

ПРОЕКТ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ**

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ	2
1. Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные)	3
2. Психические расстройства как компонент приступа (иктальные психические расстройства).....	3
3. Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные).....	4
ДИАГНОСТИКА.....	9
Функциональные методы исследования и консультации специалистов.....	10
ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ.....	14

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

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 затрагивает функции ЦНС, имеет хроническое течение и высокий уровень инвалидизации. Современный подход к проблеме эпилепсии предусматривает решение широкого круга вопросов, основными из которых является диагностика и достижение максимального терапевтического эффекта.

Диагноз эпилепсии ставиться на основании Международной классификации эпилепсии и МКБ-10 (неврологической и психиатрической ее модели).

По этиологии различают **идиопатическую** эпилепсию – первичную, генетически детерминированную, генуинную; **симптоматическую** - вследствие известных экзогенных факторов; **криптогенную** – эпилепсия с неизвестной причиной. По характеру приступов выделяют **генерализованные** (тонико-клонические, клонические, тонические, абсансы, миоклонические, атонические) приступы и **парциальные** (простые, сложные).

В настоящее время принято рассматривать все нарушения психики при эпилепсии в зависимости от времени их появления по отношению к припадкам, что позволяет говорить об **иктальных, преиктальных, интериктальных и постиктальных** психических расстройствах.

1. Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные)

Продромальные явления включают эпизодические приступы головокружений, головных болей, тошноты, нарушения сна, аффективные, сенестопатические, ипохондрические расстройства. В качестве преобладающих продромальных явлений отмечается астеническая симптоматика, вегетативные проявления. Задержка развития в ряде случаев является первым признаком эпилептического процесса, предшествуя собственно судорожной симптоматике, которая, со своей стороны, при раннем (допубертатном) начале заболевания также препятствует становлению когнитивных навыков.

2. Психические расстройства как компонент приступа (иктальные психические расстройства)

Сумеречное помрачение сознания характеризуется 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.

Психомоторные припадки – а) автоматизмы еды; б) мимические автоматизмы; в) вербальные автоматизмы; г) автоматизмы жестов; д) речевые автоматизмы; е) амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы; ж) сексуальные автоматизмы – эксгибиционизм.

Психосенсорные припадки – дереализация и деперсонализация, явления «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», иллюзорные и галлюцинаторные переживания, сноподобные состояния (“dreamy states”). Под термином “*аффективные пароксизмы*” объединены различные кратковременные расстройства настроения, в ряде случаев сопровождающиеся сужением сознания. 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. При *идеаторных пароксизмах* возникает навязчивая насильственная мысль, идея. *Соматосенсорные пароксизмы* характеризуются элементарными сенсорными ощущениями. Иллюзорные и *галлюцинаторные пароксизмальные состояния* характеризуются различными по фабуле и степени выраженности нарушениями восприятия в виде кратковременных, изолированных, элементарных простых галлюцинаций и иллюзий. *Вегето-висцеральные пароксизмы* включают вегетативные нарушения.

3. Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Наиболее полно представлены в МКБ-10.

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 – в некоторой растерянности и аффекте недоумения.

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. Нарушения *мышления* представлены изменением темпа, последовательности процесса, логическими особенностями его построения (замедленностью, конкретностью, обстоятельностью, ригидностью, вязкостью, резонерством). Резонерство, особенно у больных с легкой деменцией, отличалось поучительным тоном, при поверхностных, бедных по содержанию, приуроченных к конкретной ситуации высказываниях. Прогрессирующая олигофазия (прогрессирующее оскудение словарного запаса) становилась более выраженной по мере утяжеления деменции. Расстройство функции *внимания* у больных эпилепсией проявляется снижением способности к поддержанию и концентрации внимания, что особенно наглядно проявляется при выполнении соответствующих тестов. Нарушения *памяти*, как правило, могут быть обусловлены не только ее прямым поражением, но и влиянием других психопатологических расстройств (внимания, настроения, возможностью осмысления происходящего вокруг и т.д.). По мере утяжеления деменции мнестические нарушения нарастают. *Волевые нарушения* при деменции проявляются импульсивностью, бестактностью, болтливостью. Для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

Согласно МКБ-10 **систематика** интериктальных **эпилептических психозов** производится по синдромальной структуре.

При наличии эпилептического психоза в форме *галлюциноза (F06.02)* отмечаются яркие зрительные, слуховые галлюцинации в виде окликов по имени, непонятного гула, звуков, голосов, нередко осуждающего и императивного характера; реже - обонятельные, тактильные галлюцинации. Отличительной особенностью галлюцинаций является их конкретный, однообразный характер; на фоне ясного сознания в ряде случаев выявлялась бредовая трактовка галлюцинаций при отсутствии доминирующих бредовых расстройств.

Для диагностики *бредового (шизофреноподобного) расстройства* в связи с эпилепсией (**F06.12**) необходимо наличие бреда, ясного сознания, в единичных случаях - галлюцинаций. При наличии паранойяльного психоза отмечаются несистематизированные бредовые идеи (ревности, отношения, преследования, ущерба, ипохондрического содержания). Бредовые идеи монотематические, обыденные, конкретные, без тенденции к систематизации. При галлюцинаторно-параноидном психозе выявляются бредовые идеи преследования, воздействия, величия с параноидным восприятием и интерпретацией окружающего. Бредовые идеи конкретны по содержанию, наглядны, однообразны, отрывочны; отмечаются истинные зрительные и слуховые галлюцинации, иногда религиозного содержания. Психотическая симптоматика при эпилепсии характеризуется яркостью, чувственной окрашенностью. Парафренный психоз подразумевает наличие псевдогаллюцинаций, симптома открытости мыслей и других явлений психического автоматизма с чувством овладения. Характерным признаком является грандиозность бредовых идей, ригидность мыслительных процессов, лабильность эмоциональных реакций, что отличает эпилептические психозы от психотических расстройств иной этиологии. При *депрессивном психотическом расстройстве* в связи с эпилепсией (**F06.322**) отмечаются суточные колебания настроения с усилением тревожно-депрессивного настроения утром, неусидчивость, двигательное беспокойство

на фоне выраженной астении; периоды пониженного настроения, сопровождающиеся тоской, суицидальными мыслями, идеями самообвинения, малоценности. При диагностике *психотического маниакального расстройства* (3,5%) в связи с эпилепсией (**F06.302**) констатируются периоды “подъема, повышенной энергии, прилива сил”, эйфоричность; сочетание повышенной активности с раздражительностью, брутальностью; у ряда больных выявляются непреодолимые влечения к алкоголю, бродяжничеству, поджогам, половым эксцессам. Отличительной особенностью эпилептических аффективных психозов являлось значительное присутствие дисфорических компонентов в структуре как депрессивных, так и маниакальных психозов. *Кататонические психозы* (2,5%) при эпилепсии (**F06.12**) возникают относительно редко. В клинической картине преобладают субступорозные состояния с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявляются пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолоалией, ответами «мимо».

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 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. Сама постановка диагноза эпилепсии и необходимость постоянного медикаментозного лечения, неправильное представление об эпилепсии как о неизлечимой болезни, ощущение вины перед родственниками приводит к формированию у больных тяжелых депрессивных состояний с суицидальными тенденциями и действиями.

Органическое тревожное расстройство в связи с эпилепсией (F06.4)

Включает собственно тревогу, панические атаки и фобическую симптоматику.

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией (F07.02)

Основными чертами психики у обследуемых больных являются застойность и полярность аффекта, выражающиеся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и эксплозивности, аффективной взрывчатости, импульсивности, - с другой. Эти особенности аффекта выражаются в таких типичных для больных эпилепсией личностных особенностях, как эгоцентризм, злопамятность, мстительность, злобность, брутальность. По мере прогрессирования заболевания больные все более утрачивают гибкость, подвижность, становятся мелочными, своенравными, властными, иногда - приторно учтивыми, слащавыми, угодливыми, льстивыми. Причем части больным свойственно сочетание грубости, агрессивности по отношению к одним и угодливости, подбострастия – к другим лицам, что подтверждает одну из основных особенностей эпилептического характера – полярность. Религиозность проявляется и в необычайной поглощенности моральными и этическими проблемами, что можно объяснить не столько самой болезнью, сколько фанатической приверженностью больных той системе взглядов, в которой они воспитывались. В формировании изменений личности определенная роль принадлежит реакциям личности на отношение к ним окружающих, а также на осознание болезни и связанных с ней дефектов. В

связи с этим в характере отмечаются такие не свойственные больным ранее особенности, как настороженность, ощущение недоверчивого отношения окружающих к себе, сензитивность, подозрительность, тревожность, ипохондричность, чувство ущербности, ипохондрические переживания.

ДИАГНОСТИКА

Клинико-психопатологическое исследование должно охватывать основные когнитивные сферы: ориентировку в месте, времени, собственной личности, память, праксис, зрительно-пространственные функции, речь, гнозис, интеллект.

Во время беседы с пациентом выявляются:

А) состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;

Б) особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;

В) отношение пациента к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам;

Г) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с критериями диагностики и разработки тактики лечения.

Соматическое и неврологическое обследование пациента, первоначально проводится самим врачом-психиатром.

Функциональные методы исследования и консультации специалистов.

Для уточнения неврологического или терапевтического диагноза, влияющего на оценку общего состояния и выбора психотропных препаратов необходимо провести ряд дополнительных исследований.

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).

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 (видео-ЭЭГ).

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 для уточнения причин парциальной эпилепсии – небольшие поверхностные повреждения ткани мозга, кортикальные дисгенезии, гипокампальный склероз.

Реоэнцефалографическое исследование (РЭГ) отражает состояние сосудистой системы мозга.

Консультация окулиста – определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

Обобщение данных клинического и дополнительных методов неврологического исследования позволяет вынести топический и нозологический диагнозы поражения головного мозга.

Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование проводится медицинским психологом учреждения (отделения). Экспериментально-психологическое исследование должно дать информацию об индивидуально-психологических особенностях и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

Нейропсихологическое исследование решает вопросы топической диагностики очагов поражения мозга, оценивает динамику нарушений специфических и неспецифических компонентов высших психических функций, состояние и структуру расстройств интеллектуально-мнестических функций и эмоциональной сферы, что необходимо для более ранней диагностики, решения экспертных задач, оценки эффективности лечения и прогноза заболевания в целом.

Таблица 1 – Диагностика амбулаторно-поликлиническая

	Наименование	Частота Предоставлен ия	Кратность Выполнения
А 01.30.001	Сбор объективного и субъективного анамнеза и жалоб в психиатрии	1	14
А 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	1	14
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	14
А 13.30.001	Психопатологическое обследование	1	14
А 01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга		

		1	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A 01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1	1
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	0,3	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга (ЭХО)	0,5	1
A05.23.003	Реоэнцефалография	0,5	1
A 02.26.003	Исследование глазного дна	0,4	1
B01.047.01	Консультация врача-терапевта	0,3	1
A 05.23.002	Магнито-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,02	1
A 06.03.002	Компьютерная томография головы	0,01	1
A 06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,02	1

Таблица 2. Диагностика стационарная

	Наименование	Частота Предоставления	Кратность Выполнения
A 01.30.001	Сбор объективного и субъективного анамнеза и жалоб в психиатрии	1	20
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	1	20
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	20
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1	20
A 01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A 01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной	1	1

	сферы при патологии периферической нервной системы		
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1	1
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A 04.23.001	Ультразвуковое исследование (ЭХО-ЭС)	0,5	1
A05.23.003	Реоэнцефалография	0,5	1
A 02.26.003	Исследование глазного дна	0,5	1
B01.047.01	Консультация врача-терапевта	0,5	1
A 05.23.002	Магнито-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,1	1
A 06.03.002	Компьютерная томография головы	0,1	1
A 06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,5	1
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога	1	1
B 03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B 03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B 03.016.05	Оценка нарушений липидного обмена биохимическая	1	1
B 03.016.06	Анализ мочи общий	1	1
B 03.016.07	Комплекс исследований для оценки степени печеночно-клеточной недостаточности	1	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A 12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	1	1

При обследовании лиц в стационарных условиях возможно осуществление полного комплекса обязательных и дополнительных методов исследования: клинико-психопатологический, электроэнцефалографическое исследование и при необходимости 24-часовой ЭЭГ-мониторинг, ядерно-магниторезонансная томография, компьютерная томография (КТ), нейрофизиологические, экспериментально-психологическое и при возможности нейропсихологическое, и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения исследования, включает: медицинские документы, содержащие копии

предыдущих обследований пациента; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

Длительность лечения: Стационарного больного при деменции – от 1 до 2 месяцев. Сроки амбулаторного лечения определяется динамикой состояния и составляет от 6 месяцев до 5 и более лет, у отдельных категорий лиц на протяжении всей жизни.

При эпилептических психозах: стационарное – средний срок пребывания в стационаре 30 дней. При амбулаторном лечении больной получает поддерживающую терапию не менее 2 – 3 месяцев после выписки из стационара. В дальнейшем проводят курсы противорецидивного лечения.

ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

После установления психиатрического диагноза врач переходит к составлению тактики медикаментозного и психотерапевтического лечения, решению вопроса о привлечении членов семьи пациента к психотерапии.

После этого пациент информируется о планируемом лечении, ожидаемых результатах, предполагаемых сроках лечения, а также о возможных осложнениях терапии.

Врач должен получить согласие пациента на предлагаемые формы помощи.

Показаниями для *амбулаторного лечения* являются неврозоподобные синдромы, когнитивные и психопатоподобные расстройства, депрессивные состояния без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций, кратковременные и неглубокие психотические расстройства, пароксизмальные состояния с судорожными проявлениями и бессудорожные.

Амбулаторное лечение возможно проводить больным эпилепсией при наличии в домашних условиях соответствующего присмотра за больными, при отсутствии выраженных поведенческих нарушений и показаний к госпитализации в психиатрический стационар. Целью терапевтических мероприятий является максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности, коррекция продуктивной психопатологической симптоматики, нарушений поведения.

Показаниями для *стационарной* помощи являются развитие состояний нарушенного сознания, частых, полиморфных пароксизмальных расстройств, не купирующихся в условиях амбулаторной помощи, острых психотических и аффективных состояний, сопровождающихся ауто- и гетероагрессивными формами поведения, суицидальными намерениями или попытками не купирующихся в амбулаторных условиях, а также для решения диагностических и социальных вопросов. При развитии *эпилептических психозов* лечение предпочтительно проводить в стационарных условиях. Стационарное лечение проводится больным с *деменцией* при эпилепсии при появлении состояний спутанности, острых (обострений хронических) психотических и аффективных расстройств, при выраженных нарушениях поведения, а также для решения вопросов нозологической принадлежности деменции (в сложных в диагностическом отношении случаях) и для решения социальных вопросов одиноких больных.

В зависимости от остроты состояния и структуры психопатологического синдрома применяются препараты в индивидуально подобранных дозах. С учетом повышенного риска побочного действия психотропных средств требуется осторожность в выборе препарата, их доз и длительности применения. При деменции при эпилепсии целесообразна «терапия прикрытия» в виде нейрометаболических, церебропротективных средств. У пожилых пациентов метаболизм ряда противотивоэпилептических

препаратов снижен. Это обуславливает необходимость начала лечения пожилых пациентов с малых доз препарата и тщательного их титрования. Начальная доза должна быть на 30-50% меньше. Необходимо также учитывать заболевания, вызвавшие эпилепсию, сопутствующую патологию, отмечающуюся у пожилых больных, взаимодействие ПЭП с другими средствами принимаемыми больными.

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. Необходимо принимать во внимание возможно неблагоприятное взаимодействие препаратов. Отмена препарата должна быть постепенная с обязательным учетом формы эпилепсии и ее прогноза, возможности возобновления припадков, индивидуальных особенностей пациента. Отмену

противоэпилептической терапии проводят, как правило, не менее чем через 2-3 года после полного прекращения припадков.

Противосудорожную терапию следует назначать соответственно принятому **алгоритму**:

Парциальные приступы – КБЗ → ВПА →ЛТД→ТПМ→ЛТЦ

Генерализованные приступы:

- Тонико-клонические - ВПА →КБЗ →ЛТД→ТПМ→ЛТЦ
- Абсансы - ВПА → ЛТД→ТПМ→ЛТЦ
- Миоклонии - ВПА → ЛТЦ

Вальпроаты 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 мг. 2 р. в сутки.

Вальпроаты – *депакин- конвулекс* 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- финлепсин – *тегретол* следует назначать при первично-генерализованных тонико-клонических, парциальных сложных с - и без вторичной генерализации припадках. Особо надо помнить, что карбамазепин *нельзя* применять при *абсансах и миоклонических припадках*.

Показан при аффективных пароксизмах, идеаторных припадках с 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.

Ламиктал – ламотриджин показан при парциальных и генерализованных припадках в том числе при тонико-клонических в составе моно- и комбинированной терапии, при абсансах, вторично-генерализованных приступах. Дозы: 25 мг 1 раз в сутки 1 - 2 недели, 50 мг 3 - 4 недели. 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.

Клоназепам проявляет свою активность для купирования абсансов, миоклонических и атонических припадков; обладает антипсихотическим действием в основном при маниакальных и депрессивных состояниях, транквилизирующее и снотворное. Доза – 1 мг н/н 4 дня, до 2-6 мг

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

Топирамат - топамакс 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.

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.

Вимпат (лаксамид) - противэпилептический препарат для лечения в составе комплексной терапии парциальных судорожных припадков с вторичной генерализацией или без у пациентов 16 лет и старше.

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.

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

Показано курсовое назначение лекарственных препаратов, улучшающих мозговое кровообращение, влияющих на мозговой метаболизм: **трентал** - суточная доза 800-1200 мг/сутки от нескольких месяцев до года; **кавинтон** (винпоцетин) – суточная доза 15 мг от нескольких месяцев до года; **циннаризин** – 50-70 мг/сутки несколько месяцев; **сермион** – 15-30 мг/сутки 2-3 месяца; **танакан** – 120 мг/сутки 3 месяца; **мексидол** – 0,125 г три раза в сутки в течение 4-8 недель, затем по 0,125 г два раза в сутки в течение 4-5 недель.

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 (**клозапин, хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин и др.**), в том числе парентерально. При наличии в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (**галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол, рисперидон, оланзапин**). При психозе, сопровождающемся психомоторным возбуждением, бреде, галлюцинациях, тревожно-депрессивной симптоматике, наличии выраженного возбуждения с агрессивностью на фоне участвовавших 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.

При деменции при эпилепсии, протекающей с явлениями психомоторного возбуждения, агрессивным поведением, появлением галлюцинаторно-параноидной симптоматики, расстройств в сфере влечений, преимущественно используются следующие *нейролептики*: *оланзапин* - 5-10 мг/сут, *кветиапин* - 25-100 мг/сут, *галоперидол* (средние суточные дозы 10 мг), *левомепромазин* (50-100 мг/сутки), *хлорпротиксен* (60-100 мг/сутки), *рисперидон*: начальная доза 2 мг два раза в сутки, при необходимости дозу увеличивают до 4-6 мг два раза в сутки (не чаще чем через день). При наличии галлюцинаторно-параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол, рисперидон, оланзапин). Среди традиционных антипсихотиков предпочтителен выбор галоперидола (разовая доза 5-10 мг перорально или внутримышечно). В более легких случаях лечение можно начинать с *тиоридазина (сонапакса)* в дозе 30-75 мг/сутки. При развитии побочных явлений дозы нейролептических средств необходимо снизить или отменить препарат и продолжить купирующую терапию другими препаратами (*транквилизаторами*).

При наличии депрессивных расстройств у больных с деменцией при эпилепсии предпочтительно использовать **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина**.

При этом следует продолжить лечение противосудорожными препаратами.

Терапия **аффективных расстройств** подразумевает применение широкого спектра психотропных препаратов: антидепрессанты, *нейролептики, антипсихотики, транквилизаторы, ноотропы, антиконвульсанты* и. основана на структуре ведущего психопатологического синдрома.

Преимущества безусловно имеют **антидепрессанты**:

1. Трициклические (классические ТЦА): амитриптилин (триптизол, саротен) и др.;

2. Тетрациклические: селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (СБОЗН) – миансерин (леривон); норадренергические селективные серотонинергические антидепрессанты (НССА) - миртазапин (ремерон);

3. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):, флувоксамин (феварин), пароксетин (паксил, рексетин), сертралин (золофт, стимулотон, асентра), циталопрам (ципрамил, опра), эсциталопрам (ципралекс);

4. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН): венлафаксин (велфакс), милнаципран (иксел), дулоксетин (симбалта);

5. Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А): моклобемид (аурорикс), пирлиндол (пиразидол);

6. Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС): тианептин (коаксил)

Терапия аффективных расстройств при эпилепсии основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение **финлепсина** (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, **феварин** 50–100 мг.

Требования к лекарственной помощи.

Психотические расстройства

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Нейролептики		1	
		Галоперидол	0,3	10мг
		Рisperидон	0,3	4мг
		Клозапин	0,2	200мг
		Левомепрамazin	0,3	200мг
		Перициазин	0,3	30мг

Фармако- терапевт- ическая группа	АТ Х группа*	Междунар- одное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД	
		Тиоридазин	0,7	75мг	
		Хлорпромаз ин	0,2	200мг	
			Хлорпротек сен	0,08	75мг
			Оланзепин	0,05	5мг
			Кветиапин	0,05	200мг
			Зуклопенти ксол	0,05	25мг
			Зипрасидон	0.05	80мг
			Трифлуопер азин	0.05	7,5мг
			Флупентикс ол	0.05	10мг
			Алимемази н	0,05	30мг
			Бенперидол	0.05	4мг
			Антихолинлитические препараты	1	
			Тригексифе нидил	1	6мг

Фармако- терапевт- ическая группа	АТ Х группа*	Междунар- одное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД
	Транквилизаторы (анксиолитики)		0,3	
		Диазепам	0,08	10мг
		Феназепам	0.06	1мг
		Лоразепам	0.05	2мг

Депрессивное расстройство в связи с эпилепсией

Фармако- терапевт- ическая группа	АТ Х группа*	Международно е непатентованное наименование	Частота назначения	ОД Д
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Нейролептики		0,5	
		Левомепрамазин	0,3	200 мг
		Тиоридазин	0,7	75мг г

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОД
		Хлорпротексен	0,08	75мг
		Оланзепин	0,05	5мг
		Кветиапин	0,05	200мг
		Зуклопентиксол	0,05	25мг
		Зипрасидон	0.05	80мг
		Сульпирид	0.05	100мг
		Флупентиксол	0.05	10мг
		Тиаприд	0,05	100мг
	Антихолинлитические препараты		1	
		Тригексифенидил	0,5	6мг
	Антидепрессанты		1	

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОД
		Пароксетин	0,1	20мг
		Сертралин	0,1	100мг
		Доксепин	0.05	75мг
		Милнаципран	0,1	100мг
		Флувоксамин	0,1	100мг
		Миансерин	0.1	30мг
		Миртазапин	0.05	30мг
		Ребоксетин	0.05	8мг
		Тразодон	0.05	450мг
		Амитриптилин	0.1	75мг
		Кломипрамин	0.1	75мг

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД
		Пипофезин	0.1	50мг
	Транквилизаторы и анксиолитики		1	
		Диазепам	0,08	10мг
	Феназепам		0.06	1мг
	Лоразепам		0.05	2мг

Маниакальное расстройство в связи с эпилепсией

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1	
	Нейролептики		1	

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД	
		Галоперидол	0,4	10мг	
		Клозапин	0,5	200мг	
		Хлорпромазин	0,2	200мг	
			Хлорпротексен	0,08	75мг
			Оланзепин	0,2	5мг
			Зуклопентиксол	0,2	25мг
			Зипрасидон	0.05	80мг
		Антихолинлитические препараты		1	
			Тригексифенидил	1	6мг

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; *перiciaзин*, *сультоприд*, *тиаприд* - снижают порог судорожной готовности. *Перфеназин* противопоказан к применению при эпилептических припадках.

При применении *доксетина* в качестве побочных эффектов могут отмечаться судороги. С осторожностью назначают больным с судорожными припадками в анамнезе *милнаципран*, *миртазапин*, *ребоксетин*. При

развитии припадков лечение указанными антидепрессантами следует прекратить.

Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Необходима организация ухода за больными, помощь в самообслуживании, стимуляция физической активности, стимуляция социальных взаимодействий.

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