

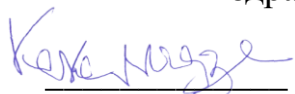
Российское общество психиатров

Клинические рекомендации

Диагностика и лечение психических расстройств при эпилепсии

СОГЛАСОВАНО

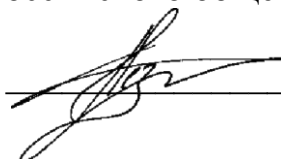
Главный специалист психиатр
Минздрава России



З.И. Кекелидзе

СОГЛАСОВАНО

Председатель правления
Российского общества психиатров



Н.Г. Незнанов

Оглавление	стр.
1. Общие положения	3
2. Методология	3
3. Определение	4
3.1 Неврологическая модель эпилепсии	4
3.2 Типы припадков	5
4. Диагностика психических расстройств	6
4.1. Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные)	6
4.2 Психические расстройства как компонент приступа (иктальные психические расстройства)	6
4.3 Дифференциальная диагностика	8
4.4. Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)	9
4.5 Постиктальные психические расстройства	15
5. Варианты течения	15
6. ДИАГНОСТИКА	16
6.1 КЛИНИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ	16
6.2 Клинико-психопатологическое исследование	17
6.3 Функциональные методы исследования и консультации специалистов.	17
6.4 Диагностика амбулаторно-поликлиническая	19
6.5 Диагностика стационарная	19
7. Требования к лекарственной помощи	21
7.1 Показания для медикаментозной терапии	21
7.2 Противосудорожная терапия	22
7.3 Взаимодействие антиконвульсантов с психотропными препаратами	26
7.4 Принципы терапии психотических расстройств	27
7.5 Лечение аффективных расстройств при эпилепсии	31
7.6 Нейрометаболическая терапия	34
7.7 Побочные действия психотропных препаратов	35
8. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами	36
9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации	36

1. Общие положения

Клинические рекомендации определяют основные принципы диагностики и терапии больных эпилепсией на различных этапах оказания психиатрической помощи. Современный подход к проблеме психических расстройств при эпилепсии предусматривает решение широкого круга вопросов, основными из которых является диагностика и достижение максимального терапевтического эффекта.

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

Цель – повышение качества диагностики и терапии больным эпилепсией с психическими расстройствами в амбулаторных и стационарных учреждениях для обеспечения надлежащего объема психиатрической помощи.

Настоящее издание ограничивается освещением помощи только взрослым больным эпилепсией с психическими расстройствами (F.0 по МКБ-10 (органические, включая симптоматические психические расстройства).

2. Методология

Методы, использованные для сбора и анализа доказательств:

поиск в современных руководствах, международных клинических рекомендациях и электронных базах данных, обзоры опубликованных мета-анализов, систематические обзоры с таблицами доказательств. Фармакоэкономический анализ и валидизация рекомендаций не проводились.

Рекомендации снабжены четырехуровневой системой оценки

доказательств, согласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных):

А. Доказательства получены на основе хорошо спланированных РКИ с воспроизводимыми результатами. Получено подтверждение в мета-анализах.

В. Доказательства получены на основе ограниченного числа рандомизированных контролируемых исследований с неоднородными результатами и (или) несовершенством методологии и (или) недостаточным количеством пациентов.

С. Доказательства получены, преимущественно, на основе открытых, нерандомизированных исследований или на основе РКИ с противоречивыми результатами. Опубликованы сведения об успешном клиническом применении.

3. 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 МКБ-10 (G-40).

3.1 Неврологическая модель эпилепсии в МКБ-10

Эпилепсия входит в главу “Болезни нервной системы”, “Эпизодические и пароксизмальные расстройства” (G40-47). Данный раздел построен на делении эпилепсии по этиологическому признаку на ***симптоматическую и идиопатическую с выделением генерализованной и локализованной (фокальной или парциальной)*** эпилепсии. Преимуществом данной классификации является дихотомический принцип деления эпилепсии по этиологическому принципу, что значительно облегчает диагностику.

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

3.2 Типы припадков

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

Среди так называемых **психических пароксизмов** или бессудорожных форм пароксизмов, основываясь на классификации пароксизмальных расстройств при эпилепсии (1981, Киото), были выделены **простые парциальные припадки** с соматосенсорными симптомами (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые), простые вегетативно-висцеральные пароксизмы, а также группа простых парциальных припадков с психическими симптомами, включающая психомоторные припадки, сноподобные 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**.

4. 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.

4.1. 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.

4.2 Психические расстройства как компонент приступа (иктальные психические расстройства)

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.

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. 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).

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.

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.

4.3 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

4.4. Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные) наиболее полно представлены в МКБ-10.

4.4.1 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.

4.4.2 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.

4.4.3 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. 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.

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

4.4.5 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.

Описание острых психотических расстройств с помрачением сознания, возникающих непароксизмально (сумеречные состояния сознания), идентично тому, что было дано при рассмотрении различных вариантов пароксизмальных расстройств. Основными отличиями пароксизмально и непароксизмально возникающих *сумеречных состояний сознания в структуре острых эпилептических психозов* является их продолжительность (при пароксизме - это минуты, при остром психозе - более длительный промежуток времени), повторяемость и своего рода клишированность при пароксизмальных состояниях и полиморфность и, в большинстве случаев, неповторяемость симптоматики, в том числе с расстройством сознания, при острых психозах, наличие выраженного постприпадочного состояния при пароксизмах и его отсутствие при острых психозах, а также более выраженная амнезия психотического состояния, внезапность начала и внезапность окончания при формально обычном состоянии больного, т.е. отсутствие каких-либо предвестников психоза при пароксизмально возникающем сумеречном расстройстве сознания. При острых психозах непароксизмального характера отмечается неполная амнезия сумеречного помрачения сознания и ступенчатое его прояснение.

Острые эпилептические психозы с картиной *онейроида* возникают достаточно редко. При этом больные вспоминают содержание своих переживаний, но полностью амнезируют окружающую обстановку, очень мало, а часто почти ничего не могут воспроизвести из тех событий, которые происходили в реальном мире во время помрачения сознания. Характерны иллюзии, слуховые и зрительные галлюцинации устрашающего характера, окрашенные в яркие насыщенные тона, явления острого чувственного бреда фантастического содержания. Фантазирование носит "какой-то автоматический характер", все окружающее изменяется, происходит как во сне, "как будто происходит какая-то фотосъемка" с больным в главной роли. Аффективные реакции проявляются быстро сменяющимися состояниями экстаза, восторга и через какие-то минуты - страхом, гневом, злобностью, агрессией.

Систематику интериктальных эпилептических психозов целесообразно производить по **синдромальной** структуре согласно МКБ-10, что облегчает тактику лечения.

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* 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 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, эхоталией, ответами «мимо».

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

Диагностическая категория **органического расстройства личности** охватывает спектр психопатологических состояний различной глубины и тяжести, соответствующих в большинстве случаев эксплозивному и эйфорическому вариантам психоорганического синдрома, и включает, согласно МКБ-10:

1. Значительное *снижение* способности справляться с *целенаправленной деятельностью*, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;
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 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, но при этом эгоцентричными. Причем части больным свойственно сочетание грубости, агрессивности по отношению к одним и угодливости, подобострастия – 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. Подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм проявляется в виде скрупулезной любви к порядку, дисциплине, мелочам. У части больных отмечается гиперсоциальность в виде чрезвычайной прилежности, основательности, добросовестности, а также чрезмерное стремление к правдолюбию и справедливости; склонность к банальным и назидательным поручениям. Обращает на себя внимание отсутствие чувства юмора (непонимание шуток, анекдотов, подчеркнутая серьезность). Характерным признаком является гиперграфия (стремление все записывать, ведение дневников), почерк- мелкий, буквы закругленные. 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.

Обращает на себя внимание в большинстве случаев внешний вид больных: аккуратность в одежде, контрастность в моторике, плохая переключаемость движений, медлительность и тяжеловесность. Речь – обстоятельная, многословная, полна несуществующих деталей. Отсутствует способность отделить главное от второстепенного. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словарный запас беден (олигофазия), характерна склонность повторять сказанное (персеверация), употребление шаблонных оборотов, уменьшительно-ласкательных суффиксов, определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный»).

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-злобным реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным с преимущественно глишироидными (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сензитивность, мнительность) проявлениями.

Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, наглядно-образного мышления.

4.4.7 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.

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 (оскудение словарного запаса) становится 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. Значительное снижение памяти как на недавние, так и на отдаленные события сопровождается выраженной инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Прослеживается нивелирование индивидуальных личностных черт. Характерным является обеднение эмоциональных реакций, безразличие к окружающему, ослабление побуждения с появлением назойливости, монотонности. Характерны брадикинезия, олигофазия. *Эмоционально-волевые* расстройства проявляются импульсивностью, раздражительностью, двигательной расторможенностью, бестактностью, болтливостью.

Для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

4.5 Постиктальные психические расстройства

4.5.1 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.

4.5.2 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 психозы могут развиваться довольно быстро (в течение нескольких часов) после прекращения эпилептического припадка 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, доходящего до степени инсценировки с манихейским бредом и явлениями двойников. Эти переживания развиваются чаще всего быстро (буквально в считанные часы) после прекращения припадка 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.

5. 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.

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.

6. ДИАГНОСТИКА

6.1 КЛИНИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Анамнез заболевания должен быть получен как из рассказов самих пациентов, так и из свидетельств членов семьи. Крайне важно иметь подтверждения правильности слов пациента. Необходимо получить детальные сведения о приступах (их картину, продолжительность и прочие характеристики), медицинский и социальный анамнез, включая факторы, относящиеся к этиологии, сведения о семье и предшествующих периодах жизни (включая рождение и раннее развитие), а также информацию обо всех получаемых и полученных видах лечения. При клиническом исследовании, прежде всего, следует обратить внимание на этиологические особенности, распознать сопутствующие неврологические и психические нарушения, определить связанные с приступами те, или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

6.2 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.

6.3 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. Нейровизуальное исследование нацелено на выявление патологического процесса, постановку синдромального и этиологического диагноза, определение прогноза, тактики лечения.

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 (видео-ЭЭГ).

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

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.

6.4

Т а б л и ц а 1. Диагностика амбулаторно-поликлиническая

Наименование	Частота Предоставления
Сбор объективного и субъективного анамнеза и жалоб в психиатрии	1
Визуальное исследование в психиатрии	1
Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
Психопатологическое обследование	1
Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
Визуальный осмотр общетерапевтический	1
Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	0,3
Электроэнцефалография	1
Ультразвуковое исследование головного мозга (Э)	0,5
Реоэнцефалография	0,5
Исследование глазного дна	0,4
Консультация врача-терапевта	0,3

Магнито-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,02
Компьютерная томография головы	0,01
Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,02

6.5

Таблица 2. Диагностика стационарная

Наименование	Частота Предоставления
Сбор объективного и субъективного анамнеза и жалоб в психиатрии	1
Визуальное исследование в психиатрии	1
Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
Психопатологическое обследование	1
Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1
Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1
Визуальный осмотр общетерапевтический	1
Измерение частоты пульса	1
Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	1
Электроэнцефалография	1
Ультразвуковое исследование головного мозга (Э)	0,5
Реоэнцефалография	0,5
Исследование глазного дна	0,5

Консультация врача-терапевта	0,5
Магнито-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,1
Компьютерная томография головы	0,1
Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,5
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога	1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	1
Оценка нарушений липидного обмена биохимическая	1
Анализ мочи общий	1
Комплекс исследований для оценки степени печеночно-клеточной недостаточности	1
Исследование уровня глюкозы в крови	1
Реакция Вассермана (RW), спид	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-видеомониторинг, 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.

7. 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.

7.1 Показания для медикаментозной терапии.

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 противотревожных 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.

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

Назначение противосудорожных препаратов **показано** при наличии:

- Грубой очаговой неврологической симптоматики
- Выраженной эпилептической активности на ЭЭГ
- Наследственной отягощенности по эпилепсии

Назначение противосудорожных 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

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

Таблица 3 Выбор препарата в зависимости от типа приступов

	<i>Препараты первого выбора</i>	<i>Препараты дальнейшего выбора</i>
Парциальные	Карбамазепин Оскарбазепин Вальпроаты	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Генерализованные тонико-клонические	Вальпроаты, Карбамазепин	Ламотриджин Оскарбазепин Топирамат Леветирацетам
Абсансы	Вальпроаты, Этосуксимид	Ламотриджин Топирамат, Леветирацетам
Миоклонические	Вальпроаты Клоназепам	Леветирацетам Топирамат

Показания *для замены* антиконвульсанта:

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

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.

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 фармакинетикой, 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 антипсихотическим действием в основном при маниакальных и депрессивных состояниях, транквилизирующее и снотворное. Доза – 1 мг н/н 4 дня, до 2-6 мг

Оскарбазепин применяется при парциальных приступах (простые и сложные) с/без вторичной генерализации, генерализованных тонико-клонических приступах. Преимуществом препарата является отсутствие взаимодействия с другими препаратами в отличии 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.

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.

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.

Многие исследователи говорят о необратимом снижении интеллектуального уровня при приеме фенобарбитала, дифенина и выявляли нарушения внимания, памяти, скорости реакций, краткосрочной памяти и результатов IQ-тестирования.

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.

7.3 Взаимодействие антиконвульсантов с психотропными препаратами

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.

7.4 Принципы терапии психотических расстройств

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.

При психозе, сопровождающемся психомоторным возбуждением, бреде, галлюцинациях, тревожно-депрессивной симптоматике, наличии выраженного возбуждения с агрессивностью на фоне участвующих 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 *эпилептических психозов* определяется в первую очередь их психопатологической структурой. Ряд исследователей подчеркивают, что лечение психозов при эпилепсии основано на антиконвульсивном действии амиазина и галоперидола.

Хлорпромазин (аминазин) является наиболее известным препаратом при лечении психозов при эпилепсии. Применяется для купирования психомоторного возбуждения со страхом и тревогой, сумеречного состояния в структуре острых психозов, эксплозивного варианта дисфорических и маниакальных состояний, а также галлюцинаторно-параноидных психозов. Не рекомендуется его применение при депрессивных расстройствах в связи с возможностью усиления симптоматики.

Галоперидол обладает антипсихотическим и стимулирующим действием. Применяется при наличии галлюцинаторно-параноидной симптоматики, в том числе и у больных эпилепсией с деменцией; купирует агрессивность, расстройства поведения, психомоторное возбуждение,

тревожно-депрессивные и дисфорические расстройства, а также выраженные специфические личностные особенности с преобладанием эксплозивных черт, сопровождающихся агрессией и импульсивными поступками. В начале лечения целесообразно назначать 1,5 – 3 мг/сут 2-3 раза в день с постепенным повышением до получения терапевтического эффекта (обычно 10-15 мг/сут); в/м: 5-10 мг 2-3 раза в сутки в течение нескольких дней (для купирования выраженного психомоторного возбуждения, после чего препарат назначают внутрь). Ретардированная форма галоперидола (галоперидол-деконоат) показана больным эпилепсией с частыми дисфорическими состояниями с агрессивными формами поведения, злопамятностью, жестокостью, застойностью и полярностью аффекта. Доза: 1мл 1 раз в 10 дней).

Левопромазин (тизерцин) купирует психомоторное возбуждение, имеет антипсихотическое, антидепрессивное действие; корригирует поведение. Показан при эпилепсии с аффективно-взрывчатыми характерологическими особенностями, дисфориях. При тяжелых эксплозивных дисфориях, агрессивном поведении показано назначение малых доз (25-100 мг в сутки).

Хлорпротиксен эффективен при лечении психических расстройств при эпилепсии оказывает антипсихотические, антидепрессивное, седативное действие. Оказывает действие при психозах с ажитацией, тревогой, возбуждением, купирует раздражительность, конфликтность и другие особенности личности, а также депрессивные, невротические расстройства, применяется при бессоннице. Средние дозы: 100 мг – психозы, 30 – депрессивно-невротические расстройства.

Тиоридазин (сонапакс) - «мягкий, переходный нейролептик» - умеренное антипсихотическое, анксиолитическое, антидепрессивное действие. В малых дозах (до 50 мг) оказывает седативный и психостимулирующий эффект, 150-200 мг – антипсихотический. Применяется у больных эпилепсией для купирования аффектов тревоги, страха, ипохондрических, обсессивных расстройств, сенестопатий. Преимуществом данного препарата является низкая частота побочных эффектов (сердечно-сосудистых, неврологических) без корректоров. **Алимемазин** (терален, тералиджен) имеет анксиолитический, седативный, снотворный, антидепрессивный, антипсихотический эффект. Преимуществом данного препарата является отсутствие экстрапирамидных расстройств, его положительное действие у больных эпилепсией, страдающих деменцией.

Перициазин (неулептил) применяется у больных эпилепсией при нарушениях поведения, наличии психопатоподобных (личностных) расстройств, дисфорических состояний. Обладает выраженным седативным эффектом при менее отчетливом антипсихотическом.

Трифлуоперазин (трифтазин) активен в отношении продуктивной симптоматики, седативный эффект проявляется у больных эпилептическими

психозами с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Лечение начинают с малых доз- 5 мг, постепенно наращивая до 25-40 мг в сутки.

Сульпирид (эглонил) – нейролептический препарат с тимоаналептической активностью. Показан при астенических состояниях, заторможенности, депрессиях. Средняя суточная доза - 100-200 мг.

Зуклопентиксол (клопиксол) обладает выраженной психотропной активностью. Показан при *острых* психотических расстройствах, выраженной ажитации и мании, деменции с параноидными идеями, враждебностью, нарушениями поведения; доза препарата при этом - 10-50 мг/сут. При *умеренных и выраженных психотических расстройствах* начальная доза составляет 20 мг/сут и при необходимости может быть увеличена на 10-20 мг с интервалом 2-3 дня до 75 мг/сут и более. При деменции с ажитацией – 2-6 мг.

Респеридон (респолепт) купирует психотическую симптоматику.

Кветиапин (сероквель) - купирование психомоторного возбуждения, параноидной симптоматики. Дозы: 50 мг (1-й день) в 2 приема, 100 мг (2-й день), 200 мг (3-й день), 300 мг (4-й день) до 450 мг/сут.

Оланзепин (зепрекса) проявляет свою эффективность при психомоторном возбуждении в том числе и у лиц с деменцией; при негативной симптоматике (эмоциональное снижение), при аффективных расстройствах.

Таблица 4. Психозы при эпилепсии

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Средняя рекомендуемая доза	
Средства, влияющие на центральную нервную систему				
	Нейролептики			
		Галоперидол	10мг	
		Рисперидон	4мг	
		Левомепрамазин	200мг	
		Перициазин	30мг	
		Тиоридазин	75мг	
		Хлорпромазин	200мг	
		Хлорпротиксен	75мг	
		Оланзепин	5мг	
		Кветиапин	200мг	
		Зуклопентиксол	25мг	
		Трифлуоперазин	7,5мг	
		Алимемазин	30мг	
	Бенперидол	4мг		

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Средняя рекомендуемая доза
	Антихолинлитические препараты		
		Тригексифенидил	6мг
	Транквилизаторы (анксиолитики)		
		Диазепам	10мг
		Феназепам	1мг
		Лоразепам	2мг
		Атаракс	50мг

7.5 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**:

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

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

3. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):, флувоксамин (феварин), пароксетин (паксил, рексетин), сертралин (золофт, стимултон, 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 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.

Пароксетин (паксил) оказывает тимоаналептическое и анксиолитическое действие при достаточно отчетливом стимулирующем эффекте. Купирует *тревожные* состояния, суицидальные мысли, улучшает сон не вызывая дневной сонливости или заторможенности. При сочетанном применении с препаратами, индуцирующими метаболизм ферментов (карбамазепин, фенитоин, вальпроат натрия) не требуется изменения начальных доз Пароксетина.

Флувоксамин (феварин) показан при тревожных и тоскливых депрессиях.

Циталопрам (опра) оказывает тимоаналептическое действие со стимулирующим компонентом. Показан при *тревожных* состояниях, фобиях, дисфориях. Эффективен у больных пожилого и старческого возраста. - улучшает настроение, работоспособность, интеллектуальные функции.

Сертралин (золофт) имеет тимоаналептическое действие со слабым стимулирующим компонентом. Отсутствие седативного эффекта безусловное преимущество препарата. Купирует *тревожные* депрессии, нарушения сна.

Флуоксетин (прозак) обладает тимоаналептическим действием со стимулирующим компонентом. Показан при *тоскливых* депрессиях с идеями малоценности, самоуничужения; при тревожных депрессиях, но может усиливать агитацию, обострять бессонницу, провоцировать суициды. Флуоксетин может быть назначен только при тщательном наблюдении за пациентом. Увеличивает в крови уровень карбамазепина и вальпроата.

Однако не меньшей активностью обладают и так называемые «старые» антидепрессанты.

Амитриптилин относится к антидепрессантам с седативным спектром активности, показан при лечении различных форм депрессий, в том числе у больных эпилепсией, в форме моносиндромов, или сложных психопатологических расстройств (тревожно-депрессивной, тревожно-ипохондрической). Большинство исследований в дозе до 200 мг в сутки амитриптилин оценивается как безопасный препарат при лечении больных эпилепсией.

Пипофезин (азафен) также показал свою активность снимая тревогу и беспокойство; проявил свою активность как эффективное средство при дисфориях, эмоциональной лабильности, раздражительности.

Таблица 6 Депрессивное расстройство в связи с эпилепсией

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Средняя рекомендуемая доза
Средства, влияющие на центральную нервную систему			
Нейролептики			
		Левомепрамазин	200мг
		Тиоридазин	75мг
		Хлорпротексен	75мг
		Оланзепин	5мг
		Кветиапин	200мг
		Зуклопентиксол	25мг
		Сульпирид	100мг
		Флупентиксол	10мг
Антихолинлитические препараты			
		Тригексифенидил	6мг
Антидепрессанты			
		Пароксетин	20мг
		Сертралин	100мг
		Доксепин	75мг
		Милнаципран	100мг
		Флувоксамин	100мг
		Миансерин	30мг
		Миртазапин	30мг
		Флуоксетин	40мг
		Циталопрам	20мг
		Тианептин	37,5 мг
		Мапротилин	25 мг
		Венлафаксин	150 мг
		Ребоксетин	8мг
		Тразодон	450мг
		Амитриптилин	75мг
		Кломипрамин	75мг
		Пипофезин	50мг
		Дулоксетин	
Транквилизаторы и анксиолитики			
		Диазепам	10мг

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Средняя рекомендуемая доза
		Феназепам	1мг
		Лоразепам	2мг

При наличии невротоподобной симптоматики (обсессивно-компульсивные, истероформные и др.), тревожные расстройства, расстройства сна показано назначение транквилизаторов: **феназепам, диазепам**, (не более 2-х недель непрерывно). **Феназепам** показан к применению при височной при преобладании в клинической картине тревоги, страха, эмоционального напряжения, нарушениях сна (0,25-1мг до 3мг в сутки). Для **быстрого купирования страха, тревоги, психомоторного возбуждения возможно внутримышечное введение препарата – 0,5-1мл. 0,1% р-ра** до 3-7 мл 0,1% р-ра в тяжелых случаях. Для купирования тревоги, психомоторного возбуждения, внутреннего возбуждения, повышенной раздражительности также рекомендуется назначение **атаракса** (средняя суточная доза 100мг)

При назначении **бензодиазепинов** (диазепам, лоразепам, клоназепам, нитразепам, клобазам) необходимо помнить о развитии физической зависимости и абстинентного синдрома при отмене. Рекомендуется интермитирующее применение бензодиазепинов и очень медленная отмена.

7.6 Нейрометаболическая терапия

Гопантеновая кислота (пантогам) – оказывает умеренное седативное действие и мягкий стимулирующий эффект и в отличие от широко применяемых ноотропов, не оказывает влияния на порог судорожной готовности. Начальная доза: 250мг 2 раза в сутки, до 3г.

Возможно назначение никотиноил гамма-аминомасляной кислоты (пикамилон), который, обладая ноотропной активностью, положительно влияет на тревогу и страх.

В комплексном лечении больных эпилепсией с психическими расстройствами показано курсовое назначение лекарственных препаратов, влияющих на мозговой метаболизм: **кортексин** 10 мг в сутки 10 дней; **фенотропил**, влияющий в том числе и на депрессивную симптоматику (100-200 мг 1 раз в сутки; **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.

При наличии внутричерепной гипертензии показана дегидратирующая терапия: диакарб с аспаркамом - 1 месяц, три дня, 4-й перерыв, 25% раствор сульфата магния в/м, витаминотерапия препаратами группы В.

7.7 Побочные действия психотропных препаратов

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 *доксепина*, *эсциталопрама* (*ципралекса*) 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 (минсарин, бупропион, пароксетин, циталопром) антидепрессантов.

8. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

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

9. 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.