

Эпилепсия

СТАРШИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И
ПСИХОТЕРАПИИ АКАДЕМИИ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ФМБА

ФОФАНОВА Ю.С.

Определение

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными приступами, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов (эпилептические приступы) и сопровождающееся разнообразными клиническим и параклиническими симптомами (Гасто А., 1975).

Эпилепсия – заболевание мозга, характеризующееся стойким предрасположением к генерированию эпилептических приступов и сопровождающееся нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями этого состояния (МПЭЛ 2005 - Berg A.T. et al., 2010). Согласно этому определению, для диагноза эпилепсии достаточно одного приступа.

Эпилепсия – заболевание головного мозга, определяемая любым из следующих условий: 1) по крайней мере, два неспровоцированных (или рефлекторных) приступа, с интервалом > 24 ч; 2) один неспровоцированный (или рефлекторный) приступ и вероятность повторения приступов, близкая к общему риску рецидива ($\geq 60\%$) после двух спонтанных приступов, в последующие 10 лет; 3) диагноз эпилептического синдрома ($\geq 60\%$ - следует трактовать как высокую вероятность рецидива).

Определение

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными не провоцируемыми приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций, возникающих вследствие чрезмерных нейронных разрядов. Эта группа распространенных заболеваний имеет хроническое течение и высокий уровень инвалидизации.

Диагноз эпилепсии устанавливается на основании МКБ-10 (неврологической и психиатрической ее модели). Для правильной квалификации психопатологических расстройств и назначения адекватной терапии необходимо в первую очередь установление неврологического диагноза эпилепсии, который в настоящее время квалифицируется по МКБ10 (G-40).

Актуальность

- Высокий уровень заболеваемости (не менее одного припадка в течение жизни переносит 5% населения; у 20-30% больных заболевание является пожизненным).
- Тяжелая медико-социальная значимость данного заболевания не только для больного, но и его родственников.
- Сложности своевременного выявления и адекватной диагностики психических расстройств при эпилепсии, что приводит к диагностическим ошибкам, неправильному назначению лечения.
- Необходимостью комплексного лечения больных эпилепсией с психическими расстройствами.
- Около 20-30% больных эпилепсией остаются фармакорезистентными.

Неврологическая модель эпилепсии в МКБ-10

В обобщенном виде неврологическая модель эпилепсии в МКБ-10 представлена следующим образом:

G40.0 Локализованная (фокальная, парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками и фокальным началом. Включаются: доброкачественная детская эпилепсия детская эпилепсия с пароксизмальной активностью на ЭЭГ в затылочной области

G40.1 Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эписиндромы с простыми парциальными припадками. Включаются: приступы без изменения сознания простые парциальные припадки, переходящие во вторично генерализованные

G 40.2 Локализованная симптоматическая эпилепсия с комплексными парциальными судорожными припадками Включаются: приступы с изменением сознания, часто с эпилептическими автоматизмами комплексные парциальные припадки, переходящие во вторично генерализованные

G 40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия

G 40.4 Другие виды генерализованной эпилепсии

G 40.5 Особые эпилептические синдромы Включаются: эпилепсия парциальная непрерывная эпилептические припадки, связанные с употреблением алкоголя эпилептические припадки, связанные с употреблением лекарственных средств эпилептические припадки, связанные с гормональными изменениями эпилептические припадки, связанные с лишением сна эпилептические припадки, связанные с воздействием стрессовых факторов

G 40.6 Припадки grand mal неуточненные с малыми припадками или без них

G 40.7 Малые припадки неуточненные без припадков grand mal

G 40.8 Другие неуточненные формы эпилепсий Включаются: эпилепсия и эпилептические синдромы, не определенные как фокальные или генерализованные

G 40.9 Эпилепсия неуточненная

Типы припадков

По характеру приступов выделяют **генерализованные** (тоникоклонические, клонические, тонические, абсансы, миоклонические, атонические) приступы и **парциальные** (простые, сложные).

Среди психических пароксизмов или бессудорожных форм пароксизмов были выделены простые парциальные припадки с соматосенсорными симптомами (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые), простые вегетативновисцеральные пароксизмы, а также группа простых парциальных припадков с психическими симптомами, включающая психомоторные припадки, снопоподобные состояния, идеаторные автоматизмы, аффективные, иллюзорные и галлюцинаторные пароксизмы.

Другие психопатологические феномены, протекающие на фоне измененного состояния сознания, в том числе психомоторные, а также амбулаторные автоматизмы, эпилептические трансы и сумеречные расстройства сознания были отнесены к сложным парциальным припадкам.

Диагностика психических расстройств

Спектр психических расстройств при эпилепсии широк. Одни авторы считают, что наиболее удобно для практикующих врачей их деление на пароксизмальные и непароксизмальные, другие настаивают на делении всех психических расстройств при эпилепсии на продуктивные и негативные. Однако наиболее адекватным в плане диагностики и терапии психических расстройств при эпилепсии в настоящее время является выделение **иктальных, преиктальных, интериктальных и постиктальных** психических расстройств.

Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные)

В продромальный или преиктальный период на фоне церебральной симптоматики в форме эпизодические приступы головокружений, головных болей, тошноты, у больных могут отмечаться *нарушения сна, вегетативные проявления, аффективные нарушения в форме дисфорической или гневливой депрессии, гипоманиакальных состояний, дисфорических состояний, сенестопатические, ипохондрические расстройства.*

Задержка развития в ряде случаев является первым признаком эпилептического процесса, предшествуя собственно судорожной симптоматике, препятствует становлению когнитивных навыков. Интеллектуальный дефицит выражается в недоступности абстрактных задач, снижении способности к обобщениям. Внешняя социальная адаптация происходит на достаточно низком уровне.

Психические расстройства как компонент приступа (иктальные)

Диагностические признаки иктальных психических расстройств: • расстройство сознания • внезапность возникновения и окончания • стереотипность • автономность • кратковременность протекания • «фотографическое» тождество симптомов • немотивированность • полная или частичная амнезия пароксизма; • наличие постприступного периода с ощущением чуждости содеянного.

Дисмнестические припадки – искажение сложных восприятий внешнего мира, собственного тела и психических процессов при ненарушенном узнавании объектов восприятия. Включают расстройства «схемы тела», явления «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», сноподобные состояния (“dreamy states”).

Психомоторные припадки: а) автоматизмы еды – жевание, глотание, облизывание); б) мимические автоматизмы; в) вербальные автоматизмы; г) автоматизмы жестов – потирание рук, лица, растегивание одежды; д) речевые автоматизмы – звуки, слоги, бессвязные слова; е) амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы – непроизвольная двигательная активность с совершением автоматизированных действий; ж) сексуальные автоматизмы – проявляются мастурбацией, развратными действиями, эксгибиционизмом.

Психические расстройства как компонент приступа (иктальные)

Сумеречное помрачение сознания характеризуется внезапно возникающим психомоторным возбуждением, аффектом тоски, злобы, страха, гнева; могут отмечаться галлюцинации, бредовая интерпретация и восприятие окружающего, полная дезориентировка с совершением нецеленаправленных, автоматизированных действий, амнезия, отношение как к чему-то чуждому.

Иктальные аффективные расстройства характеризуются аффектом тревоги, страха или паники, реже - депрессии и мании. Эти феномены длительностью несколько секунд, реже минут являются проявлением простых парциальных припадков (аура), либо начальным этапом сложных парциальных припадков. Психопатологическая симптоматика составляет не менее 20% от всех аур (простых парциальных припадков), среди которых 60% приходится на симптоматику аффекта страха и паники и 20% - на депрессию.

Психические расстройства как компонент приступа (иктальные)

Пароксизмально возникающие депрессивные состояния сопровождаются тревогой, страхом, немотивированным возбуждением с агрессией и аутоагрессией. Реже отмечаются пароксизмы радости, блаженства, “кайфа, эйфоричности”, удовольствия, необычной безграничной любви к окружающим. При наличии пароксизмальной дисфории отмечается злоба, агрессия, гнев, ярость на фоне тоскливого настроения, жестокости в отношении даже самых близких людей.

Больные в ряде случаев, как они сами описывали, не владея собой, совершали немотивированные ауто- и гетероагрессивные поступки - затевали ссоры, ломали мебель, били посуду, в последующем относясь к ним как к чему-то невозможному, чуждому. Агрессивные действия при дисфориях чаще не амнезируются, иногда отмечается лишь сужение сознания на высоте аффекта.

У ряда больных психопатологическая картина аффективных пароксизмов соответствует клинике “панических атак”, когда больные испытывают чувство панического страха смерти, сопровождающегося состоянием растерянности, крушения окружающего, что сочетается с вегетативными проявлениями (сердцебиением, звоном в голове, гипергидрозом лица и ладоней, тахикардией, ощущением нехватки воздуха).

Психические расстройства как компонент приступа (иктальные)

При *идеаторных пароксизмах* возникает навязчивая насильственная мысль, идея. В период пароксизма больной не может самостоятельно, по своей воле прервать, прекратить действие, как бы застревает на одной или нескольких мыслях, хотя и понимает всю его никчемность, нелепость в данной ситуации. По выходе из данного пароксизма больной не может понять, что с ним происходило.

Соматосенсорные пароксизмы характеризуются элементарными сенсорными ощущениями, возникают без соответствующего раздражителя, протекают обычно на фоне ясного сознания, отличаются тягостными ощущениями (парестезиями) в различных частях тела, в том числе и тактильными галлюцинациями. Больные ощущают ползание мурашек, прохождение тока, жжение, покалывание, онемение, иногда болевые ощущения и т.д. в какой-то определенной части тела или по всему телу.

Психические расстройства как компонент приступа (иктальные)

Иллюзорные и галлюцинаторные пароксизмальные состояния характеризуются различными по фабуле и степени выраженности нарушениями восприятия в виде кратковременных, изолированных, элементарных простых слуховыми, зрительными, обонятельными галлюцинаций и иллюзий. В ряде случаев галлюцинации носят устрашающий характер элементарного содержания (различные силуэты, фигуры, лица), что приводило нередко к совершению ауто- и гетероагрессивных поступков.

При наличии *вегето-висцеральных* пароксизмов отмечаются вегетативные нарушения в виде учащенного дыхания, тошноты, рвоты, абдоминальных и головных болей, головокружения. При преобладании вегетативных нарушений у больных отмечается внезапная гиперемия лица, похолодание конечностей, ощущение озноба, жажда и полиурия, повышенное потоотделение, тахикардия с ощущением сердцебиения и повышением артериального давления, возбуждение, сменяющееся через 1-3 минуты слабостью, вялостью, сонливостью.

Дифференциальная диагностика

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с истерическими припадками, синкопальными состояниями, нейрогенными приступами неэпилептической природы (тики), неврологическими заболеваниями (транзиторное нарушение мозгового кровообращения, мигрень). При подозрении на истерические (психогенные) приступы необходимо учитывать следующее:

Показатели	Эпилепсия	Истерия
Начало	Внезапно	Психогенное
Сознание	Выключено	Аффективно сужено
Падение	Как подкошенный	Осторожно
Зрачки	Не реагируют на свет	Реагируют
Длительность	4—5 мин	30 и более
Время возникновения	В любое время суток	В присутствии людей
Повреждения	Прикус языка, упускание мочи	—
Движения	Фазные	Выразительные, размашистые, демонстративные
После припадка	Оглушение, сон	Плач, рыдания, смех

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.62) - астенический синдром, который характеризуется эмоциональной лабильностью, слабостью, гиперсенситивностью, головокружениями, снижением моторной активности, быстрой утомляемостью, раздражительностью, нарушениями концентрации внимания, слезливостью.

Легкое когнитивное расстройство (F06.72) - трудности запоминания и воспроизведения нового материала, в формулировке общих и абстрактных идей, в поиске слов; в поведении некоторая растерянность и аффект недоумения.

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Органическое аффективное расстройство в связи с эпилепсией (F06.3) Аффективные расстройства в виде депрессии встречаются наиболее часто. Основными проявлениями при эпилепсии являются тревога, тоска, чувство бесцельности и бесперспективности существования, нередко идеи малоценности, самообвинения, самоуничужения, суицидальные мысли. У большинства больных депрессивная симптоматика сопровождается выраженным астеническим синдромом.

Нередко депрессивные состояния носят психогенный характер в связи с осознанием больными наличия у них тяжелого заболевания, страхом перед возможным возникновением припадков на работе, в школе, возможностью получения серьезного увечья и совершения немотивированного действия во время пароксизмального состояния.

Органическое тревожное расстройство в связи с эпилепсией (F06.4) включает собственно тревогу, панические атаки и фобическую симптоматику.

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Эпилептические психозы. С учетом наличия или отсутствия признаков измененного сознания большинство психиатров различают:

а) острые психозы, включающие непароксизмальные психотические состояния с помрачением сознания (эпилептический онейроид и сумеречные состояния сознания);

б) острые психотические состояния без помрачения сознания (аффективные, галлюцинаторные, паранойяльные и галлюцинаторно-параноидные),

а также в) хронические эпилептические психозы с полиморфной психотической симптоматикой, которые в литературе последних десятилетий обозначаются как хронические шизофреноподобные. К эпилептическим психозам целесообразно относить только те психотические расстройства, которые возникают в межприступном периоде, не носят пароксизмального характера, не отвечают всем основным свойствам пароксизмальных расстройств.

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией (F07.02) охватывают спектр психопатологических состояний различной глубины и тяжести, соответствующих в большинстве случаев взрывному и эйфорическому вариантам психоорганического синдрома, и включает, согласно МКБ-10: 1. Значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью; 2. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии; 3. Когнитивные нарушения; 4. Расстройства мышления – выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость, гиперграфия 5. Расстройства влечений.

При органическом расстройстве личности вследствие эпилепсии выделяется совокупность условно специфических патохарактерологических особенностей в форме застойности и полярности аффекта, выражающихся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и взрывности, аффективной взрывчатости, импульсивности, - с другой.

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Наиболее значимыми для установления эпилептической природы психических нарушений являются отмечающиеся у больных эпилепсией типичные *изменения личности* и дефицитарные нарушения мышления. Изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами расстройств – эксплозивно-эпилептоидным с паранойяльными чертами (аффективная взрывчатость, импульсивность, злопамятность, склонность к гневливо-злым реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным с преимущественно глишроидными (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) проявлениями.

Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, нагляднообразного мышления.

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Деменция в связи с эпилепсией (F02.8x2) характеризуется прогрессирующим снижением памяти, возникновением иных когнитивных нарушений (апраксии, афазии и т.д.), поведенческих и психотических расстройств, нарушением социальной и профессиональной адаптации. Согласно МКБ-10 (F02.8x2), диагностические критерии деменции включают:

- расстройства памяти как вербальной, так и невербальной;
- расстройства других когнитивных функций – способности к выработке суждений, мышлению (планированию, организации своих действий) и переработке информации;
- нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания;
- наличие по меньшей мере одного из следующих признаков: эмоциональной лабильности, раздражительности, апатии, асоциального поведения.
- для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

Постиктальные психические расстройства

Постиктальные аффективные расстройства включают депрессивные состояния, тревожные расстройства, сопровождающиеся компульсивными суицидальными мыслями. Связь между приступом и постиктальными нарушениями может быть трудноуловимой, так как «светлый промежуток» между ними может длиться от 1 до 5 дней.

Постиктальные психозы у больных эпилепсией представляют собой разнообразные по содержанию психотические состояния. К диагностическим критериям постиктальных психозов относятся начало психоза – в течение недели после окончания последнего эпилептического приступа; продолжительность психоза от 1 дня до 3 месяцев, сознание спутано; дезориентация больного, возможен делирий и/или, наоборот, на фоне сохранного сознания развиваются нарушения восприятия, параноид, аффективные расстройства.

Постиктальные психические расстройства

Постиктальные психозы могут развиваться довольно быстро (в течение нескольких часов) после прекращения эпилептического приступа и восстановления сознания; однако в большинстве случаев через 1-2 дня после прекращения фокального приступа с вторичной генерализацией или серии приступов. На первый план выступают явления острого чувственного бреда, достигающего до степени инсценировки с манихейским бредом и явлениями двойников. Эти переживания развиваются чаще всего быстро (буквально в считанные часы) после прекращения приступа и обретения больными сознания на фоне измененного аффекта.

Содержание бредовых переживаний определяется характером доминирующего аффекта. Идеи преследования и воздействия не носят стойкого завершенного характера, а мимолетны, отрывочны. По мере дальнейшего развития острого постиктального психоза все большее значение приобретают бредовые синдромы ложного узнавания, иллюзорно-фантастическая дереализация и деперсонализация, переходящая в онейроидный синдром. Длительность острых постиктальных психозов – от нескольких дней до 3-х месяцев.

Варианты течения

К факторам, влияющим на характер течения эпилепсии, были отнесены степень выраженности специфических изменений личности, когнитивных процессов, форма и частота пароксизмов, длительность заболевания, наличие или отсутствие эпилептических психозов, дисфорических состояний.

При *малопрогредивентном* типе течения отмечается медленное течение заболевания с постепенным развитием изменений личности, отсроченным появлением интеллектуально-мнестических расстройств. Клиническая картина заболевания характеризуется наличием судорожных форм пароксизмов, возникновением редких бессудорожных приступов, а также аффективной, психопатоподобной симптоматикой в межприступный период. Частота припадков составляет один раз в месяц и реже. Сохраняется относительная социальная адаптация.

Варианты течения

Прогредивентный тип течения эпилептического процесса характеризуется нарастанием специфических эпилептических изменений личности в виде мстительности, злобности, эксплозивности, агрессивности с постепенной утратой гибкости, подвижности; когнитивных расстройств (нарушений внимания и мышления, мнестических функций) параллельно с увеличением продолжительности болезни. Учащаются как судорожные, в ряде случаев носящие серийный характер, так и бессудорожные формы пароксизмов, в том числе сумеречные помрачения сознания. Возникают дисфорические состояния пароксизмального и непароксизмального характера. Нарастание выраженных негативных симптомов и появление психотических состояний свидетельствует о прогрессировании болезни. Значительно снижается социальная и трудовая адаптация.

При *злокачественном* течении заболевания достаточно быстро развивается выраженное снижение интеллектуально-мнестических функций с парадоксальностью и неадекватностью эмоциональных проявлений, постепенным ослаблением побуждений, эмоциональной холодностью. На первый план выступает торпидность, вязкость и конкретность мышления, несостоятельность в оценке окружающих событий, грубое нарушение критических способностей. Преобладают генерализованные судорожные припадки, простые парциальные припадки с характерной однотипностью. Все вышеуказанное приводит к стойкой трудовой и социальной дезадаптации.

Функциональные методы исследования

Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения, локализацию поражения и внутричерепную гипертензию. ЭЭГ-исследования обязательны при исследовании всех видов приступов. В соответствии с общепринятыми правилами необходимо исследовать влияние на ЭЭГ некоторых раздражителей (гипервентиляция и световая стимуляция).

При ЭЭГ определяются характерные для эпилепсии изменения биоэлектрической активности: • Острая волна, • Пик (спайк) – волна • Сочетание пик (спайк) – волны и медленной волны.

ЭЭГ-мониторинг – поведение пациента может в течение длительного времени записываться на видеопленку одновременно с записью ЭЭГ. Видеозаписи поведения и данные ЭЭГ должны быть совмещены во временном интервале при помощи синхронизированной системы показаний времени или путем одновременной записи на ленте того или другого (видеоЭЭГ).

Функциональные методы исследования

Компьютерная томография (КТ) проводится дополнительно при наличии в анамнезе указаний на черепно-мозговую травму, для выявления патологических образований в головном мозге (опухоли и кальцификаты).

Ядерно-магнитно-резонансное исследование (ЯМР) – показано всем больным эпилепсией, кроме не вызывающих сомнений случаев идиопатической эпилепсии. Основными показаниями для МРТ являются фармакорезистентные случаи, парциальные припадки.

Реоэнцефалографическое исследование (РЭГ) отражает состояние сосудистой системы мозга

Противосудорожная терапия

Антиконвульсанты назначаются в соответствии с протоколом ведения больных «Эпилепсия» при установленном диагнозе эпилепсии (клиническая и ЭЭГ-верификация), отсутствии тяжелых соматических и неврологических заболеваний, подразумевают непрерывность применения (не менее 2-х лет), регулярный клинический, ЭЭГ-контроль (не реже 1 раза в 6 месяцев), клинические анализы крови, мочи (при необходимости лекарственный мониторинг), учет при би- или политерапии взаимодействия антиконвульсантов.

При купировании припадков и стойкости достигнутой ремиссии (не менее 1 года) можно рассмотреть вопрос о переходе на меньшие дозы препарата с последующим клиническим и ЭЭГ-контролем.

При отсутствии или слабом противосудорожном эффекте следует произвести постепенное снижение (в течение не менее 1 месяца) и отмену препарата и начать терапию другим антиконвульсантом, монотерапию которым проводить по тем же принципам. Присоединение второго антиконвульсанта может производиться при достижении максимальных значений суточной дозы ранее назначенным препаратом, при инициальных минимальных дозах второго препарата. Лечение тремя препаратами целесообразно только при неэффективности терапии двумя адекватными препаратами.

Отмена препарата должна быть постепенная. Отмену противоэпилептической терапии проводят, как правило, не менее чем через 2-3 года после полного прекращения припадков.

Противосудорожная терапия

Противосудорожную терапию следует назначать соответственно принятому алгоритму:

	Препараты первого выбора	Препараты дальнейшего выбора
Парциальные	Карбамазепин Окскарбазепин Вальпроаты	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Генерализованные тонико-клонические	Вальпроаты Карбамазепин	Ламотриджин Окскарбазепин Топирамат Леветирацетам
Абсансы	Вальпроаты Этосуксимид	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Миоклонические	Вальпроаты Клоназепам	Леветирацетам Топирамат

Противосудорожная терапия

Назначение противоэпилептических препаратов *не показано*:

- Единичный непровоцируемый припадок , даже при наличии изменений на ЭЭГ
- Неуверенность в эпилептической природе приступа
- Наличие изменений на ЭЭГ при отсутствии клинических изменений
- Простые фебрильные судороги
- Рефлекторные (ситуационные, стимул-зависимые припадки)
- Припадки, индуцированные лекарственными или другими химическими веществами, в частности алкоголем

Показания для *замены* антиконвульсанта:

- Отсутствие терапевтического эффекта
- Индивидуальная непереносимость
- Нейротоксический эффект препарата
- Высокая стоимость препарата

Противосудорожная терапия

Вальпроаты (ВПА) показаны при генерализованных (малые, миоклонические, тонико-клонические и атонические), фокальных (простые и сложные) и при вторично-генерализованных припадках в дозе 10-15 мг/кг массы тела с постепенным повышением дозы на 5-10 мг в неделю. Средняя доза – 300 мг 3 раза в сутки, пролонгированные формы – 500-1000 мг. 2 р. в сутки. Вальпроаты оказывают также анксиолитическое, тимолептическое, нормотимическое действие. Применяются для лечения и профилактики аффективных расстройств (маниакальных, дисфорических, тревожных, депрессивно-ипохондрических состояний), при органическом расстройстве личности (купирует раздражительность, вспыльчивость, импульсивность).

Карбамазепин (КБЗ) следует назначать при первично-генерализованных тонико-клонических, парциальных сложных с и без вторичной генерализацией припадках. Особо надо помнить, что карбамазепин нельзя применять при абсансах и миоклонических припадках. Показан при аффективных пароксизмах, идеаторных припадках, устрашающими обманами восприятия. Оказывает антипсихотическое действие в основном при маниакальных и депрессивных состояниях, при тревожных и ипохондрических депрессиях; имеет тимолептический эффект – повышает психическую активность, улучшает настроение, смягчает дисфорические состояния. Средняя суточная доза – 900 мг в сутки.

Противосудорожная терапия

Ламотриджин (ЛТД) показан при парциальных и генерализованных припадках в том числе при тонико-клонических в составе моно- и комбинированной терапии, при абсансах, вторично-генерализованных приступах. Необходимо учитывать и психотропную активность ламотриджина. Он тормозит обратный захват серотонина, что сближает его с антидепрессантами. Нормотимический эффект проявляется в купировании и депрессивных состояний, оказывает благоприятное влияние в отношении когнитивных функций, обладает «антисуицидальным» свойством – профилактика риска суицидального поведения. Дозы: 25 мг 1 раз в сутки 1 - 2 недели, 50 мг 3 - 4 недели; средняя терапевтическая доза – 200 мг в сутки.

Клоназепам – эффективен при всех видах эпи-приступах, обладает линейной фармаокинетикой, а также высокоэффективен при панических атаках от 0,5 до 3 мг в сутки; проявляет свою активность для купирования абсансов, миоклонических и атонических припадков. Обладает транквилизирующим и снотворным действием. Доза – 1 мг н/н 4 дня, до 2-6 мг

Противосудорожная терапия

Окскарбазепин (ОКЗ) применяется при парциальных приступах (простые и сложные) с/без вторичной генерализации, генерализованных тоникоклонических приступах. Преимуществом препарата является отсутствие взаимодействия с другими препаратами в отличие от вальпроатов и карбамазепина. Средняя суточная доза – 1200 мг в сутки. Обладает нормотимической активностью, применяется при маниакальных состояниях - по эффективности ОКЗ в дозе 1400-2400 мг не уступает галоперидолу и литию, но переносится лучше.

Топирамат (ТПМ) применяется при простых и сложных парциальных припадках с и без генерализации, генерализованных тонико-клонических припадках. Показан как при монотерапии, так и у больных с недавно установленным диагнозом, так и в комплексной терапии у больных с резистентной эпилепсией. Доза - 25-50 мг в сутки, через неделю - дозу увеличивают на 25-50 мг; средняя терапевтическая доза – 200-400 мг.

Противосудорожная терапия

Леветирацетам (КЕППРА) обладает противосудорожным и нейропротективным действием, имеет широкий спектр терапевтической активности. Показания к применению: в качестве монотерапии (препарат первого выбора) при лечении парциальных припадков со вторичной генерализацией или без таковой у взрослых и подростков старше 16 лет со вновь диагностированной эпилепсией; в составе комплексной терапии при лечении парциальных припадков со вторичной генерализацией или без таковой. Применяется также при первично-генерализованных судорожных (тонико-клонических) припадках, абсансах, миоклонических приступах. Применяется у больных «особых групп» - пациенты пожилого возраста, женщины детородного возраста – не влияет на массу тела. Является препаратом первой очереди при лечении резистентных фокальных эпилепсий, отсутствуют сообщения о взаимоотношении с препаратами других групп, за счет нейропротективного действия позволяет приостановить прогрессирование заболевания. Доза – 500мг. 2 раза в сутки; средняя терапевтическая доза – 2000 мг. в сутки.

Противосудорожная терапия

Вимпат (лакосамид) – противоэпилептический препарат для лечения в составе комплексной терапии парциальных судорожных припадков с вторичной генерализацией или без у пациентов 16 лет и старше. В дозах 200, 400 мг/сутки значительно снижает частоту приступов у пациентов с неконтролируемыми парциальными припадками. Вимпат (лакосамид) не оказывает существенного влияния на плазменные концентрации карбамазепина и вальпроатов, уровень плазменной концентрации лакосамида не изменяется под действием этих веществ. Не влияет на результаты лабораторных анализов или массу тела. В/в форма лакосамида может рассматриваться как альтернативная терапия эпилептического статуса после безуспешной стандартной терапии.

Некоторые больные, страдающие эпилепсией, находятся на терапии так называемыми «старыми» противосудорожными препаратами (фенобарбитал, фенитоин, бензонал). *Фенобарбитал* обладает широким спектром действия. Наибольшую эффективность фенобарбитал проявляет при генерализованных судорожных и парциальных припадках без или с генерализацией, не влияет на абсансы, но в то время может действовать на миоклонии.

Противосудорожная терапия

Если осуществлялась монотерапия карбамазепином в качестве дополнительной терапии рекомендуется ламотриджин, леветирацетам или топирамат; при безуспешной монотерапии вальпроатами в качестве дополнительного препарата следует назначать ламотриджин, карбамазепин, окскарбазепин или леветирацетам или топирамат.

Переход к снижению доз противоэпилептических препаратов возможен лишь при констатации врачом стойкой терапевтической ремиссии:

- Отсутствием в течение 2-х лет каких либо (генерализованных, парциальных) пароксизмальных расстройств
- Отсутствием психопатологических расстройств, свойственных эпилептической болезни
- Отсутствием пароксизмальной активности на ЭЭГ

Терапия *женщин репродуктивного возраста*. Средством первой очереди выбора является ламотриджин и леветирацетам.

Терапия *пожилых*. Средством выбора рекомендованы ламотриджин и леветирацетам.

Определение *концентрации* антиконвульсантов в крови – одно из основных требований Международных стандартов ведения больных эпилепсией.

Противосудорожная терапия

При назначении антиконвульсантов необходимо учитывать их *взаимодействие с психотропными препаратами.*

Вальпроаты усиливают действие бензодиазепинов, нейролептиков, антидепрессантов при одновременном применении; повышают концентрацию фенобарбитала, потенцируют действие карбамазепина, замедляют метаболизм ламотриджина, при одновременном применении с финлепсином концентрация депакина уменьшается.

При одновременном применении карбамазепина с нейролептиками, антидепрессантами, антибиотиками – их концентрация снижается, поэтому при одновременном их применении следует карбамазепин заменить на ламотриджин. При сочетании с флуоксетином отмечается рост концентрации карбамазепина.

Вальпроевая кислота и сертралин повышают концентрацию ламотриджина.

Клоназепам усиливает действие нейролептиков, анальгетиков, миорелаксантов.

Принципы терапии психотических расстройств при эпилепсии

В случае развития острого психоза с явлениями страха, тревоги, выраженным психомоторным возбуждением, наличием галлюцинаторно-параноидной симптоматики, агрессивностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин), в том числе парентерально.

При наличии в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин, оланзапин, зуклопентиксол, рисперидон). С осторожностью надо назначать зуклопентиксол, рисперидон, т.к данные препараты могут вызывать пароксизмальные состояния. В данных случаях при необходимости назначения данных препаратов можно рассмотреть вопрос об увеличении дозы противосудорожных препаратов.

Принципы терапии психотических расстройств при эпилепсии

При психозе, сопровождающемся психомоторным возбуждением, бреде, галлюцинациях, тревожно-депрессивной симптоматике, наличии выраженного возбуждения с агрессивностью на фоне учатившихся припадков, дисфорических состояниях, а также больным с разными проявлениями психопатоподобного поведения – галоперидол начиная с 1,5 мг 2-3 раза в сутки, в дальнейшем среднесуточная терапевтическая доза редко превышает 5-10 мг/сутки. В случаях труднокупируемого психомоторного возбуждения следует повысить дозу галоперидола до 20-30 мг в сутки (потенцирует действие антидепрессантов, барбитуратов).

В случае сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с возбуждением иногда применяют два нейролептика – один седативным и другой – с мощным антипсихотическим эффектом. Наиболее часто применяют комбинацию галоперидола с левомепромазином, хлорпромазином или хлорпротиксеном. В более легких случаях лечение можно начинать с тиоридазина в дозе 75-100 мг/сутки. При развитии побочных явлений дозы нейролептических средств необходимо снизить или отменить препарат и продолжить купирующую терапию другими препаратами (транквилизаторами). При этом следует продолжить лечение противосудорожными препаратами.

Лечение аффективных расстройств при эпилепсии

Терапия аффективных расстройств подразумевает применение широкого спектра психотропных препаратов: антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы, антиконвульсанты и основана на структуре ведущего психопатологического синдрома. При лечении аффективных расстройств при эпилепсии необходимо помнить, что многие антиконвульсанты являются нормотимиками. Преимущества безусловно имеют антидепрессанты.

Терапия аффективных расстройств при эпилепсии основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение карбамазепина до 600 мг. в сутки, маниакальные состояния лучше купируются нейролептическими препаратами и производными вальпроевой кислоты, при наличии депрессивного спектра расстройств – антидепрессанты, предпочтительнее селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – пароксетин – 20–40 мг/ сутки, сертралин – 50–100 мг, флувоксамин 50–100 мг.

Нежелательные явления психотропной терапии

При назначении нейролептиков необходимо помнить, что прием клозапина может повышать пароксизмальную активность и провоцировать развитие судорожных припадков. С осторожностью следует назначать зипрасидон, зуклопентиксол, рисперидон так как эти препараты могут вызывать судороги; перициазин, сультоприд, тиаприд - снижают порог судорожной готовности. Перфеназин противопоказан к применению при эпилептических припадках.

При применении доксепина, эсциталопрама, бупропиона в качестве побочных эффектов могут отмечаться судороги. С осторожностью назначают больным с судорожными припадками в анамнезе дулоксетин, милнаципран, миртазапин, ребоксетин. При развитии припадков лечение указанными антидепрессантами следует прекратить. Ферментиндуцирующие АЭП, в частности карбамазепин, снижают концентрацию в крови трициклических, а также многих (миансерин, бупропион, пароксетин, циталопрам) антидепрессантов.

Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо когнитивного тренинга, стимуляцию физической активности, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жары, духоты (в частности бани), уделять внимание умеренным физическим упражнениям, правильно питаться с ограничением жидкости, соли, исключением спиртных напитков.

Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

Инвалидность при нетрудоспособности или ограничения трудоспособности устанавливается в соответствии с особенностями клинических проявлений эпилепсии. Степень инвалидности зависит как от глубины и выраженности изменений личности, частоты и характера пароксизмов, так и от профессии и степени ограничения трудоспособности больного.

Список литературы:

1. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2010. – 720 с.
2. Авакян Г.Н. Вопросы современной эпилептологии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2015. – №7 (4). – С. 16-21.
3. Shorvon S.D. Handbook of epilepsy treatment. – Singapore: 3rd ed. N.Y.: Wiley-Blackwell, 2010. – 431 p.
4. Banerjee P.N., Filippi D., Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy – a review. Epilepsy Res. – 2009. – №85 (1). – 31-45 p.
5. Котов А.С. Эпилепсия: Руководство для врачей / А.С. Котов, К.В. Фирсов. — Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2021. — 348 с.