МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ
И КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ В. М. БЕХТЕРЕВА

# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ РЕМИССИЯМИ ПРИПАДКОВ

Методические рекомендации

Ленинград — 1987 год

gost.e-ecolog.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ
И КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ В. М. БЕХТЕРЕВА

«СОГЛАСОВАНО»

Зам. начальника Главного управления
научно-исследовательских институтов
и координации научных исследований
Л. С. Лукьянчикова
20 февраля 1987 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель министра
Г. В. Сергеев
28 февраля 1987 г.

# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ РЕМИССИЯМИ ПРИПАДКОВ

Методические рекомендации

Ленинград — 1987 год

Настоящие методические рекомендации составлены в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (директор — засл. деятель науки РСФСР профессор М. М. Кабанов) кандидатом медицинских наук Т. Н. Федотенковой.

Редактор профессор С. А. Громов

В данных методических рекомендациях приводятся современные представления о ремиссиях эпилепсии, специфике обследования и лечения больных в этот период. Предлагаются разработанные (на основе клинических, электроэнцефалографических, психологических и др. исследований) методы отмены лечения и реабилитации больных.

Методические рекомендации предназначены для врачей невропатологов, психиатров, эпилептологов и могут представлять определенный интерес для психологов и нейрофизиологов.

Местным органам здравоохранения разрешается размножать данные методические рекомендации в необходимом количестве экземпляров.

© Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

## ВВЕДЕНИЕ

Вопрос о ремиссиях эпилепсии и врачебной тактике в этот период в последнее время стал чрезвычайно актуальным. Объясняется это тем, что появившийся за последние годы большой арсенал противоэпилептических лекарств, научно обоснованные методы лечения существенно изменили прогноз заболевания в положительную сторону.

По данным ВОЗ современные методы лечения оказываются эффективными у 75% больных эпилепсией.

В настоящее время доказано статистически достоверное сокращение сроков наступления ремиссий припадков (Попов Ю. В., 1975; Федотенкова Т. Н., 1980) и выявлен достаточно большой процент больных со стойкими многолетними ремиссиями припадков (по нашим данным, совпадающими с литературными — до 33%). Именно это и определило актуальность вопросов, связанных с диагностикой ремиссий эпилепсии, сроками проведения и отмены противоэпилептической терапии и разработкой мероприятий по социально-трудовой адаптации и реабилитации.

## 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕМИССИЯХ ЭПИЛЕПСИИ

Ремиссии эпилепсии в литературе принято подразделять на спонтанные и терапевтические. При спонтанной ремиссии прекращение припадков наступает у больных без применения антиконвульсантов, она встречается довольно редко.

Терапевтическая ремиссия наступает при применении адэкватной противоэпилептической терапии. Большинство авторов делят ее на полную и неполную, вкладывая в это разные понятия. Одни — под полной ремиссией подразумевают лишь прекращение всех клинических проявлений заболевания (припадков, изменений личности), другие — помимо этого, считают необходимым условием еще и отсутствие пароксизмальной активности на ЭЭГ. Говоря о неполной ремиссии эпилепсии, ряд авторов имеет в виду полное купирование припадков при сохранении субклинического течения болезненного

процесса с регистрацией эпилептической активности на ЭЭГ. В противоположность им другие исследователи характеризуют неполную ремиссию заболевания сокращением частоты припадков, изменением их клинической картины, а также улучшением психического статуса и повышением уровня социально-трудовой адаптации. Отсутствие общепринятых представлений о ремиссиях эпилепсии, критериев их диагностики затрудняет сравнительный анализ полученных разными исследователями данных и вносит определенную путаницу в данном вопросе, что в конечном итоге отрицательно сказывается на лечении больных.

## 2. ДИАГНОСТИКА РЕМИССИЙ ЭПИЛЕПСИИ

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождающееся разными клиническими и параклиническими симптомами. Исходя из этого определения, под ремиссией эпилепсии следует понимать не только прекращение припадков (ремиссию припадков), но и регресс характерных для эпилепсии изменений личности и патологических компонентов на ЭЭГ). Поэтому для правильной диагностики ремиссий и обоснования сроков проведения поддерживающей противоэпилептической терапии, помимо изучения динамики эпилептических припадков, необходимо проводить исследования, направленные на выяснение степени регресса изменений личности, эпилептической активности на ЭЭГ. В большинстве работ, посвященных ремиссиям эпилепсии нет четкого разграничения между понятиями ремиссия припадков и ремиссия эпилепсии. Часто между этими понятиями необоснованно ставится знак равенства. Нам представляется неправильным отождествление этих понятий, т. к. это может повлечь за собой неправильную врачебную тактику (преждевременную отмену лечения и срыв ремиссии), поскольку ремиссия припадков далеко не всегда и не сразу сопровождается прекращением других клинических и параклинических проявлений эпилепсии и является, следовательно, только одним из этапов ремиссии эпилепсии в целом. Поэтому правильная диагностика ремиссий эпилепсии или степени и глубины компенсации болезненного процесса должна основываться на совокупности клинических, электроэнцефалографических, психологических и катамнестических методов обследования, результаты которых позволят наиболее объективно судить о регрессе в процессе лечения основных проявлений заболевания, выявить динамику клинических проявлений (припадков, изменений личности) и субклинических пароксизмов.

В клинике эпилепсии НИИ им. В. М. Бехтерева на протяжении

многих лет проводились клинические, катамнестические, электроэнцефалографические, психологические, нейропсихологические и биохимические исследования у больных эпилепсией в динамике на разных стадиях заболевания (от начала заболевания до становления ремиссий). Это позволило выявить не только положительную динамику клинических симптомов, но и сопоставить степень компенсации болезненных процесов на клиническом и субклиническом уровне. Известно, что у 70—90% больных эпилепсией имеются характерные для этого заболевания изменения на ЭЭГ, диффузные и пароксизмальные. Наиболее типичными являются в разной степени выраженные пароксизмальные изменения в виде специфических эпилептических комплексов «пик-волна», «острая волна — медленная волна», усиливающихся при функциональных нагрузках (гипервентиляции, фотостимуляции и т. д.). Диффузные изменения характеризуются деформацией, нерегулярностью, неустойчивостью частоты, амплитуды, пространственного распределения (по областям головного мозга) альфа-ритма, доминированием полиморфной медленной активности диапазона тета и дельта, острых волн, межполушарной и регионарной асимметрии, ослабленной или инверсной реакцией на открывание глаз.

Проведенное сопоставление клинико-электроэнцефалографических данных свидетельствует о том, что при подборе адекватной противоэпилептической терапии, полностью устраняющей эпилептические припадки, у ряда больных на ЭЭГ сохраняются выраженные субклинические пароксизмы и диффузные изменения. Только при поддержании клинической ремиссии припадков в течение 1—2 лет картина ЭЭГ начинает характеризоваться постепенным снижением эпилептической активности. Степень же диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга в этот период изменяется очень мало. При сохранении стойкой ремиссии припадков на протяжении 2—3 лет наблюдается (статистически достоверное) уменьшение пароксизмальных и диффузных изменений (увеличение индекса альфаритма и уменьшение количества медленных волн, что свидетельствует о постепенной нормализации деятельности мозговых структур. При удлинении сроков ремиссии припадков до 3—5 лет продолжается регресс диффузных и пароксизмальных изменений на ЭЭГ. Однако, даже при стойкой 5—7-летней ремиссии припадков полная нормализация ЭЭГ-данных наблюдается не у всех больных. У большинства больных в этот период на ЭЭГ еще обнаруживаются нерезко выраженные диффузные изменения и пароксизмальные нарушения, регистрируемые, в основном, при пробах с функциональными нагрузками. У больных, имеющих грубые органические поражения головного мозга (кистозно-слипчивые арахноидиты, гидроцефалии, атрофические процессы и др.), а также у лиц, которые начали противоэпилептическое лечение не сразу, а спустя несколько лет после возникновения заболевания, когда уже наступила эпилептизация мозга, на ЭЭГ сохранялись отчетливые диффузные и пароксизмальные изменения, несмотря на

многолетнюю клиническую ремиссию припадков (до 8—12 лет). Как правило, для этих больных характерны и более грубые изменения личности. Таким образом, нормализация нейрофизиологических процессов у больных эпилепсией отстает от сроков прекращения припадков. Клинические и катамнестические исследования показывают, что сроки нормализации ЭЭГ-показателей весьма индивидуальны, варьируют в больших пределах и зависят от многих факторов: наличия органических изменений головного мозга, характера припадков, своевременного и систематического проведения адекватной противоэпилептической терапии.

Выявленное отставание нормализации нейрофизиологических процессов по данным ЭЭГ у больных с ремиссией припадков свидетельствует о том, что для правильной диагностики ремиссии заболевания необходимо ориентироваться не только на клинические данные (отсутствие припадков), но и обязательно проводить ЭЭГ-обследование, позволяющее выявить наличие или отсутствие пароксизмальных и диффузных изменений, по которым, наряду с учетом клинических проявлений, можно судить о положительной динамике и степени компенсации эпилептического процесса в целом, т. е. клинико-электроэнцефалографически обосновать регресс эпилептического процесса.

Помимо припадков, для большинства больных эпилепсией характерны, в той или иной степени, выраженные изменения личности. Оценка психического состояния больных эпилепсией в стадии ремиссии важна, т. к. уровень сохранности или восстановления психической деятельности является одним из критериев компенсации патологического процесса. Наличие и степень выраженности изменений личности обычно оцениваются клиницистом. Однако, более углубленное, всестороннее изучение особенностей личности больного эпилепсией (память, внимание, умственная работоспособность, самооценка, эмоциональное реагирование, изменения в системе отношений) выявляется экспериментально-психологическими методами исследования. Сравнивая показатели психологических исследований, проведенных в процессе становления ремиссий, можно объективно судить о степени положительной динамики изменений личности у данного больного.

Исследования, проводимые в нашей клинике психологом (Якунина О. Н.), показали, что у больных в процессе становления ремиссии улучшаются такие характеристики психической деятельности, как темп умственной работоспособности (оцениваемой временем выполнения корректурной пробы), зрительно-моторная координация и память (исследуемые с помощью теста визуальной ретенции), однако не выявлено улучшения слухо-речевой памяти при исследовании методикой запоминания 10 слов. По данным личностного опросника, у больных с наступлением ремиссии припадков уменьшаются неудовлетворенность собой, напряженность аффекта, ригидность интеллектуально-мнестической деятельности, склонность к формированию

идей отношения. Больные становятся более уравновешенными, поведение их более упорядоченным * .

Повторные психологические обследования больных в период стойкой ремиссии припадков, проведенные с интервалом в 1—2 года, демонстрируют достаточную стабильность психических проявлений как в сфере интеллектуально-мнестической деятельности, так и эмоционального реагирования.

При становлении ремиссии припадков происходят положительные сдвиги в системе отношений больных к лечению, к болезни, к самому себе, к окружающим, к жизненным перспективам. При стойкой ремиссии припадков происходит улучшение или стабилизация психического состояния.

Таким образом, сопоставления клинических, электроэнцефалографических и психологических данных позволяет выявить отчетливую положительную динамику основных проявлений эпилепсии, включая клинические и субклинические пароксизмы, изменения личности.

Выявленные отставания в нормализации ЭЭГ и психологических данных по сравнению с клиническими проявлениями свидетельствуют о том, что ремиссия припадков еще не означает полной ремиссии, т. е. ремиссии эпилептического процесса в целом, или ремиссии эпилепсии. Это лишний раз подтверждает необходимость правильной диагностики ремиссии и недопустимость отмены лечения на основании одного только прекращения припадков.

Формулируя понятие о полной ремиссии эпилепсии, следует сказать, что под ней мы понимаем такое состояние заболевания, когда полностью купированы любые виды клинических пароксизмов, их предвестников, отсутствуют характерные для эпилепсии изменения на ЭЭГ, и наблюдается отчетливый регресс изменений личности.

Все остальные виды ремиссий следует рассматривать как неполные или частичные. Именно эти ремиссии составляют основной процент диагностических ошибок, чаще всего приводящих к неправильной терапевтической тактике — преждевременному сокращению или отмене лечения, что часто кончается срывом ремиссии.

## 3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД РЕМИССИЙ

Уже в конце прошлого столетия В. М. Бехтерев отмечал, что у больных эпилепсией при систематическом лечении можно добиться прекращения припадков, т. е. их ремиссии.

В настоящее время должен быть в корне пересмотрен установив-

---

* Подробное описание психологических методик дано в методических рекомендациях МЗ РСФСР: «Психологическая диагностика и психологическая коррекция при реабилитации больных эпилепсией», Л., 1985. Составлены проф. С. А. Громовым, О. Н. Якуниной, Т. Н. Федотенковой.

шийся ранее взгляд на эпилепсию как на безнадежное, неизлечимое заболевание (С. П. Воробьев).

Успехи современной фармакологии, синтезирование новых противоэпилептических средств позволили существенно повысить эффективность медикаментозной терапии, ускорив наступление стойких многолетних ремиссий припадков. Однако успех реабилитации больных эпилепсией во многом зависит от правильного проведения лекарственных методов лечения.

## Общие принципы лечения

Прежде чем перейти к вопросу о лечении больных во время ремиссии припадков (поддерживающей терапии), необходимо коротко остановиться на основных принципах лечения эпилепсии. Лечение эпилепсии включает в себя лекарственные (медикаментозные) и нелекарственные (хирургическое лечение, психосоциальные — психотерапия и трудотерапия) методы. Лекарственная терапия должна быть комплексной, этиопатогенетически обоснованной, т. е. не ограничиваться только приемом антиконвульсантов, а в зависимости от выявленных органических и других изменений головного мозга, включать дегидратационную, рассасывающую или противовоспалительную терапию. Подбор противоэпилептической терапии проводится сугубо индивидуально с учетом формы эпилепсии, характера и частоты припадков, специфики органических изменений головного мозга (слипчивых процессов в оболочках, гидроцефалии и др.) и степени выраженности изменений личности.

Арсенал современных противосудорожных средств достаточно обширен. Наибольшее распространение получили такие препараты как фенобарбитал, бензонал, карбамазепин, сукцинимид, гексамидин, дифенин и др. Эти медикаменты легли в основу лечения судорожных припадков. Редкие припадки обычно купируются отдельными препаратами (бензонал, гексамидин и др.); частые и смешанные припадки требуют применения сложных прописей, среди которых особенно хорошо зарекомендовали себя смеси Воробьева и Серейского.

Медикаментозная терапия малых припадков (простые и сложные абсансы) различна. Основу ее составляют препараты общего противоэпилептического действия (гексамидин, дифенин, бензонал, фенобарбитал и др.). В качестве специфического средства при сложных абсансах рекомендуют карбомазепин, выпускаемого разными фирмами под названием тегретол (Швейцария, Югославия), финлепсин (ГДР), стазепин (ПНР). При простых абсансах целенаправленным действием обладают производные сукцинимида (суксилеп — ГДР, пикнолепсин — ФРГ). При миоклонических припадках показано применение смесей Воробьева или Серейского в сочетании с эуноктином или другими препаратами (мепробаматом, седуксеном, антилепсином, радедормом).

Больным с изменением личности, дисфориями, сумеречными расстройствами сознания и другими психопаталогическими феноменами помимо противосудорожных средств назначают дополнительно нейролептики (тизерцин, аминазин) или малые транквилизаторы (реланиум, седуксен, элениум) внутрь или в инъекциях.

Нелекарственные — психосоциальные методы лечения разработаны преимущественно в клинике эпилепсии НИИ им. В. М. Бехтерева. Они включают в себя: лечебно-активирующий режим, лечение занятостью, психотерапию и представлены в методических рекомендациях МЗ РСФСР «Восстановительное лечение больных эпилепсией» (С. А. Громов, 1980) и МЗ СССР «Лечебно-активирующий режим в системе восстановительной терапии больных эпилепсией в стационаре» (С. А. Громов, М. А. Акименко, 1983).

### Факторы, влияющие на сроки наступления ремиссии

Сроки наступления ремиссий зависят от ряда факторов, главным из которых является своевременное и систематическое проведение противоэпилептической терапии. Выполненные нами клинические и катамнестические исследования показали, что регулярное лечение оптимальными дозами антиконвульсантов, начатое с первого года заболевания позволяет получить стойкие ремиссии припадков у 61,5% больных уже через несколько месяцев. У пациентов, лечившихся нерегулярно (38,5%) сроки наступления ремиссий удлиняются от 2 до 5 лет. При позднем начале лечения, спустя 4 и более лет после первого припадка, получение ремиссий припадков затягивалось до 9 и более лет.

Таким образом, правильно организованное с самого начала возникновения заболевания лечение адекватными дозами антиконвульсантов гарантирует быстрое (в течение года) наступление стойких многолетних ремиссий припадков, в то время, как нерегулярно проводимая, поздно начатая противоэпилептическая терапия значительно удлиняет эти сроки. Объяснение этому факту, видимо, можно получить из современных представлений об эпилептогенезе. Исходя из концепции Г. Н. Крыжановского, на начальных этапах заболевания происходит эпилептизация нейронов, в дальнейшем — образование эпилептического очага, как генератора патологически усиленного возбуждения; затем образуется эпилептическая система с ведущим (детерминантным) очагом и зависимыми очагами. Эпилептическая система обладает способностью к прогредиентному развитию, подавлению физиологических систем, механизмов защиты и компенсации.

Опыт нашей клиники показывает, что частота эпилептических припадков стабилизируется примерно на 3—4-й год заболевания. Видимо, в течение этого периода и формируется эпилептическая система (эпилептизация мозга). Поэтому лечение, начатое в первый или второй год заболевания оказывается более эффективным, чем начатое в более поздние сроки.

Установлено также, что частота и особенно характер припадков также влияют на сроки наступления ремиссии. Наиболее трудно удается получить ремиссию при сложных абсансах и височной форме эпилепсии, а также при смешанных и частых припадках.

### Поддерживающая противоэпилептическая терапия

После подбора оптимальной дозы антиконвульсантов, обеспечивающей ремиссию припадков, проводится поддерживающая противоэпилептическая терапия. Она обычно включает в себя те же дозы препаратов на протяжении нескольких лет.

Под поддерживающей противоэпилептической терапией следует понимать длительное лечение больных в период стойкой ремиссии припадков оптимальными, адекватными дозами антиконвульсантов, т. е. такими дозами, которые купировали припадки.

При наличии соответствующих показаний терапия в период ремиссий должна включать в себя дегидратационные, рассасывающие и другие средства.

Поддерживающая противоэпилептическая терапия проводится длительно, на протяжении нескольких лет. Сроки проведения ее индивидуальны и зависят также от выраженности органических изменений головного мозга и нормализации электроэнцефалографических и психологических показателей. Вопрос о длительности проведения и отмене поддерживающей терапии до настоящего времени является дискутабельным. Одни врачи необоснованно рано отменяют лечение при ремиссии припадков, не ориентируясь при этом на ЭЭГ и, следовательно, не дожидаясь ее нормализации; другие — считают необходимым длительное, как правило, пожизненное лечение, рассматривая при этом эпилепсию как неизлечимое заболевание.

### Причины срывов ремиссий

Практика и проведенные нами исследования показали, что раннее снижение доз противосудорожных препаратов после получения ремиссий припадков, особенно в течение первых 3-х лет, а тем более полная их отмена, часто вызывает рецидивы припадков, что в значительной степени удлиняет и усложняет лечение больных. Возникновение рецидивов припадков при преждевременной отмене лечения можно объяснить отсутствием полной корреляции клинических и ЭЭГ-данных в период ремиссий, а именно отставанием нормализации ЭЭГ-показателей.

Наблюдение за больными в период ремиссий показывает, что наиболее частыми причинами срывов ремиссий, помимо вышеуказанной, являются: употребление алкоголя, различные заболевания, сопровождающиеся гипертермией, травмы, психотравмы, переутомления, бессонные ночи (особенно у учащихся в период экзаменов). Ча-

сто срывы ремиссий наблюдаются при нарушении режима лечения во время беременности, когда самостоятельно или по совету акушера-гинеколога отменяется лечение. Значительное прибавление веса тела больного может приводить к относительному уменьшению дозы антиконвульсантов на кг/веса и возобновлению припадков. Это часто наблюдается у детей («вырастают из дозы»). Поэтому в таких случаях приходится не уменьшать, а увеличивать суточную дозу антиконвульсантов, особенно при отсутствии стойкой положительной динамики на ЭЭГ.

К лечению беременных в период ремиссии следует подходить индивидуально, заменяя препараты, обладающие вредным действием на плод. Кроме того им не рекомендуется проводить рассасывающую терапию, а перед родами целесообразно назначение небольших доз малых транквилизаторов (реланиума, седуксена и др.), что уменьшает судорожную готовность головного мозга и оказывает седативный эффект.

### Отмена лечения

Многолетние наблюдения за лечением больных в период ремиссий и анализ срывов ремиссий позволили придти к заключению, что отмену противоэпилептической терапии можно проводить только больным с полной ремиссией эпилепсии и обязательно под контролем ЭЭГ, т.к. нередко даже у этой группы больных, отмена терапии вызывает отрицательную динамику на ЭЭГ. Больным с неполной ремиссией при длительном, многолетнем отсутствии припадков (более 4—5 лет), положительной динамике на ЭЭГ и отсутствии прогрессирования изменений личности, можно рассматривать вопрос о частичном снижении доз антиконвульсантов, также под контролем ЭЭГ-данных. Часто больным этой группы при появлении отрицательной динамики на ЭЭГ приходится вновь повышать дозы противоэпилептических средств.

Таким образом, поддерживающая противоэпилептическая терапия является очень ответственным заключительным этапом в системе реабилитации больных эпилепсией, от правильности ее проведения в значительной степени зависит процент практического выздоровления.

Отмену противоэпилептической терапии у больных с полной ремиссией эпилепсии следует проводить постепенно на протяжении от 6 месяцев до 2-х лет. Сроки отмены зависят от данных клиники, ЭЭГ, различных социальных факторов, психологического настроя больного на отмену лечения. Постепенную отмену лечения можно проводить разными методами: 1) снижением доз антиконвульсантов под контролем ЭЭГ вначале на 1/3, затем на половину, на 2/3; 2) заменой сложных противоэпилептических смесей на отдельные препараты с последующим уменьшением их доз, как указано выше; 3) снижение суточных доз препаратов можно проводить путем удлинения интер-

валов между приемом противосудорожных средств. Для этого необходимо знать период выведения из организма антиконвульсантов. Он зависит от активности функций микросомальных ферментов печени и может колебаться в довольно широких пределах. Определяют его по периоду полувыведения из организма антипирина (в крови или в слюне). Мы определяли период полувыведения (или полужизни) антипирина в слюне по методу С. В. Неделькиной и Р. С. Субботиной (1977 г.). Этот бескровный метод удобен тем, что с его помощью можно проводить исследования в любых условиях: стационарно и амбулаторно, даже без отрыва от работы. Нам удалось выявить, что период полувыведения антиконвульсантов (антипирина) у больных в стадии ремиссии увеличивается по мере увеличения сроков ремиссии и приближается к норме ( 11,5 часа). Это говорит о том, что у больных эпилепсией в период ремиссии припадков замедляется метаболизм антипирина, а, следовательно,и антиконвульсантов, что ведет к более длительному сохранению в организме противоэпилептических средств и, таким образом, несмотря на уменьшение их доз и удлинение интервалов между приемами, обеспечивается необходимая концентрация антиконвульсантов в крови при постепенной отмене лечения, чем и достигается нужный терапевтический эффект. Зная период полувыведения антипирина у больного, а он идентичен периоду полувыведения антиконвульсантов, врач может индивидуализировать интервалы между приемами противосудорожных средств и, тем самым, поддерживать нужную суточную дозу их в крови. Тем больным, у которых повышена активность функции микросомальных ферментов и период полувыведения антипирина мал, следует назначать интервалы между приемом антиконвульсантов превышающие скорость метаболизма антипирина (с тем, чтобы в крови оставалась определённая концентрация лекарств). В этих случаях лучше сокращать дозы противосудорожных препаратов, не меняя интервалов между их приемом. При большом периоде полувыведения антипирина можно, наряду со снижением доз, увеличить и время между их приемом. Существуют разные методы определения антиконвульсантов в крови (радиоиммунный, спектрофотометрический и др.), которыми можно пользоваться для изучения скорости метаболизма антиконвульсантов, как в период проведения лечения, так и в период его отмены.

Если в процессе отмены лечения наблюдается отрицательная динамика на ЭЭГ (появление пароксизмальной активности или нарастание общих диффузных изменений), то следует воздержаться от дальнейшего снижения доз антиконвульсантов.

После полной отмены лечения рекомендуется в первые 2 года эпизодический профилактический прием небольших доз антиконвульсантов при неблагоприятных провоцирующих моментах (различных заболеваний с высокой температурой, переутомлениях, травмах и т. д.).

Тактика врача при лечении больных в период ремиссий припад-

ков должна быть направлена на поддержание длительной ремиссии. При наступлении ремиссии врач должен уточнить нет ли у больного предвестников приступов, изолированных аур или малых приступов, т. к. практика показывает, что больные и даже врачи иногда не обращают внимания на изолированные ауры или малые приступы, поскольку они клинически маловыразительны, больного почти не беспокоят, а окружающие их не всегда замечают. Больные фиксируют внимание, в основном, на судорожных припадках и при их прекращении считают себя выздоровевшими и обращаются к врачу с просьбой отменить лечение. В таких случаях больному необходимо разъяснить недопустимость отмены лечения и убедить его в том, что надо даже увеличить дозу антиконвульсантов, чтобы купировать все виды пароксизмов. В период проведения поддерживающей противоэпилептической терапии врач, а если есть и психолог, должны проводить с больными психокоррекционную и психотерапевтическую работу. В силу своих личностных особенностей больные по разному относятся к своему заболеванию, лечению, трудоустройству, поэтому с ними необходимо проводить разъяснительные беседы, убеждать в необходимости систематического длительного лечения, правильно ориентировать в выборе учебных заведений, профессии, создании семьи. Нередко для организации лечения и трудоустройства приходится прибегать к помощи родственников, особенно это касается молодых, социально неустроенных больных.

Лучшей формой общения врача с больным и его родственниками в период ремиссий является диспансерное наблюдение с вызовами в субботние дни. Это удобно для больных, т. к. они без отрыва от производства могут провести необходимое клиническое, электроэнцефалографическое и психологическое обследование, получить необходимые рекомендации по дальнейшему лечению, рациональному трудоустройству, выбору профессии. Осуществляется это либо в поликлинике, либо в ПНД, либо в условиях специально создаваемых эпилептологических центров. Полезно одновременно вызывать как больных с многолетней ремиссией, уже приступивших к постепенной отмене лечения, так и больных с только что наступившей ремиссией припадков. Общаясь друг с другом, последние наглядно видят положительные результаты лечения и более серьезно относятся к проведению регулярной терапии.

## 4. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В СТАДИИ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ

Под реабилитацией больных эпилепсией понимается система мероприятий, направленных на частичное или полное восстановление доболезненного биологического и социального статуса больного (М. М. Кабанов, 1978; С. А. Гремов, 1980).

По рекомендации ВОЗ различают медицинскую, профессиональ-

ную и социальную реабилитацию. Выделяют 3 этапа реабилитации (М. М. Кабанов, 1978, 1985): 1) Этап восстановительного лечения (включает в себя лекарственные и нелекарственные психосоциальные) методы лечения; 2) Этап реадаптации (адаптация к окружающей среде); 3) Этап ресоциализации или реабилитации в собственном смысле этого слова.

Для больных со стойкой ремиссией припадков применимы мероприятия 2 и 3-го этапов реабилитации, имеющие цель реадаптации и ресоциализации больного, которые осуществляются на фоне поддерживающей терапии. Учитывая большую длительность проведения поддерживающей терапии, целесообразно рациональное трудоустройство больного, к чему, как правило, стремятся и сами больные. Активная занятость позволяет больному отключиться от болезненных переживаний. Сознание того, что он является полезным членом общества, улучшение материальной стороны жизни, отсутствие так называемого клейма «психического больного» создают положительный эмоциональный настрой, что является немаловажным фактором в процессе лечения и реабилитации.

В настоящее время работами многих автором доказано, что у больных эпилепсией в период активной занятости (работы) приступы становятся реже или вообще прекращаются. Статистика показывает, что несчастные случаи на производстве среди больных эпилепсией встречаются не чаще, чем у здоровых.

Положительное влияние активной занятости можно объяснить формированием при этом в головном мозгу больного физиологического («здорового») доминантного очага (по А. А. Ухтомскому), который способен подавлять очаг патологического возбуждения, в данном случае — эпилептический очаг или детерминантный очаг (по Т. Н. Крыжановскому).

Проведенный нами анализ социально-трудовой и семейной реабилитаци больных с многолетней ремиссией показал, что они хорошо адаптированы в социально-трудовом и семейном плане. 95% обследуемых заняты общественно полезным трудом (из них 86% на обычном производстве и 9% — учится). Около 60% состоит в браке, из них 63% имеют детей и успешно совмещают работу на производстве с домашними обязанностями.

При прекращении припадков больные обращаются к врачу с просьбой снять с них ограничения при трудоустройстве. Многие из них стараются обзавестись семьей, детьми, строят свои жизненные планы. У них появляется надежда на выздоровление, улучшается общий фон настроения. Очень важно в это время нацелить больного на правильный выбор профессии, работы, учебного заведения. Это удается иногда не всегда и не сразу, поскольку из-за присущих некоторым из них таких черт характера как упрямство, настойчивость, они упорно добиваются лично ими поставленной перед собой цели, вступая при этом в конфликт с окружающими. Для убеждения больного

приходится, как правило, в доступной форме рассказать ему о возможных нежелательных последствиях и вредном влиянии на его здоровье нерационального трудоустройства. Для обоснования реабилитационных мероприятий необходимы не только клинические, но и параклинические исследования, т. к. в ряде случаев, для более дифференцированных и индивидуальных программ реабилитационных мероприятий, а также для разработки планов психокоррекционной работы требуется более углубленное изучение личностных особенностей больного с применением психологических и нейропсихологических методов обследования.

Психологические методы исследования позволяют выявить особенности интеллектуально-мнестической деятельности, характер эмоционального реагирования, изменения в системе отношений и дать им количественную и качественную оценку.

Нейропсихологические исследования помогают более углубленно изучить личностные нарушения, связанные с различной локализацией эпилептического очага (в левом и правом полушариях) с учетом функциональной ассиметрии больших полушарий. Известно, например, что поражение правого полушария приводит к нарушению образного восприятия внешнего мира, восприятия целого, ориентации в пространстве, агнозии на лица и анозогнозии, нарушению схемы тела, цветового ощущения, ритма музыки и др. Поэтому больным со здоровым правым полушарием рекомендуется деятельность, связанная с художественными образами, музыкой, общением с людьми. При поражении левого полушария могут наблюдаться нарушения второсигнальных и абстрактно-логических процессов, связанных с обобщением понятий, счета, праксиса, последовательных волевых действий, а также различные нарушения речи, чтения и др. В связи с этим больным со здоровым или более активным левым полушарием можно рекомендовать канцелярскую работу, связанную с письмом, чтением, счетные операции с акцентом на абстрактно-логические процессы (В. Т. Анфиногенов, 1984).

Таким образом, на современном уровне развития выбор тех или иных реабилитационных мероприятий должен быть обоснован объективными данными, отражающими соматический, неврологический и психический статус больного.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время у трети больных эпилепсией (33%) удается получить стойкую ремиссию припадков. Это свидетельствует о том, что эпилептология достигла больших успехов в лечении такого сложного, считавшегося ранее неизлечимым, заболевания, как эпилепсия. Стали актуальными вопросы, связанные с диагностикой, лечением и реабилитацией больных в этот период. Установлено, что чем раньше начата адекватная противоэпилептическая терапия, тем скорее можно получить ремиссию припадков. При этом от врача и больного требуются большие усилия, чтобы избежать срывов ремиссий и поддержать в течение ряда лет полученный в процессе лечения эффект. Регресс болезненного процесса, как показывают проведенные исследования, происходит очень медленно, на протяжении ряда лет, поэтому нельзя форсировать отмену противоэпилептического лечения вскоре после прекращения припадков. Сроки отмены лечения должны быть индивидуализированы и клинически обоснованы. От правильной диагностики ремиссии и тактики врача в период становления ремиссий, от соблюдения режима лечения самим больным и рационального трудоустройства больного во многом зависит прогноз заболевания в целом.

Таким образом, при лечении больных эпилепсией в период стойкой ремиссии медицинская и социальная реабилитация неразрывно связаны между собой.

Правильная диагностика ремиссий заболевания, адекватная поддерживающая терапия и обоснованная ее отмена в период ремиссий позволяет избежать ряда ошибок (преждевременной отмены лечения и срыва ремиссий), что в значительной степени сократит сроки лечения, повысит его эффективность. Это будет способствовать уменьшению инвалидности по данному заболеванию, увеличению процента больных со стойкой ремиссией припадков, которые не нуждаются в выдаче больничного листа и в пребывании на больничной койке и с успехом могут найти широкое применение в народном хозяйстве с высокой производительностью труда.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение . . . . . 3
1. Современные представления о ремиссиях . . . . . 3
2. Диагностика ремиссий эпилепсии . . . . . 4
3. Лечение больных в период ремиссий . . . . . 7
Общие принципы лечения . . . . . 8
Факторы, влияющие на скорость наступления ремиссий . 9
Поддерживающая терапия . . . . . 10
Причины срывов ремиссий . . . . . 10
Отмена лечения . . . . . 11
4. Реабилитация больных эпилепсией в стадии стойкой ремиссии 13
Заключение . . . . . 16

**БЕСПЛАТНО**

Заказ № 203. Тираж 1000 экз. М-26 882. Подписано к печати 7.05.87 г. Бесплатно.

Фабрика «Детская книга» № 2 Росглавполиграфпрома комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 193036, Ленинград, 2-я Советская, 7.

gost.e-ecolog.ru