сознания: в сопоре - 17 человек (7-9 баллов по шкале Глазго), коме 1-2 ст. 67 и коме 2-3 ст. 42 пациентов (3-5 баллов по шкале Глазго). У всех больных диагностированы ушибы головного мозга различной локализации: одиночные - 68, множественные - 37, в сочетании с эпи- субдуральной гематомой - 93, в сочетании внутримозговой гематомой и вентрикулярным кровоизлиянием - 34, признаки диффузного аксонального повреждения и ушиба ствола мозга выявлены в 9 случаях. Летальный исход наступил у 89 больных (76%).

**Ключевые слова:** Черепно-мозговая травма, нарушения сознания, кома, сопор, внутричерепные кровоизлияния, исход, прогноз.

### SUMMARY

**Prognostic criteria of comatous conditions in severe skull brain injury**

The author has investigated results of 126 series in acute stage of severe Skull Brain injury. Patients age varied from 16 to 85 years, 69 of them underwent surgery. All patients admitted with deep disturbances of consciousness: in spoor 17 patients (7-9 scores according to the Glasgow coma scale), in coma of 1-2<sup>nd</sup> grade 67 patients and in coma of 2-3<sup>rd</sup> grade 42 patients (305 scores according to the Glasgow coma scale). The Brain contusion of different location was diagnosed in all patients: single - 68, multiple - 37, in combination with epidural and subdural haematomas - 93, combined with intracerebral and ventricular hemorrhages - 34, signs of diffuse axonal injury and brain stem contusion - 9 patients. The mortality rate investigated in 89 patients (76%).

**Key words:** Skull Brain injury, disturbances of consciousness, coma, sopor, intracranial hemorrhages, outcome, prognosis.

УДК 616.8-07

## МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

К. А. Исмаилов

Ошская межобластная детская клиническая больница, отделение МРТ диагностики,  
г.Ош, Кыргызская Республика

**Введение.** Неврологические расстройства, обусловленные изменениями в позвоночнике, составляют 5-15% от общей заболеваемости и 48-71,9% в структуре неврологической заболеваемости. Широкая распространенность боли нижней части спины в популяции, частота и максимальная экспрессивность обострений в молодом и зрелом, наиболее трудоспособном возрасте, высокая инвалидизация побуждают к активному поиску

причин и механизмов её развития с целью оптимизации лечения и профилактики.

Своевременность диагностики, профилактики и лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза является весьма важной проблемой для здравоохранения, и, несмотря на имеющиеся достижения ее нельзя считать разрешенной.

Болевым синдромам поясничного отдела позвоночника

посвящено множество работ. Тем не менее, до сих пор нет единого мнения о причинах возникновения различных болевых синдромов в спине и конечностях и их связи с морфологическими изменениями позвоночника. Существенную роль в их определении призваны сыграть дополнительные методы диагностики. Каждый из применяемых сегодня методов имеет свою точку приложения и диагностическую ценность.

Магнитно-резонансная томография играет важную роль в исследовании пациентов, у которых возникают боли радикулярного генеза, так как при магнитно-резонансном исследовании позвоночника визуализируются как мягкотканые, так и костные изменения в структурах позвоночно-двигательного сегмента. Опираясь на данные МР-томографии, невропатолог и нейрохирург определяют с дальнейшей тактикой лечения пациента. В случае неэффективного консервативного лечения проводят оперативное вмешательство [1-10].

Таким образом, остается недостаточно изученным вопрос магнитно-резонансной диагностики компрессионного дискогенного болевого синдрома, возникающего при грыжах поясничных дисков. Не установлена эффективность МРТ диагностики в определении причин радикулярной компрессии, возникающей при задних грыжах поясничных дисков.

**Целью** работы явилось определение роли магнитно-резонансной томографии в диагностике дегенеративно-дистрофических изменений у пациентов до- и после микрохирургического удаления задних грыж поясничных межпозвонковых дисков.

**Материал и методы исследования.** Нами в период с января 2008 по январь 2013 года проведено комплексное обследование и лечение 170 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков и различными вариантами болевых проявлений, локализующихся в пояснице и ноге. Из общего числа пациентов мужчин было 100 человек, а женщин - 70 (58±4,9% и 42±7,3% соответственно). Пик заболеваемости остеохондрозом приходится на возраст от 30 до 50 лет, то есть им страдают люди самого трудоспособного возраста.

Средний возраст пациентов в нашей выборке 38,8 лет. Причем у мужчин возраст наибольшей предрасположенности к неврологическим осложнениям остеохондроза приходится на промежуток от 20 до 49 лет (77,5±3,6%), а далее идет его снижение. У женщин же самое большое количество больных зафиксировано в возрастной группе от 31 до 50 лет (68±4,3%).

Самым младшим пациентом в нашей выборке был мужчина 16 лет, а самым пожилым человеком - женщина 72 года.

Продолжительность заболевания составляла от нескольких дней до 20 лет. Чаще всего среди наших пациентов встречалась длительность заболевания более 3 лет, средняя длительность - 4,72±1,6 лет (табл. 1).

**Таблица 1** - Распределение пациентов в зависимости от длительности заболевания (P ± m%)

| Длительность   | Число наблюдений | (P±m%)     |
|----------------|------------------|------------|
| До 3 мес       | 29               | 17,1 ± 2,8 |
| От 3 до 6 мес  | 20               | 11,8 ± 2,5 |
| От 6 до 12 мес | 25               | 14,7 ± 2,7 |
| От 1 до 3 лет  | 32               | 18,8 ± 2,9 |
| Более 3 лет    | 64               | 37,6 ± 3,7 |
| Всего          | 170              | 100        |

Сравнив особенности течения и количество обострений заболевания среди пациентов, выявили, что наиболее

характерными для них были частые обострения 2-3 раза в год - 63,3±3,7% случаев.

Причиной обострения нередко являлась чрезмерная физическая нагрузка (47%), реже - переохлаждение (27,6%) и травма (14,1%). В единичных случаях - резкое движение (4,7%), сочетание физической нагрузки и переохлаждения (3%) и беременность (3%).

В соответствии с целью и задачами исследования пациенты были распределены в две группы. Первая группа включала 80 человек – пациенты, получившие консервативное лечение, и вторая группа, состоящая из 90 пациентов, которым было произведено оперативное лечение осложненного остеохондроза поясничного отдела позвоночника на основании данных рентгенографии, КТ и МРТ - диагностики. Средний возраст в первой группе - 40,3 года, а во второй - 60,1 года.

Клиническое наблюдение проводили в период стационарного лечения больных с дальнейшим контролем послеоперационного периода. Для уточнения данных клинического наблюдения и детализации возможного влияния характера и локализации патологических изменений в позвоночнике и его содержимого на неврологические проявления поясничного остеохондроза нами была использована информация, полученная с помощью методов лучевой диагностики: рентгенографии, компьютерной томографии (КТ), магнитно - резонансной томографии (МРТ), а также сочетания КТ и МРТ (табл. 2).

**Таблица 2** - Распределение пациентов по примененным методам диагностики

| Методы диагностики | Число наблюдений |
|--------------------|------------------|
| Рентгенография     | Всем больным     |
| КТ                 | 55               |
| МРТ                | 112              |
| КТ + МРТ           | 3                |
| Всего              | 170              |

Из таблицы 2 видно, что чаще всего мы прибегали для диагностики дегенеративного процесса к использованию данных МРТ, далее по частоте применения следует рентгенография.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях (прямой и боковой) была проведена во всех случаях. При использовании функциональных проб информативность рентгенографии несколько повышалась.

Магнитно-резонансную томографию проводим на магнитно-резонансном томографе “Philips Intera” (Philips Medical Systems) с напряженностью магнитного поля 1.5 Тесла (2007 года выпуска, Голландия). Срезы толщиной 4-5 мм получали в 2-х ортогональных (сагиттальной и аксиальной) анатомических проекциях в режиме контраста тканей T1- и T2 -взвешенных изображений, шаг последующих срезов – 1 мм. Длительное время исследования (5-15 мин) одновременно всех срезов позволяет ввести коррекцию по дыхательным, сердечным, перистальтическим движениям.

При МРТ - диагностике грыж межпозвоночных дисков обращали внимание на следующие признаки:

- 1) состояние контура диска (виды протрузий);
- 2) размеры диска (размеры протрузий и пролапсов);
- 3) изменение физических свойств пульпозного ядра («вакуум - феномен» и другие);
- 4) стенозирование позвоночного канала;
- 5) изменение эпидуральной клетчатки;
- 6) изменение контура или положения дурального мешка;
- 7) изменение положения и формы нервных корешков и спинномозговых ганглиев.

Количественная оценка МРТ изображений заключалась в анализе переднезаднего размера позвоночного канала, ширины просветов межпозвоночных каналов, величины деформаций, величины гипертрофии желтой связки в их латеральном и медиальном отделах. При этом учитывалось, что в норме сагиттальный размер не более 1 см, ширина боковых каналов 5 мм и более, а величина деформации межпозвоночного диска достигает 2 мм.

**Результаты клинических наблюдений.** По данным, полученным при рентгенографии поясничного отдела позвоночника, наиболее часто встречались дегенеративно-дистрофические изменения на уровне L5 - S1 диска и сочетанное пролабирование L4-L5 и L5-S1 дисков. Чаще всего нами выявлена III степень остеохондроза (по Зекеру) - 37,5±6,9% случаев.

На основании результатов всех методов диагностики в подавляющем большинстве случаев (72,9±3,4%) отмечалось пролабирование одного диска. Реже 2-х дисков (21,9±3,2%) и в единичных случаях трех и более дисков (5,3±1,7%).

По результатам КТ и МРТ чаще выявлялись (табл. 3) парамедианные грыжевые выпячивания (35,3±3,8%), реже заднебоковые (27,6±3,6%), в отдельных случаях латеральные грыжи (15,4±2,9%) и в единичных случаях секвестрированные, задние и циркулярные (7,6±2,1%, 3,2±1,4% и 2,6±1,3%).

**Таблица 3** - Частота грыжевых выпячиваний в зависимости от их локализаций ( $P \pm m \%$ )

| Локализации грыжи | Число наблюдений | ( $P \pm m \%$ ) |
|-------------------|------------------|------------------|
| Парамедианная     | 55               | 35,3±3,8         |
| Заднебоковая      | 43               | 27,6±3,6         |
| Срединная         | 13               | 8,3±2,2          |
| Латеральная       | 24               | 15,4±2,9         |
| Задняя            | 5                | 3,2±1,4          |
| Циркулярная       | 4                | 2,6±1,3          |
| Секвестрированная | 12               | 7,6±2,1          |
| Всего             | 156              | 100              |

Для определения локализации грыжи наиболее информативным методом диагностики является МРТ.

Нами установлена частота и степень выраженности болевого синдрома в зависимости от количества пораженных дисков.

При грыжах трех и более дисков в 88,8 ± 10,5% случаев выявлялся резко выраженный болевой синдром, а при грыжах двух дисков в 62,2±3,7% случаев.

При пролапсе одного диска более чем у половины больных отмечался выраженный болевой синдром (55,6±4,5%), реже резко выраженный (29,8±4,5%).

Компрессия корешка S1 среди наших наблюдений встречалась в 10,6±2,4% случаев. Этот синдром может наблюдаться и при грыже L4 диска. Для него характерна локализация боли в ягодичной области, задне-наружной поверхности бедра, голени, иногда с иррадиацией в наружный край стопы, реже в IV палец. Атрофии захватывали ягодичные мышцы, двуглавую мышцу бедра и трехглавую мышцу голени. Положительны симптомы Ласега, Бехтерева.

Поражение корешка L4 выявлено в 8,2±2,1% случаев. Этот синдром появлялся, как правило, при грыже L3-4 диска. Для него была характерна локализация боли на передней поверхности бедра, внутренней поверхности голени, иногда с иррадиацией на внутреннюю лодыжку, медиальный край стопы и I палец. В этой же зоне

определялись расстройства болевой чувствительности. Коленный рефлекс был снижен или отсутствовал. Особенностью поражения этого корешка является частое сочетание с патологией других корешков (L3; L5). В 75±3,5% случаев при циркулярных грыжах выявлялся резко выраженный болевой синдром.

Чаще всего гипестезия выявлена нами при латеральной локализации грыжевых выпячиваний (87,5±2,6%), реже при заднебоковой и парамедианной локализации (79,1±3,2% и 78,2±3,3%). Полная потеря чувствительности более вероятна при циркулярной и задней локализации (50±4,0 и 20±3,2% случаев).

В более половины случаев (58,3±4,2%) обнаруживались грыжи размером от 3 до 7 мм, реже (30,9±3,9%) от 7 до 10 мм и в отдельных случаях 10 и более 15 мм (10,7±2,6%).

Почти у всех больных с грыжами размером от 10 мм и более обнаруживался резко выраженный болевой синдром (93,3±2,1%). При выявлении грыжи размером от 3 до 7 мм выраженный болевой синдром нами констатировался в 51,2±4,2% случаев.

При компрессии трех и более корешков наиболее часто нами выявлялся резко выраженный болевой синдром (60±3,8%). Слабо выраженный болевой синдром отмечался только при компрессии одного корешка - 4,0±1,5% случаев.

При компрессии трех и более корешков нами выявлены только значительные расстройства чувствительности - гипестезии (60±3,7%) и анестезии (40±3,7%).

**Оценка эффективности проведенного лечения.** Для наиболее полной оценки эффективности различных методов лечения и их сочетаний, сравнивали клинические симптомы у пациентов двух: групп до и после проведенного лечения. Интенсивность и выраженность болевого синдрома в обеих группах сравнивали до и после проведения лечения. До лечения среди пациентов, лечившихся консервативно регистрировали болевой синдром преимущественно выраженный и резко выраженный (45±5,6% и 28,7±5,0% соответственно). Но среди оперированных пациентов болевой синдром, как и ожидалось, был более выражен: боли слабой умеренной интенсивности не регистрировались вовсе, а резко выраженный болевой синдром составил 51,1% случаев. Динамика изменений болевого синдрома после проведения лечебных мероприятий в обеих группах положительная: пациенты, лечившиеся хирургически, отмечали чаще всего остаточный слабовыраженный болевой синдром - 60% (до лечения в этой группе не отмечался), в группе, получившей консервативное лечение максимален умеренно выраженный болевой синдром - 37,5% (до лечения 21,3%). Если до лечения отмечался выраженный и резко выраженный болевой синдром среди пациентов первой группы (консервативное лечение), то итог лечения - слабо выраженный и умеренно выраженный болевой синдром (27,5% и 37,5% соответственно). Полного отсутствия болевого синдрома удалось добиться практически одинаково в обеих группах (20% при консервативном лечении и 23,3% при хирургическом).

**Выводы:** Результаты нейрохирургического лечения грыж поясничных межпозвоночных дисков зависят от множества факторов, такие как длительность заболевания, количество пораженных грыжей диска уровней и корешков спинного мозга, моно- и бирадикулярности поражения, что следует всегда учитывать при анализе исходов лечения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Волокитин, Н.А. Диагностика и лечение болевого синдрома при компрессионных формах поясничного остеохондроза: Дис. канд. мед. наук / Н.А. Волокитин. М., 2005 - 150 с.
2. Козырев С.В. Возможности МРТ-диагностики

эпидурального рубца и не полностью удаленной грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника или её рецидива / С.В. Козырев // *Материалы форума «Радиология 2007».-Астана, 2007.-С. 171-172.*

3. Мамытов М.М., Эстемесов К.Э. Пути уменьшения экономических потерь и оценка результатов хирургического лечения больных грыжами поясничных межпозвонковых дисков. // *Здравоохранение Кыргызстана. - 2010, №2. - С.48-52.*

4. Морозов А.К. Дифференциальная диагностика вертеброгенного болевого синдрома по данным МРТ / А.К. Морозов и др. // *Материалы VII Всероссийского форума «Радиология 2006», 25-28 апреля. Москва, 2006.1. С. 171.*

5. Топтыгин С.В. Алгоритм диагностики и дифференцированного микрохирургического лечения первичных и рецидивирующих грыж поясничных межпозвонковых дисков / С.В. Топтыгин // *Хирургия позвоночника -2005. -№3. - С. 71-77.*

6. Брысов К.Б., Турганбаев Б.Ж. Достижение в нейрохирургическом лечении неврологических осложнений грыж поясничных дисков // *Журн. Наука и новые технологии, 2011 – Спец.выпуск. - С. 83-87.*

7. Bernard J.N. Jr. Repeat lumbar spine surgery. Factors influencing outcome. // *Spine. - 2009. -Vol.18, N5. - P. 2196-2200.*

8. Mullin WJ, Heithoff KB, Gilbert TJ Jr. Magnetic resonance evaluation of recurrent disc herniation: is gadolinium necessary? *Spine, 2010 Jun 15; 25(12):1493-9.*

9. Rasekhi A, Babaahmadi A, Assadsangabi R. Clinical manifestations and MRI findings of patients with hydrated and dehydrated lumbar disc herniation. *Acad Radiol., 2011 Dec; 13(12):1485-9.*

10. Schenk P, Läubli T, Hodler J. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine: findings in female subjects from administrative and nursing professions. *Spine. 2006 Nov 1; 31(23):2701-2706.*

## ТҮЙІН

Бел омыртқа аралық дисктерінің жарықтарының диагностикасында магнитті - резонанстық томография

Бел омыртқа аралық дисктерінің жарықтары және бел және аяқ окшауланатын қатерлі әсер етулердің әр түрлі нұсқаларымен 170 емделушілерге кешенді тексеру және емдеу өткізілді. Емделушілердің жалпы санынан еркектер 100 адам, ал әйелдер- 70 болды (58±4,9% және 42±7,3% тиісінше). Емдеудің нәтижелері көптеген факторларға бағынышты болды, олар ескерілді және мұқият зерттелінді.

**Түйін сөздер:** Бел дисктерінің жарықтары, магнитті - резонанстық томография, хирургиялық емдеу, емдеудің нәтижелері, қайталанатындар.

## РЕЗЮМЕ

### Магнитно-резонансная томография в диагностике грыж поясничных межпозвонковых дисков

Проведено комплексное обследование и лечение 170 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков и различными вариантами болевых проявлений, локализующихся в пояснице и ноге. Из общего числа пациентов мужчин было 100 человек, а женщин - 70 (58±4,9% и 42±7,3% соответственно). Исходы лечения зависели от множества факторов, которые были учтены и тщательно изучены.

**Ключевые слова:** Грыжи поясничных дисков, магнитно-резонансная томография, хирургическое лечение, исходы лечения, рецидивы.

## SUMMARY

Magnetic resonance imaging in diagnostics of lumbar intervertebral disc herniations

The analyse of operative management results in 170 patients (100 - 58±4,9% male and 70 - 42±7,3% female) with lumbar disc herniations has been done. The management outcomes depended on great number of factors were thoroughly taken in consideration and studied.

**Key words:** Lumbar disc herniations, magnetic resonance imaging, surgical management, management outcome, recurrences.

УДК 616.853:616.8-085.2/3

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕПАКИН ХРОНОСФЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Кадржанова Г. Б., Жантлеуова А. Р., Сейтказыкызы А., Сапарбаева Ж. М.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Кафедра нервных болезней, г. Алматы, Казахстан

Эпилепсия это хроническое заболевание головного мозга, при котором наблюдаются спонтанные вспышки беспорядочной активности клеток головного мозга, резкое повышение нейронной активности. Эпилептические приступы могут проявиться в любом возрасте, но во многих случаях эпилепсия диагностируется именно у детей. Залог успешного лечения эпилепсии - использование самых современных методов лечения и результатов последних научных разработок в области эпилептологии. Главная задача в лечении эпилепсии – подбор эффективного лечения в каждом индивидуальном случае, что позволяет значительно облегчить болезнь и во многих случаях полностью избавиться от приступов эпилепсии. Своевременная диагностика и лечение детской эпилепсии в большинстве случаев позволяют полностью прекратить приступы эпилепсии у ребенка.

Вальпроевая кислота (депакин, депакин-хроно, конвулекс и др.) относится к числу наиболее распространенных противосудорожных препаратов в Казахстане. По мнению многих специалистов, у детей соотношение эффективности и токсичности вальпроевой кислоты может быть более благоприятным, чем у взрослых.

**Цель исследования:** эффективность препарата Депакина Хроносфера при лечении эпилепсии у детей.

### Материалы и методы.

Исследование проводилось в неврологическом отделении РДКБ «Аксай» детям с диагнозом «Эпилепсия». В исследование включено 35 детей, страдающих эпилепсией в возрасте от 6 месяцев до 6-ти лет (средний возраст 2,5 года), получавших депакин хроносфера в качестве монотерапии. Принимая во внимание, что вальпроевая кислота эффективна при всех приступах