

XIX конференція Української противозепілептичної ліги

17-19 сентября в г. Одесса состоялась традиционная конференция Украинской противозепілептичной лиги (УПЭЛ) «Эпилепсия и пароксизмальные состояния». Трехдневная научная программа была насыщенной и разнообразной. Диагностика и лечение эпилепсии и эпилептических синдромов – сложные и наукоемкие задачи повседневной практики, для выполнения которых объединяют усилия неврологи, психиатры, нейрохирурги, радиологи и другие специалисты. Диагноз эпилепсия влечет за собой серьезные последствия для пациента в социальной и правовой сферах. Терапия дорогостоящая, непрерывная, часто пожизненная. Несмотря на изданные Международной противозепілептичной лигой (ILAE) обзоры доказательств эффективности противозепілептических препаратов (ПЭП), не разработаны четкие практические критерии выбора лекарственных средств для терапии определенных типов эпилептических приступов и синдромов. Дискутируются вопросы, когда начинать и когда прекращать лечение. Недостаточно изучена эффективность и безопасность комбинаций различных ПЭП. В эпилептологии остается еще много спорных вопросов, которым посвятили свои выступления ведущие отечественные специалисты.



Ведущий научный сотрудник ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Андрей Евгеньевич Дубенко осветил вопросы ведения пациентов с эпилептическим статусом.

– Эпилептический статус (ЭС) определяется экспертами ILAE как «стойкое эпилептическое состояние» с повторяющимися или непрерывными приступами, которые продолжаются

более 30 мин, или между которыми больной не может полностью восстановить свое нормальное психическое и неврологическое состояние. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра, ЭС классифицируется в рубрике G41. ЭС может быть судорожным или бессудорожным, генерализованным или парциальным. Причиной развития ЭС не обязательно является эпилепсия, но также целый ряд патологий головного мозга и системных заболеваний: острые нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, опухоли, дисметаболические состояния (алкогольная абстиненция, диабет, порфирия, уремия, острая надпочечниковая или тиреоидная недостаточность) и др.

Важно понимать, что ЭС – это острое неотложное состояние с момента его развития, при котором пациенты нуждаются в немедленной госпитализации и интенсивной терапии для предотвращения нейронального повреждения и системных осложнений, в первую очередь – кардиореспираторных. Ошибки в диагностике и лечении ЭС приводят к инвалидизации и смерти. Даже в наше время смертность от ЭС доходит до 30-50%. Декомпенсация мозгового метаболизма происходит через 30 мин неконтролируемой судорожной активности, и этим сроком ограничивается терапевтическое окно.

Лечение ЭС должно иметь одновременно четыре направления:

- 1) прекращение приступов;
- 2) предотвращение повторных приступов;
- 3) устранение причин ЭС;
- 4) лечение осложнений.

Проблемой при выборе терапии является дефицит доказательных данных (сложности проведения соответствующих контролируемых исследований), а также различия в вопросах лицензирования инфузионных ПЭП в разных странах.

Согласно рекомендациям ILAE (2007) на ранней стадии развития тонико-клонического ЭС у взрослых показано введение бензодиазепинов. Если адекватные дозы лоразепама или диазепама не обеспечивают контроля над судорожным синдромом, следует сделать вывод о наступлении второй стадии ЭС и переходить к инфузионному введению ПЭП. Препаратами выбора являются фенитоины или фенобарбитал. Третьей ступенью терапии при резистентности ЭС к ПЭП является применение внутривенного наркоза с постоянным мониторингом электроэнцефалограммы.

Частая ошибка терапии ЭС – пренебрежение поддерживающей противозепілептической терапией на фоне достигнутого облегчения состояния после введения короткодействующих бензодиазепинов. Особенно это касается случаев, когда причиной развития ЭС стала отмена или пропуск приема ПЭП.

Как показали некоторые исследования, альтернативные способы назначения противосудорожных препаратов на догоспитальном этапе (интраназальный или буккальный мидазолам, ректальный диазепам) более эффективны, чем отсроченная терапия в стационаре.

В Украине эти формы препаратов не зарегистрированы, что ограничивает оказание неотложной помощи, особенно детям. Также отсутствуют фенитоины, лоразепам и инъекционные барбитураты, поэтому подходы к лечению ЭС, описанные в Унифицированном клиническом протоколе «Эпилепсии у взрослых» (приказ МЗ Украины № 276 от 17.04.2014), несколько отличаются от рекомендаций ILAE.

Обязательна госпитализация пациента в отделение интенсивной терапии и его ведение с участием анестезиолога-реаниматолога. Из бензодиазепинов доступно внутривенное введение

диазепама. Хорошей альтернативой фенитоину на стадии развернутого ЭС может быть инфузионное введение вальпроата натрия в дозе до 1500 мг (не более 500 мг струйно). Вальпроовая кислота в дозе до 4000 мг/сут также вошла в УКПМП в качестве противозепілептической терапии на стадии резистентного ЭС.

Систематический обзор исследований с включением данных 860 взрослых пациентов и детей показал, что при бензодиазепинрезистентном ЭС общий уровень ответа на терапию внутривенной формой вальпроата составил 70,9%. Наиболее эффективным был следующий режим дозирования: 15-45 мг/кг в виде болюса (6 мг/кг/мин) с переходом к инфузии 1-3 мг/кг/ч. Частота нежелательных явлений в целом не превышала 10%. Показана хорошая кардиореспираторная переносимость вальпроата даже в высоких дозах и режиме быстрой инфузии. Исследователи сделали вывод, что внутривенный вальпроат – это эффективное и безопасное лечение пациентов с установленным ЭС, у которых применение обычных препаратов первой линии терапии, включая бензодиазепины, было неэффективным (E. Trinka et al., 2014).

Те же исследователи представили данные об эффективности леветирацетама, которые позволяют расценивать его как альтернативный резерв.

Таким образом, применение инъекционного вальпроата натрия (Депакин) при ЭС целесообразно и оправдано в Украине при отсутствии регистрации ряда лекарственных средств, необходимых для адекватной терапии этого состояния.



Заведующая кафедрой невропатологии и детской неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Анатольевна Литовченко напомнила принципы рациональной политерапии эпилепсии.

– Согласно УКПМП «Эпилепсия у взрослых» при неэффективности монотерапии вторым ПЭП (в адекватных дозах и достаточной длительности) переход на прием третьего ПЭП в режиме

монотерапии возможен только у пациентов с очень редкими приступами. Обычно рекомендуется переход на терапию двумя ПЭП. Из первых двух ПЭП выбирают препарат, который был более эффективным и лучше переносился, к нему присоединяют лекарственное средство первой или второй линии выбора. Возможна комбинация ранее назначенных ПЭП или одного из них с любым препаратом первой и второй линии выбора с учетом фармакодинамических и фармакокинетических взаимодействий. Комбинации больше трех ПЭП считаются неэффективными из-за невозможности спрогнозировать взаимодействия препаратов и неизбежной суммации побочных эффектов.

Преимущество второй монотерапии перед дуотерапией не доказано: в исследованиях не получено достоверных различий по частоте терапевтического ответа (W. Losher, D. Schmidt, 2004; M. Brodie, 2005). Следует принимать во внимание такие преимущества монотерапии, как минимизация стоимости лечения, предсказуемость фармакокинетики, фармакодинамики, побочных эффектов. К потенциальным преимуществам политерапии относят повышение эффективности контроля приступов, возможность быстрого достижения терапевтического эффекта при применении меньших доз каждого из ПЭП в комбинации.

Политерапия необходима 30-50% пациентов с неудовлетворительным контролем приступов на монотерапии. Кроме того, при некоторых эпилептических синдромах у детей показана стартовая политерапия (например, при синдроме Леннокса-Гастро, миоклонически-астатической эпилепсии).

При выборе комбинированной терапии следует учитывать специфику действия препаратов на определенные типы приступов, доказательства эффективности, показатели безопасности, спектры побочных эффектов. Теоретическими преимуществами обладают комбинации ПЭП с разными механизмами действия, однако сегодня этот постулат устарел, поскольку все ПЭП считаются поливалентными, кроме того, могут иметь место дополнительные малоизученные механизмы. В современном понимании рациональная политерапия – это такое фармакодинамическое взаимодействие двух ПЭП, при котором взаимно усиливается их

противосудорожный эффект без какой-либо потенциации токсичности (S. Shorvon, E. Perucca, J. Engel, 2009).

Важное значение имеют пути метаболизации и выведения препаратов, которые назначаются в комбинации, особенно для тех ПЭП, которые являются индукторами или ингибиторами ферментов системы цитохрома P450. Желательно назначение ПЭП с разными путями метаболизма и выведения.

С учетом перечисленных факторов и клинических данных выделяют рациональные и нежелательные комбинации ПЭП. Соли вальпроовой кислоты в связи с широким спектром противозепілептической активности и хорошими показателями безопасности составляют рациональные комбинации с карбамазепинами, этосукцимидом, клоназепамом, ламотриджином, топираматом (Л.Р. Зенков, 2011). Эти комбинации являются примером сочетания препаратов с различными механизмами действия, характеризуются высокой эффективностью при различных типах приступов, хотя некоторые из них, например вальпроат + ламотриджин, вальпроат + карбамазепин, требуют мониторинга концентраций препаратов в крови из-за возможных фармакокинетических взаимодействий.

В то же время известны эффективные комбинации ПЭП со схожими механизмами действия: фенобарбитал + бензодиазепин, фенобарбитал + фенитоин.

Наконец, следует помнить о том, что абсолютно безопасных комбинаций не существует. Любая комбинация ПЭП может вызывать редкие, но серьезные специфические осложнения.



Доктор медицинских наук Михаил Михайлович Орос (Ужгородский национальный университет) сделал доклад на тему коморбидности эпилепсии и депрессии.

– Взаимосвязь эпилепсии и депрессии изучается давно, а с появлением методов визуализации функционирующего мозга были обнаружены общие морфологические субстраты этих двух состояний, например в области гиппокампа. Наряду с данными клинических

наблюдений это позволяет утверждать, что депрессия при эпилепсии не является только невротической реакцией на приступы, она связана с механизмами эпилептогенеза (E. Cramer et al., 2011).

Частота депрессивных расстройств у пациентов с эпилепсией, по данным разных авторов, варьирует от 11 до 62%, но большинство исследователей сходятся на цифре 30%. У пациентов с впервые выявленной эпилепсией депрессия в анамнезе наблюдалась в 7 раз чаще, чем в общей популяции, а у лиц с фокальной эпилепсией – в 17 раз чаще (A.M. Kanner et al., 2003; S.D. Shorvon et al., 2011). С другой стороны, у лиц, которые перенесли большой депрессивный эпизод, эпилепсия развивается в 4 раза чаще, чем в общей популяции (Hessdorfer, 2006). В пользу патогенетической связи аффективных расстройств с пароксизмальными свидетельствами и такие факты:

- стимуляция вагуса, предложенная как метод лечения фармакорезистентных форм эпилепсии, также эффективна при тяжелой депрессии;
- эффективность мелатонинергической терапии при эпилепсии и депрессии;
- некоторые ПЭП применяются также для терапии пациентов с биполярным расстройством и обладают высокой эффективностью в депрессивной фазе.

Факторы, которые способствуют развитию и поддержанию депрессии у пациентов с эпилепсией:

- большая длительность недиагностированных и нелеченных эпилептических приступов;
- стигматизация и социальная дискриминация в связи с диагнозом эпилепсии;
- влияние противозепілептической терапии на эмоционально-волевую сферу.

Последний фактор следует учитывать при выборе ПЭП для длительной терапии эпилепсии, особенно у пациентов с предрасположенностью к расстройствам настроения. Одни ПЭП на фоне хорошего контроля эпилептических приступов могут вызывать симптомы депрессии (барбитураты, клоназепам, фелбамат, топирамат, вигабатрин), в то время как другие проявляют свойства стабилизаторов настроения (вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин).

Вальпроаты, обладая широким спектром противозепілептической активности, являются оптимальным выбором для монотерапии многих впервые диагностированных форм эпилепсии, в том числе при неуточненной диагнозе и у пациентов с симптомами депрессии. Комбинация вальпроовой кислоты с леветирацетамом считается одной из наиболее эффективных по частоте достижения контроля над эпилепсией и одновременно наиболее безопасной и хорошо переносимой (G. Giussani, E. Beghi, 2013), в том числе в отношении когнитивной и психоэмоциональной сферы.

Однако, принимая решение о назначении левитирацетамом пациентам с нестабильным настроением, следует дифференцировать депрессивное расстройство от тревожного. Комбинацию с левитирацетамом нежелательно использовать у больных с тревогой в связи с повышенным риском развития психотических симптомов.

Терапия депрессии также влияет на течение эпилепсии. Изучалась ассоциация между приемом антидепрессантов и риском развития эпилептического припадка. По этой шкале предпочтительными для пациентов с эпилепсией являются сертралин, пароксетин, мirtазапин и эсциталопрам, в то время как применения amitриптилина в дозах выше 200 мг, бупропиона в дозах выше 300 мг, флуоксетина, флувоксамина, имипрамина следует избегать в связи с более высоким риском эпилептогенеза (M.S. Thome-Souza et al., 2009).

Лектор поделился собственным наблюдением двух групп пациентов с эпилепсией и тревожно-депрессивными расстройствами, которым назначали или не назначали антидепрессанты. Через 6 мес в группе лечения антидепрессантами симптомы депрессии и тревоги были выявлены у 66% пациентов, а в группе без терапии антидепрессантами — у 82%, причем 14% больных, которые избавились от депрессивно-тревожной симптоматики, принимали ламотриджин для лечения эпилепсии. С другой стороны, правильно подобранная терапия антидепрессантами может способствовать достижению лучшего контроля над эпилептическими припадками. Через 6 мес у 16% пациентов, которым были назначены антидепрессанты, частота припадков уменьшилась более чем на 50% без коррекции противосудорожной терапии.



Директор Украинского медицинского центра реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы МЗ Украины (г. Киев), главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская неврология» Владимир Юрьевич Мартынюк посвятил свое выступление социальным аспектам детской эпилептологии в Украине.

— Благодаря образовательной инициативе УПЭЛ подходы к лечению эпилепсии, которые применяются в Украине, соответствуют лучшему мировому опыту. У большинства детей на фоне правильно подобранной медикаментозной терапии припадки отсутствуют или возникают редко, что позволяет им без ограничений находиться в детских коллективах дошкольных учреждений и общеобразовательных школах, заниматься спортом и другими видами активности. Однако в нашей стране все еще наблюдается дискриминация детей с эпилепсией. Есть данные, что около 40% таких детей посещают школу, остальные необоснованно переводятся на индивидуальное домашнее обучение. В.Ю. Мартынюк напомнил, что решения психолого-медико-педагогических комиссий носят сугубо рекомендательный характер, и только родители могут определять, где и в какой форме их ребенок будет получать образование.

Еще один вызов эпилепсии украинскому обществу — высокая стоимость длительного лечения современными ПЭП, которая часто превышает бюджет среднестатистической семьи. Поэтому необходимо дальнейшее расширение перечня препаратов, которыми бесплатно или с частичной компенсацией обеспечиваются дети-инвалиды с диагнозом эпилепсии.

Каждому ребенку с эпилепсией, так же как и детям без этого заболевания, необходимо предоставить достаточно возможностей для развития, социализации и самореализации. С этой целью написана концепция социальной педиатрии или комплексной медико-социальной реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности, которая прошла этап общественного обсуждения, получила поддержку в МЗ Украины и сейчас находится на рассмотрении профильного комитета Верховной Рады Украины.

При поддержке компании «Санофи» Украинским медицинским центром реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы МЗ Украины совместно с Институтом специальной педагогики подготовлены и изданы методические пособия для педагогов, в которых рассматриваются возможности инклюзивного образования детей с эпилепсией:

«Особлива дитина. Епілепсія: виходимо з тіні» (під ред. Колупаєвої А.А., Мартинюка В.Ю. — К.: ТОВ «Люди в білому», 2014. — 48 с).

«Медико-соціальна адаптація дітей, хворих на епілепсію, в організовані дитячі колективи» (Моїсенко Р.О., Мартинюк В.Ю., Колупаєва А.А. та співавт. — К.: 2014. — 19 с.).

Украина поддерживает инициативу ИАЕ и Международного бюро эпилепсии по проведению в феврале Международного дня эпилепсии («Фиолетовый день»). В эти дни проводятся развлекательные программы для детей с эпилепсией, пресс-конференции и круглые столы с участием специалистов МЗ, педагогов, представителей общественных организаций, а также семинары для родителей. Приятно, что к этим инициативам подключается волонтерское движение.

В резолюции аудиоселекторного совещания, которое состоялось в феврале 2015 года, были озвучены следующие данные, резюмирующие успехи и проблемы борьбы с эпилепсией в Украине:

- эффективность лечения эпилепсии у детей составляет до 70%;
- 40-80% детей принимают назначенные ПЭП нерегулярно;
- 40% детей с эпилепсией сталкиваются с проблемами в школе.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии Одесского национального медицинского университета Юрий Иванович Горанский осветил вопросы выбора моно- и политерапии парциальных припадков.

Эволюция лечения эпилепсии прошла путь от монотерапии барбитуратами (1912-1938) к политерапии, основанной на представлениях о суммации терапевтических эффектов разных ПЭП в небольших дозах (1938-1990), и к современным представлениям о рациональной монотерапии и политерапии. В настоящее время оптимальным выбором для ранее не леченных пациентов считается монотерапия, но при неэффективности первой монотерапии нет достаточного количества доказательных данных, чтобы однозначно рекомендовать один из двух возможных сценариев — переход на вторую монотерапию альтернативным ПЭП первой линии или присоединение второго ПЭП к первому. По данным L.J. Stephen, M.J. Brodie (2012), 65% пациентов после постановки диагноза эпилепсии получают монотерапию, а 35% — комбинированную терапию.

В связи с доказанной эффективностью вальпроатов при разных типах фокальных и генерализованных припадков эти препараты составляют первую линию монотерапии эпилепсии. Дополнительным аргументом является низкий потенциал аггравации (усиления) припадков на фоне терапии вальпроатами, что подтверждается данными метаанализа исследований. Это позволяет назначать соли вальпроовой кислоты при недифференцированных припадках, что, по оценкам британских экспертов, происходит в 35% случаев даже в практике опытных эпилептологов.

Растет интерес к ПЭП новой генерации, которые в режиме монотерапии, а также в дополнение к текущей терапии обеспечивают высокий процент ремиссий. Такие данные получены в отношении левитирацетам и лакосамида. Исследование RELACOVA показало, что для контроля парциальных припадков у взрослых оптимальной является комбинация лакосамида с препаратами, не относящимися к блокаторам натриевых каналов, в частности с вальпроатами (V. Villanueva et al., 2012). У 38% пациентов частота приступов уменьшилась вдвое или больше после назначения лакосамида дополнительно к текущей терапии вальпроатом, левитирацетамом или топирамамом.

При выборе моно- или политерапии эпилепсии приходится учитывать специфические побочные эффекты ПЭП, к которым одни пациенты могут быть более уязвимы, чем другие. Под рациональной политерапией следует понимать безопасное сочетание двух или трех ПЭП, которые обеспечивают приемлемый контроль эпилептических припадков при хорошей переносимости. Применение более трех ПЭП в комбинации не повышает эффективность терапии, но связано с риском непредсказуемых взаимодействий, в том числе опасным усилением побочных эффектов, поэтому не рекомендуется.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого Лидия Борисовна Марьяненко представила доклад «Роль ЭЭГ в выборе тактики лечения эпилепсии».

- При эпилепсии ЭЭГ-исследование позволяет решать следующие задачи:
- подтвердить диагноз;
- классифицировать припадки;
- диагностировать эпилептический статус;

- определить локализацию эпилептогенного очага;
- контролировать эффективность терапии, особенно при идиопатических генерализованных эпилепсиях (ИГЭ), а также определить токсические влияния назначенных ПЭП;
- предсказать повторение припадка после первого неспровоцированного припадка или отмены ПЭП.

Вместе с тем даже при правильно выполненной ЭЭГ возможны гипер- и гиподиагностика эпилепсии. Эпилептиформные нарушения на ЭЭГ можно выявить у 1-5% здоровых лиц без припадков. У каждого второго больного с припадками при рутинной ЭЭГ не обнаруживается патологической активности, а у 10% пациентов эпилептиформная активность может отсутствовать в течение всего курса заболевания (В. Abou-Khalil, 2006).

ЭЭГ не имеет нозологической специфичности, но позволяет дифференцировать генерализованные и фокальные разряды, что помогает различать идиопатические и симптоматические/криптогенные формы эпилепсии. Генерализованные эпилепсии диагностируются при наличии билатерально синхронных генерализованных разрядов эпилептиформной активности без очагового начала и окончания.

Хорошо известны специфические ЭЭГ-паттерны, характерные для определенных клинических форм ГЭ: спайк-волны

частотой 3-3,5 Гц при типичных абсансах и 2,5 Гц при атипичных абсансах, полиспайк-волны при ювенильной миоклонической эпилепсии Янца, гипсаритмия при синдроме Веста.

В недавно опубликованной статье J. Dobesberger и соавт. (2015) ставят под сомнение возможность дифференциации первично и вторично генерализованных припадков по клиническим данным, в том числе на основании записи видео-ЭЭГ, поскольку их длительность одинакова. И хотя считается, что первично генерализованные припадки более характерны для идиопатических эпилепсий, также обсуждается их фокальное происхождение из коры лобных долей с очень быстрым вовлечением обоих полушарий. При очаговых формах эпилепсии могут возникать изолированные генерализованные судорожные припадки, которые клинически не имеют фокального начала из-за того, что иктальные разряды возникают из «немых» зон коры.

Из-за диагностических трудностей почти половина пациентов с ИГЭ (48%) получают неправильное лечение, которое приводит к фармакорезистентности (S. Benbadis, 2003). Карбамазепин и сегодня продолжают назначать во вред детям с абсансными синдромами и ювенильной миоклонической эпилепсией, при которых этот ПЭП противопоказан (A. Parker, 1998). Карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, вигабатрин, габапентин абсолютно противопоказаны при ИГЭ. Препаратами первой линии являются вальпроаты (Депакин). У альтернативных ПЭП есть ограничения. Ламотриджин и этосуксимид могут усилить миоклонии. Хотя этосуксимид эффективно устраняет абсансы, он не предотвращает развитие генерализованных тонико-клонических припадков при абсансных формах ИГЭ. Левитирацетам, который эффективно устраняет генерализованные миоклонические припадки, не рекомендуется при абсансных формах ИГЭ.

ЭЭГ позволяет диагностировать по характерным признакам ряд доброкачественных фокальных эпилепсий детского возраста: доброкачественную затылочную эпилепсию Панайотопулоса, доброкачественную затылочную эпилепсию (вариант Гасто), роландическую эпилепсию.

Целесообразность лечения идиопатических фокальных форм эпилепсии остается предметом дискуссий. Препаратами выбора являются вальпроаты, карбамазепин, сультам при роландической эпилепсии у детей.

Симптоматические и криптогенные фокальные эпилепсии чаще диагностируются у взрослых. ЭЭГ-исследование в совокупности с данными МРТ помогает четко определить фокус эпилептогенной активности. Однако при очаговых эпилепсиях возможна вторичная билатеральная синхронизация эпилептиформных нарушений, что следует помнить при проведении дифференциальной диагностики с идиопатическими первично генерализованными эпилепсиями. На ЭЭГ в этом случае важно уловить фокальное начало или окончание припадка.

При лечении фокальных и вторично генерализованных припадков допускается более широкий выбор ПЭП. Нет противопоказанных препаратов, способных вызывать аггравацию припадков, как при идиопатических миоклонических и абсансных эпилепсиях. Когда не удается установить тип припадков по клиническим проявлениям и данным ЭЭГ, остается актуальной рекомендация выбора ПЭП широкого спектра действия, в первую очередь — вальпроатов.

На последнем Международном конгрессе эпилептологов в г. Стамбуле много внимания уделялось вопросу, нужно ли лечить эпилептиформную активность, обнаруженную на ЭЭГ у клинически здоровых лиц, в состоянии ремиссии эпилепсии, у пациентов с психоневрологическими проблемами? P. VanBogaert в своем докладе обосновал значение межприступных эпилептиформных разрядов (МЭР) как независимого фактора риска когнитивного дефицита. В проспективном исследовании детей 6-14 лет, которых обследовали в течение 3 мес после первого эпилептического припадка, когнитивные функции были хуже у тех, кто имел МЭР на первой ЭЭГ (Fasteneau et al., 2009). Aarts и соавторы еще в 1984 году описали транзиторные когнитивные расстройства (ТКР) у 50% пациентов с субклиническими МЭР. Высказывалось предположение, что патофизиологической основой ТКР является транзиторное угнетение функциональных сетей мозга. На данный момент проведено только одно рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в котором показано улучшение поведения детей при исчезновении МЭР на фоне лечения ламотриджином (Pressler et al., 2005). Данные относительно взрослых пациентов ограничены.

Таким образом, на сегодняшний день нет убедительных доказательств «за» или «против» лечения бессимптомных МЭР. С практической точки зрения бессимптомных лиц лечить не рекомендуется, поскольку риск от приема ПЭП превышает сомнительную пользу терапии. Возможность лечения следует рассматривать при наличии когнитивных расстройств, регрессии познавательных функций или появлении неврологических симптомов, которые нельзя объяснить подлежащей этиологией, коморбидными состояниями или припадками (I.S. Fernandes et al., 2015).