

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце: Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

ФИО: Косенок Сергей Михайлович "Сургутский государственный университет"

Должность: ректор

Дата подписания: 25.08.2025 11:55:34

Уникальный программный ключ:

e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по УМР

11 июня 2025г., протокол УМС №5

## Эпилепсия и эпилептические синдромы рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Кардиологии**  
Учебный план о310842-Неврол-25-1.plx  
31.08.42 Неврология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72  
в том числе:  
аудиторные занятия 32  
самостоятельная работа 40

Виды контроля в семестрах:  
зачеты 2

### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	2 (1.2)			
Неделя	14 2/6			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	6	6	6	6
Практические	26	26	26	26
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

*к.м.н., доцент, Смертина Л.П.*

Рабочая программа дисциплины

**Эпилепсия и эпилептические синдромы**

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.42 Неврология (приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 г. № 103)

составлена на основании учебного плана:

31.08.42 Неврология

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2025 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Кардиологии** от 21.04.2025, протокол № 9

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Урванцева И.А.

**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	подготовка квалифицированного врача-специалиста невролога, обладающего системой обще-культурных и профессиональных компетенций, готового для самостоятельной профессиональной деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи; а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях нервной системы.
-----	---

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	ФТД.В
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Неврология
2.1.2	Патология
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.2	Производственная (клиническая) практика
2.2.3	Производственная (научно -исследовательская работа) практика

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**ПК-1.1:** Осуществляет проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза

**Знать:**

Уровень 1 | 1

**ПК-1.2:** Осуществляет назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности

**Знать:**

Уровень 1 | 2

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	– организацию работы неотложной неврологической помощи;
3.1.2	– международную классификацию болезней;
3.1.3	– анатомию и физиологию нервной системы;
3.1.4	– общую патологию;
3.1.5	– клиническую лабораторную диагностику;
3.1.6	– анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
3.1.7	– нормальную и патологическую физиологию центральной и периферической нервной системы;
3.1.8	– этиологию и патогенез заболеваний нервной системы;
3.1.9	– классификации болезней нервной системы;
3.1.10	– современные методы обследования неврологического больного;
3.1.11	– современные методы лечения в неврологии;
3.1.12	– показания и противопоказания к нейрохирургическому лечению, применению физиотерапии и лечебной физкультуры, санаторно-курортному лечению при заболеваниях нервной системы;
3.1.13	– основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике;
3.1.14	– основные принципы неотложной терапии нервных болезней;
3.1.15	– основы клинической фармакологии и нейрофармакологию;
3.1.16	– экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы.
3.1.17	– организацию диспансеризации неврологических больных, анализ ее эффективности;
3.1.18	– профилактику неврологических заболеваний и сан - просветительную работу;
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	<input type="checkbox"/> получить анамнестическую информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания, установить топический диагноз и неврологический синдром;

3.2.2	<input type="checkbox"/> определить необходимость применения тех или иных методов клинического и ин-струментального обследования;
3.2.3	<input type="checkbox"/> оценить результаты клинических и биохимических показателей, данные рентгеноско-пии и рентгенографии, нейровизуализации, ЭКГ, эхографии как способов диагности-ки патологических процессов и их активности;
3.2.4	<input type="checkbox"/> установить диагноз и провести дифференциальный диагноз в соответ-ствии с класси-фикацией МКБ-10, с выделением основного заболевания или синдрома, сопутст-вующих заболеваний и осложнений;
3.2.5	<input type="checkbox"/> назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стан-дартами оказания неврологической помощи;
3.2.6	<input type="checkbox"/> оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению воз-можных и лечению развившихся осложнений заболевания;
3.2.7	<input type="checkbox"/> определить показания для консультации других специалистов, консилиума специали-стов;
3.2.8	<input type="checkbox"/> владеть методами обезболивания, уметь купировать острые болевые синдромы различ-ного генеза;
3.2.9	<input type="checkbox"/> оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость реанимационных ме-роприятий;
3.2.10	<input type="checkbox"/> провести комплекс реанимационных мероприятий при клинической смерти и терми-нальных состояниях;
3.2.11	<input type="checkbox"/> оказать срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности, острой дыхательной недо-статочности, острых интоксикациях, термических и электротравмах;
3.2.12	<input type="checkbox"/> дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования;
3.2.13	оценить результаты рентгенологического исследования черепа и позвоночника, цере-бральной ангиографии, электроэнцефалографии, ультразвуковых методов исследова-ния, электромиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения;
3.2.14	<input type="checkbox"/> оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здра-воохранению;

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Примечание
	<b>Раздел 1.</b>					
1.1	Основные механизмы эпилептогенеза. Эпилептические припадки /Лек/	2	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.2	Клиника и классификация эпилепсии /Лек/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.3	Клиника и классификация эпилепсии /Пр/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.4	Фармакологическое лечение эпилепсии Противозэпилептические препараты. /Пр/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.5	Эпилептический статус /Пр/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	

1.6	Понятие о резистентности. Показания к оперативному лечению. Кетогенная диета /Пр/	2	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.7	Эпилепсия и беременность /Пр/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.8	Эпилепсия у пожилых /Пр/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.9	Неэпилептические пароксизмальные состояния /Пр/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.10	Эпилептические приступы /Ср/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.11	Клиника и классификация эпилепсии /Ср/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.12	Эпилептические синдромы, связанные с определенной локализацией очага /Ср/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.13	Понятие о резистентности. Показания к оперативному лечению. Кетогенная диета /Ср/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.14	Неэпилептические пароксизмальные состояния сознания /Ср/	2	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.15	Эпистатус /Ср/	2	8	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.16	Эпилепсия у пожилых /Ср/	2	8	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	

1.17	/Зачёт/	2	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	
1.18	/Контр.раб./	2	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	

## 5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

### 5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Триумфов А. В.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Краткое руководство	М.: МЕДпресс, 2023	12
Л1.2	Скоромец А. А., Скоромец Т. А.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей	СПб.: Политехника, 2021	0
Л1.3	Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А.	Нервные болезни: учебное пособие	Москва: МЕДпресс-информ, 2022	29

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпаронова Н. В.	Хронические сосудистые заболевания головного мозга: (дисциркуляторная энцефалопатия)	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020	2
Л2.2	Авакян Г. Н., Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И., Гехт А. Б.	Неврология: национальное руководство	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018	3
Л2.3	Лупанов О.Б.	Математические вопросы кибернетики: Сборник статей Т. 12.: сборник научных трудов	Москва: Физматлит, 2011, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785922104982.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785922104982.html</a>	1

#### 6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Смертина Л. П.	Частная неврология: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2010	35
Л3.2	Смертина Л. П.	Неврологические осложнения остеохондроза: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2014	176

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.3	Смертина Л. П., Богданов А. Н.	Хронические нейроинфекции: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015	59
<b>6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</b>				
Э1	Электронная библиотека РНБ: фонд авторефератов диссертаций			
Э2	Научная электронная библиотека «КиберЛенинка»			
Э3	ВИНИТИ			
<b>6.3.1 Перечень программного обеспечения</b>				
6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office			
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем</b>				
6.3.2.1	<a href="http://www.garant.ru">http://www.garant.ru</a> Информационно-правовой портал Гарант.ру			
6.3.2.2	<a href="http://www.consultant.ru">http://www.consultant.ru</a> Справочно-правовая система Консультант Плюс			

<b>7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
7.1	1. Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультации, текущего контроля и промежуточной аттестации
7.2	- типовой учебной мебелью
7.3	- стационарной учебной доской для мела
7.4	- табличным фондом
7.5	- Ноутбук
7.6	- Медиaproектор
7.7	- Стационарный экран
7.8	2. БУ-ХМАО-СОКБ
7.9	- Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе
7.10	связанные с медицинскими вмешательствами
7.11	- медицинскими изделиями(тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские ве-сы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профи-лактических и лечебных мероприятий, негагоскоп, камертон, молоточек неврологический)
7.12	- Универсальный передвижной палатный рентге-новский аппарат
7.13	- Высокоскоростной сканирующий томограф
7.14	- Мультисрезовой рентгеновский компьютерный томограф
7.15	- Томограф магнитный резонансный (МРТ)
7.16	- Передвижной рентгенодиагностический ком-плекс
7.17	- Электроэнцефалограф-анализатор
7.18	- Электромиограф
7.19	3. Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фан-томной и симуляционной техникой, лабораторными инстру-ментами и расходными материалами.

## Форма оценочного материала для промежуточной аттестации

### Тестовое задание для промежуточной аттестации по дисциплине: Эпилепсия (адаптивная программа),

#### 1 СЕМЕСТР

Код, направление подготовки	31.08.42 Неврология
Направленность (профиль)	Неврология
Форма обучения	Очная
Кафедра-разработчик	Кардиологии
Выпускающая кафедра	Кардиологии

#### **Типовые задания для контрольной работы:**

#### **Список вопросов к темам для самостоятельной работы ординатора**

##### **Тема 1. Клиника и классификация эпилепсии.**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Определение эпилепсии.
2. История развития представлений об эпилепсии. Диагностика эпилепсии в античном периоде. Знаменитые люди, страдавшие эпилепсией. Лечение эпилепсии в Средние века и в эпоху Ренессанса.
3. Составляющие эпилептического приступа (иктальный период, аура, постиктальный и интериктальный периоды).
4. Международная классификация эпилептических приступов 2001 г.
5. Международная классификация эпилепсии и эпилептических синдромов. Привнесенные изменения.
6. Эпидемиология эпилепсии.
7. Генетика эпилепсии.
8. Эпилепсия и эпилептические синдромы, связанные с определенной локализацией очага
9. Генерализованные формы эпилепсии
10. Формы эпилепсии, имеющие как генерализованные, так и фокальные проявления.
11. Специфические синдромы. Ситуационно-обусловленные приступы. Изолированные приступы.

##### **Тема 2. Фармакологическое лечение эпилепсии. Противозепилептические препараты (ПЭП).**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Общие принципы реабилитации больных. Механизм действия ПЭП. Взаимодействие.
2. Вальпроаты.
3. Карбамазепины.
4. Окскарбазепин.
5. Бензодиазепины.
6. Ламотриджин.
7. Леветирацетам.
8. Топирамат.
9. Дифенин.
10. Фенобарбитал и другие барбитураты.
11. Этосуксимид
13. Вигабатрин.

14. Новые противоэпилептические препараты, зарегистрированные в РФ.
15. Осложнения противоэпилептической терапии, их коррекция.

### **Тема 3. Эпилептический статус.**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Определение эпилептического статуса. Эпидемиология. Виды эпилептического статуса.
2. Тонико-клонический эпилептический статус: клиника.
3. Патопфизиология тонико-клонического эпилептического статуса.
4. Прогноз тонико-клонического эпилептического статуса.
5. Лечение тонико-клонического эпилептического статуса: неотложная терапия: вентиляция и оксигенотерапия, коррекция уровня глюкозы, артериального давления, КЩС, показателей крови, температуры тела, выявление пусковых факторов и их лечение.
6. Роль ЭЭГ мониторинга в лечении эпилептического статуса.
7. Фармакологическая терапия эпилептического статуса: фармакологические принципы.
8. Рекомендуются протокол лечения эпилептического статуса.
9. Препараты, применяемые для лечения эпилептического статуса у взрослых и детей. Диазепам, фенитоин, клоназепам, тиопентал натрия, ноотропил.

### **Тема 4. Понятие о резистентности. Показания к оперативному лечению. Кетогенная диета.**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Понятие о резистентности к лечению ПЭП.
2. Понятие о псевдорезистентности.
3. Принятие решения о хирургическом лечении.
4. Показания к хирургическому лечению эпилепсии.
5. Хирургическое лечение эпилепсии: височная лобэктомия, экстратемпоральная резекция, каллозотомия, гемисферэктомия, субпиальные насечки, стимуляция блуждающего нерва.
6. Особенности хирургического лечения эпилепсии у детей.
7. Кетогенная диета. Сущность метода, показания, побочные эффекты.

### **Тема 5. Эпилепсия и беременность.**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Влияние гормонов на эпилептогенез.
2. Дисфункция яичников у пациенток с эпилепсией.
3. Течение эпилепсии у беременных: частота приступов, изменение терапии, эклампсия.
4. Врожденные пороки развития и тератогенный эффект противоэпилептических препаратов.
5. Осложнения беременности иного характера.
6. Задержка развития детей, рожденных от матерей с эпилепсией.
7. Грудное вскармливание.
8. Рекомендации по ведению беременных с эпилепсией.
9. Бесплодие при эпилепсии. Контрацепция при эпилепсии.. Наступление менопаузы у больных.

### **Тема 6. Эпилепсия у пожилых.**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Эпидемиология эпилепсии в пожилом возрасте.
2. Этиология эпилепсии у пожилых.
3. Характеристика приступов.
4. Электроэнцефалография. МРТ признаки менингита
5. Нейровизуализация. КТ и МРТ.
6. Дифференциальный диагноз эпилепсии у пожилых: синкопальные состояния, транзиторные ишемические атаки, преходящая глобальная амнезия.

7. Рекомендации по клинической фармакологии: абсорбция, распределение, биотрансформация, экскреция ПЭП у пожилых.
8. Взаимодействие препаратов у пожилых.
9. Токсичность ПЭП у пожилых.
10. Общие рекомендации по лечению эпилепсии у пожилых. Выбор препарата. Доза препарата.

## **Тема 7. Неэпилептические пароксизмальные состояния.**

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Синкопальные состояния: рефлекторные, ортостатические, дисметаболические пароксизмы, недостаточность в вертебро-базиллярном бассейне, синкопальные состояния при экстремальных факторах.
2. Неэпилептические расстройства сна: парасомнии, диссомнии. Нарколепсия.
3. Мигрень.
4. Расстройства, связанные с нарушением эмоциональной сферы. Псевдоприступы. Гипервентиляция. Панические атаки.
5. Другие пароксизмальные расстройства у детей: аффективно-респираторные припадки, замирания, гримасы, мастурбация, приступы дрожания.
6. Кивательные спазмы у детей.
7. Экстрапирамидные расстройства.
8. Соматические нарушения.

## **Список тем рефератов к темам для самостоятельной работы студентов**

Темы рефератов:

### **1. Клиника и классификация эпилепсии.**

- Медиальная височная эпилепсия. Латеральная височная эпилепсия.
- Лобная эпилепсия. Затылочная эпилепсия.
- Рефлекторные эпилепсии.
- Теменная эпилепсия.
- Прогноз фокальных приступов и структурных эпилепсий.
- Синдром Кожевникова
- Энцефалит Расмуссена
- Аутосомно-доминантная лобная эпилепсия с ночными пароксизмами
- История развития представлений об эпилепсии, начиная с античных времен

### **2. Фармакологическое лечение эпилепсии. Противосудорожные препараты (ПЭП).**

- Цель лечения и принципы медикаментозной терапии эпилепсии
- Определение концентрации противосудорожных препаратов
- Выбор препаратов противосудорожной терапии
- Взаимодействие препаратов противосудорожной терапии и других
- Побочные эффекты противосудорожной терапии, их контроль и коррекция
- Монотерапия депакином различных форм эпилепсии
- Политерапия различных форм эпилепсии с использованием депакина
- Барбитураты в лечении различных форм эпилепсии
- Карбамазепины в лечении различных форм эпилепсии
- ЭЭГ как метод контроля эффективности ПЭП

### **3. Эпилептический статус.**

- Эпилептический статус сложных фокальных приступов
- Эпилептический статус абсансов
- Эпилептический статус фокальных моторных приступов
- Сравнительные исследования препаратов для тонико-клонического эпилептического статуса
- Фармакологические принципы лечения эпилептического статуса
- Обследование пациентов с эпилептическим статусом
- Патопатология тонико-клонического эпилептического статуса

- Клинико-лабораторные изменения , возникающие во время эпилептического статуса
- Протокол лечения эпилептического статуса

#### **4. Понятие о резистентности. Показания к оперативному лечению. Кетогенная диета.**

- Понятие о резистентности к противоэпилептической терапии и ее причины
- «Псевдорезистентность» к противоэпилептической терапии, ее причины
- Показания к хирургическому лечению эпилепсии.
- Хирургическое лечение при синдроме Веста и синдроме Леннокса-Гасто
- Стимуляционные и деструктивные методы хирургического лечения эпилепсии
- Управляемая электростимуляция ветвей блуждающего нерва как метод лечения эпилепсии
- Показания к применению кетогенной диеты. Кетогенная диета, суть метода.
- Прогрессирующая гидроцефалия и краниостеноз у детей как причина эпилептических приступов. Оперативное лечение.

#### **5. Эпилепсия и беременность.**

- Рекомендации по ведению пациенток с эпилепсией во время беременности.
- Риск применения вальпроатов у женщин фертильного возраста и беременных.
- Связь между противоэпилептическими препаратами у беременных и пороками развития плода
- Выбор противоэпилептической терапии у женщин, планирующих беременность
- Эффекты ламотриджина, вигабатрина и габапентина при лечении беременных с эпилепсией
- Нарушение репродуктивной функции у больных женщин с эпилепсией
- Изменение терапии противоэпилептическими препаратами при беременности

#### **6. Эпилепсия у пожилых.**

- Изменения при электроэнцефалографии у пожилых
- Предикторы эпилептического приступа и эпилептического статуса после инсульта
- Токсичность противоэпилептических препаратов у пожилых
- Выбор противоэпилептической терапии у пожилых
- Взаимодействие противоэпилептических препаратов с другими, употребляемыми при полиморбидности у пожилых пациентов
- Дозы и фармакокинетика противоэпилептических препаратов, применяемых в пожилом возрасте
- Стратегии оптимизации противоэпилептической терапии у пожилых
- Противоэпилептическая терапия у резидентов гериатрических учреждений: влияние пола, возраста, схемы назначения

#### **7. Неэпилептические пароксизмальные состояния.**

- Дифференциальный диагноз эпилепсии и мигрени
- Дифференциальный диагноз конверсионных приступов и эпилептических приступов
- Дифференциальный диагноз пароксизмальных экстрапирамидных нарушений и эпилепсии.
- Панические атаки, дифференциальный диагноз с фокальными эпилепсиями.
- ЭЭГ в диагностике и дифференциальной диагностике пароксизмальных неэпилептических состояний.
- Неэпилептические расстройства сна у детей.
- Синкопальные состояния, возникающие при воздействии экстремальных факторов.

### **Список задач для аудиторной работы студентов (пример 3-5 шт)**

Задача 1.

Больной 16 лет, вес 73 кг.

Жалобы на короткие приступы с выключением сознания и судороги.

Анамнез заболевания: болен с 12 лет. На фоне полного здоровья появились приступы с выключением сознания и короткими замираниями. Сам больной не ощущал эти приступы, и они были замечены лишь матерью. Частота приступов составляла 8-10 раз в сутки с продолжительностью не более 3-4 секунд. По месту жительства были диагностированы тики, регулярного противосудорожного лечения не получал. В 16 лет возник первый ГСП, тонико-клонический. Всего на момент курации отмечалось 2 судорожных приступа

(продолжительностью около 3 минут), причем оба в период засыпания.

Анамнез жизни: от 1 первой физиологической беременности, роды в срок. Родился в асфиксии с весом 4300, рост 52см. В возрасте 1 мес перенес пупочный сепсис. Раннее развитие по возрасту. Наследственность неотягощена.

Неврологический статус: ЧН без патологии. Объем активных и пассивных движений в конечностях сохранен, парезов нет. Мышечный тонус физиологичен. Сухожильные рефлексы с конечностей оживлены, равные. Патологических рефлексов нет. В п.Ромберга устойчив. Нарушений координации нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Интеллект сохранен.

Дополнительное обследование.

Глазное дно – норма.

ЭЭГ: (в межприступный период, в бодрствовании) альфа-ритм 10 Гц, 100 мкВ, регулярен, зональные различия четкие. В фоне определяются периодическое ритмическое генерализованное замедление в ритме тета с высокоамплитудным преобладанием в левой височной области. При гипервентиляции на 3 минуте констатируются единичные нерегулярные вспышки пик-волновой активности с частотой 3,5 Гц и амплитудным преобладанием в левой лобно-височной области.

КТ: легкое расширение заднего рога левого бокового желудочка.

Лечение: до момента обращения противэпилептического лечения не получал. Обратился после присоединения ГСП.

Вопросы :

1. Диагноз?
2. Предложите лечение.

Ответы.

1. Юношеская абсанс эпилепсия с генерализованными судорожными приступами.
2. Вальпроевая кислота начиная с 10-15 мг /кг массы тела в 2 приема, с наращиванием на 250 мг в сутки. Эффект может быть получен на низкой дозе до 18 мг/кг в сутки.

Описан типичный случай. Характерен дебют приступов в пубертатный период и наличие абсансов. При отсутствии терапии, так как абсансы были приняты за тики, через 4 года присоединились генерализованные судорожные приступы при засыпании, что типично для данной формы эпилепсии. Назначение вальпроевой кислоты позволило полностью купировать приступы.

Задача 2.

Больной 7 лет. Жалобы на короткие приступы с выключением сознания, плохую переносимость яркого света.

Анамнез заболевания: болен с 5 лет, когда вскоре после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции появились приступы, протекавшие по типу абсансов. При этом, если пациент находился в тени, наблюдалось застывание на 3-4 сек, с легким подергиванием век и заведением глазных яблок вверх, иногда в сочетании с «гортанным» звуком. На солнце, особенно при переходе из темноты на свет, возникали более продолжительные приступы с замиранием на 5-6 сек, с ретропульсией головы, девиацией глазных яблок вверх, «трепетанием» век. Частота приступов 3-5 за час, с наибольшим постоянством возникая утром и в солнечные дни в хорошо освещенном помещении.

Анамнез жизни.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды срочные, со слабостью родовой деятельности и применением акушерских щипцов. Вес при рождении 3500, рост 53 см. Раннее психомоторное развитие соответствовало возрасту. Страдает энурезом. Наследственный анамнез по эпилепсии не отягощен.

Неврологический статус. Рост 123 см вес 21 кг.

ЧН без патологии. Парезов нет. Умеренная диффузная мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы с конечностей умеренно оживлены, равные. Патологический рефлекс Маринеско-радовичис двух сторон. В п. Ромберга устойчив. Нарушений координации нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Интеллект – мышление инертно, запас знаний ниже возрастной нормы. Речь обеднена, замедленна. Выражена сложная дислалия.

Отмечается фотофобия – резь в глазах и слезотечение, при этом на свету прищуривается и опускает голову вниз.

Результаты обследования.

Глазное дно без патологии.

ЭЭГ (приступный период, бодрствование): альфа ритм частотой 8 Герц 50мкВ, зональные различия слабо выражены, нерегулярен. Отмечается периодическое ритмическое замедление 4-5 Герц в лобных отведениях. При закрывании глаз с ритмической ФС возник типичный абсансный приступ с трепетанием век, продолжительностью 5 сек, с появлением билатерально- синхронной с преобладанием в лобных отделах пик-волновой активности с частотой 4 герц. Четко замечен окулографический артефакт.

КТ – патологии не выявлено.

Психолог : легкая задержка интеллектуального развития.

Лечение: по месту жительства диагностирована пикнолепсия и назначен радедорм в суточной дозе 3,75 мг и фенobarбитал 60 мг в сутки. Эффекта получено не было.

Вопросы.

1. Диагноз?
2. Предложите лечение.

Ответы.

1. Миоклония век с абсансами.

2. Терапия вальпроевой кислотой с наращиванием дозы до высокой, в случае сохранения абсансов, до 100 мг/кг массы тела в два приема, при неполном эффекте добавление этосуксимида ( 750 мг в сутки)

Комментарий. Дебют заболевания в 5 лет с частыми ретропульсивными абсансами заставил по месту жительства поставить диагноз абсансной эпилепсии ( пикнолепсии), лечение было не эффективным ( радедорм, фенobarбитал). Наличие трепетания век при приступе и изменения на ЭЭГ в сочетании с фотосенситивностью позволило уточнить диагноз – миоклония век с абсансами.

Задача 3.

Больная 5 лет.

Жалобы на приступы страха, возбудимость.

Анамнез заболевания. Больна с трех лет. Появились приступы, возникающие исключительно ночью, сразу после засыпания. Внезапно просыпается с пронзительным криком, садится в кровати, глаза широко раскрыты, гримаса ужаса. Затем вскакивает, бежит и забирается под стол. Наблюдается ознобоподобный гиперкинез,

руки согнуты в локтевых суставах и прижаты к груди. При попытке вытащить из-под стола сопротивляется. На вопрос родителей «Что с тобой?» отвечает односложно : «Страшно». Продолжительность приступа около 1 мин, частота 1 раз в 2-3 дня. Приступы были диагностированы врачом как ночные страхи (парасомнии), назначена терапия сонапаксом в дозе 10 мг в сутки. Однако эффекта не отмечалось, меньше, чем через 1 мес с момента начала заболевания присоединились приступы во время бодрствования, чаще утром и вечером. Характер дневных приступов был аналогичен ночным. В среднем общая частота приступов составляла 2-4 раза в сутки. С 3 лет за три мес до начала приступов появились сильная возбудимость, негативизм, вспышки агрессии по отношению к родственникам, ухудшился контакт с детьми.

Анамнез жизни: ранний анамнез не отягощен, становление психомоторных навыков по возрасту. Отмечалась задержка речевого развития. Семейных случаев эпилепсии не было.

Неврологический статус. ЧН без патологии. Объем активных и пассивных движений в конечностях сохранен, парезов нет. Мышечный тонус физиологичен. Сухожильные рефлексы с конечностей равные. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива. Нарушений координации нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Интеллект сохранен. Речь – сложная дислалия. При осмотре резко негативна, в контакт не вступает.

Дополнительные методы исследования.

Глазное дно – норма.

ЭЭГ бодрствование, межприступный период. Неоднократно в фоне появляются разряды крайне высокоамплитудных комплексов острая волна – медленная волна по правой гемисфере с амплитудным максимумом в области Т3.

П

КТ – без патологии.

Вопросы.

1. Диагноз?
2. Предложите лечение.

Ответы.

1. Идиопатическая фокальная эпилепсия с аффективными приступами.
2. Препараты выбора – карбамазепин и вальпроаты в средних терапевтических дозах – карбамазепин – 15 мг/кг в сутки и вальпроаты 40 мг/кг/сутки

Комментарий. Типичен для этой формы эпилепсии характер приступов, мономорфизм их, приуроченность к засыпанию, с последующей трансформацией на период бодрствования. Характерен ошибочный диагноз пароксизмальных ночных страхов и отсутствие эффекта от психотропных препаратов. Прогноз благоприятен.

Задача 4.

Сестра вызвала скорую помощь своему 30-летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз-300 в 1 мл, белок 2,0 г/л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ-признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек). Вопросы.

1. Топический диагноз ?

2. Какой предварительный клинический диагноз?
3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
4. Предложите дополнительные методы обследования.
5. Предложите план лечения.
6. Возможные исходы заболевания?

Ответы.

1. Левая височная, лобная доли
2. Герпетический энцефалит. Симптоматический судорожный приступ.
3. Энцефалитами другой этиологии, ОНМК
4. Анализ ликвора на выявление вируса – ПЦР, обследование на ВИЧ с определением иммунного статуса
5. Ацикловир (10 мг/кг х 3 в/в кап), симптоматическое лечение, лечение ВИЧ.

При повторении приступа судорог показана противоэпилептическая терапия. При судорогах – диазепам 0,2 мг/кг массы тела со скоростью 5 мг в минуту

Для профилактики приступов вальпроевая кислота 10-15 мг /кг в сутки в два приема с наращиванием дозы на 250 мг на прием через неделю. Контроль тромбоцитов и печеночных проб ежедневно на фоне лечения.

6. При адекватном лечении смертность составляет 28% (без -70%), около 50% имеют стойкий резидуальный неврологический дефицит

### Список вопросов тестового контроля с ответами для текущего контроля знаний (пример 10 вопросов).

1. Для диагноза эпилепсия необходимо наличие у больного
  - а) **повторных не провоцируемых эпилептических приступов**
  - б) гидроцефалии
  - в) гепатолентикулярной дегенерации
  - г) внутримозговой кальцификации
  
2. Механизм действия антиэпилептических препаратов
  - а) действие на натриевые каналы; на вольтаж-зависимые кальциевые каналы
  - б) действие на рецепторы ГАМК; действие в качестве антагонистов глутамата
  - в) ингибирование карбоангидразы, изменение серотонинэргической активности
  - г) блокада аденозинА 1-рецепторов, активация калиевой проводимости
  - д) **верно все**
  
3. Незаращение нервной трубки (spina bifida) может возникать при приеме беременной противоэпилептических препаратов
  - а) **карбамазепин, вальпроаты**
  - б) любых противоэпилептических препаратов
  - в) ламотриджин
  - г) леветирацетам
  
4. При эпилептическом статусе порядок медикаментозной терапии следующий
  - а) диазепам внутривенно 0,2 мг/кг массы тела в/в, при неэффективности повторное введение; при неэффективности – введение фенобарбитала 20 мг/кг со скоростью 100 мг/мин в/в, обычно + вспомогательная вентиляция легких; при неэффективности – наркоз, ИВЛ; применение миорелаксантов
  - б) введение фенобарбитала 20 мг/кг со скоростью 100 мг/мин в/в; при неэффективности – наркоз, ИВЛ; применение миорелаксантов
  - в) диазепам внутривенно 0,2 мг/кг массы тела в/в, при не эффективности повторное введение
  - г) вальпроевая кислота 40 мг/кг массы тела в/в, затем внутрь (в зонд) 1000 мг 2 раза в день
  
5. При судорогах у ребенка до 5 лет на фоне фебрильной температуры врачу следует

- а) исключить менингит посредством исследования спинно-мозговой жидкости
- б) при очаговых симптомах, указывающих на структурный дефект в мозге, провести КТ или МРТ исследование
- в) провести ЭЭГ исследование
- г) определить глюкозу плазмы, мочевины и электролиты
- д) **верно а) и б)**
- е) верно а)б)в)г)

6. Для фебрильных судорог характерны

**а) генерализованные тонико-клонические судороги у детей от 6 мес до 5 лет в сочетании с лихорадкой и без признаков нейроинфекции**

б) фокальные судорожные и бессудорожные приступы у детей до 5 лет на фоне лихорадки

в) судорожный приступ у детей на фоне фебрильной температуры, без патологических изменений на ЭЭГ после приступа

г) генерализованные судорожные приступы у детей до 5 лет, возможно, с фокальным компонентом, на фоне лихорадки, при нормальных показателях биохимии крови (калий, натрий, кальций, мочевина, глюкоза) и без признаков менингита

7. К обязательным критериям синдрома Леннокса-Гасто относится

а) фокальные или мультифокальные спайки на межприступной ЭЭГ

б) частое развитие бессудорожного эпилептического статуса

в) начало в 1-6 лет

г) **межприступная диффузная медленная пик-волновая активность на ЭЭГ**

8. Наиболее распространенные типы припадков при синдроме Леннокса-Гасто

а) фокальные, генерализованные тонико-клонические, тонические

**б) тонико-аксиальные, атипичные абсансы, миоклонические, генерализованные тонико-клонические, редко-фокальные**

в) генерализованные тонико-клонические, простые и сложные фокальные, типичные абсансы

г) эпилептический статус

9. Для детской абсансной эпилепсии характерны приступы

**а) сложные абсансы с минимальным моторным компонентом с частотой несколько сотен приступов в день**

б) простые абсансы частотой несколько сотен приступов в день

в) частые абсансы с атоническим компонентом

г) частые абсансы с вегетативным компонентом, с недержанием мочи и изменением цвета кожи, мидриазом

10. «Идеальные» препараты для пациентов с эпилепсией пожилого возраста удовлетворяют требованиям

**а) минимальная связь с белками, отсутствие окислительного метаболизма и нейротоксичности**

б) возможность однократного приема в сутки

в) жирорастворимость препарата

г) метаболизм системой Цитохром Р-450 печени