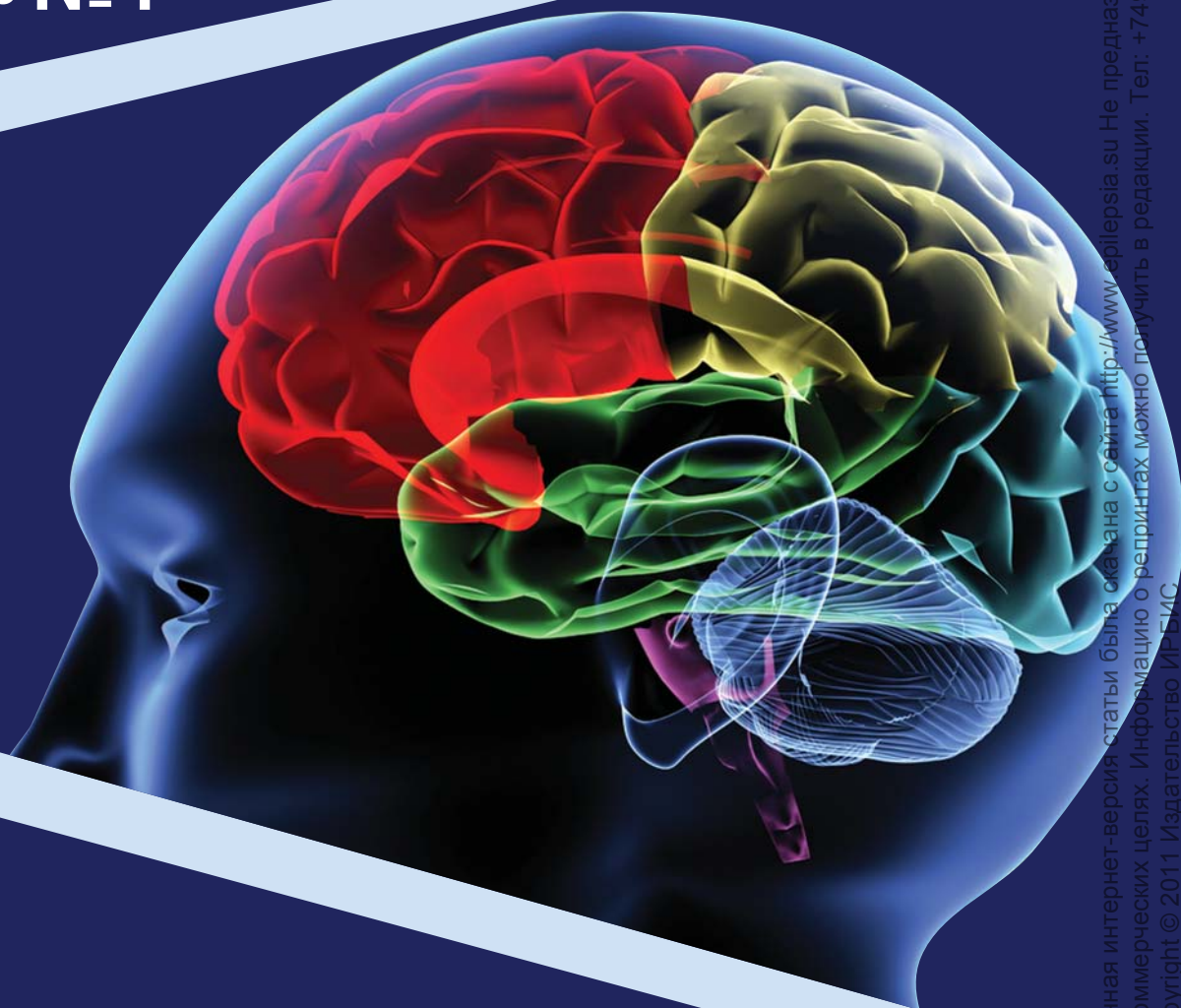


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН и Минздравсоцразвития России
Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2011 Том 3 №4



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: info@irbis-1.ru
Copyright © 2011 Издательство ИРБИС

НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бадалян О.Л.

До появления современных противоэпилептических препаратов ремиссии эпилепсии отмечались лишь в 30%, что соответствует частоте спонтанных ремиссий.

Однако еще в эру брома в 1898 г. В.М. Бехтерев предложил микстуру, включающую бромиды, наперстянку, горицвет и кодеин. Это была первая или одна из первых попыток создать лекарство от эпилепсии. Микстура Бехтерева в соответствии с существовавшими тогда представлениями о патогенезе эпилепсии содержала средства, снижающие активность коры большого мозга (бромид натрия) и регулирующие вазомоторные реакции, а также препарат, «облегчающий тоску и ослабляющий раздражительность» (кодеин).

В.М. Бехтерев писал: «За многие годы своей практики я не видел собственно ни одного случая эпилепсии, где бы систематически проведенное лечение вышеназванной смесью не оказало бы своего благотворного влияния в том или ином отношении».

Принципы лечения эпилепсии разрабатывали выдающиеся ученые Lennox, Janz, Doose, а в нашей стране – П.М. Сараджишвили и В.А. Карлов. Обоснованная концепция лечения эпилепсии сложилась в 50-е годы XX века. Она включает в себя следующие положения: взвешенность принятия решения о начале терапии; индивидуальность; комплексность; преемственность; непрерывность; длительность. Качество жизни больного определяется как основная стратегическая цель.

Эффективным лечением эпилепсии считается показатель 60-70% ремиссий, однако он достижим лишь в лучших клиниках мира. Даже в развитых странах эффективность противоэпилептической терапии недостаточна.

10-20% (по некоторым данным до 40% случаев) оказывается резистентными. Около 10% пациентов имеют необратимые психические отклонения и т.д.

Фармакорезистентность определяется как неэффективность терапии при применении не менее двух схем различных комбинаций ПЭП в предельных суточных дозах, не вызывающих выраженных побоч-

ных эффектов и существенного снижения качества жизни.

Невозможность достижения ремиссии бывает обусловлена, по нашему мнению, двумя группами факторов и их сочетаниями.

Объективные непреодолимые причины:

1. Истинная фармакорезистентность. Генетически детерминирована, обусловлена каналапатиями, рецепторными и трансмиссивными особенностями. В настоящее время это понятие не обобщается. Говорят о конкретной резистентности на определенный ПЭП, однако при плохом ответе на правильно назначенный препарат в адекватной дозе возможность достижения ремиссии в дальнейшем многократно снижается.

Также причинами неэффективности противоэпилептической терапии могут являться:

2. Прогрессирование заболевания или грубого структурного дефекта головного мозга, злокачественное течение эпилепсии, катастрофические эпилепсии.
3. Наличие у больных необратимых психических отклонений, умственной отсталости, олигофрении и т.п. Единых схем терапии при фармакорезистентной эпилепсии не существует. На практике в качестве дополнительного ПЭП обычно используется вальпроевая кислота, исходя из широкого спектра ее действия и минимального риска парадоксального учащения припадков.

Хорошо зарекомендовали себя также топирамат и леветирацетам. Последний, в частности, являясь «нemetабoлизирyющимcя» препаратом и обладая минимальными побочными явлениями, позволил добиться медикаментозной ремиссии у 25% больных с истинной фармакорезистентностью.

Основной преодолимой причиной, по нашему мнению, является плохое знание основ фармакотерапии эпилепсии неврологами, психиатрами и врачами общей практики.

Если лечение назначено неверно, это может при-

вести к обострению заболевания, провокации новых видов эпилептических припадков, развитию побочных явлений либо фармакорезистентности.

Субъективные преодолимые причины неэффективности лечения:

1. Неправильная диагностика эпилепсии
2. Неправильный выбор препарата при впервые выявленной эпилепсии
3. Неправильная дозировка
4. Нерациональная политерапия.

Вышеперечисленные факторы лежат в основе ятрогенной псевдорезистентности к противосудочным препаратам.

Также к фиаско в лечении эпилепсии приводят следующие факторы:

1. Плохая информированность пациентов о возможностях современной эпилептологии, «вера» в разного рода «целителей», знахарей и т.п. Из этого вытекает: плохая комплаентность (низкая приверженность терапии, нарушение регулярности лечения).

Неблагоприятным фактором для повышения эффективности лечения эпилепсии также является:

2. Наличие в обществе предрассудков в отношении больных эпилепсией и желание пациентов скрыть свой диагноз.

Крайне неблагоприятным для прогноза является срыв медикаментозной ремиссии. Отметим высокую частоту ятрогенного фактора – внезапной временной отмены ПЭП на несколько дней перед очередной регистрацией ЭЭГ, быстрой отмены ПЭП при многолетней ремиссии, резкого перехода от одного ПЭП к другому.

Происхождение субъективных преодолимых причин неэффективности лечения – следствие систем-

ного дефекта в организации оказания медицинской помощи больным эпилепсией:

- 1) Отсутствие специальности эпилептолога в номенклатуре медицинских специальностей.
- 2) Отсутствие специализации (ординатуры, интернатуры) по эпилептологии. Отсутствие кафедр эпилептологии в медицинских ВУЗах.
- 3) Отсутствие регламента времени приема эпилептолога в медицинских учреждениях. При первичном приеме эпилептолога, со сбором анамнеза, неврологическим осмотром, установлением психического статуса, изучением данных нейрофизиологических и нейрорадиологических методов обследования, а также с учетом нейропсихологических особенностей части больных (брадипсихия, вязкость мышления) 10-15 минут, выделенных на прием абсолютно недостаточно.
- 4) Отсутствие необходимого количества специализированных эпилептологических центров разных уровней (центры третьего высшего уровня с отделением нейрохирургического лечения эпилепсии).
- 5) Отсутствие необходимого оснащения медицинских учреждений, которые оказывают помощь больным эпилепсией (МРТ, ЭЭГ-видеомониторинг, лабораторий с возможностью определения концентрации ПЭП в крови и т.п.).
- 6) Отсутствие в стандартах помощи при эпилепсии по ОМС ЭЭГ-видеомониторинга, МРТ.
- 7) Отсутствие в списке ДЛО новейших противосудочных препаратов (левитерациетама, окскарбамазепина, прегабалина, зонисамида и др.).