

УДК 616.89.02 613.86.70

В.И. Коростий, А.В. Полякова

Харьковский национальный медицинский университет

ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

На основании результатов обследования 60 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет с парциальной эпилепсией в ходе лечения с применением Эпимила и Эпирамата в течение 12 недель проведена оценка эффективности и переносимости указанных лекарственных средств. Эпимил, таблетки по 0,025; 0,05 и 0,1 г, и Эпирамат, таблетки по 0,025; 0,05; 0,1 и 0,2 г, являются эффективными и безопасными противосудорожными средствами и могут использоваться в медицинской практике для лечения больных с эпилепсией с парциальными припадками и аффективными и когнитивными нарушениями. При наличии у больных с эпилепсией эмоциональных расстройств предпочтителен Эпимил, обладающий нормотимическим действием; при наличии когнитивных расстройств предпочтителен Эпирамат, способствующий улучшению когнитивных функций.

Ключевые слова: эпилепсия, антиконвульсанты, Эпимил, Эпирамат, эффективность, переносимость, аффективные и когнитивные расстройства.

Эпилепсия – одно из наиболее распространённых нервно-психических заболеваний, занимает в структуре неврологической патологии треть, а в психиатрической четвёртое место среди других болезней, а многообразие её проявлений определяет неизменную актуальность проблемы [1–3].

Согласно статистическим исследованиям, в последние годы отмечается рост в структуре психической заболеваемости форм эпилепсии с непсихотическими психическими расстройствами, что отражает очевидный патоморфоз клинических проявлений болезни, обусловленный влиянием ряда биологических и социальных факторов [4–7].

Одними из наиболее частых коморбидных нарушений у лиц, страдающих эпилепсией, являются депрессивные расстройства. Сопутствующие депрессивные расстройства являются препятствием к полноценному восстановлению здоровья пациента, несмотря на достигнутую противоэпилептическим лечением ремиссию припадков, снижают качество жизни больных, способствуют ухудшению работоспособности и затрудняют социальную адаптацию. Распространённость большого депрессивного эпизода в общей

популяции составляет 3,7–6,7 %, а у пациентов, страдающих эпилепсией, – от 11 до 62 %, 30 % из которых в среднем предположительно попадали в поле зрения докторов. Степень распространённости снижается на 3–9 % у пациентов с хорошо контролируемыми приступами. Тревожные расстройства также часто встречаются у этих больных и составляют 10–25 %. Смешанные тревожные и депрессивные расстройства составляют 8,5 % [7–9].

Когнитивные нарушения различной тяжести, в том числе достигающие степени деменции, наряду с тяжёлыми клиническими проявлениями эпилепсии обуславливают высокую инвалидизацию и стигматизацию больных в обществе. Именно стигму многие считают препятствием на пути улучшения качества жизни, что в значительной степени влияет на личность, настроение и поведение больных [6, 10, 11].

Совершенствование методов диагностики и лечения эпилепсии с применением современных антиконвульсантов ведёт к уменьшению доли грубого мнестико-интеллектуального снижения, всё чаще описываемого при резистентных формах заболевания,

© В.И. Коростий, А.В. Полякова, 2013

и увеличению числа психических нарушений в форме умеренных когнитивных расстройств. Последние не менее остро нуждаются в своевременном выявлении и коррекции с целью профилактики нарастания дефекта и улучшения качества жизни больных [4, 5, 12, 13].

Таким образом, на качество жизни пациента с эпилепсией влияют медикаментозная ремиссия, его психосоциальная адаптация к своему заболеванию и связанные с ним ограничения в повседневной жизни, а также наличие или отсутствие у него аффективных расстройств [14–17].

Для Украины актуальным является внедрение в медицинскую практику доступных и эффективных препаратов для лечения эпилепсии, совершенствование методик их применения с учётом влияния как на пароксизмальные клинические проявления заболевания, так и на эмоциональные и когнитивные психические расстройства [2, 18].

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка эффективности и безопасности препаратов Эпимила и Эпирамата у больных эпилепсией с аффективными и когнитивными нарушениями.

Материал и методы. В исследование было включено 60 пациентов обоего пола, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в базовых клиниках кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ с установленным диагнозом парциальная эпилепсия (согласно классификации эпилепсии и эпилептических синдромов Международной противоэпилептической лиги, 1989 г.) и уточнённой локализацией очага. К моменту включения в исследование пациенты не менее 3 месяцев получали лечение 1–2 противоэпилептическими препаратами (кроме ламотриджина и топирамата), которые принимались в неизменяемой дозе, при этом контроль припадков был неудовлетворителен (частота припадков не менее одного в неделю, светлые промежутки не более 21 дня).

В работе были использованы клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, электрофизиологический и статистический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Полученные в ходе клинико-анамнестического и клинико-психопатологического анализа данные позволили систематизировать аффективные расстройства у обследованных больных по этиопатогенетическому фактору: психогенные (35,7%), сочетанные (30,7%), лекарственные, вследствие влияния противосудорожных препаратов (22,3%), и нозогенные, спровоцированные самим заболеванием (11,3%).

Психогенные расстройства возникали как реакция на наличие заболевания эпилепсией [(43,1±4,2)%], как переживание ограничений, которые накладывает на больного заболевание [(57,8±6,2)%], как результат отношения общества к больному эпилепсией [(49,7±7,3)%]. Для них характерны: раздражительность [(58,3±4,4)%], вспышки немотивированного гнева [(42,4±3,3)%], различного рода страхи [(21,3±2,5)%], навязчивые мысли [(20,3±4,2)%], беспокойство [(25,3±4,1)%], тревога [(20,9±3,2)%], депрессия [(22,6±3,4)%], внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться [(18,5±6,2)%], демонстративность поведения [(15,6±5,1)%], обидчивость [(12,1±2,2)%].

Сочетанные расстройства возникали вследствие сочетанного влияния экзогенных и эндогенных факторов и проявлялись в виде тревожно-депрессивной симптоматики [(59,3±4,8)%], аффективных реакций [(42,5±3,1)%], дисфорий [(25,3±2,5)%].

Лекарственные расстройства возникали вследствие влияния противосудорожных препаратов: при передозировке [(39,6±1,9)%], вследствие специфического побочного эффекта действующего вещества [(51,4±2,4)%]. Как показали результаты исследования, депрессивные состояния возникали при приёме барбитуратов [(22,3±1,7)%], дифенина [(11,4±2,1)%] и вигабатрина [(7,3±2,3)%]. Сукцинамиды вызывали повышенную раздражительность [(56,1±2,2)%], страхи [(28,3±6,1)%], агрессию [(21,9±3,3)%], которые напрямую были связаны с их дозировкой (25,8%). Бензодиазепины (33,2%) вызывали повышенную утомляемость, слабость [(57,2±4,1)%] на фоне некоторой заторможенности и замедленности психических функций [(54,7±6,4)%].

Нозогенные расстройства были обусловлены самим эпилептическим процессом и проявлялись в виде непсихотических депрессий с тоскливо-злобным аффектом [(61,3±2,8) %], тревожностью [(51,8±4,6) %], аффектом тоски [(36,1±3,8) %], внутренним напряжением [(44,3±2,3) %], невозможностью расслабиться [(40,1±2,9) %], расстройством сна [(32,9±3,8) %], апатией [(17,9±6,2) %], интенсивность выраженности этих расстройств зависела от клиники самой эпилепсии, то есть её тяжести, длительности, частоты приступов, терапевтической резистентности).

Углублённый анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования позволил выделить следующие клинические варианты непсихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией в межприступном периоде: депрессивные [(39,6±2,6) %], аффективные реакции [(24,3±3,1) %], дисфории [(24,2±4,5) %] и обсессивно-фобические расстройства [(16,9±2,7) %].

Депрессивные расстройства включали тоскливые депрессии (46,7 %) с преобладанием тоскливого аффекта со стойким снижением настроения, раздражительностью; больные отмечали душевный дискомфорт, тяжесть в груди, возникающие на фоне физического недомогания (головная боль, кардиалгии) и сопровождающиеся моторным беспокойством. Адинамические депрессии (29,4 %) протекали на фоне сниженной активности и гипобулии, больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию. Ипохондрические депрессии (14,2 %) сопровождалась ипохондрически окрашенными фобиями, сенестопатиями с интракраниальной локализацией. Тревожные депрессии (8,9 %) проявлялись в виде немотивированного беспокойства, страхов, тревоги, опасений. Депрессии с деперсонализационными нарушениями (0,8 %) проявлялись доминированием в клинической картине ощущений изменённости восприятия собственного тела, окружающего, времени. Указанные переживания, в отличие от истинных пароксизмов деперсонализации, характеризовались сохранностью сознания с полной ориентировкой и носили фрагментарный характер.

Аффективные реакции представляли собой кратковременные вспышки раздражительности [(69,3±4,6) %], тревоги [(53,6±4,1) %], неудовлетворённости [(47,8±3,4) %], возникающие в ответ на те или иные психотравмирующие факторы. В отличие от дисфорий, которые также иногда провоцируются психогенными факторами, аффективные реакции имели непосредственную причинно-следственную связь с психогенными моментами и вне связи с психогенной не наступали (37,8 % женщин и 62,2 % мужчин).

Дисфории протекали в форме коротких эпизодов, в их структуре нередко формировались протестные реакции [(23,6±4,2) %], преобладали астеноипохондрические проявления [(32,1±3,3) %], раздражительность [(67,2±3,8) %], аффект злобы [(79,2±4,1) %], наблюдались агрессивные действия [(37,3±2,9) %].

Обсессивно-фобические расстройства включали пароксизмальные тревожные состояния [(54,2±4,1) %] с симптомами кардиофобий [(24,9±6,1) %], агорафобий [(31,5±3,2) %], социофобий [(35,4±6,3) %], в ряде случаев наблюдались навязчивые действия, мысли [(48,2±4,6) %].

Результаты клинико-психопатологического и психодиагностического исследований показали, что для обследованных больных наиболее типичны следующие личностные черты: низкая коммуникативность, тревожная мнительность, склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, ипохондрический фон настроения, неуверенность в себе, эгоцентризм, неуравновешенность, раздражительность, их частота в основной и контрольной группе достоверно не различалась.

По шкале сниженного настроения – субдепрессии – выявлено преобладание умеренно сниженного настроения у больных с нозогенными, психогенными, лекарственными и сочетанными аффективными расстройствами, глубокое снижение настроения отмечено только у больных с психогенными и сочетанными расстройствами. По шкале астенического состояния выявлено преобладание слабой и умеренной астении у всех обследованных больных. По клиническим шкалам депрессии и тревоги Гамиль-

тона у обстежених домінували лёгкий і умерений депресивний і тривожний епізоди, по шкалі нервно-психического напруження – преобладание умеренного і чрезмерного напруження.

Результаты исследования самооценки больных по тесту Дембо–Рубинштейн свидетельствуют, что для обстежених характерны эмоциональный дискомфорт [(51,5±2,7) %], избирательность контактов с окружающими [(40,4±2,4) %] и неопределённость своего будущего [(37,8±6,4) %] при общей удовлетворённости своей жизнью [(81,5±2,4) %].

Все пациенты в зависимости от лечения были разделены на две группы по 30 человек в каждой.

Пациенты 1-й группы получали Эпимил по следующей схеме: в течение первых двух недель 50 мг 1 раз в сутки, в течение 3-й – 4-й недели 100 мг в 2 приёма в сутки, в течение 5-й – 6-й недели 200 мг в 2 приёма в сутки, далее суточную дозу повышали на 100 мг каждые 2 недели до достижения оптимального терапевтического эффекта. Обычно поддерживающая терапевтическая доза составляла 200–400 мг/сут в 2 приёма. Максимальная суточная доза 700 мг не использовалась. Курс лечения – 10 недель.

Пациенты 2-й группы получали Эпирамат по следующей схеме: в течение первых двух недель 50 мг 1 раз в сутки, в течение 3-й – 4-й недели 100 мг в 2 приёма в сутки, в течение 5-й – 6-й недели 200 мг в 2 приёма в сутки, далее суточную дозу повышали на 100 мг каждые 2 недели до достижения оптимального терапевтического эффекта. Обычно поддерживающая терапевтическая доза составляла 200–400 мг/сутки в 2 приёма. Максимальная суточная доза 500 мг не использовалась. Курс лечения – 10 недель.

Применение Эпимила и Эпирамата (производства компании «Тева») уменьшает частоту эпилептических припадков у больных эпилепсией. Для удобства интерпретации данных учитывали суммарную характеристику простых парциальных, сложных парциальных и парциальных припадков с вторичной генерализацией. Несмотря на то, что регистрация припадков осуществлялась согласно протоколу, до начала применения препаратов на 7, 14, 28, 42, 56 и 70-й день

исследования в итоговые таблицы включены данные начиная с 28-го дня лечения, как наиболее информативные.

Как показали результаты исследования, на 3-й неделе терапии и в том и в другом случае отмечена нормализация фона настроения, редукция тревожно-депрессивной и астенической симптоматики, исчезновение аффекта тоски, внутреннего напруження, различного рода страхов и опасений, ипохондрически окрашенных фобий. Поведение больных становилось более упорядоченным, возрастала их психофизическая активность, возобновлялся привычный двигательный режим. К концу 9-й недели приёма препарата заметно улучшались когнитивные показатели с акцентом на положительную динамику функций нейродинамики, внимания и мышления. Всё перечисленное способствовало более успешной психосоциальной адаптации больных.

Согласно результатам исследования, отмечена чёткая положительная динамика эмоционального состояния по психодиагностическим шкалам тревоги и депрессии: по шкале депрессии Гамильтона 25 и более баллов (клинические проявления тревоги и депрессии) в начале исследования и до 13 и меньше баллов (отсутствие тревожно-депрессивной симптоматики) на 3-й неделе приёма Эпимила; 25 и более баллов (клинические проявления тревоги и депрессии) в начале исследования, до 17 и меньше баллов (субклинические проявления или лёгкая депрессия) на 3-й неделе приёма Эпирамата.

Результаты исследования показывают, что для коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией помимо фармакотерапии целесообразно применять комплексные психокоррекционные программы, предусматривающие поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от личностных особенностей больных и содержательной части психотерапии. Использовались индивидуальные формы психотерапии с дифференциальной направленностью психотерапевтического процесса, основанного на тщательном изучении анамнеза и клинических данных.

Проведённое катamnестическое исследование показало высокую эффективность применяемых препаратов в сочетании с

психотерапией для коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией. На 12-й неделе терапии у 89,5 % больных 1-й группы и 82,7 % больных 2-й группы отмечалась чёткая положительная динамика, депрессивная симптоматика редуцировалась, отмечена активация социального функционирования, а также возможность преодоления ситуаций, которые раньше вызывали эмоциональный дискомфорт.

Когнитивные функции у больных парциальной эпилепсией оценивались с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). При первичном обследовании у всех пациентов обеих групп были установлены равновыраженные когнитивные нарушения по шкале MMSE: (20,5±2,5) балла в группе, принимающей Эпимил, и (21,7±2,8) балла в группе, принимающей Эпирамат. Согласно критериям шкалы MMSE, эти показатели когнитивной продуктивности можно классифицировать, как «деменция лёгкой степени выраженности» (диапазон 20–23 балла).

На фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп наблюдалось равновыраженное улучшение функциональных показателей когнитивной сферы, что выражалось в повышении суммарной оценки по шкале MMSE в 1-й группе до (25,1±1,7) балла и во 2-й – до (24,8±2,0) балла. Эти показатели по шкале MMSE соответствуют диапазону 24–27 баллов – «преддементные когнитивные нарушения».

В результате 12-недельного лечения препаратом Эпимил у 27 больных (90,0 %) произошло повышение когнитивной продуктивности по шкале MMSE, у остальных 3 (10 %) пациентов сохранялся исходный более высокий, чем у других пациентов этой группы, балл – 25.

В группе больных, получавших Эпирамат, когнитивная продуктивность по шкале MMSE возросла у 26 (86,7 %) пациентов и осталась на уровне 25 баллов у остальных 4 (13,3 %) пациентов. Более значительное увеличение продуктивности по шкале MMSE наблюдалось у пациентов с более низкими исходными его значениями (до 20 баллов) и высокой частотой эпилептических приступов в начале лечения (12–15 в месяц). Такое улучшение когнитивных функций, возможно, было свя-

зано с уменьшением общего количества эпилептических приступов.

На фоне лечения Эпимилом у 27 (90 %) пациентов с исходно выраженными или умеренно выраженными (оценка по шкале MMSE 17–24 балла) нарушениями когнитивных функций наблюдалось существенное улучшение: повышение балла по шкале MMSE до 21–24 баллов у 9 пациентов и до 25–28 баллов у 18 пациентов. Трое (10,0 %) больных с исходно лёгкими когнитивными нарушениями и оценкой по шкале MMSE 25 баллов сохранили такой же балл и в конце лечения.

Таким образом, в результате лечения Эпираматом общий балл по шкале MMSE возрос у 26 (86,7 %) больных: у всех пациентов с выраженными и умеренно выраженными когнитивными нарушениями и оценкой по шкале MMSE 17–24 балла (22 пациента) и у 4 больных с лёгкими когнитивными нарушениями (у 2 с оценкой 25 баллов и 2 – 26 баллов). У остальных 4 (13,3 %) пациентов с исходной оценкой по шкале MMSE 25 баллов изменений в когнитивной сфере после лечения Эпираматом не наблюдалось.

При анализе динамики когнитивной продуктивности у пациентов с «высокой эффективностью» сравниваемых препаратов по критерию уменьшения количества эпилептических приступов [(у 19 (63,3 %) 1-й группы и 21 (70 %) 2-й)] выявляется существенное и равновыраженное повышение продуктивности по шкале MMSE: до лечения средний балл у 19 больных, принимавших Эпимил, составлял 18,94±1,17 и у 18, принимавших Эпирамат, – 19,72±1,56; после завершения исследования средний балл у указанных пациентов возрос соответственно до 24,22±1,4 и 23,89±1,4.

Эти данные, во-первых, подтверждают надёжность приведённых результатов оценки эффективности противоэпилептической терапии сравниваемыми препаратами, а во-вторых, свидетельствуют о закономерной позитивной корреляции между снижением частоты эпилептических приступов и повышением когнитивной продуктивности у пациентов с эпилепсией.

Следует отметить, что в ходе 12-недельного курса лечения указанными препаратами

ни у одного больного не наблюдалось отрицательной динамики неврологического статуса, нарастания частоты эпилептических припадков, ухудшения эмоционального состояния, ухудшения когнитивных функций.

Выявлена хорошая переносимость препаратов, невысокая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата отмечены у 5,7 % больных 1-й группы (принимающие Эпимил) и 8,7 % больных 2-й группы (принимающие Эпирамат) и являлись дозозависимыми. В первые две недели приёма Эпимила наиболее частыми побочными явлениями были головная боль, тошнота, сонливость, диплопия, а также кожная сыпь макулопапулёзного характера. При приёме Эпирамата преобладали сонливость, головокружение, повышенная возбудимость, головная боль, тошнота, боль в животе. В конце периода наблюдения у больных, принимавших Эпирамат, в 42,4 % случаев наблюдалось уменьшение массы тела до 5 кг, однако всеми пациентами это расценивалось как положительный эффект. Ни в одном случае данный факт

не повлек за собой отмены препарата. Все остальные случаи побочных эффектов можно считать предсказуемыми (типичными для данного класса препаратов), и, в целом, они быстро проходят при продолжении лечения и доступны для быстрой коррекции.

Выводы

Показана высокая эффективность применения препаратов Эпимил и Эпирамат в сочетании с психокоррекционными программами в терапии пароксизмальных нарушений и коррекции аффективных и когнитивных расстройств у больных парциальной эпилепсией, что позволяет отказаться от назначения транквилизаторов и антидепрессантов и даёт возможность уменьшить количество психофармакологических осложнений, а также улучшить качество жизни больных.

При наличии у больных с эпилепсией эмоциональных расстройств предпочтителен Эпимил, обладающий нормотимическим действием. При наличии у больных с эпилепсией когнитивных расстройств предпочтителен Эпирамат, способствующий улучшению когнитивных функций.

Список литературы

1. *Кожина А.М.* Современные подходы к терапии больных эпилепсией с депрессивными расстройствами / А.М. Кожина, И.Н. Стрельникова // Вісник епілептології. – 2011. – № 1 (35–36). – С. 72–77.
2. *Марута Н.О.* Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // Нейронews. – 2010. – № 5 (24). – С. 83–90.
3. *Kanner A.* Affective disorders / D. Blumer // *Epilepsy: a comprehensive textbook.* – 2007. – P. 2123–2138.
4. *Діагностика та лікування дорослих пацієнтів з епілепсіями* / А.Є. Дубенко, Т.А. Литовченко, Ю.І. Горанський [та ін.] // Нейронews. – 2012. – № 1 (36). – С. 59–64.
5. *Зенков Л.Р.* Фармакологическое лечение эпилепсии / Л.Р. Зенков // Рус. мед. журн. – 2000. – № 10. – С. 411–417.
6. *Карлов В.А.* Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 2010. – 720 с.
7. *Коростий В.И.* Клинико-патогенетические особенности депрессивных расстройств у больных эпилепсией / В.И. Коростий, И.Н. Стрельникова // Вісник епілептології. – 2003. – Вип. 1 (3–4). – С. 65–67.
8. *Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали* / Г.Г. Авакян, О.Л. Бадалян, С.Г. Бурд [и др.] // Рус. мед. журн. – 2008. – № 12. – С. 14–19.
9. *Юр'єва Л.М.* Психічні розлади при епілептичному захворюванні / Л.М. Юр'єва, С.Г. Носов. – К., 2009. – 196 с.
10. *Дубенко А.Е.* Диагностика и терапия непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией / А.Е. Дубенко, В.И. Коростий // Здоровье Украины. – 2011. – № 1 (16). – С. 54–57.

11. *Зенков Л.Р.* Непароксизмальные эпилептические расстройства: руководство для врачей / Л.Р. Зенков. – М.: МЕДпрессинформ, 2007. – 208 с.
12. *Броди М.* Течение и рациональная терапия эпилепсии / М. Броди // Международный неврологический журнал. – 2005. – № 4. – С. 72–83.
13. *Cole A.J.* Is epilepsy progressive disease? The neurobiological consequences epilepsy / A.J. Cole // *Epilepsia*. – 2000. – Vol. 41 (Suppl. 2.) – P. S13–S22.
14. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией / А.И. Болдырев. – М.: Медицина. – 2000. – 384 с.
15. *Мар'єнко К.М.* Сучасні методики визначення якості життя хворих на епілепсію / К.М. Мар'єнко // Журн. психіатрії і мед. психології. – 2004. – № 2 (12). – С. 35–39.
16. *Чабан О.С.* Принципи психотерапії у хворих на епілепсію з непсихотичними розладами / О.С. Чабан, В.В. Завгородня // Архів психіатрії. – 2010. – Т. 16, № 1 (60). – С. 45–47.
17. *Бурчинский С.Г.* Критерии выбора препарата антиконвульсанта: клинико-фармакологические аспекты / С.Г. Бурчинский // Укр. вестник психоневрологии. – 2008. – Вып. 3. – С. 46–49.
18. *Tellez-Zenteno J.* Somatic comorbidity of epilepsy in the general population in Canada / J. Tellez-Zenteno, S. Matijevic, S. Wiebe // *Epilepsia*. – 2005. – Vol. 46 (12). – P. 1955–1962.

В.І. Коростій, А.В. Полякова

ІННОВАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ В ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

На підставі результатів обстеження 60 пацієнтів обох статей у віці від 18 до 65 років з парціальною епілепсією в ході лікування із застосуванням Епімілу і Епірамату впродовж 12 тижнів проведена оцінка ефективності та переносимості зазначених лікарняних засобів. Епіміл, таблетки по 0,025; 0,05 і 0,1 г, і Епірамат, таблетки по 0,025; 0,05; 0,1 і 0,2 г, є ефективними і безпечними протисудомними засобами і можуть використовуватися в медичній практиці для лікування хворих з епілепсією з парціальними припадками і афективними та когнітивними порушеннями. При наявності у хворих з епілепсією емоційних розладів перевагу слід надавати Епімілу, що володіє нормотимічною дією, при наявності когнітивних розладів – Епірамату, що сприяє поліпшенню когнітивних функцій.

Ключові слова: епілепсія, антиконвульсанти, Епіміл, Епірамат, ефективність, переносимість, афективні й когнітивні розлади.

V.I. Korostiy, A.V. Polyakova

INNOVATIVE STRATEGY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH EPILEPSY

Based on the results of a survey of 60 patients of both sexes aged 18 to 65 years with partial epilepsy during treatment with Epimil and Epiramat during 12 weeks evaluated the efficacy and tolerability of these drugs. Epimil tablets of 0.025, 0.05 and 0.1 g and Epiramat tablets of 0.025, 0.05, 0.1 and 0.2 g are effective and safe anticonvulsant drugs and can be used medical practice for treatment of patients with epilepsy with partial seizures and affective and cognitive disorders. In the presence of epilepsy in patients with emotional disorders preferred Epimil, which has normotimical action; in the presence of patients with cognitive disorders preferred Epiramat contributing to improved cognitive function.

Key words: epilepsy, anticonvulsants, Epimil, Epiramat, efficiency, portability, affective and cognitive disorders.

Поступила 01.04.13