Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2022 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F80.3, G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6 · Ассоциация нейрохирургов России, Всероссийское общество неврологов, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России"

Эпилепсия — заболевание мозга, диагностируемое по повторным неспровоцированным или рефлекторным приступам, либо по высокому риску их рецидива, либо при установленном эпилептическом синдроме. Рекомендация охватывает взрослых и детей: главное для практики — подтвердить эпилептическую природу пароксизмов, классифицировать приступ/тип эпилепсии/этиологию, не пропустить эпилептический статус и коморбидные психические нарушения.

Главное

- Диагноз эпилепсии ставят при 2 неспровоцированных или рефлекторных приступах с интервалом >24 ч; либо после 1 такого приступа, если риск повторения в ближайшие 10 лет ≥60%; либо при установленном эпилептическом синдроме. УУР С, УДД 5.
- Для тонико-клонического эпилептического статуса лечение нужно начинать с 5-й минуты; рубеж долгосрочных повреждений — 30 мин. Для фокального статуса t1 — 10 мин, t2 — >60 мин; для статуса абсансов t1 — 10–15 мин, t2 неизвестно.
- Классификация МПЭЛ 2017 строится последовательно: тип приступа, тип эпилепсии, синдром, этиология и коморбидность. Этиологию делят на генетическую, структурную, метаболическую, инфекционную, иммунную и неизвестную.
- Не ставьте эпилепсию без уверенности в эпилептической природе события, если нет необходимости срочно начинать ПЭП: неэпилептические пароксизмы часто имитируют приступы, а межприступная ЭЭГ может быть нормальной у 50% пациентов с несомненной эпилепсией.
- Домашнее видео приступа, включая запись на смартфон, полезно для дифференциации эпилептических и неэпилептических событий; его рекомендуют всем пациентам с подозрением на эпилепсию. УУР В, УДД 3.
- При подозрении на бессудорожный эпилептический статус рекомендуется проведение ЭЭГ по Зальцбургским критериям. Для диагностики должны быть выявлены клинически очевидные изменения уровня сознания и поведения и эпилептиформная активность на ЭЭГ. УУР С, УДД 4.
- У взрослых с эпилепсией нужно скринировать депрессию NDDI-E: порог >12 баллов оптимален для выявления текущего большого депрессивного эпизода. УУР В, УДД 2.

Диагностика

1. Сначала подтвердите, что событие подходит под критерии эпилепсии: 2 неспровоцированных/рефлекторных приступа >24 ч друг от друга, либо 1 приступ с риском рецидива ≥60% за 10 лет, либо эпилептический синдром. УУР С, УДД 5.
2. Соберите детальное описание приступа до, во время и после события у пациента и очевидцев; запросите домашнее видео. Это помогает определить семиологию и отличить эпилепсию от синкопе, психогенных и других пароксизмов. УУР С, УДД 5; для видео — УУР В, УДД 3.
3. Проведите дифференциальный диагноз со всеми неврологическими и соматическими имитаторами; при подозрении на кардиогенную природу пароксизмов направьте к кардиологу и выполните кардиологическое обследование. УУР В, УДД 3; кардиолог — УУР С, УДД 5.
4. Выполните общий осмотр с оценкой кожи, сердечно-сосудистой системы, психического статуса, а у детей — психомоторного и речевого развития; после первого приступа проведите неврологическое обследование для оценки риска рецидива. УУР С, УДД 5.
5. Назначьте базовые лабораторные исследования: общий анализ крови; биохимию крови с общим белком, альбумином, мочевиной, мочевой кислотой, креатинином, глюкозой, натрием, калием, кальцием, магнием, хлоридами, АСТ, АЛТ; по показаниям — токсикологические исследования и освидетельствование на опьянение. УУР С, УДД 5.

6. После первого неспровоцированного приступа выполните рутинную ЭЭГ с функциональными пробами; запись рутинной ЭЭГ должна длиться более 30 мин. Эпилептиформная активность после первого приступа указывает на высокий риск рецидива. УУР С, УДД 5; длительность записи — УУР С, УДД 4.
7. Если клиника указывает на инфекционную, аутоиммунную или метаболическую причину, расширяйте обследование: при лихорадке, изменении психики или менингеальных симптомах — люмбальная пункция с ликвором; при иммунной этиологии — антитела в крови и ЦСЖ; при метаболической — аминокислоты/ацилкарнитины, органические кислоты, активность биотинидазы. УУР С–В, УДД 5–3.

Лечение

- Противоэпилептическую терапию подбирают после определения типа приступа, типа эпилепсии или синдрома, этиологии и коморбидности по классификации МПЭЛ; это прямо указано как цель классификации. УУР С, УДД 5.
- После первого приступа лечение допустимо, если суммарный риск рецидива ≥60%: учитывают семейный анамнез, перинатальные поражения, нейроинфекции, ЧМТ, очаговую неврологическую симптоматику, эпилептиформную активность на ЭЭГ и структурные изменения на МРТ. УУР С, УДД 5.
- У пациентов на ПЭП используйте терапевтический лекарственный мониторинг для индивидуализации лечения и коррекции дозы: при титрации, изменении дозы, подозрении на токсичность, продолжающихся приступах, беременности, сопутствующих болезнях, взаимодействиях, замене препарата или сомнениях в приверженности. УУР С, УДД 4.
- Для ТЛМ особенно выделены вальпроевая кислота и карбамазепин как ПЭП с наивысшим уровнем рекомендации к мониторингу; после достижения клинического результата рекомендованы 2 независимых измерения с интервалом 2 и 4 месяца для индивидуального терапевтического диапазона.
- При подозрении на иммунную эпилепсию определяйте антитела в крови и ЦСЖ; при подозрении на аутоиммунную эпилепсию при наличии паранеопластического процесса — опухолевоспецифические антитела. В перечне указаны, среди прочих, NMDA-R, AMPA, GABAa-R, GABAb-R, CASPR2, LGI1, GAD. УУР С, УДД 4.
- При подозрении на метаболическую эпилепсию биохимическое обследование нужно для последующей специфической терапии; среди метаболических эпилепсий названы, например, дефицит биотинидазы, дефицит церебрального фолата, GLUT-1, пиридоксинзависимая эпилепсия. УУР В, УДД 3.
- При симптоматическом эпилептическом статусе на фоне текущего церебрального процесса лечат не только статус, но и основное заболевание; именно основная причина во многом определяет летальность.
- Перед коррекцией дозы ПЭП при генерализованных формах учитывайте контрольную ЭЭГ: выраженность эпилептиформной активности связана с вероятностью приступов; контроль выполняют в тех же условиях, что и первичную запись. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Эпилептический статус или серия приступов — показание к экстренной госпитализации в нейрореанимацию или общую реанимацию.
- После купирования эпилептического статуса на этапе скорой помощи пациента экстренно госпитализируют в неврологическое отделение; при тяжелом состоянии — в нейрореанимацию.
- При ЧМТ пациента госпитализируют в нейрохирургическое отделение или нейрореанимацию в зависимости от тяжести травмы и состояния.
- Лихорадка, эпилептический статус и подозрение на нейроинфекцию — показание к госпитализации в реанимацию инфекционного стационара.
- Если статус возник у пациента с наследственной болезнью обмена и риском метаболического криза, нужна экстренная госпитализация в реанимацию для стабилизации жизненно важных функций и коррекции метаболических нарушений.

Частые вопросы

Можно ли поставить эпилепсию после одного приступа?

Да, если это неспровоцированный или рефлекторный приступ и риск повторения в последующие 10 лет оценивается как ≥60%, либо если установлен эпилептический синдром. УУР С, УДД 5.

Нормальная межприступная ЭЭГ исключает эпилепсию?

Нет. Межприступная ЭЭГ может быть нормальной у 50% пациентов с несомненной эпилепсией; повторная рутинная ЭЭГ снижает долю отрицательных результатов до 30%, ЭЭГ после депривации сна — до 20%.

Когда судорожный приступ считать эпилептическим статусом?

Для тонико-клонического статуса ключевая точка начала лечения — 5 минут, а риск долгосрочных последствий возрастает после 30 минут. Для фокального статуса t1 — 10 минут, t2 — более 60 минут; для статуса абсансов t1 — 10–15 минут.

Что спросить у свидетеля приступа?

Нужно восстановить события до, во время и после приступа, степень нарушения сознания, моторные и немоторные проявления, постприступную спутанность, повторяемость и провоцирующие факторы. Важно получить домашнее видео, если оно есть. УУР С, УДД 5; видео — УУР В, УДД 3.

Какие признаки больше говорят за психогенный неэпилептический приступ?

В тексте указаны: длительность пароксизма более 10 минут, стереотипные движения тазом, переменная амплитуда ритмичных движений, сохранность сознания и памяти во время события. Постприступная спутанность чаще бывает при эпилептических приступах, особенно после ГТКП.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/741-epilepsiya-i-epilepticheskij-status-u-vzroslyh-i-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/741_1