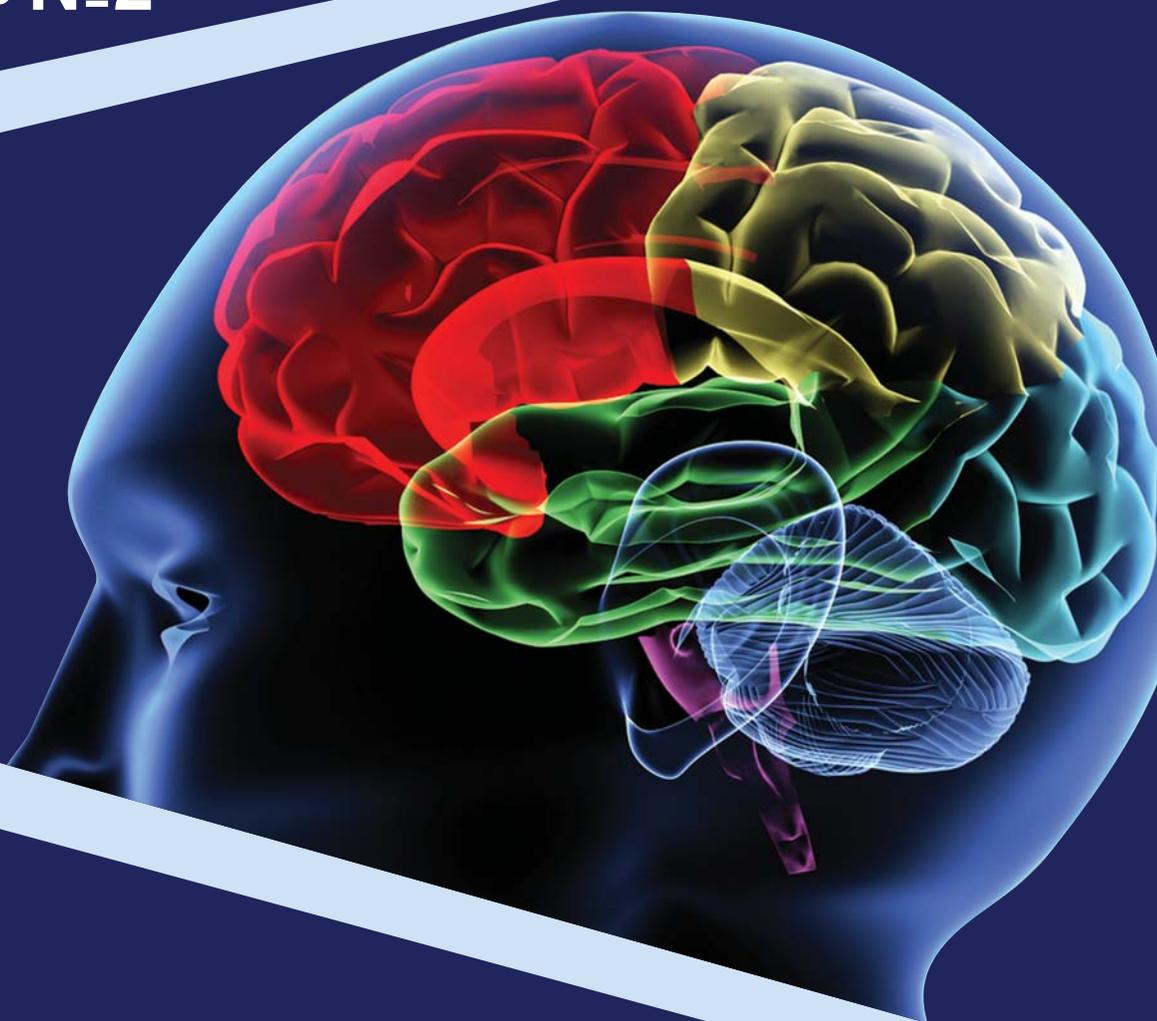


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные СОСТОЯНИЯ

2014 Том 6 №2



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ЭНЦЕФАЛИТАМИ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Филиппович Н.Ф.¹, Стахейко Н.В.²

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
(г. Минск, Республика Беларусь)

² ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»
(п. Городище, Республика Беларусь)

Резюме: вирусная инфекция центральной нервной системы представляет группу инфекционных заболеваний, обладающих высокими контагиозностью и летальностью во всех возрастных группах. За последнее десятилетие изменилась структура вирусных поражений, на смену полиомиелита и западного клещевого энцефалита пришли медленные и герпетические инфекции. Нами впервые установлен характер качественных и количественных изменений спектра свободных аминокислот в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости у пациентов с эпилептическим синдромом при хронической вирусной нейроинфекции. Изучена зависимость концентрации основных аминокислот при анализируемой патологии от уровня белка цереброспинальной жидкости, а также степени тяжести клинических проявлений.

Ключевые слова: хроническая вирусная нейроинфекция, эпилептический синдром, основные аминокислоты сыворотки крови и цереброспинальной жидкости.

Вирусная инфекция центральной нервной системы (ЦНС) представляет собой одну из многочисленных групп инфекционных заболеваний, разнообразных по клиническому течению и морфологии, обладающих высокой контагиозностью и летальностью [8,10]. По данным ВОЗ, заболевания, обусловленные вирусом герпеса, занимают второе место после гриппа, как причина инвалидизации [3,5]. В конце 90-х годов появились первые публика-

ции о целесообразности выделения самостоятельных хронических форм герпетических инфекций, не укладывающихся в картину острого вирусного энцефалита [1,8,16-19]. Ведущими клиническими проявлениями данной патологии являются когнитивные, экстрапирамидные, стволовые нарушения и эпилептический синдром [7,12].

Патогенетические механизмы хронизации инфекционного процесса еще малоизучены и являются предметом научной дискуссии [4,6,9,11,15]. Характер поражения нервной системы зависит не только от высоковирулентных штаммов вирусов, но и особенностей иммунного ответа организма на инфекцию. Иммунная система, особенно клеточный иммунитет, непосредственно связана с белковым обменом, который обеспечивается аминокислотным пулом. Функции аминокислот многообразны: участие в основных метаболических процессах, формирование и поддержание иммунной системы, обеспечение энергетической потребности клеток головного мозга, участие в синтезе нейропептидов и нейромедиаторов [2].

Важной социальной и медицинской проблемой, связанной с вирусной нейроинфекцией, является снижение инвалидности и летальности, которое может быть достигнуто путем своевременной диагностики и совершенствованием терапии. Клинические и лабораторные исследования, проводимые для диагностики вирусных поражений ЦНС, имеют свои положительные стороны и недостатки, ограничены пределами чувствительности и специфичности. В связи с этим достоверность полученных результатов может быть обеспечена только при комплексном использовании клинических, лучевых и лабораторных методов диагностики [13,14,15].

При оценке тяжести состояния пациентов с вирусной нейроинфекцией до настоящего времени недостаточно учитываются метаболические процессы, в частности, количественное и качественное содержание свободных аминокислот в плазме крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ). Несмотря на техническую сложность анализа, его трудоемкость, целесообразность исследования аминокислот при изучаемой патологии несомненна, так как позволит расширить представления об их роли в патогенезе неврологических нарушений при хронической вирусной нейроинфекции.

Все вышеизложенное послужило основанием для выполнения настоящей работы и предопределило ее актуальность.

Целью исследования явилось изучение особенностей обмена основных аминокислот при хронической вирусной нейроинфекции с преобладанием в клинической картине эпилептического синдрома.

Материал и методы исследования

Изучены и проанализированы данные, полученные в результате наблюдения за 19 пациентами (6 (31,6%) мужчин и 13 (68,4%) женщин, средний возраст – $40 \pm 11,33$ лет) с эпилептическим синдромом при хронической вирусной нейроинфекции (ХВН) и лицами (9 (60%) мужчин, 6 (40%) женщин, средний возраст – $41,7 \pm 2,0$ лет) без признаков поражения ЦНС (контрольная группа) на базе Минской областной клинической больницы за период 2004-2010 гг.

В Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) пациентам и контрольной группе проводилась полимеразная цепная реакция при исследовании ЦСЖ на наличие ДНК вируса простого герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловируса, вируса герпеса человека 6-го типа, вируса Эпштейна – Барр. Хроматографическое исследование для определения спектра свободных аминокислот ЦСЖ осуществлялось в химико-технологической лаборатории ЦНИЛ БелМАПО методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Изучались основные аминокислоты: аспарагиновая, глутаминовая, серин, треонин, триптофан, аргинин, глицин, аланин, валин, метионин, изолейцин, лейцин, фенилаланин, лизин, тирозин, гистидин (мг/л).

Распределение пациентов по типам припадков осуществлялось в соответствии с Международной классификацией эпилептических припадков (International Classification of Epileptic Seizures and the International Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes) (1989 г., Нью-Дели). Оценка тяжести эпилептического синдрома проводилась согласно инструкции «Оценка ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности» (утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 29.12.10).

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы STATISTICA 8 (StatSoft, Inc., США). С целью проверки статистической нулевой гипотезы об однородности подгрупп внутри каждой группы исследования использовался непараметрический метод при сравнении двух подгрупп – U-критерий Манна-Уитни ($p < 0,05$), взаимосвязь между показателями оценивалась при помощи непараметрического двустороннего коэффициента корреляции Спирмена ($p < 0,05$). Количественные данные в случаях с распределением значений, отличных от нормального, оценивались при помощи медианы (Me), верхнего (75%) и нижнего (25%) квартилей.

Результаты исследования

Среди обследованных нами пациентов у 16 человек преобладали жалобы на потерю сознания без видимых причин и предвестников, при этом четыре пациента имели впервые возникший однократный приступ. При опросе родных, наблюдавших за больными, установлено наличие судорог в момент потери сознания, с последующим сном или дезориентацией. У двух пациентов отмечалось кратковременное отключение сознания по типу «замирания», без судорожного синдрома и у одного пациента – судороги в правой руке без потери сознания.

Легкая степень тяжести эпилептического синдрома (генерализованные судороги 1 раз в месяц и реже, абсансы 1-2 раз в день и реже, парциальные припадки без нарушения сознания реже 3-4 раз в месяц) наблюдалась у 8 (42,1%) пациентов, средняя степень (генерализованные судороги 2-3 раза в месяц, абсансы 3-4 раза в день, парциальные припадки без нарушения сознания 5-6 раз в месяц, эпилептический статус 1 раз в год) – у 6 (31,6%) пациентов, тяжелая (генерализованные судороги чаще 4 раз в месяц, абсансы более 5 раз в день, эпилептический статус чаще 2-3 раз год) – у 5 (26,3%) пациентов с ХВН.

При исследовании ЦСЖ у группы пациентов с эпилептическим синдромом при ХВН выявлены существенные колебания белка с наличием лимфоцитарного цитоза (см. табл. 1). Как видно из таблицы 1, снижение белка в ЦСЖ отмечалось у 15 (78,9%) пациентов при умеренном лимфоцитарном цитозе – у 13 (68,4%). Корреляционный анализ выявил прямую зависимость тяжести заболевания от уровня белка ЦСЖ ($r_s = 0,96$, $p < 0,05$): при увеличении уровня белка нарастала частота эпилептического синдрома у пациентов с ХВН.

Иммунологическое исследование у пациентов ХВН с эпилептическим синдромом отличалось снижением Т-хелперов (CD4+) до $31,3 \pm 0,9\%$, по сравнению с $42,5 \pm 0,5\%$ в контроле ($p < 0,001$), Т-супрессоров (CD8+) – до $17, \pm 0,5\%$, в отличие от $28,3 \pm 0,3\%$ в контроле ($p < 0,001$) и В-лимфоцитов – до $15,2 \pm 0,6\%$ по сравнению с $29,7 \pm 0,3\%$ в контроле ($p < 0,001$), при одновременном повышении уровня ЦИК до $105,6 \pm 10,4$ ед. в сравнении с $57,3 \pm 2,6$ ед. в контроле ($p < 0,001$).

Показатели ликвора	n	%
<i>Белок, г/л</i>		
<0,15	15	78,9
0,15-0,45	4	21,1
>0,45	0	0
Всего	19	100
<i>Цитоз, ×10⁶/л</i>		
<5	4	21,1
5-70	13	68,4
>70	2	10,5
Всего	19	100

Таблица 1. Данные ликворологического исследования у пациентов с эпилептическим синдромом при хронической вирусной нейроинфекции.

На МР-томограммах головного мозга отмечалось наличие кист (16 чел.; 84,2%) на фоне гидроцефального синдрома (11 чел.; 57,9%) и атрофии коры (7 чел.; 36,8%). У 1 (5,3%) пациента имело место наличие единичных гипо- и гиперинтенсивных очагов.

При помощи непараметрического U-критерия Манна-Уитни нами впервые проведен сравнительный анализ концентрации аминокислот в сыворотке крови и ЦСЖ у пациентов ХВН, с преобладанием в клинике эпилептического синдрома и контрольной группы. В сыворотке крови у пациентов достоверно изменялось содержание целого спектра свободных аминокислот, однако наибольшее снижение концентрации (мг/л) выявлено у глицина (14,97 (13,24; 18,75) ($p < 0,001$)) и метионина (5,04 (3,99; 6,24) ($p < 0,001$)) с одновременным повышением серина (20,43 (17,37; 20,82) ($p < 0,001$)).

Концентрация аминокислот в ЦСЖ у пациентов с эпилептическим синдромом при ХВН существенно отличалась от таковой в контрольной группе: отмечалось достоверное снижение содержания (мг/л) свободных серина (4,63 (4,09; 5,37) ($p < 0,001$)), лейцина (4,14 (3,48; 5,0) ($p < 0,001$)) и тормозной аминокислоты глицина (5,72 (4,78; 7,22) ($p < 0,001$)).

Результаты анализа диапазона отклонения концентрации аминокислот у пациентов с ХВН, в зависимости от тяжести заболевания, показали наличие прямой корреляции между ними ($r_s = 0,9$; $p < 0,05$): при редких эпилептических приступах отклонение

содержания аминокислот в сыворотке крови и ЦСЖ от значений контрольной группы не превышало 11%, при приступах средней частоты – варьировалось от 11 до 30%, при частых – увеличивалось более чем на 31% (см. табл. 2).

Для проведения анализа концентрации свободных аминокислот в зависимости от уровня белка ЦСЖ пациенты с эпилептическим синдромом при ХВН были разделены на подгруппы: 1-я (6 чел.; 31,6%) – белок менее 0,15 г/л, 2-я (7 чел.; 36,8%) – белок от 0,15 до 0,45 г/л, 3-я (6 чел.; 31,6%) – белок более 0,45 г/л.

В 1-й подгруппе пациентов, в отличие от группы контроля, наибольшее снижение концентрации выявлялось у свободных серина 5,37 (5,37; 5,42) ($p < 0,01$); глицина 7,26 (7,21; 7,37) ($p < 0,01$); тирозина 5,09 (4,84; 5,17) ($p < 0,01$) и метионина 2,27 (2,27; 2,55) ($p < 0,01$). У 2-й подгруппы пациентов ХВН с эпилептическим синдромом отмечалось наибольшее снижение концентрации у свободных глицина 5,72 (5,01; 7,13) ($p < 0,001$); тирозина 4,01 (3,93; 4,92) ($p < 0,001$) и лейцина 3,92 (3,46; 4,36) ($p < 0,01$). В 3-й подгруппе пациентов, в отличие от группы контроля, отмечалось достоверное снижение содержания свободных глицина 4,44 (4,31; 5,06) ($p < 0,01$); фенилаланина 2,0 (1,98; 2,88) ($p < 0,01$) и метионина 1,52 (1,36; 1,81) ($p < 0,01$).

При помощи непараметрического двустороннего коэффициента корреляции Спирмена ($p < 0,05$) выявлена прямая корреляционная зависимость между концентрацией аминокислот ЦСЖ у пациентов с эпилептическим синдромом и уровнем белка ЦСЖ: при увеличении уровня белка нарастало отклонение концентрации аминокислот у пациентов с ХВН в отличие от группы контроля.

Выводы

1. В патогенезе эпилептического синдрома при хронической вирусной нейроинфекции, наряду с развитием иммунных нарушений, наружной и внутренней гидроцефалией, атрофией коры головного мозга, важное значение имеет изменение спектра основных аминокислот при достоверном уменьшении серина, глицина, метионина в сыворотке крови и серина, глицина, лейцина в цереброспинальной жидкости.

Аминокислота свободная	Легкая n=6	Средняя n=7	Тяжелая n=6	r_s
<i>Сыворотка крови</i>				
Серин	5,19-9,99	11,19-29,85	31,37-33,27	0,943
Глицин	5,06-9,87	11,12-29,95	34,57-42,27	0,943
Метионин	5,59-10,17	13,61-29,94	33,95-63,32	0,944
<i>ЦСЖ</i>				
Серин	5,68-10,35	11,35-30,05	31,39-37,06	0,945
Глицин	4,98-10,21	11,21-29,76	37,61-47,57	0,943
Лейцин	5,04-9,89	10,97-30,04	37,23-40,83	0,943

Таблица 2. Диапазон отклонения концентрации аминокислот сыворотки крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) (%) у пациентов с хронической вирусной нейроинфекцией, в зависимости от степени тяжести заболевания.

2. Выявлена прямая зависимость степени тяжести хронической вирусной нейроинфекции от концентрации аминокислот в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости: при нарастании частоты судорожного синдрома увеличивалось отклонение содержания аминокислот в исследуемом материале.
3. Установлена прямая зависимость уровня белка цереброспинальной жидкости от степени тяжести клинических проявлений хронической вирусной

нейроинфекции: при увеличении уровня белка нарастала частота эпилептического синдрома, а также возрастало отклонение концентрации аминокислот у пациентов от его значения у контрольной группы.

4. Для лечения эпилептического синдрома при хронической вирусной нейроинфекции наряду с противосудорожной и противовирусной терапией необходима коррекция белкового обмена.

Литература:

1. Деконенко Е.П. Герпетический энцефалит. Неврологический журнал. 2005; 3: 4-9.
2. Климович И.И. Свободные аминокислоты и их производные плазмы крови у больных легочной и сосудистой патологией. Гродно. 2003; 148 с.
3. Мавров И.И. Герпес-вирусная инфекция: глобальная проблема здравоохранения. Дерматология та венерология. 2007; 1: 3-8.
4. Маянский Н.А., Маянский А.Н. Номенклатура и функции главного комплекса гистосовместимости человека. Иммунология. 2006; 1: 43-46.
5. Недзьведь М.К., Фридман М.В., Недзьведь А.М. и др. Современные представления о морфогенезе герпетической инфекции: сборник. Инфекция и иммунитет: Материалы Республиканской научно-практической конференции. Минск. 1999; 309-313.
6. Нестерова И.В. Особенности функционирования противовирусного иммунитета. Цитокины и воспаление. 2005; 4 (3): 89-94.
7. Протас И.И., Недзьведь М.К., Хмара М.Е. Хронический герпетический энцефалит: (клиника, морфология, этиопатогенез): руковод. для врачей. Минск. 2009; 175 с.
8. Протас И.И., Хмара М.Е., Недзьведь М.К.

- Хроническая герпетическая инфекция центральной нервной системы (клинико-морфологические и этиопатогенетические аспекты). Медицинская панорама. 2002; 10: 56-60.
9. Редькин Ю.В., Одокиенко А.Ю. Основные иммунологические нарушения при рецидивирующей и атипичной герпетической инфекции. ЖМЭИ. 2006; 1: 39-44.
 10. Сачек М.М., Васильева Н.Ю. Эпидемические аспекты вирусных и бактериальных менингитов и энцефалитов: сборник. Эпидемиология, диагностика, патогенез, лечение и профилактика инфекционных заболеваний: материалы Республиканской научно-практической конференции. Мозырь. 2001; 279-282.
 11. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные представления о защите организма от инфекций. Иммунология. 2000; 1: 61-64.
 12. Филиппович Н.Ф., Филиппович А.Н., Стахейко Н.В., Филиппович Н.С. Диагностика когнитивных нарушений у больных первично-хроническим вирусным энцефалитом, обоснование терапии, реабилитации: учебно-методическое пособие. Минск. 2012; 51 с.
 13. Филиппович Н.Ф., Стахейко Н.В., Филиппович Н.С. Комплексная диагностика первично-хронических вирусных энцефалитов. ARS medica. 2011. (14): 409-410.
 14. Филиппович Н.Ф., Филиппович А.Н., Ста-

хейко Н.В. Диагностика, лечение и реабилитация больных хроническими герпетическими энцефалитами. Актуальные проблемы физической реабилитации и эрготерапии: материалы международной научно-практической конференции. Минск. 2008; 229-234.

15. Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Дыхно Ю.А., Ежикова В.В. Проблемы диагностики паранеопластического лимбического энцефалита. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2013; 3: 41-48.
16. Asenbaner B., McEutagart M., King M. et al. Chronic active destructive herpes simplex encephalitis with recovery of viral DNA 12 years after disease onset. Neuropediatrics. 1998; 29: 120-123.
17. Hart J.M., Andermann F., Fish D.R. et al. Chronic encephalitis and epilepsy in adult and adolescents (A variant of Rasmussen's syndrome?). Neurology. 1997; 48: 435-445.
18. Meyding-Lamade U.K., Lamade W.K., Wildemann B.T. et al. Herpes simplex virus encephalitis: chronic progressive cerebral magnetic resonance imaging abnormalities in patients despite good clinical. Clin. infect. Dis. 1999; 28: 148-149.
19. Zachhuber C., Lebehuber F., Jellinger K. et al. Necrotizing herpes simplex encephalitis as the cause of progressive dementia syndrome. Dtsch. Med. Wochenschr. 1995; 120: 1278-1282.

References:

1. Dekonenko E.P. *Nevrologicheskij zhurnal*. 2005; 3: 4-9.
2. Klimovich I.I. Free amino acids and derivatives thereof from blood plasma of patients and pulmonary vascular disease [Svobodnye aminokisloty i ih proizvodnye plazmy krovi u bol'nyh legochnoj i sosudistoj patologije]. Grodno. 2003; 148 s.
3. Mavrov I.I. *Dermatologija ta venerologija*. 2007; 1: 3-8.
4. Majanskij N.A., Majanskij A.N. *Immunologija*. 2006; 1: 43-46.
5. Nedz'ved' M.K., Fridman M.V., Nedz'ved' A.M. i dr. *Infekcija i immunitet: Materialy Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii* (Infection and Immunity: Proceedings of the Republican Scientific and Practical Conference). Minsk. 1999; 309-313.

6. Nesterova I.V. *Citokiny i vospalenie*. 2005; 4 (3): 89-94.
7. Protas I.I., Nedz'vedz' M.K., Hmara M.E. Chronic herpetic encephalitis: (clinic, morphology, etiopathogenesis) leadership for physicians [*Hronicheskij gerpeticheskij jencefalit: (klinika, morfologija, jetiopatogenez): rukovod. dlja vrachej*]. Minsk. 2009; 175 s.
8. Protas I.I., Hmara M.E., Nedzved' M.K. *Medicinskaja panorama*. 2002; 10: 56-60.
9. Red'kin Ju.V., Odozienko A.Ju. *ZhMJeI*. 2006; 1: 39-44.
10. Sachek M.M., Vasil'eva N.Ju. *Jepidemiccheskie aspekty virusnyh i bakterial'nyh meningitov i jencefalitov: sbornik. Jepidemiologija, diagnostika, patogenez, lechenie i profilaktika infekcionnyh zabojevanij: materialy Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii* (Epidemic aspects of viral and

bacterial meningitis and encephalitis: a collection. Epidemiology, diagnosis, pathogenesis, treatment and prevention of infectious diseases: Proceedings of the Republican Scientific and Practical Conference). Mozyr'. 2001; 279-282.

11. Haitov P.M., Pinegin B.V. *Immunologija*. 2000; 1: 61-64.
12. Filippovich N.F., Filippovich A.N., Stahejko N.V., Filippovich N.S. Diagnosis of cognitive impairment in patients with primary chronic viral encephalitis study therapy, rehabilitation: Textbook [*Diagnostika kognitivnyh narushenij u bol'nyh pervichno-hronicheskim virusnym jencefalitom, obosnovanie terapii, reabilitacii: uchebno-metodicheskoe posobie*]. Minsk. 2012; 51 s.
13. Filippovich N.F., Stahejko N.V., Filippovich N.S. *ARS medica*. 2011. (14): 409-410.
14. Filippovich N.F., Filippovich A.N., Stahejko N.V. *Aktual'nye problemy fizicheskoj*

reabilitacji i jergoterapii: materialy mezhduнародной nauchno-prakticheskoy konferencii (Actual problems of physical rehabilitation and occupational therapy: proceedings of the international scientific-practical conference). Minsk. 2008; 229-234.

15. Shnajder N.A., Dmitrenko D.V., Dyhno Ju.A., Ezhikova V.V. *Jepilepsija i parokszimal'nye sostojanija*. 2013; 3: 41-48
16. Asenbaner B., McEutagart M., King M. et al. *Neuropediatrics*. 1998; 29: 120-123.
17. Hart J.M., Andermann F., Fish D.R. et al. *Neurology*. 1997; 48: 435-445.

18. Meyding-Lamade U.K., Lamade W.K., Wildemann B.T. et al. *Clin. infect. Dis.* 1999; 28: 148-149.
19. Zachhuber C., Lebehuber F., Jellinger K. et al. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1995; 120: 1278-1282.

PECULIARITIES OF AMINO ACID METABOLISM IN SERUM AND CEREBROSPINAL FLUID OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL ENCEPHALITIS WITH CONVULSIVE SYNDROME

Philippovich N.F.¹, Staheyko N.V.²

¹ Department of Neurology and Neurosurgery Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education

² National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation

Abstract: a viral infection of the central nervous system is a group of infectious diseases of high infectiousness and mortality in all age groups. Over the past decade, the structure of the viral lesions replaced polio and western encephalitis came slow and herpes infections. We first established the nature of qualitative and quantitative changes in the spectrum of free amino acids in serum and cerebrospinal fluid from patients with epileptic syndrome in chronic viral neurological infection. The dependence of the concentration of essential amino acids in the analyzed pathology of cerebrospinal fluid protein level and severity of clinical manifestations has studied.

Key words: chronic viral encephalitis, convulsive syndrome, basic amino acids in serum and cerebrospinal fluid.

Файкомпа®
перампанел

НОВАЯ ЦЕЛЬ. НОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ.

БОРЬБА С ГИПЕРВОЗБУДИМОСТЬЮ НЕЙРОНОВ НА ПОСТСИНАПТИЧЕСКОМ УРОВНЕ¹

Файкомпа®:

- первый в своем классе антагонист АМРА-рецепторов постсинаптических нейронов¹;
- доказанная эффективность в отношении всех типов парциальных эпилептических приступов, включая вторично-генерализованные¹;
- простая схема приема: 1 раз в сутки перед сном¹.

Для дополнительной терапии парциальных эпилептических приступов с или без вторичной генерализацией у взрослых и подростков с 12 лет.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Файкомпа® (Регистрационное удостоверение ЛП-002200 от 23.08.2013).

Противопоказания: гиперчувствительность к перампанелу или любому из вспомогательных веществ препарата; беременность и период лактации; тяжелая почечная или печеночная недостаточность; пациенты, находящиеся на гемодиализе; дети младше 12 лет; непереносимость галактозы, недостаточность лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. Особые указания: Суцидальная настроенность. Нельзя исключать вероятность повышения риска суцидального мышления при применении препарата Файкомпа®. Контрацепция. Женщины детородного возраста должны применять надежные методы контрацепции во время лечения Файкомпой® и спустя один месяц после отмены препарата. Завершение терапии. Отмена препарата производится постепенно путем сокращения дозы. Падения. Отмечено увеличение числа падений, особенно, у пожилых пациентов. Агрессия. Зарегистрированы случаи агрессии, их частота выше у пациентов, принимавших более высокие дозы Файкомпы®. Развитие зависимости. Необходимо соблюдать осторожность при назначении Файкомпы® пациентам, с лекарственной зависимостью в анамнезе. Побочные эффекты: очень часто (> 1/10 случаев): головокружение, сонливость; часто (> 1/100, < 1/10): снижение аппетита, повышение аппетита, агрессия, гнев, беспокойство, спутанность сознания, атаксия, дизартрия, нарушение равновесия, повышенная раздражительность, диплопия, нечеткость зрения, центральное головокружение, тошнота, боль в спине, утомляемость, повышение массы тела, падения. Показания: в качестве вспомогательного средства для лечения парциальных приступов у пациентов с эпилепсией в возрасте от 12 лет и старше при наличии или отсутствии вторично-генерализованных приступов. Способ применения и дозы: внутрь 1 раз в день перед сном не зависимо от приема пищи. Начальная доза 2 мг в сутки. Доза увеличивается с шагом не чаще 1 раз в неделю до 4-8 мг в сутки. Возможно повышение дозы до 12 мг в сутки.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания Эйсай не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

ООО «Эйсай» 121099, РФ, г. Москва, Новинский бульвар, д. 8, Бизнес-центр Лотте Плаза Тел. +7 (495) 580-7026, +7 (495) 580-7027
e-mail: info_russia@eisai.net www.eisai.ru

Код материала – Фуотра-RU0012, Апрель 2014

Список литературы: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Файкомпа® (Регистрационное удостоверение ЛП-002200 от 23.08.2013)