

НОВОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Докукина Т.В., Махров М.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск, Республика Беларусь)

Резюме: в статье приводится пересмотренное определение эпилепсии, согласно рекомендациям Международной Противозепилептической Лиги. Эпилепсия может быть установлена после одного неспровоцированного приступа у людей, которые имеют другие факторы, связанные с очень высокой вероятностью постоянного снижения порога судорожной готовности. Лица с рефлекторными приступами также отнесены к страдающим эпилепсией. Считается, что эпилепсии больше нет у тех, у кого не было приступов в течение, по крайней мере, 10 лет без противозепилептической терапии, при условии, что нет никаких известных факторов риска, связанных с высокой вероятностью повторения приступов.

Ключевые слова: диагностика эпилепсии, новое определение, снятие диагноза.

Введение

В ноябре 2014 г. исполняется три года Белорусской противозепилептической Лиге. Она создавалась для объединения усилий ее членов для решения актуальных научных и практических проблем в области эпилептологии, стимулирования новых научных исследований; продвижения и распространения на территории Республики Беларусь знаний, касающихся эпилепсии; содействия в профилактике, диагностике, лечении, защите и уходе за лицами, страдающими эпилепсией; улучшения качества подготовки специалистов в области эпилептологии.

Членами Лиги поддерживается сотрудничество и налаживаются новые контакты со специалистами и организациями, чья деятельность направлена на решение задач, аналогичных задачам Лиги. Проводится работа по созданию и распространению публикаций, касающихся эпилепсии, журнала «Epilepsia». Проводится постоянное повышение профессионального уровня членов Лиги и других специалистов. Осуществляются научные исследования: развитие немедикаментозных методов лечения резистентных форм эпилепсии и сопутствующих

сихических расстройств (транскраниальная магнитотерапия; разработка психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных программ; трансплантация мезенхимальных стволовых клеток, индуцированных в нейрогенном направлении; биологическая обратная связь), а также совершенствование диагностических подходов (видеомониторинг, исследование когерентности ЭЭГ).

На сегодняшний день наиболее актуален вопрос проведения крупномасштабного эпидемиологического исследования эпилепсии и сопутствующих расстройств в Республике Беларусь.

При этом зачастую сохраняются значительные трудности, связанные с качеством жизни пациентов с эпилепсией, современным лечением эпилепсии, а также состоянием эпилептологических служб и лекарственного обеспечения пациентов.

Сегодня эпилепсия представляет собой комплексную проблему, включающую клинические, нейрофизиологические, психологические, социальные аспекты. Установлено, что на качество жизни пациентов с эпилепсией влияют не только приступы, но и нарушения в высшей психической сфере, социальные и психологические факторы. Современная терапия эпилепсии должна быть направлена не только на контроль приступов и коморбидных состояний, но и на улучшение качества жизни и дестигматизацию пациентов.

На сегодняшний день правление и члены Белорусской противозепилептической Лиги сталкиваются с рядом вопросов и проблем, требующих скорейшего решения:

- в Беларуси отсутствует система немедикаментозной реабилитации при эпилепсии, пациенты ограничены в своих правах, имеют проблемы с учебой, трудоустройством, социальным функционированием;
- не стандартизирована учетная и отчетная документация;
- нет реестра пациентов, в связи с чем значительно затруднена статистика заболеваемости и распространенности эпилепсии;

- зачастую отсутствует преемственность при передаче пациентов из стационара в амбулаторную службу, не отслеживается катамнез;
- недостаточная санитарно-просветительская работа с пациентами и их родственниками;
- отсутствие в достаточном количестве специалистов для комплексного лечения эпилепсии (в частности, психологов, психотерапевтов), специализированных кабинетов, оборудования;
- проблема льготного обеспечения препаратами и обилие дженериков с неизвестной биоэквивалентностью, отсутствие новейших противоэпилептических препаратов, а также трудности контроля концентрации препаратов в сыворотке крови.

Для решения обозначенных проблем требуется тесная консолидация усилий всех заинтересованных специалистов, активная позиция и заинтересованность государства в реабилитации пациентов, обмен опытом со специалистами других стран.

Правление и члены Белорусской противоэпилептической Лиги полностью поддерживают инициативу Международной противоэпилептической Лиги (МПЭЛ) по новому концептуальному определению эпилепсии, а также считают крайне важным предложенное нововведение, согласно которому эпилепсия позиционируется как излечимое заболевание, и при определенных обстоятельствах диагноз может быть снят. Нами учитывались рекомендации оперативной группы МПЭЛ, сформулированные Robert S. Fisher, Solomon L. Moshe, Emilio Perucca и соавт. для использования в клинической практике, приведенные в официальном отчете МПЭЛ [6]. Позиция ведущих белорусских эпилептологов полностью совпадает с данными рекомендациями, что подтверждается нашими многочисленными научными исследованиями и многолетним клиническим опытом.

В 2005 г. оперативная группа МПЭЛ сформулировала новые определения терминов «эпилептический приступ» и «эпилепсия» [5]:

Эпилептический приступ является транзиторным появлением признаков и/или симптомов, вызванных ненормальной чрезмерной или синхронной активностью нейронов в мозге.

Эпилепсия является болезнью головного мозга и характеризуется прочной предрасположенностью к генерации эпилептических приступов, а также нейробиологическими, познавательными, психологическими и социальными последствиями этого состояния. Для определения эпилепсии требуется возникновение, по крайней мере, одного эпилептического приступа.

МПЭЛ учредила оперативную группу для разработки рабочего определения эпилепсии с целью установления клинического диагноза. В настоящей статье кратко приводятся рекомендации Оперативной группы, включая прилагаемые примечания и конкретные примеры с указанием причин этих рекомендаций и редкие расхождения во мнениях.

Практическое клиническое определение эпилепсии

Эпилепсией называется состояние, когда существует высокий риск неспровоцированных повторяющихся приступов. Для эпидемиологических исследований обычно применяют рабочее определение эпилепсии, соответствующее наличию двух неспровоцированных приступов, между которыми проходит не менее 24 ч. [9]. После двух неспровоцированных нефебрильных приступов шанс иметь следующий составляет 73% [10] в течение четырех лет (95% ДИ, составляет 59%-87%), по сравнению с 40-52% после однократного неспровоцированного приступа [3].

Критерий эпилепсии «два неспровоцированных приступа» неплохой, но этого недостаточно в некоторых клинических обстоятельствах. Пациент может иметь один неспровоцированный приступ после инсульта, инфекции ЦНС или травмы. У такого пациента риск второго неспровоцированного приступа сопоставим с риском дальнейших судорог после двух неспровоцированных приступов [11]. Другой пациент может отвечать критериям эпилептического синдрома с высоким риском рецидива приступов, и многие эпилептологи в такой ситуации диагностируют эпилепсию после однократного неспровоцированного приступа. У третьего пациента может быть фотосенситивная эпилепсия, но все же эпилепсией она не считается, потому что приступы спровоцированы светом. В целях определения клинических критериев эпилепсии в соответствии с мнением большинства эпилептологов, оперативная группа МПЭЛ рекомендует расширение определения эпилепсии, включающее обстоятельства, перечисленные ниже. Также в определение добавлены временные критерии.

Эпилепсия – заболевание головного мозга, соответствующее любому из следующих условий:

1. По крайней мере, два неспровоцированных приступа, произошедшие не менее чем через 24 часа друг от друга.
2. Один неспровоцированный приступ и вероятность дальнейших приступов близка к риску рецидива, как после двух неспровоцированных приступов (примерно 75% или более).
3. По крайней мере, два приступа в условиях рефлексорной эпилепсии.

Считается, что от эпилепсии излечились люди, которые имели возрастные эпилептические синдромы, но в настоящее время не соответствуют по возрасту, или те, у кого не было приступов в течение по крайней мере 10 лет без противоэпилептической терапии, при условии, что нет никаких известных факторов риска, связанных с высокой вероятности ($\geq 75\%$) повторения приступов. Различные клинические критерии могут быть использованы для разных конкретных целей. Это пересмотренное определение эпилепсии соответствует мнению большинства эпилептологов.

Некоторые элементы этого определения требуют пояснения.

Заболевание

Эпилепсия традиционно представляется расстройством или группой расстройств, а не заболеванием, в виду того, что она состоит из множества различных заболеваний и состояний. Под расстройством подразумевают функциональные нарушения, не обязательно длительные, тогда как заболевание (хотя и не всегда) соответствует более длительному нарушению нормальных функций. Многие гетерогенные расстройства здоровья, например рак или диабет, состоят из многочисленных суб-расстройств и до сих пор считаются заболеваниями. Термин «расстройство» плохо понятен общественности и минимизирует серьезность эпилепсии. Оперативная группа считает, что эпилепсию, в качестве устойчивой предрасположенности к приступам, следует рассматривать как заболевание.

Два неспровоцированных приступа

Эпилепсия присутствует в ситуации, когда головной мозг пациента по какой-то причине демонстрирует патологическую и стойкую тенденцию к повторным эпилептическим приступам. Данную тенденцию можно представить как патологическое снижение судорожного порога, по сравнению со здоровыми лицами. Приступы, которые спровоцированы транзиторными факторами, действующими на нормальный мозг и временно снижающими порог судорожной готовности, не засчитываются в диагностике эпилепсии. Термин «спровоцированный приступ» можно рассматривать как синоним «реактивного приступа» или «острого симптоматического приступа» [2]. Приступ после контузии, во время лихорадочного состояния, либо в ассоциации с алкоголем будет примером спровоцированного приступа, из чего не следует диагноз эпилепсии. Термин «неспровоцированный» является неточным, потому что мы никогда не можем быть уверены, что не было никаких провоцирующих факторов. И наоборот, выявление провоцирующих факторов не обязательно противоречит наличию прочных эпилептогенных аномалий.

Высокий риск рецидива

Новое определение определяет другой путь для диагностики эпилепсии. Его цель заключается в учете обстоятельств, при которых большинство эпилептологов сегодня диагностируют эпилепсию после однократного неспровоцированного приступа из-за очень высокого риска рецидива. Например, пациент с одним приступом, произошедшим, по крайней мере, через месяц после инсульта [11], или ребенок с одним приступом и очагом корковой дисплазии [20]. Таким образом, если лечащий врач диагностирует симптоматическое поражение, которое приводит к прочной предрасположенности к неспровоцированным судорогам с риском, сопоставимым с тем, который имеют два неспровоцированных приступа, пациента тоже надо учитывать, как страдающего эпилепсией.

Если данных недостаточно, чтобы установить 75%-й риск повторения еще одного приступа, то эпилепсия не диагностируется, пока не будет второго неспровоцированного приступа.

Это рабочее определение не делает попытки перечислить факторы, которые могут увеличить риск для второго неспровоцированного приступа выше порогового значения, приведенного выше. Это является задачей лечащего врача, а также исследователей, публикующих свои работы по изучению эпидемиологии эпилепсии. Ниже на прилагаемых примерах приводится практическое применение пересмотренного определения.

Комплексные фебрильные приступы (КФП) – спровоцированные приступы, но они заслуживают особого внимания, потому что являются фактором риска для будущей эпилепсии. КФП должны иметь, по крайней мере, одну из следующих характеристик: очаговость; фебрильные судороги повторяются в течение 24 ч. или на фоне заболевания с лихорадкой; длительность обычно более 10 минут. Среди детей с КФП риск последующего неспровоцированного приступа составляет 10%, при длительности не менее 10 мин., 14%, когда ассоциирован с эпилептическим статусом и максимум 49%, если связан с наличием всех трех характеристик КФП [3]. Эти риски меньше, чем 75% необходимого порога высокого риска, одобренного оперативной группой. Поэтому наличие КФП не является эпилепсией, хотя может ей предшествовать.

Значение для лечения

Диагностика эпилепсии после однократного неспровоцированного приступа не всегда может привести к решению начать лечение. Предлагаемое практическое определение может помочь врачу, который собирается лечить пациента с высоким риском рецидива после одного неспровоцированного приступа. Однако решение о лечении отличается от диагноза и должно быть индивидуальным в зависимости от желания пациента, индивидуального соотношения риска-пользы и имеющихся возможностей.

Диагноз эпилепсии и решение о лечении – два взаимосвязанных, но различающихся вопроса. Многие эпилептологи предлагают проводить лечение в течение некоторого времени после острого симптоматического приступа (например, на фоне герпетического энцефалита), без развития в дальнейшем эпилепсии. И наоборот, пациенты с легкими видами приступов при очень длительных интервалах между ними могут не получать лечения, даже если диагноз эпилепсии не подлежит сомнению.

Рефлекторная эпилепсия

Новое определение определяет периодические рефлекторные судороги как эпилепсию. Рефлекторные эпилепсии на самом деле спровоцированы транзиторными стимулами (например, мигающие огни)

[8], поэтому они не соответствуют критерию «не спровоцированные». Тем не менее, тенденция реагировать на такие стимулы приступами соответствует концептуальному определению эпилепсии, к тому же рефлекторная эпилепсия связана со стойкой предрасположенностью к появлению таких приступов.

Неспровоцированные приступы, разделенные во времени

Промежуток времени между двумя неспровоцированными приступами, которые в совокупности квалифицируются как эпилепсия, трактуется неоднозначно. Приступы, произошедшие в течение 24 ч. представляют примерно тот же самый риск для продолжения судорог, как и после одного приступа [15]. Оперативная группа сохранила данную позицию о том, что неспровоцированные приступы, произошедшие в 24-часовой период для целей прогнозирования риска рецидива, считаются одним эпизодом.

Определение эпилепсии не лимитирует внешнюю границу времени для возникновения второго неспровоцированного приступа. Эпилепсия будет диагностирована, если неспровоцированный приступ произошел в возрасте 1 год и в возрасте 80 лет, состояние иногда называют олигоэпилепсией [17].

Эпилепсия, которой больше нет

Навсегда ли однажды установленная эпилепсия присутствует? Есть ли у человека эпилепсия, если он в детстве страдал абсансами, но на протяжении десятилетий приступов нет и лекарств он не принимает? Или болен ли до сих пор пациент с мезиальной височной эпилепсией, у которого на протяжении 10 лет нет приступов и он не принимает препараты после резекции или склероза гиппокампа? Дети могут перерасти эпилепсию, например при доброкачественной эпилепсии с центрально-темпоральными спайками. Некоторые пациенты могут быть радикально излечены, например операцией на головном мозге, что навсегда их избавляет от приступов.

В медицинской литературе используется термин «ремиссия», когда подразумевается приостановление заболевания и отмена лечения, то есть вероятность рецидива не больше, чем для населения в целом. В определении Оперативной группы МПЭЛ предлагается использовать более простую фразу «эпилепсии больше нет». Заключение «эпилепсии больше нет» подразумевает, что человек больше не страдает эпилепсией, хотя это не гарантирует, что она не вернется.

Какой временной промежуток определяет ситуацию «эпилепсии больше нет»? Риск рецидива зависит от типа эпилепсии, возраста, синдрома, этиологии, лечения и многих других факторов. Ювенильная миоклоническая эпилепсия (ЮМЭ), как известно, является повышенным риском приступов пожизненно [7]. Структурные поражения головного мозга, такие как пороки развития коры [18], могут повысить риск приступов в долгосрочной

перспективе. Приступы могут повториться через любые временные интервалы после ремиссии в связи с удалением эпилептогенного поражения головного мозга, например кавернозных мальформаций [12].

Риск рецидива после неспровоцированного приступа уменьшается со временем, хотя может никогда не достигнуть уровня риска людей, которые не имели приступов. Большинство рецидивов происходит рано. От 80% [15] до 90% [13] повторных неспровоцированных приступов случается в течение двух лет после первого. В одном из исследований [10] после второго неспровоцированного приступа последующие произошли в течение 4 лет, но ни один в последующие 3 года, и это свидетельствует о том, что риск не может быть равен нулю, но низок. Накоплено недостаточно данных о риске рецидива приступов после длительного периода ремиссии без применения лекарственных препаратов. Рецидивы возможны, но они редки после 5 лет ремиссии [14]. По прошествии 10 лет после отмены противосудорожной терапии риск появления приступов, вероятно, очень низок [4].

Клиницисты должны индивидуализировать положение о том, что эпилепсия излечима. Оперативная группа МПЭЛ установила, что эпилепсии нет у людей, которые имели возрастзависимые эпилептические синдромы, но к настоящему моменту вышли из нужного возраста, или тех, у кого нет приступов в течение не менее 10 лет после отмены противосудорожной терапии, при условии, что нет никаких известных факторов риска, связанных с высокой вероятностью ($\geq 75\%$) повторения приступов. Примеры повышенного риска включают ЮМЭ и корковую дисплазию. Некоторые факторы риска, например, определенные типы ЭЭГ или найденные при нейровизуализации дисплазии или опухоли, повышают вероятность диагноза эпилепсия, но не обязательно повышают риск достаточно высоко, чтобы подтвердить такой диагноз в соответствии с критериями, предложенными в новом определении. Не существует формул по определению дополнительных рисков, так как отсутствуют данные о том, как объединить такие риски; такие случаи должны решаться в индивидуальном порядке. Если доказательств и опыта врача не достаточно для документирования высокого ($\geq 75\%$) риска рецидива после первого неспровоцированного приступа, то эпилепсия не должна быть диагностирована до появления второго неспровоцированного приступа. Таким образом, старое определение остается определением «по умолчанию».

Недостаточность информации

С точки зрения врача, новое рабочее определение связи эпилепсии с вероятностью повторения приступа вносит большую ясность и клиническую значимость в диагностический процесс. Однако грамотное применение этого определения часто требует специальных диагностических навыков. В частности, диаг-

ностика и оценка риска рецидива некоторых синдромов не может быть широко доступна на всех уровнях, особенно на уровне первичной медицинской помощи.

При отсутствии документально зарегистрированного приступа во время проведения видео-ЭЭГ-мониторирования и типичных для пациента повторяющихся неспровоцированных приступов, диагноз эпилепсии остается неопределенным. Одним из решений подобной двусмысленности было бы выделение состояния, которое называется «вероятная (или возможная) эпилепсия». Такой подход принят для ряда других заболеваний, например критерии рассеянного склероза McDonald [16], критерии бокового амиотрофического склероза [1], мигрень [19], сосудистая деменция [21].

С точки зрения пациента, эпилепсия связана со стигмой и психологическими, социальными, когнитивными, экономическими последствиями, поэтому очень важно, чтобы они были учтены в концептуальном определении эпилепсии [5]. Новое рабочее определение может улучшить результаты путем привлечения внимания врачей к необходимости тщательно рассматривать риск рецидива после одного неспровоцированного приступа и позволяет клиницистам чувствовать себя более комфортно при назначении лечения после некоторых неспровоцированных приступов. Но это должно быть индивидуализировано, так как диагноз эпилепсии не обязательно требует назначения противосудорожных препаратов, и наоборот, лечение может быть оправдано для некоторых пациентов, у которых окончательный диагноз эпилепсии не выставлен.

Как пересмотр определения повлияет на распространенность эпилепсии, непредсказуемо. В эпидемиологических исследованиях может использоваться старое рабочее определение. Если использовать пересмотренное определение, то у некоторых пациентов, ранее имевших эпилепсию, на текущий момент эпилепсии не будет, согласно новым критериям. Другие лица, отвечающие критерию «один приступ с высоким риском повторения последующих» могут быть добавлены в группу страдающих эпилепсией.

Правильная диагностика эпилепсии у лиц, которые раньше этого диагноза не имели, может иметь как отрицательные, так и положительные последствия, особенно в развитых странах. Так, например, экономические последствия могут включать в себя возмещение национальной службой здравоохранения стоимости лекарств, в противном случае она была бы покрыта за счет пациента. С другой стороны, многие люди с эпилепсией имеют трудности с медицинским страхованием. Некоторые не могут приобрести жилье без полиса страхования жизни. В развивающихся странах, стигматизация может глубоко затрагивать некоторых людей, вынуждая их скрывать эпилепсию из-за серьезных последствий, таких как

потеря доступа к образованию или запрета бракосочетания.

Лица с рефлекторной эпилепсией ранее были лишены многих прав из-за требования, чтобы приступы были неспровоцированными. Включение рефлекторных эпилепсий в рабочее определение эпилепсии в настоящее время переносит этих людей в сообщество страдающих эпилепсией. Пересмотренное определение предназначено для клинической диагностики и не подходит для всех научных исследований. Различные рабочие определения будут использоваться в зависимости от конкретных целей, и, когда это целесообразно, может использоваться традиционное определение эпилепсии, как «два неспровоцированных приступа». Исследователи должны четко обозначать определение эпилепсии, использованное в любом исследовании или публикации.

Пересмотренное определение имеет значение для законодательства и экономики здравоохранения. Правила, влияющие на отдельные виды жизнедеятельности, такие как ограничение на вождение транспорта, в большей степени касаются частоты приступов или риска рецидива, чем диагноза эпилепсии, но это не всегда так. В некоторых странах диагноз эпилепсии как таковой ограничивает срок действия водительских прав, или тип разрешения, которое может быть получено. Правила об участии в определенных видах спорта предусматривают ограничения для людей с диагнозом эпилепсия, независимо от истории болезни. Страхование и социальные выгоды могут также зависеть от диагноза.

Заключение

Ранее эпилепсия диагностировалась при наличии по крайней мере двух неспровоцированных приступов, между которыми прошло более 24 ч. Из пересмотренного определения следует, что эпилепсия может быть установлена после одного неспровоцированного приступа у людей, которые имеют другие факторы, связанные с очень высокой вероятностью постоянного снижения порога судорожной готовности и, следовательно, высокий риск повторения приступа. Такие риски должны быть эквивалентны риску повторения третьего приступа у пациентов с двумя неспровоцированными приступами, что примерно составляет 75%. Эти факторы чаще всего связаны со структурными повреждениями мозга, например при инсульте, инфекции центральной нервной системы, некоторых типах травматического повреждения мозга, диагнозом специфического эпилептического синдрома, а в некоторых случаях – с наличием других факторов риска. Лиц с рефлекторными приступами, например фотосенситивными, также согласно новому определению следует относить к страдающим эпилепсией. Это определение эпилепсии приводит термин в соответствие с общепринятым среди большинства эпилептологов. Считается, что эпилепсии больше нет у людей, которые имели возрастные

эпилептические синдромы, но в настоящее время не соответствуют по возрасту, или тех, у кого не было приступов в течение по крайней мере 10 лет без противозепилептической терапии, при условии, что нет никаких известных факторов риска, связанных с высокой вероятностью повторения приступов. Новое определение является более сложным, чем старое, так как требует учитывать данные, которых в специфической ситуации может не быть. Исследований,

посвященных детальному исследованию риска повторения приступов, крайне мало, поэтому большинство диагнозов эпилепсии будут устанавливаться после двух неспровоцированных приступов. Так как появляется все больше исследований, посвященных изучению риска рецидива приступа, рассчитанного для конкретного этиологического фактора, применение нового определения эпилепсии станет более точным и полезным.

Литература:

1. Beghi E., Balzarini C., Bogliun G. et al. Reliability of the El Escorial diagnostic criteria for amyotrophic lateral sclerosis. *Neuroepidemiology*. 2002; 21: 265-270.
2. Beghi E., Carpio A., Forsgren L. et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010; 51: 671-675.
3. Berg A.T., Shinnar S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review. *Neurology*. 1991; 41: 965-972.
4. Chadwick D., Taylor J., Johnson T. Outcomes after seizure recurrence in people with well-controlled epilepsy and the factors that influence it. The MRC Antiepileptic Drug Withdrawal Group. *Epilepsia*. 1996; 37: 1043-1050.
5. Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W. et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005; 46: 470-472.
6. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou A. et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55: 475-482.
7. Geithner J., Schneider F., Wang Z. et al. Predictors for long-term seizure outcome in

- juvenile myoclonic epilepsy: 25-63 years of follow-up. *Epilepsia*. 2012; 53: 1379-1386.
8. Harding G. The reflex epilepsies with emphasis on photosensitive epilepsy. *Suppl. Clin. Neurophysiol*. 2004; 57: 433-438.
9. Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia*. 1991; 32: 429-445.
10. Hauser W.A., Rich S.S., Lee J.R. et al. Risk of recurrent seizures after two unprovoked seizures. *N. Engl. J. Med*. 1998; 338: 429-434.
11. Hesdorffer D.C., Benn E.K., Cascino G.D. et al. Is a first acute symptomatic seizure epilepsy? Mortality and risk for recurrent seizure. *Epilepsia*. 2009; 50: 1102-1108.
12. Kim W., Stramotas S., Choy W. et al. Prognostic factors for postoperative seizure outcomes after cavernous malformation treatment. *J. Clin. Neurosci*. 2011; 18: 877-880.
13. Lindsten H., Stenlund H., Forsgren L. Remission of seizures in a population-based adult cohort with a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure. *Epilepsia*. 2001; 42: 1025-1030.
14. Lossius M.I., Hessen E., Mowinckel P. et al. Consequences of antiepileptic drug withdrawal: a randomized, double-blind study (Akershus Study). *Epilepsia*. 2008; 49: 455-463.
15. Neligan A., Hauser W.A., Sander J.W. The

- epidemiology of the epilepsies. *Handb. Clin. Neurol*. 2012; 107: 113-133.
16. Polman C.H., Reingold S.C., Banwell B. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann. Neurol*. 2011; 69: 292-302.
17. Rajna P., Solyom A. Oligoepilepsy: a real entity or the benign form of epileptic disorder? *Ideggyogy. Sz*. 2011; 64: 344-349.
18. Rowland N.C., Englot D.J., Cage T.A. et al. A meta-analysis of predictors of seizure freedom in the surgical management of focal cortical dysplasia. *J. Neurosurg*. 2012; 116: 1035-1041.
19. Silberstein S., Loder E., Diamond S. et al. Probable migraine in the United States: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Cephalgia*. 2007; 27: 220-229.
20. Stroink H., Brouwer O.F., Arts W.F. et al. The first unprovoked, untreated seizure in childhood: a hospital based study of the accuracy of the diagnosis, rate of recurrence, and long term outcome after recurrence. Dutch study of epilepsy in childhood. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1998; 64: 595-600.
21. Tang W.K., Chan S.S., Chiu H.F. et al. Impact of applying NINDSAIREN criteria of probable vascular dementia to clinical and radiological characteristics of a stroke cohort with dementia. *Cerebrovasc. Dis*. 2004; 18: 98-103.

References:

1. Beghi E., Balzarini C., Bogliun G. et al. Reliability of the El Escorial diagnostic criteria for amyotrophic lateral sclerosis. *Neuroepidemiology*. 2002; 21: 265-270.
2. Beghi E., Carpio A., Forsgren L. et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010; 51: 671-675.
3. Berg A.T., Shinnar S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review. *Neurology*. 1991; 41: 965-972.
4. Chadwick D., Taylor J., Johnson T. Outcomes after seizure recurrence in people with well-controlled epilepsy and the factors that influence it. The MRC Antiepileptic Drug Withdrawal Group. *Epilepsia*. 1996; 37: 1043-1050.
5. Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W. et

- al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005; 46: 470-472.
6. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou A. et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55: 475-482.
7. Geithner J., Schneider F., Wang Z. et al. Predictors for long-term seizure outcome in juvenile myoclonic epilepsy: 25-63 years of follow-up. *Epilepsia*. 2012; 53: 1379-1386.
8. Harding G. The reflex epilepsies with emphasis on photosensitive epilepsy. *Suppl. Clin. Neurophysiol*. 2004; 57: 433-438.
9. Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia*. 1991; 32: 429-445.
10. Hauser W.A., Rich S.S., Lee J.R. et al. Risk of

- recurrent seizures after two unprovoked seizures. *N. Engl. J. Med*. 1998; 338: 429-434.
11. Hesdorffer D.C., Benn E.K., Cascino G.D. et al. Is a first acute symptomatic seizure epilepsy? Mortality and risk for recurrent seizure. *Epilepsia*. 2009; 50: 1102-1108.
12. Kim W., Stramotas S., Choy W. et al. Prognostic factors for postoperative seizure outcomes after cavernous malformation treatment. *J. Clin. Neurosci*. 2011; 18: 877-880.
13. Lindsten H., Stenlund H., Forsgren L. Remission of seizures in a population-based adult cohort with a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure. *Epilepsia*. 2001; 42: 1025-1030.
14. Lossius M.I., Hessen E., Mowinckel P. et al. Consequences of antiepileptic drug withdrawal: a randomized, double-blind study (Akershus Study). *Epilepsia*. 2008; 49: 455-463.

15. Neligan A., Hauser W.A., Sander J.W. The epidemiology of the epilepsies. *Handb. Clin. Neurol.* 2012; 107: 113-133.
16. Polman C.H., Reingold S.C., Banwell B. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann. Neurol.* 2011; 69: 292-302.
17. Rajna P., Solyom A. Oligoepilepsy: a real entity or the benign form of epileptic disorder? *Ideggyogy. Sz.* 2011; 64: 344-349.
18. Rowland N.C., Englot D.J., Cage T.A. et al. A meta-analysis of predictors of seizure freedom in the surgical management of focal cortical dysplasia. *J. Neurosurg.* 2012; 116: 1035-1041.
19. Silberstein S., Loder E., Diamond S. et al. Probable migraine in the United States: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Cephalgia.* 2007; 27: 220-229.
20. Stroink H., Brouwer O.F., Arts W.F. et al. The first unprovoked, untreated seizure in childhood: a hospital based study of the accuracy of the diagnosis, rate of recurrence, and long term outcome after recurrence. Dutch study of epilepsy in childhood. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1998; 64: 595-600.
21. Tang W.K., Chan S.S., Chiu H.F. et al. Impact of applying nindsairen criteria of probable vascular dementia to clinical and radiological characteristics of a stroke cohort with dementia. *Cerebrovasc. Dis.* 2004; 18: 98-103.

A NEW CLINICAL DEFINITION OF EPILEPSY

Dokukina T.V., Makhrov M.V.

Republic Mental Health Research Center (Minsk, Belarus)

Abstract: the article provides a revised definition of epilepsy, according to the recommendations of the International League Against Epilepsy. Epilepsy can be installed after one unprovoked seizure in people who have other factors associated with a high risk of permanent lowering of the threshold of convulsive readiness. Persons with reflex seizures also attributed to epilepsy. It is resolved that epilepsy is no longer for those who had no seizures for at least 10 years without antiepileptic therapy, provided that there are no known risk factors associated with a high risk of recurrence of seizures.

Key words: *diagnosis of epilepsy, new definition, cancellation of diagnosis.*