

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
<b>Вид документа</b>	<b>Клинический протокол</b>	
<b>ГБУ РД «ГКБ»</b>	<b>Версия</b>	№ 1
	<b>Запись в Едином реестре документации</b>	№ 23
	<b>Экземпляр</b>	№ __
	<b>Введен в действие</b>	01.11.21г.
<b>Конфиденциально</b>	<b>Срок действия</b>	3 года
<b>Название документа</b>	<i>Клинический протокол «эпилепсии»  Коды МКБ (G40.0 – G40.9)  Возрастная группа - взрослые  Год утверждения - 2021</i>	

Утверждено приказом № \_\_  
от «01» ноября 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий отделением неврологии № 1 Заведующий отделением неврологии № 2	Мамайханов Г. Г. Альбориева Э. А.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х. М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л. Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б. Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Аабдулмеджидов Х. М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		

## **I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):**

Основу эпилептического поражения составляют: врожденные нарушения развития (дисгенезии); приобретенные – посттравматические и воспалительные поражения головного мозга;

Эти нарушения характеризуются органическими изменениями в системе микроциркуляторного и глиального микроокружения с развитием фокальной ишемии, а на функциональном и нейрохимическом уровнях выражаются в превалировании возбуждения и дефиците тормозящих синаптических процессов. Согласно современным представлениям существует три разновидности эпилепсии: идиопатическая, симптоматическая, криптогенная.

**1. Идиопатическая**, при которой отсутствуют заболевания, могущие быть причиной эпилепсии и эпилепсия является как бы самостоятельным заболеванием.

**2. Симптоматическая.** Данная этиологическая форма является следствием приобретенных, врожденных, наследственно-обусловленных поражений головного мозга.

**3. Криптогенная эпилепсия** (при которой причина заболевания остается скрытой, неясной). Очевидно, что по мере развития новых возможностей диагностики эпилепсии (например, нейровизуализации) большинство видов криптогенной эпилепсии будет переведено в разряд симптоматических.

### **2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):**

#### **Формы судорожных припадков:**

- Парциальные (фокальные, локальные) — в судороги вовлекаются отдельные мышечные группы, сознание, как правило, сохранено.

- Генерализованные — сознание нарушено, судороги охватывают всё тело:

первично-генерализованные - двустороннее вовлечение коры головного мозга;

вторично-генерализованные - локальное вовлечение коры с последующим двусторонним распространением.

#### **Характер судорог:**

- тонические — длительное сокращение мышц;

- клонические — следующие сразу друг за другом краткие сокращения мышц;

- тонико-клонические.

#### **Классификация эпилептических приступов:**

**I.** Парциальные (фокальные, локальные) приступы.

**A.** Простые парциальные приступы (сознание не нарушено).

1. С двигательными симптомами.

2. С соматосенсорными или специфическими соматосенсорными симптомами.

3. С вегетативными симптомами.

4. С психическими симптомами.

**B.** Сложные парциальные приступы (с нарушением сознания).

1. Начинающиеся как простые парциальные приступы и прогрессирующие до нарушения сознания.

- 2. Без других проявлений.
- 3. С проявлениями как при простых парциальных приступах.
- 4. С автоматизмами.
- С.** С нарушениями сознания в начале приступа.
  - 1. Без других проявлений.
  - 2. Проявляющиеся как простой парциальный приступ.
  - 3. С автоматизмами.
- D.** Парциальный приступ с вторичной генерализацией.
  - 1. Простой парциальный приступ с последующей генерализацией.
  - 2. Сложный парциальный приступ с последующей генерализацией.
  - 3. Простой парциальный приступ, переходящий в сложный парциальный приступ с последующей генерализацией.
- II.** Генерализованные приступы (судорожные и бессудорожные).
  - A.** Абсансы
    - 1. Типичные абсансы.
    - 2. Атипичные абсансы.
  - B.** Миоклонические приступы.
  - C.** Клонические приступы.
  - D.** Тонические приступы.
  - E.** Тонико-клонические приступы.
  - F.** Атонические приступы (астатические).
- III.** Неклассифицированные эпилептические приступы (включают некоторые неонатальные приступы, такие как ритмические движения глаз, жевание и плавательные движения).

### ***3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):***

В клинической картине эпилепсии выделяют три периода: иктальный (период приступа), постиктальный (постприступный) и интериктальный (межприступный). В постиктальном периоде возможно полное отсутствие неврологической симптоматики (кроме симптомов заболевания, обуславливающего эпилепсию — черепно — мозговая травма, геморрагический или ишемический инсульт и др.).

Выделяют несколько основных видов ауры, предваряющей сложный парциальный приступ эпилепсии — вегетативную, моторную, психическую, речевую и сенсорную. К наиболее частым симптомам эпилепсии относятся: тошнота, слабость, головокружение, ощущение сдавления в области горла, чувство онемения языка и губ, боли в груди, сонливость, звон и/или шум в ушах, обонятельные пароксизмы, ощущение комка в горле и др. Кроме того, сложные парциальные приступы в большинстве случаев сопровождаются автоматизированными движениями, кажущимися неадекватными. В таких случаях контакт с пациентом затруднен либо невозможен.

Вторично-генерализованный приступ начинается, как правило, внезапно. После нескольких секунд, которые длится аура (у каждого пациента течение ауры уникально), пациент теряет сознание и падает. Падение сопровождается своеобразным криком, который обусловлен спазмом голосовой щели и судорожным сокращением мышц грудной клетки.

Далее наступает тоническая фаза приступа эпилепсии, названная так по типу судорог. Тонические судороги — туловище и конечности вытягиваются в состоянии сильнейшего напряжения, голова запрокидывается и/или поворачивается в сторону, контралатеральную очагу поражения, дыхание задерживается, набухают вены на шее, лицо становится бледным с медленно нарастающим цианозом, челюсти плотно сжаты. Продолжительность тонической фазы приступа — от 15 до 20 секунд.

Затем

наступает клоническая фаза приступа эпилепсии, сопровождающаяся клоническими судорогами (шумное, хриплое дыхание, пена изо рта). Клоническая фаза продолжается от 2 до 3 минут. Частота судорог постепенно снижается, после чего наступает полное мышечное расслабление, когда пациент не реагирует на раздражители, зрачки расширены, реакция их на свет отсутствует, защитные и сухожильные рефлексy не вызываются.

Наиболее распространенные типы первично-генерализованных приступов, отличающихся вовлечением в патологический процесс обоих полушарий мозга — тонико-клонические приступы и абсансы. Последние чаще наблюдаются у детей и характеризуются внезапной кратковременной (до 10 секунд) остановкой деятельности ребенка (игры, разговор), ребенок замирает, не реагирует на оклик, а через несколько секунд продолжает прерванную деятельность. Пациенты не осознают и не помнят припадков. Частота абсансов может достигать нескольких десятков в сутки.

## **II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.**

### ***1. Жалобы и анамнез:***

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется подробный сбор жалоб и анамнеза с описанием приступов пациентом и очевидцами, анализ видеозаписи

приступов для определения семиологии приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется проведение дифференциального диагноза с другими неврологическими и не неврологическими заболеваниями с целью уменьшения риска диагностической ошибки и нанесения вреда пациенту по причине отложенного или неправильного лечения.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется подробный сбор анамнеза и жалоб на предмет наличия неспровоцированных (или рефлексорных) эпилептических приступов и дифференциального диагноза с психогенными не эпилептическими приступами.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется собрать подробный наследственный анамнез для дифференциального диагноза с генетической формой эпилепсии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется консультация специалиста по диагностике и лечению эпилепсии для точной, ранней диагностики и

своевременного лечения в соответствии с типом эпилептических приступов и формой

эпилепсии и снижения риска преждевременной смерти.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется определить тип (ы) эпилептического приступа, типа эпилепсии и/или эпилептического синдрома, этиологии

эпилепсии и коморбидных состояний на основании классификации эпилептических приступов ILAE для дифференциального диагноза с неэпилептическими приступами.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

## **2. Физикальное обследование:**

- Пациенту с впервые развившимся эпилептическим приступом рекомендуется проведение тщательного неврологического обследования для оценки риска рецидива эпилептических приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациенту с подозрением на эпилепсию рекомендуется провести медицинский осмотр с тщательным неврологическим обследованием, осмотром кожных покровов, обследованием сердечно-сосудистой системы и психического статуса и, при необходимости, оценку психомоторного и речевого развития для определения наличия/отсутствия клинического фенотипа генетической формы эпилепсии и дифференциального диагноза с другими неврологическими и не неврологическими заболеваниями.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Детям и взрослым с впервые диагностированной эпилепсией для всесторонней и объективной оценки когнитивного (особенно речи и памяти) и психологического функционирования, способности к обучению рекомендуется проведение рутинного скрининга когнитивных и поведенческих нарушений с определением показаний для последующего нейропсихологического обследования. Трудности с настроением и адаптацией во время постановки диагноза предсказывают рецидив эпилептических приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с эпилепсией при подозрении на когнитивный дефицит и поведенческие нарушения (по данным субъективных жалоб пациентов и их родственников на нарушение

памяти, внимания или дезорганизацию в повседневной жизни) рекомендуется проведение

нейропсихологического тестирования для объективизации когнитивных и поведенческих

нарушений с целью последующего назначения терапии.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с фармакорезистентной эпилепсией на этапе прехирургического обследования и в послеоперационном периоде рекомендуется проводить нейропсихологическое

тестирование для прогнозирования и выявления послеоперационного когнитивного дефи-

цита.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

## **3. Лабораторные диагностические исследования:**

- Всем пациентам с подозрением на эпилепсию рекомендуется назначать следующие лабораторные анализы для проведения дифференциального диагноза и исключения

сопутствующих заболеваний:

- Клинический анализ крови развернутый;

- Биохимический анализ крови (маркеры функции печени и почек, воспаления, электролиты, глюкоза);

- Анализы на алкоголь и содержание наркотических веществ (по показаниям).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 4)

- Пациентам с впервые развившимся эпилептическими приступами, лихорадкой, изменением психического статуса, менингеальными симптомами рекомендовано про-

ведение люмбальной пункции для проведения дифференциального диагноза с инфекционными, аутоиммунными заболеваниями [61; 62; 63; 64].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

- Пациентам с подозрением на эпилепсию аутоиммунной этиологии с целью проведения дифференциального диагноза, определения типа антител и назначения имму-

нокорректирующей терапии рекомендуется назначать: анализ крови и спинномозговой жид-

кости (СМЖ) на следующие антитела: NMDA-R, AMPA, glycine, GABA<sub>A</sub>-R, GABA<sub>B</sub>-R, DPPX, CASPR2, LGI1, IgLON5, GAD.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с подозрением на аутоиммунную эпилепсию, при наличии признаков, заставляющих задуматься о паранеопластической этиологии с целью проведения

дифференциального диагноза, определения типа антител и назначения иммунокор-

ректирующей терапии рекомендуется назначать анализ на опухолевоспецифические анти-

тела: LGI1 (тимомы); ГАМК-В (мелкоклеточный рак легкого); ГАМК-А (тимомы); NMDA-R (те-

ратомы яичника); GAD65 (карцинома легкого); AMPA-R (Тимомы, мелкоклеточный рак лег-

кого, аденокарцинома груди); mGluR5 (Лимфома Ходжкина (50–70%)); ANNA-1 / Ну (мел-

коклеточный рак легкого, нейроэндокринные опухоли); Ма-1 / Ма-2 (опухоль семенных

клеток †, мелкоклеточный рак легкого); амфифизин (мелкоклеточный рак легкого, рак

груди); ANNA-2 / Ri (мелкоклеточный рак легкого, рак груди); КАСПР-2 (тимомы);

глицин (тимомы); DPPX (лимфома); GFAP $\alpha$  (тератома яичника); CRMP-5 (мелкоклеточный рак легкого, тимомы); нейрексин-3 $\alpha$ ; МОГ; АК5; IgLON5.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам с подозрением на инфекционную эпилепсию, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз ВИЧ-ассоциированную эпи-

лепсию, с целью проведения дифференциального диагноза и назначения специфической те-

рапии рекомендуется назначать анализ крови на ВИЧ-инфекцию.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

- Пациентам с подозрением на инфекционную эпилепсию, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз нейротоксоплазмоз, с целью

проведения дифференциального диагноза рекомендуется назначать анализ крови и СМЖ

на антитела (IgG, IgM) к токсоплазме.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –1)

- Пациентам с подозрением на инфекционную эпилепсию, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз цитомегаловирусную ин-

фекцию, с целью проведения дифференциального диагноза рекомендуется назначать анализ крови на ПЦР к ДНК ЦМВ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

- Пациентам с подозрением на инфекционную эпилепсию, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз герпетический энцефалит, с

целью проведения дифференциального диагноза рекомендуется назначать анализ крови на антитела к ВПГ 1 и 2 типа.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- Пациентам с подозрением на инфекционную эпилепсию, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз вирус герпеса 6А/В, с целью

проведения дифференциального диагноза рекомендуется назначать анализ крови на анти-

тела (IgM и IgG) к вирусу герпеса 6А/В.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

- Пациентам с эпилепсией, принимающим противоэпилептические препараты рекомендовано проведение терапевтического мониторинга лекарственных средств (ТЛМ) для индивидуализации лечения, позволяющий корректировать дозу на основе измеренных

концентраций лекарств для оптимизации клинического результата.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –1)

#### **4. Инструментальные диагностические исследования:**

##### **1. Электроэнцефалография:**

- Рекомендуется проведение рутинной ЭЭГ пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ для прогнозирования развития эпилепсии.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется проведение рутинной ЭЭГ пациентам с эпилепсией для диагностики эпилептического синдрома.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется у больных с подозрением на эпилепсию соблюдать непрерывную продолжительность записи рутинной ЭЭГ не менее 30 минут.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется регистрация ЭЭГ для подтверждения не только клинической, но и электрографической ремиссии эпилепсии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

##### **2. Длительный видео - ЭЭГ мониторинг:**

Длительный видео - ЭЭГ мониторинг – это синхронная регистрация ЭЭГ и видеозаписи состояния обследуемого.

##### **3. Магнитно-резонансная томография:**

- Рекомендуется проведение структурной МРТ пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ для выявления источника судорожной активности.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется проведение ежегодного МРТ в динамике у пациентов с доказанной МР-позитивной эпилепсией, а также в послеоперационном периоде.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

#### **4. Рентгеновская компьютерная томография:**

- Рекомендуется назначение КТ, как первичного исследования пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

#### **5. Позитронно-эмиссионная томография:**

- Рекомендуется назначение ПЭТ-КТ при отсутствии типичных изменений по данным МРТ у пациентов с установленным диагнозом эпилепсия, а также при решении вопроса о хирургическом лечении.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

**5. Морфологическое исследование:** не проводят.

### **III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.**

#### ***Консервативное лечение:***

Медикаментозное лечение противоэпилептическими препаратами (ПЭП) является основным методом терапии эпилепсии. В большинстве случаев лечение должно начинаться сразу после установления диагноза «Эпилепсия». Цель лечения – полное прекращение приступов без нервно-психических, соматических побочных эффектов и обеспечение педагогической, профессиональной и социальной адаптации пациентов.

При назначении ПЭП необходим персонализированный подход с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Выбор ПЭП зависит от формы эпилепсии/эпилептического синдрома, типа приступов, стадии и течения эпилепсии, пола,

возраста, сопутствующих заболеваний и принимаемых лекарств.

Для правильного выбора ПЭП каждый врач в первую очередь должен установить является ли эпилепсия фокальной (с фокальными приступами с/без нарушения сознания,

билатеральными тонико-клоническими с фокальным дебютом), генерализованной (с генерализованными приступами) или неуточненной (с недифференцированными приступами).

#### **1. Лечение впервые диагностированной фокальной эпилепсии (с фокальными приступами с/без нарушения сознания, билатеральными тонико-**



### **клоническими с фокальным дебютом):**

- Рекомендуется начинать лечение взрослым пациентам с фокальной формой эпилепсии (фокальными эпилептическими приступами с/без нарушения сознания, билатеральными тонико-клоническими с фокальным дебютом) с вальпроевой кислоты, габапентина, зонисамида, карбамазепина, лакосамида, ламотриджина, леветирацетама, окскарбазепина, топирамата, фенитоина, фенобарбитала, эсикарбазепина в виде монотерапии с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- Рекомендуется начинать лечение взрослым пациентам с фокальной формой эпилепсии с примидона в виде монотерапии с целью прекращения приступов .

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств – 2.

- Рекомендуется начинать лечение у пожилых пациентов (старше 65 лет) с фокальной формой эпилепсии с леветирацетама, ламотриджина в виде монотерапии с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

### **2. Лечение впервые диагностированной генерализованной эпилепсии (генерализованных приступов):**

- Рекомендуется начинать лечение у взрослых пациентов с генерализованными формами эпилепсии (с генерализованными тонико-клоническими приступами) с вальпроевой кислоты, карбамазепина, ламотриджина, окскарбазепина, топирамата, фенитоина, фенобарбитала в виде монотерапии с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

### **3. Лечение фармакорезистентной эпилепсии:**

Фармакорезистентная эпилепсия (ФРЭ) – форма заболевания при которой приступы продолжают продолжаться несмотря на адекватное противосудорожное лечение двумя ПЭП в виде монотерапии или в комбинации. Доля больных с ФРЭ варьирует от 20 до 30%. Перед коррекцией терапии необходимо убедиться в отсутствии псевдорезистентности, которая чаще всего связана с: неправильным диагнозом, неправильно выбранным ПЭП или его дозой, плохой комплаентностью. Пациенты с установленной ФР должны быть направлены в эпилептологический центр для хирургической оценки. назначаемых ПЭП.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

### **4. Лечение фармакорезистентной фокальной эпилепсии (с фокальными приступами с/без нарушения сознания, билатеральными тонико-клоническими с фокальным дебютом):**

- Рекомендуется назначать в качестве дополнительного средства у взрослых пациентов с фармакорезистентной фокальной эпилепсией (фокальными эпилептическими приступами с/без нарушения сознания, билатеральными тонико-клоническими с фокальным дебютом) с вальпроевой кислоты, габапентина, зонисамида, карбамазепина, лакосамида, ламотриджина, леветирацетама, окскарбазепина, топирамата, фенитоина, фенобарбитала, эсикарбазепина в виде монотерапии с целью прекращения приступов.

приступами с/без нарушения сознания, с билатеральными тонико-клоническими с фокальным дебютом) бриварацетам, вальпроевую кислоту, габапентин, зонисамид, лакозамид, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепин, прегабалин, топирамат с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- Рекомендуется назначать в качестве дополнительного средства у взрослых пациентов с фармакорезистентной фокальной эпилепсией (фокальными эпилептическими

130приступами с/без нарушения сознания, с билатеральными тонико-клоническими с фокальным дебютом) перампанел, эсликарбазепин с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 2.

#### **5. Лечение фармакорезистентной генерализованной эпилепсии (генерализованных приступов):**

- Рекомендуется назначать в качестве дополнительного средства у взрослых пациентов с фармакорезистентной генерализованной эпилепсией вальпроевую кислоту, ламотриджин, леветирацетам, перампанел, топирамат с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

#### **6. Лечение при неуточненной форме эпилепсии (недифференцированных приступах):**

- Рекомендуется назначать у взрослых пациентов с неуточненной формой эпилепсии (недифференцированных приступах) вальпроевую кислоту, ламотриджин, леветирацетам, топирамат с целью прекращения приступов.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

#### **7. Медикаментозная терапия эпилепсии во время беременности:**

- Рекомендуется: Ламотриджин женщинам репродуктивного возраста, планирующим беременность, для лечения фокальных и генерализованных эпилепсий в монотерапии.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- Рекомендуется: леветирацетам женщинам репродуктивного возраста, планирующим беременность, для лечения фокальных эпилепсий в монотерапии.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

#### **8. Эпилептический статус:**

*Купирование эпилептического статуса осуществляется по следующему алгоритму:*

1. Если на момент оказания помощи имеется клиническая картина развернутого припадка, необходимо в/в медленно ввести препараты «первой очереди» из группы бензодиазепинов — диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) по 2–4 мл на 10 мл изотонического раствора. Следует помнить, что при быстром в/в введении может возникать угнетение дыхания и западание языка (!). Для купирования судорожного припадка возможно использование препаратов вальпроевой кислоты для внутривенного введения - конвулекс для в/в медленного болюсного введения или

для в/в инфузии рекомендуется в дозе 0,5-1,0 мг/кг массы тела/ч.

2. Если через 10 мин после введения противосудорожных препаратов судороги не прекращаются, упомянутые препараты в тех же дозах вводятся в/в повторно.

3. Больным пожилого и старческого возраста для профилактики нарушений сердечного ритма дополнительно в/в вводится 10 мл 10% раствора калия хлорида или 10 мл панангина на 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

4. Если статус не купируется спустя 15 мин после назначения препаратов «второй очереди» приходится прибегать к использованию мероприятий «третьей очереди», к которым относятся ингаляционное введение кислорода и натрия тиопентала.

5. Другие необходимые мероприятия.

*Одновременно с лекарствами и приемами, необходимыми для непосредственного купирования статуса, в ряде случаев приходится прибегать к назначению препаратов, корригирующих или ликвидирующих сопутствующие патологические процессы или состояния обусловленные статусом:*

- при содержании глюкозы в крови менее 5 ммоль/л (или *exjuvantibus*) — 50 мл 40% раствора глюкозы в/в (не более 120 мл из-за угрозы отека головного мозга, детям 1 г/кг).

Предварительно необходимо ввести 2 мл 5% раствора тиамина (100 мг) для предупреждения потенциально смертельной острой энцефалопатии Гайе—Вернике, которая развивается вследствие дефицита витамина В1 (тиамина), усугубляющегося на фоне поступления больших доз глюкозы, особенно при алкогольном

опьянении и длительном голодании.

- при артериальной гипертензии, сопровождающейся тахикардией, назначается анаприлин (обзидан) — по 10–30 мг в зависимости от уровня АД и ЧСС; таблетки размельчают и с небольшим количеством воды вводят в зонд (ротовую полость) в промежутке между судорогами;

- при артериальной гипертензии, сопровождающейся брадикардией, назначается коринфар по 20–40 мг в зависимости от АД и ЧСС; таблетки размельчают с небольшим количеством воды;

- при брадикардии менее 50 уд/мин в/м вводится 0,5 мл 0,1% раствора атропина;

- 151 • при гипертермии в/м вводится 2–4 мл 50% раствора анальгина;

- при резкой головной боли, возникающей после купирования судорог, назначают различные анальгетики; наиболее эффективен трамадол (трамал);

- предотвращение отека головного мозга, прогнозируемого при длительном течении судорожного эпизода, предполагает целый комплекс мероприятий - возвышенное положение головы ( $\geq 30^\circ$ ), достаточная свобода движения диафрагмы, оптимальные параметры артериального давления и сердечной деятельности (ЧСС и ритм), достаточная

оксигенация крови (по показателю SpO<sub>2</sub> 95-99%), устранение болевых ощущений, нормализация температуры тела, нормализация гликемии в пределах 3-10 ммоль/л.

#### **IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации:**

- Рекомендуется специалистам по реабилитации у больных эпилепсией учитывать сниженную кардиореспираторную толерантность, с целью оценки модифицируемых факторов развития физических и психических хронических состояний и

преждевременной смертности.

Уровень достоверности доказательств 2, Уровень убедительности рекомендаций С.

•Рекомендуется проведение акупунктуры в сочетании с основной терапией для пациентов с эпилепсией для снижения частоты приступов [340].

Уровень достоверности доказательств 2, Уровень убедительности рекомендаций С.

#### **V. Дополнительные методы диагностики, лечения:**

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	противопоказан	Клинические рекомендации «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» от 2021 года.
Клиническая лабораторная диагностика	Дополнительных нет	Стандарт специализированной медицинской помощи при эпилепсии (приказ МЗ РФ №1541н от 24.12.2012г.)
Цитологические, гистологические методы диагностики	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при эпилепсии (приказ МЗ РФ №1541н от 24.12.2012г.)
Иглорефлексотерапия	Проводится акупунктура, в сочетании с основной терапией	Клинические рекомендации «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» от 2021 года.
Гирудотерапия	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при эпилепсии (приказ МЗ РФ №1541н от 24.12.2012г.)
Экстракорпоральные методы	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при эпилепсии (приказ МЗ РФ №1541н от 24.12.2012г.)
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при эпилепсии (приказ МЗ РФ №1541н от 24.12.2012г.)
Методы остеопатии	Не показаны	Стандарт специализированной

		медицинской помощи при эпилепсии (приказ МЗ РФ №1541н от 24.12.2012г.)
--	--	--

**VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии:** порядок информирования не требуется

**VII. Показания для госпитализации:**

*Показания для экстренной госпитализации:*

- учащение приступов
- эпилептический статус
- серийные приступы
- сумеречное расстройство сознания

*Плановая госпитализация:*

- при неэффективности амбулаторного лечения
- для уточнения диагноза (выявить причину пароксизмов) и начальное лечение эпилепсии
- появление у больного других неврологических симптомов
- увеличение частоты приступов или изменение их стереотипа
- при тяжелом течении заболевания (частых припадках)

**VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи**

**1. Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный:**

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1. Осмотр врача- невролога первичный. 2. Ежедневный осмотр врачом - неврологом	1 20	1 1	А А
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

**2. Лабораторные методы исследования:**

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)

К 1	1. Исследование уровня лекарственных препаратов в крови	1	4	В
	2. Определение основных групп крови (А, В, 0)	1	1	А
	3. Определение резус принадлежности	1	1	А
	4. Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1	А
	5. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1	А
	6. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1	А
	7. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV в крови	1	1	А
	8. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	4	В
	9. Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	4	В
	10. Анализ крови биохимический бщетерапевтический	1	4	В
	11. Анализ мочи общий			
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

### 3. Инструментальные методы исследования:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1. Электрокардиограмма	1	А	1
	2. Электроэнцефалография	2	А	2
	3. МРТ головного мозга	1	А	2
	4. КТ головного мозга	1	А	1
К 0.9				
К 0.8				

К 0.7				
К 0.6				
К 0.5	УЗДГ транскраниальных сосудов	1	А	1

#### **IX. Регламентирующие документы:**

<p>Нозологическая форма (<i>Рассеянный склероз</i>) Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1541н  "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при эпилепсии"  (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27456)</p>			
Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1085н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме)" (Зарегистрировано в Минюсте России 01.03.2013 N 27423)	Клинический протокол: Эпилепсия; эпилептический статус от 12.12.2013г.	Клинически рекомендации «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» от 2021 года.

#### **X. Информация для пациента (кратко о заболевании).**

Эпилепсия – хроническое неврологическое заболевание, характеризующееся периодически повторяющимися приступами с потерей или помрачением сознания, связанными с эпизодами патологической электрической активности участка серого вещества головного мозга.

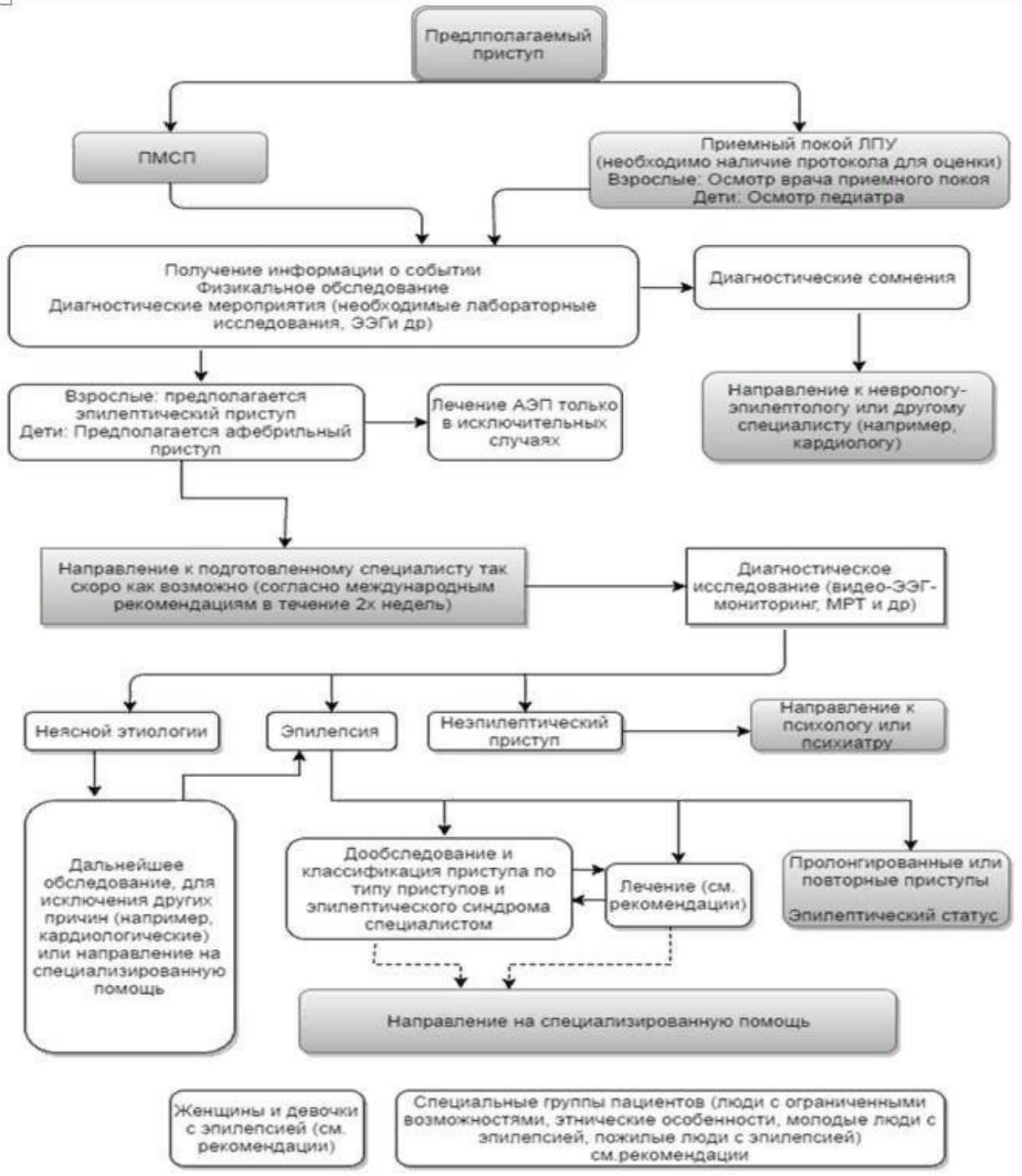
Памятка для пациента:

1. Всегда носите при себе идентификационный браслет (в экстренных ситуациях информация о форме эпилепсии, типах приступов, применяемых препаратах, а также контактные телефоны могут быть полезны людям, оказывающим Вам помощь).

2. Убедитесь, что члены Вашей семьи, близкие люди, возможно, кто-то из коллег по работе, кому Вы доверяете информацию о своей болезни, осведомлены, какие действия нужно предпринять при приступе.
3. При наличии частых приступов избегайте в быту потенциальной опасности (движущихся механизмов, источников огня, горячих предметов, наполненных водой ванн и бассейнов и т.п.)
4. Избегайте также потенциально опасных для Вас видов спорта – плавание, спортивная гимнастика, скалолазание, мотоциклетный спорт, конный спорт и т.п. Такие виды активности, как езда на велосипеде, хоккей, гребля на байдарках или каноэ и т.п., иногда могут быть допустимы при наличии полной защитной амуниции. При занятиях любым видом спорта лучше, чтобы рядом всегда находился человек, который в состоянии оказать Вам правильную помощь в случае приступа. В случае, если Вы решаете заниматься тем или иным видом спорта, рекомендовано предварительно поставить в известность лечащего врача и прислушаться к его мнению на этот счет.
5. Ведение дневника приступов поможет Вам более точно ориентироваться в их частоте и времени возникновения, а также выявить провоцирующие факторы. Это очень важно и для лечащего врача.

#### **XI. Алгоритмы действий врача (схема):**





**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при**

эпилепсии и эпилептическом статусе (коды по МКБ-10: G40; G41)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при эпилептическом статусе)	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при эпилептическом статусе/серии эпилептических приступов)	Да/Нет
3.	Выполнена электроэнцефалография	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Проведена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

**ЧЕК-ЛИСТ ПРОВЕРКИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ**  
**Коды МКБ (G-40, G41)**

№	И истории болезни:	ФИО	Возраст:	Да - 1 Нет - 0
1.	<b>Титульный лист.</b> 1. Дата поступления, время поступления; 2. Дата выписки, время выписки; 3. Указание температуры при поступлении; 4. Указание непереносимости лекарственных средств; 5. Указание номера истории болезни; 6. Выставление клинического, заключительного диагноза, при поступлении, с указанием даты, кода заболевания; 7. Указание вида транспортировки больного; 8. Вес, рост больного.			
2.	<b>Оформление 2-й страницы титульного листа</b> 1. Отметка о выдаче л/н с указанием номера и с подписи нетрудоспособного; 2. Указание исхода заболевания; 4. Подписи заведующего, лечащего врача.			
3.	<b>Лист назначений</b> 1. Подпись пациента, лечащего врача, палатной медсестры на листе назначений; 2. Дата назначения препаратов, с датой отмены препаратов, с указанием дозировки и формы, с указанием пути введения препарата; 3. Указание даты назначения, даты выполнения диагностических назначений; 4. Указание лечебного стола.			
4.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар			
5.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при эпилептическом статусе/серии эпилептических приступов)			
6.	Выполнена электроэнцефалография			
7.	Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза)			
8.	Проведена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)			
9.	<b>Этапный эпикриз:</b> 1. каждые 10 й день пребывания в стационаре; 2. имеется указание динамики состояния пациента; 3. имеется указание динамики лабораторно – диагностических данных.			
10.	<b>Выписной эпикриз</b> 1. Персональные данные пациента; 2. Дата и время выписки; 3. Заключительный диагноз согласно классификации заболевания; 4. Данные всех выполненных лабораторно - инструментальных исследований; 5. Указание объективного статуса пациента при выписке и при поступлении; 6. Указание подробных рекомендаций для следующего этапа лечения.			

