

## Новое в эпилептологии



Рубрику ведет

**Владимир Игоревич Харитонов** – заведующий детским отделением ТМО «ПСИХИАТРИЯ» в г. Киеве, действительный член Европейской академии эпилептологии (EUREPA) и Международной ассоциации детских неврологов (ICNA)

Адрес для корреспонденции:  
[vkharytonov69@gmail.com](mailto:vkharytonov69@gmail.com)

Уважаемые коллеги, мы продолжаем обзор статьи E. Burakgazi, J.A. French «Лечение эпилепсии у взрослых», опубликованной в журнале *Epileptic Disord* (2016;18(3):228-39).

Как известно, уровень заболеваемости эпилепсией среди пожилых людей достаточно высокий, а терапия данного состояния имеет свои характерные черты. Как правило, пожилые люди живут одни либо в домах престарелых, из-за чего проведение терапии может иметь свои особенности.

У некоторых пациентов первые припадки эпилепсии проявляются в виде эпизодов дезориентации, которые могут быть ошибочно приняты за симптомы ранней деменции. При подборе препарата и его дозировании следует учитывать, что у пожилых лиц зачастую много коморбидных состояний, для терапии которых они принимают достаточно большое количество разных

медикаментов. Чаще всего у данной возрастной группы положительный эффект наблюдается при назначении низких доз антиконвульсантов. Необходимо отметить, что сниженный уровень гломерулярной фильтрации, изменения в показателях концентрации альбумина в крови, содержания жира в организме, а также печеночных ферментов могут негативно влиять на метаболизм и клиренс препаратов. Кроме того, низкая толерантности к побочным эффектам антиэпилептической терапии у пожилых людей влияет на снижение комплаенса. Следует также учитывать, что процессы старения делают таких пациентов более предрасположенными к проявлению побочных эффектов различных антиконвульсантов. К частым побочным реакциям антиэпилептической терапии относятся атаксия, гипонатриемия, а также снижение когнитивных функций. Еще одним важным негативным эффектом является повышенный риск развития остеопороза, что может привести к перелому костей во время припадка. Основываясь на результатах исследования с участием лиц пожилого возраста, рекомендуется проведение противозипилептической терапии в виде монотерапии антиконвульсантами второй генерации, такими как габапентин, а также низкими дозами топирамата и левитирацетама.

Если эпилепсия признана резистентной, пациента следует направить в специализированный эпилептологический центр. В таких случаях используются немедикаментозные средства: хирургические вмешательства, диеты, гормоны и электронные устройства, изучение влияния внешних раздражителей, воздействующих на частоту приступов.

Хирургические методики лечения – достаточно серьезные процедуры, которые требуют индивидуального подхода, учитывающего все риски и преимущества для жизни пациента. Наиболее известный и хорошо опробованный метод – передняя височная лобэктомия. Так, по результатам рандомизированного контролируемого исследования, применение

данного подхода более эффективно в сравнении с медикаментозной терапией: 70 % пациентов с рефрактерной височной эпилепсией достигли ремиссии.

К другим видам оперативного вмешательства относится каллозотомия (резекция структурного очага) и множественная субпиальная транссекция.

При различных формах эпилепсии положительное влияние также может оказывать кетогенная диета с высоким содержанием жиров и низким содержанием углеводов и белков. В лечении лиц с резистентными формами эпилепсии применяется модифицированная диета Аткинса. Поскольку взрослым пациентам сложнее придерживаться диет, то чаще их назначают детям и подросткам. Данные различных исследований показали, что этот вид терапии снизил частоту припадков на 50 % у половины пациентов. Диету в качестве дополнительного метода лечения можно использовать при всех типах припадков.

В терапии резистентных форм эпилепсии также применяются аппараты нейростимуляции. Технология заключается в проведении постоянной стимуляции блуждающего нерва. Устройство, устанавливаемое внутри черепа, обеспечивает запланированную электрическую стимуляцию передних ядер таламуса билатерально. Стимулятор состоит из микрокомпьютера с батареей, которую имплантируют подкожно в боковую поверхность грудной клетки слева, и провода, подающего стимулирующие сигналы от прибора к блуждающему нерву. По результатам рандомизированного исследования (n = 100), проходившего на протяжении 2-х лет, применение данного метода привело к снижению частоты припадков на 56 %, а 14 пациентов достигли ремиссии как минимум на 6 месяцев.

Иногда у пациентов, которым был поставлен диагноз «эпилепсия», возникает чувство тревоги и беспокойства. Основная задача доктора в этот период – помочь пациенту преодолеть страх перед неизвестным ему до сих пор заболеванием, а также

установить доверительные отношения. Во время первой консультации необходимо как можно доступнее объяснить пациенту особенности его состояния, предоставить обучающие материалы и рассказать о возможности коммуницировать с другими пациентами в локальных эпилептических сообществах и социальных медиа. Следует также обсудить вопросы, касающиеся вождения автомобиля, трудоустройства, безопасности в повседневной жизни, возможного развития состояния внезапной смерти (SUDEP). Особое внимание нужно уделить оказанию первой помощи при появлении припадков и обучению членов семьи и друзей. Необходимо рекомендовать пациентам онлайн-ресурсы для самообразования как локальные, так и международные ([www.epilepsy.com](http://www.epilepsy.com)), а также ведение онлайн-дневников ([www.myepilepsydiary.com](http://www.myepilepsydiary.com); [www.seizuretracker.com](http://www.seizuretracker.com)), в которых они могут отмечать частоту припадков и побочные действия от проводимой терапии.

Чтобы оптимизировать лечение сопутствующих состояний и снизить риск взаимодействия между препаратами, пациента нужно регулярно обследовать на наличие коморбидных состояний.

В статье приводится пример взаимодействия врача – пациента – органов власти в США. Так, в некоторых штатах, таких как Пенсильвания, Нью-Джерси, Делавэр, Калифорния, Орегон, Невада доктора должны сообщать о припадках в отделение автотранспорта. В других штатах эта обязанность возложена на пациентов. Период, когда запрещается водить машину, в разных штатах варьирует от 3-х месяцев до 2-х лет. Тем не менее, по данным проведенного исследования, сокращение контрольного безсудорожного периода от 1 года до 3 месяцев не повлияло на частоту автомобильных аварий из-за появления судорог.

По мнению авторов статьи, данное заболевание может оказывать минимальное влияние на цели пациента и качество его жизни. Лечение требует согласованного взаимодействия между доктором и пациентом. Необходимо постоянно проверять

состояние пациента и оценивать эффективность проводимой терапии.



В статье L. Lichetta et al. «Гипермоторная эпилепсия, связанная со сном», опубликованной в журнале *Neurology* (2017; 88: 70-77), рассматриваются результаты исследования пациентов с гипермоторной эпилепсией с использованием новых критериев диагностики.

Гипермоторная эпилепсия, связанная со сном (ночная лобная эпилепсия), – фокальная эпилепсия, характеризующаяся гипермоторными припадками, возникающими преимущественно серийно в стадии медленного сна (Non-REM). Во время последней международной конференции были пересмотрены клинические характеристики и диагностические критерии данного заболевания. Ученые пришли к выводу, что этиологические факторы включают генетические и структурные причины без значительных различий в клинической картине между спорадическими случаями и семейными с аутосомным доминантным наследованием. К сожалению, на сегодняшний день нет достаточного количества длительных исследований, в которых бы изучались все составляющие указанного синдрома, что не позволяет спрогнозировать исходы состояния. Существующие прогностические данные, полученные из некогортных исследований или субпопуляций пациентов с гипермоторной эпилепсией, достаточно противоречивы. Научное сообщество предложило рассмотреть аутосомно-доминантную ночную лобную эпилепсию в качестве парадигмы отдельного доброкачественного эпилептического синдрома, появляющегося у пациентов с нормальным интеллектом (несмотря на множество сообщений об умственной отсталости, о психиатрических нарушениях и раннем начале резистентной эпилепсии, связанными с определенными мутациями в никотиновых ацетилхолиновых субъединицах гена рецептора). Наибольшая серия кейсов спорадической гипермоторной эпилепсии указывает на то, что уровень резистентности составляет 30%, то есть такой же, как и при прочих фокальных эпилепсиях.

Главной целью исследования Lichetta et al. (2017) было оценить отдаленные результаты (ремиссию на протяжении 5 лет) в большой когорте пациентов с диагностированной гипермоторной эпилепсией в соответствии с новыми критериями включения. Кроме того, ученые изучали клинические предикторы терминальной ремиссии.

В исследование были включены 139 пациентов (92 мальчика и 47 девочек), которым был поставлен диагноз гипермоторной эпилепсии при помощи видеофиксации (57 пациентов [41%]) или видео-ЭЭГ (82 пациента [59%]). Длительность наблюдения составляла 16 лет. Средний возраст участников при первом проявлении симптомов был  $13,4 \pm 10,2$  лет (от 1 до 56 лет); среднее время до установки диагноза – 11 лет (от 0 до 58 лет). У 72 (53,7%) пациентов (у 5 данные были утрачены) правильный диагноз был поставлен спустя  $12,8 \pm 10,1$  лет. 37 пациентам с гипермоторной эпилепсией изначально был поставлен диагноз «фокальная эпилепсия». У 34 лиц правильный диагноз был поставлен с отсрочкой по времени, 16 пациентов вообще не проходили медицинского осмотра, а у 11 человек были обнаружены оба фактора одновременно; у 11 пациентов причина заболевания не была выявлена.

Как правило, основной причиной ошибочных диагнозов (55,5%) являются парасомнии. У 63 (45,3%) пациентов во время бодрствования наблюдался как минимум один эпилептический припадок; 76 (54,7%) пациентов продемонстрировали типичные симптомы гипермоторной эпилепсии; 119 (85,6%) случаев были спорадическими. Остальные 20 (14,4%) участников имелиотяженный анамнез. Семь из них (5,0%) принадлежали 5 семьям с аутосомной доминантной лобной эпилепсией. 13 (9,4%) пациентов имелиотяженный анамнез по фокальной эпилепсии с/без гипермоторной эпилепсии. Нейрорадиологическое обследование не было проведено лишь четырьмя участниками.

*Продолжение читайте в следующем номере.*