

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

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2016 Том 8 №2



EPILEPSY AND PAROXYZMAL CONDITIONS

ISSN 2077-8333

2016 Vol. 8 №2

www.epilepsia.su

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 648-34-95; факс: +7 (495) 648-34-95; почта: info@jrbis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А.И. ЕВДОКИМОВА
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ
РОССИЙСКАЯ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКАЯ ЛИГА
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ
ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №29 ДЗМ

Научно-практическая конференция с международным участием «НЕВРОЛОГИЯ ДЛИНОЮ В ЖИЗНЬ»

19 января 2016 г., Москва, Олимпийский пр., д. 18/1,
Отель «Азимут», зал «Москва»

Приурочена к 90-летию старейшего невролога России,
члена-корреспондента РАН,
Заслуженного деятеля науки Российской Федерации
профессора
Владимира Алексеевича Карлова

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

14.00 – 17.00. Заседание 1

Председатели: Г. Н. Авакян, А. Б. Гехт, Е. И. Гусев, В. А. Карлов, А. Н. Коновалов, Н. Г. Незнанов, М. А. Пирадов, В. И. Скворцова, О. О. Янушевич, Н. Н. Яхно.

Открытие конференции

Приветственное слово

Скворцова Вероника Игоревна — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, Министр здравоохранения РФ

Янушевич Олег Олегович — д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, ректор ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова

- 1. Клиническая неврология и функциональная организация нервной системы**
Карлов Владимир Алексеевич — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Москва
- 2. В. А. Карлов: вклад в неотложную неврологию**
Гусев Евгений Иванович — профессор, академик РАН, председатель правления Всероссийского общества неврологов, Москва
- 3. История создания Российской противозепилептической Лиги**
Незнанов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, президент Российского общества психиатров, Санкт-Петербург
Акименко Марина Алексеевна — д.м.н., профессор, ученый секретарь Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург

4. **Функциональная нейрохирургия**
Коновалов Александр Николаевич — д.м.н., профессор, академик РАН, директор Научно-исследовательского института им. академика Н. Н. Бурденко, Москва
5. **В.А. Карлов и основные вехи развития эпилептологии в России**
Авакян Гагик Норайрович — д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, председатель Российской Противозпилептической Лиги, Москва
6. **Развитие В.А. Карловым идей школы Кожевникова**
Яхно Николай Николаевич — д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий научно-исследовательским отделом неврологии ЦНИЛ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
7. **В поисках сознания**
Пирадов Михаил Александрович — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва
Сергеев Дмитрий Владимирович — к.м.н., Москва
8. **Инновационные технологии в лечении болевых синдромов вертеброгенного генеза**
Лиев Анатолий Андреевич — д.м.н., профессор, директор ФБУ «Центр медицинской реабилитации «Луч» МЗ РФ, Кисловодск
9. **Сосудистые заболевания мозга: итоги, достижения, перспективы**
Стаховская Людмила Витальевна — д.м.н., профессор, директор НИИ «ЦВЗ и инсульта» РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
10. **Современный этап детской неврологии**
Гузева Валентина Ивановна — д.м.н., профессор, главный внештатный специалист- детский невролог Министерства Здравоохранения РФ, Санкт-Петербург
11. **Эпилепсия у больных с черепно-мозговой травмой.**
Гехт Алла Борисовна — д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-невролог Департамента здравоохранения г. Москвы
Крылов Владимир Викторович — д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, главный специалист-нейрохирург Минздрава России, Москва
12. **Смерть мозга**
Стулин Игорь Дмитриевич — д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой неврологии лечебного факультета МГМСУ имени А. И. Евдокимова, Москва

17.00 – 17.30. Перерыв

17.30 – 20.00. Заседание 2

Председатели: Т. В. Докукина, Ё. Н. Маджидова, И. Д. Стулин, А. И. Федин

1. **В.А. Карлов и его научная школа**
Жидкова Ирина Александровна — д.м.н., профессор кафедры нервных болезней МГМСУ имени А. И. Евдокимова, Москва
2. **Вклад советской / российской школы в изучение эпилептического статуса**
Федин Анатолий Иванович — д.м.н., профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой неврологии ФУВ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
3. **Нейропсихиатрия и нейрореабилитация**
Шкловский Виктор Маркович — д.м.н., профессор, академик РАО, руководитель Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы
4. **Новые возможности терапии эпилепсии с использованием фармакокинетических технологий**
Докукина Татьяна Васильевна — д.м.н., профессор, председатель Общественного объединения «Противозпилептическая Лига» Республики Беларусь, Минск, Беларусь
5. **Джексоновский припадок**
Маджидова Ёкутхон Набиевна — д.м.н., профессор, председатель Противозпилептической Лиги Узбекистана, Ташкент, Узбекистан
6. **Лечение фокальной эпилепсии у детей**
Петрухин Андрей Сергеевич — д.м.н., профессор, президент НП «Объединение врачей-эпилептологов и пациентов», Москва
7. **Мишенная терапия туберозного склероза**
Белоусова Елена Дмитриевна — д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, руководитель отдела психо-

неврологии и эпилептологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

8. Криптогенная эпилепсия: генетический вклад

Шнайдер Наталья Алексеевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО, КГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

9. Болезнь Паркинсона

Голубев Валерий Леонидович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней ИПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

10. Перспективы применения новых противозипелитических препаратов

Власов Павел Николаевич — д.м.н., профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ им А. И. Евдокимова, Москва

11. К вопросу приступной гемиплегии

Одинак Мирослав Михайлович — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Санкт-Петербург

Литвиненко Игорь Вячеславович — д.м.н., профессор, Санкт-Петербург

Скиба Ярослав Богданович — к.м.н., Санкт-Петербург

12. Побочные эффекты современных противозипелитических препаратов

Ковалева Ирина Юрьевна — к.м.н., профессор, Москва

13. Биоэтика в неврологии России: истоки и развитие

Михаловска-Карлова Екатерина Петровна — д.ф.н., профессор, академик РАЕН, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», Москва

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ

Коновалов А.Н.

Научно-исследовательский институт им. академика Н. Н. Бурденко, Москва



**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
НЕЙРОХИРУРГИЯ**

- Гиперкинезы
- Боль
- Эпилепсия

Слайд 1.

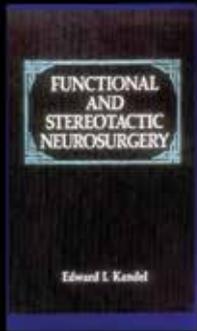
Функциональная нейрохирургия

| | |
|-------------------------------|--|
| <u>Деструктивные операции</u> | Лейкотомия; трактотомия; ризотомия и т.д. |
| <u>Нейромодуляция</u> | Стимуляция подкорковых структур, коры, структур спинного мозга и периферических нервов |

Методы

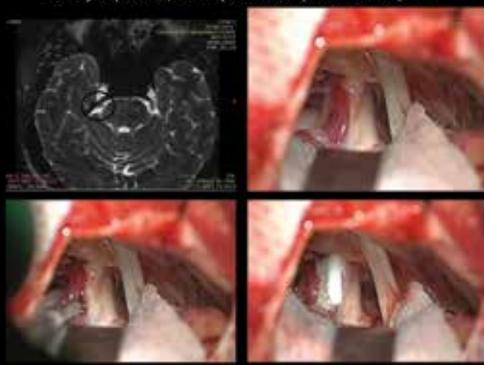
1. Открытые операции
2. Стереотаксические операции

Слайд 2.

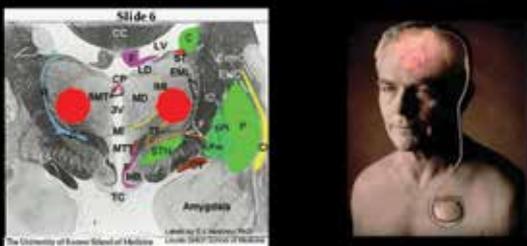
Слайд 3.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
Васкулярная декомпрессия корешка V нерва



Слайд 4.

НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ
вентрального промежуточного ядра таламуса (VIM) с двух сторон



Слайд 5.

ТОРСИОННАЯ ДИСТОНИЯ



Слайд 6.

АКТУАЛЬНОСТЬ

- 20% взрослого населения страдают от **хронической боли**
- 40% пациентов не достигают адекватного контроля боли на фоне традиционной терапии
- Осложнения лекарственной терапии развиваются в 33% случаев
- До 8% пациентов нуждаются в госпитализации из-за осложнений
- До 3% осложнений заканчиваются летальным исходом

Кукушкин М.Л. Доклад на конференции "Вейнавские Чтения". М. 2012.
 Первоисточник – Brevick et al. European Journal of Pain. 2006 ; 10: 267-333.

Jonson et al., 1995. <http://www.rusmedserv.com/complication/gl7.html>

Слайд 7.

SCS – SPIAL CORD STIMULATION

ТРАДИЦИОННАЯ SCS
 5-500 Гц (медиана – 70-120 Гц)

Высоочастотная SCS (без парестезии)
 10.000 Гц

Слайд 8.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА В КАТАМНЕЗЕ (12мес. – 8 лет; медиана – 38 мес.)

SCS – 330 пациентов

40% 38% 11% 11%

улучшение уменьшение стабильно неизвестно

Слайд 9.

symptomatic

Idiopathic & benign cryptogenic

A. Geerts, W.Arts, H.Stroink, E.Peeters, O.Brouwer, B.Peters, L.Laan, C.van Doonselar
 Course and outcome of childhood epilepsy; A 15-year follow-up of the Dutch Study of Epilepsy in Childhood
 Epilepsia. 2010; 51 (7): 1189-1197.

Слайд 10.

Хирургическое лечение эпилепсии в ИНХ им Н.Н. Бурденко (2006-2014)

Дети < 18 лет (n=279)

Врожд пороки мозга
 Гл/невр опухоли
 Расмуссен
 Глиоз и атрофия
 Каверномы
 Склероз гиппокампа

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180

Слайд 11.

Lesionectomy (Subpial Resection)

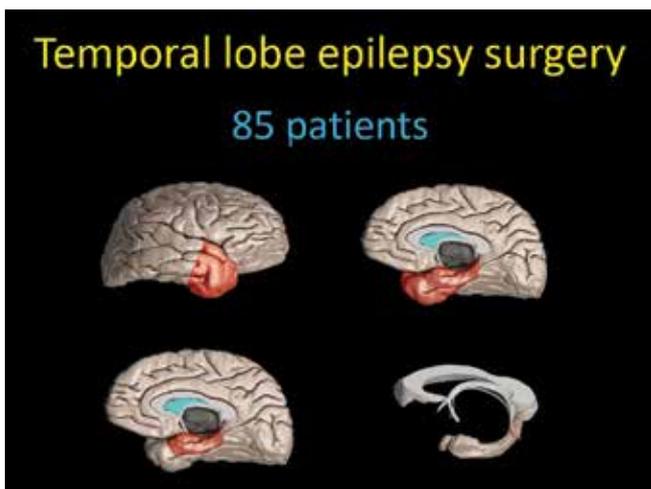
FCD Type I B

H&E x100

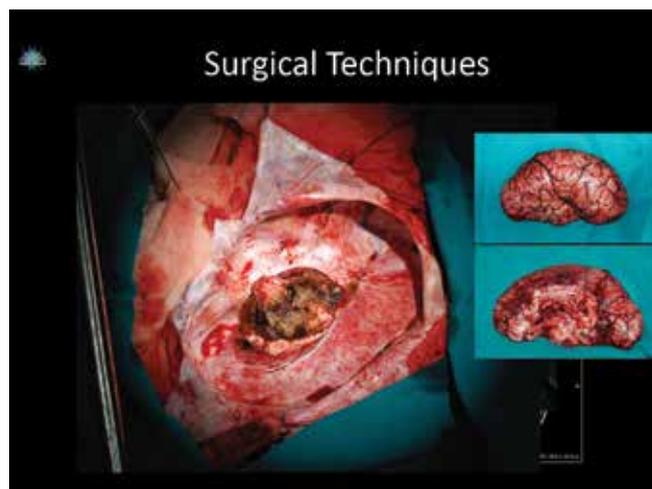
Nissle x200

Слайд 12.

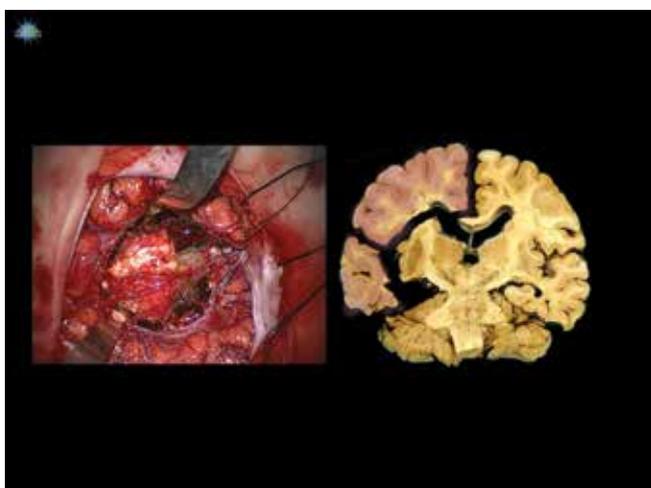
Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.



Слайд 13.



Слайд 14.



Слайд 15.

Pediatric Epilepsy Surgery
(Burdenko series 2006-2014)
n=283

| Morbidity and Complications | N | % |
|---|----|----|
| Nonserious (transient new not anticipated neurological deficit, fever, CSF-leak, wound infection) | 57 | 19 |
| Serious (new and stable not anticipated neurological deficit) | 16 | 6 |
| Mortality | 2 | <1 |
| Other events related to surgery (hydrocephalus, bone flap osteomyelitis, chronic subdural clot) | 11 | 4 |

Слайд 16.

Исходы лечения у 262 пациентов с известным катамнезом
(продолжительность: 2 мес – 5 лет; медиана катамнеза 11 мес.)

| | Исходы ILAE | N | % |
|---|---|-----|-----|
| 1 | Полное прекращение приступов, нет аур | 200 | 76 |
| 2 | Только ауры, нет приступов | 20 | 7,5 |
| 3 | 1-3 дня с приступами в год; с аурами или без аур | 14 | 5 |
| 4 | От 4 дней с приступами в год до 50% уменьшения числа дней с приступами в год от исходного | 9 | 4 |
| 5 | Уменьшение числа дней с приступами в год менее, чем на 50% от исходного или их возрастание на 100% с аурами или без аур | 15 | 6 |
| 6 | Возрастание числа дней с приступами в год более, чем на 100% от исходного | 4 | 1,5 |

Слайд 17.

- Хирургия – метод выбора в лечении больных с фармакорезистентными формами симптоматической эпилепсии
- Тщательный отбор, корректно составленные показания и адекватно выполненные вмешательства позволяют добиться стойкого прекращения приступов более, чем у половины пациентов
- Обследование до операции, само вмешательство и послеоперационное сопровождение больных требует мультидисциплинарного подхода с участием и ведущей ролью эпилептолога

Слайд 18.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Лиев П. С., Лиев А. А.

ФГБУ «Центр медицинской реабилитации «Луч» Минздрава России, Кисловодск

С середины XIX в. внимание ученых и практических врачей было обращено на все возрастающее количество больных с жалобами на боли в различных отделах позвоночника. Морфологические «находки» хрящевых узлов в телах позвонков получили название грыжи Шморля. Великие ученые Р. Кох и Де Сез описали изменения в межпозвоноковых дисках в середине XIX в.

Естественно, что «учитель всех учителей» Гиппократ не оставил без внимания боли в позвоночнике, обобщив в своих гениальных трудах опыт своих предшественников, и разработал свои методы в лечении вертеброгенной боли.

Один из авторов настоящей статьи имел счастье держать драгоценные фолианты Гиппократовых монографий в библиотеке всемирно известной клиники братьев Мейо в г. Миннесоте (США). Известно, что праотец всех врачей лечил деформации позвоночника лестницей — привязывали несчастного больного к ней и опрокидывали навзничь, чтобы исправить кифоз.

С тех пор продолжается поиск эффективных методов лечения вертеброгенной боли. Огромную нишу в фантастическом наборе способов, методов и методик занимают природные и преформированные факторы, различные тракции, мануальная терапия, (Лиев А. А., 1992) корригирующая гимнастика (Карлов В. А., 1999). Много в литературе сообщений об успешном лечении болевых синдромов вертеброгенного генеза магнитами самых различных модификаций, акупунктурой, йогой и другими методами лечения.

Наш полувековой опыт лечения больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы (ВЗНС) в специализированных центрах позволяет вынести свое суждение о том, что монотерапия данной категории пациентов зачастую является добросовестным заблуждением.

Ее «прекрасный» результат зависит либо от психотерапевтического составляющего (Лиев А. А., 1995) либо от функциональных, быстро нормализующихся

нарушений в локомоторном аппарате (например, фасциальный вариант люмбаго).

Учитывая полиэтиологичность вертеброгенных заболеваний нервной системы (Василевская Л. А., 1992, Попелянский Я. Ю. 2003, Веселовский В. П. 1992), полиморфизм вертебральных и экстравертебральных синдромов, необходимо внедрение новейших инновационных технологий на основе современной концепции интеграционной медицины.

В ФГБУ ЦМР «Луч» на протяжении многих лет проводится комплексная исследовательская работа в данном направлении (Кожитов Л. В., Лиев А. А., Лиев Р. А., 2015, Лиев А. А., 1992). Наряду с известными старинными методами (мануальная терапия, различные тракции позвоночника, бальнеофакторами и т.д.) применяются новейшие аппаратные методы лечения. В их числе:



1. Аппарат «Криофос» немецкого производства — это нейрорефлекторная терапия более двуокисью углерода (термический «шок»). Спектр заболеваний для лечения на аппарате очень широк: от реабилитации после травм опорно-двигательного аппарата и оперативных вмешательств до заболеваний позвоночника, воспалительных и обменных заболеваний суставов. Криотерапия обладает также сосудорасширяющим эффектом, что ведет к уменьшению опухолей, улучшению кровоснабжения и, как следствие этого, глубокой мышечной релаксации.



2. Аппарат «ALGONIX» немецкого производства — это технологическое достижение биомедицины и инженерии двух десятилетий в области устранения боли, лечения травм и проведения посттравматической реабилитации. Аппарат анализирует биоэлектрическое состояние поврежденной области и проводит лечение боли и травм биокибернетическими процедурами. ALGONIX — не просто наименование прибора, а технология, вышедшая за рамки широкого поля нейрофизиологии. Современная медицина признает, что множество процессов, происходящих в теле человека, — электрические, и каждая клетка рассматривается как «электрический генератор», который генерирует электрические токи, таким образом технология аппарата ALGONIX работает в тесной связи с этими токами. ALGONIX стимулирует выработку АТФ, который накапливает клеточную энергию и запускает естественный биохимический лечебный процесс в организме. Усиливается циркуляция крови и течение лимфы. Таким образом, ALGONIX ускоряет процессы заживления поврежденных мышц, сухожилий и костей, рассасывания отеков в тканях, купирования болей, восстановления поврежденных тканей с антибактериальным эффектом.

3. Лазеротерапия MLS и Hilterapia итальянского производства являются безопасными терапевтическими методами лечения боли, в т.ч. вертеброгенной, а также методами биостимулирования поврежденных периферических нервов путем проникновения в глубокие ткани организма. Импульсы аппарата MLS направлены на определенную пораженную область, что оказывает сбалансированную одновременную стимуляцию всех фоторецепторов. Оба аппарата применяют при вертеброгенных заболеваниях нервной системы и других заболеваниях опорно-двигательной системы, костно-хрящевой и их структур, а также для уменьшения болей и отеков.

Такой комплексный подход к терапии ВЗНС, проведен нами более чем 18000 пациентам, что позволяет сделать определенный вывод; купирование болевого синдрома и восстановление нейроортопедических нарушений достигается в течение 5-7 дней.

Таким образом, патогенетически обоснованное лечение с применением оправдавших себя стандартных методов с инновационными технологиями позволяют значительно сократить сроки реабилитации пациентов с ВЗНС и повысить качество их жизни.

Литература:

1. Василевская Л. А. Патоморфологические проявления длительного мышечного гипертонуса при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы. Периферическая нервная система. Минск. 1992; 14: 34-36.
2. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига. 1992; 341 с.
3. Карлов В. А. Неврология (руководство для врачей). М. 1999; 460 с.
4. Кожитов Л. В., Лиев А. А. Инновационное образование: практико-ориентированный подход в обучении. Материалы 4-й Международной научно-практической конференции. Астрахань. 2012.
5. Лиев А. А. с соавт. Перспективные технологии, оборудование и аналитические системы для материаловедения и наноматериалов. Материалы 9-й Международной научно-практической конференции. Тверь. 2012.
6. Лиев А. А. Варианты и формы вертеброгенных миофасциальных люмбагоишалгий. Дисс. ... докт. мед. наук. Казань. 1995.
7. Лиев А. А. Мануальная терапия. Малая медицинская энциклопедия. 1992; 3: 85-90.
8. Попелянский Я. Ю. Вертеброневрология (нейроортопедия). М. 2003; 670 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Карлов В. А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ

Классическая клиническая неврология концептуальна

Величайшая заслуга классической клинической неврологии не только в описании симптомов, синдромов и самих болезней, но также и в том, что клинические данные послужили основой концептуального подхода к пониманию структурно-функциональной организации базовых функций мозга человека, таких как гнозис, праксис, речь, доминантность полушарий. Я полагаю, что такой подход не исчерпал себя и в наше время и постараюсь показать это при: 1. Онто-филогенетическом анализе спастического гемипареза; 2. Формировании функциональных церебральных систем; 3. Анализе механизма боли на модели компрессионной невропатии и невралгии тройничного нерва (НПН).

Слайд 1.

Первый фрагмент этого сообщения посвящен фило-онтогенетическому анализу спастического гемипареза

Полученные результаты могут быть полезны и в продвижении концепции происхождения человека

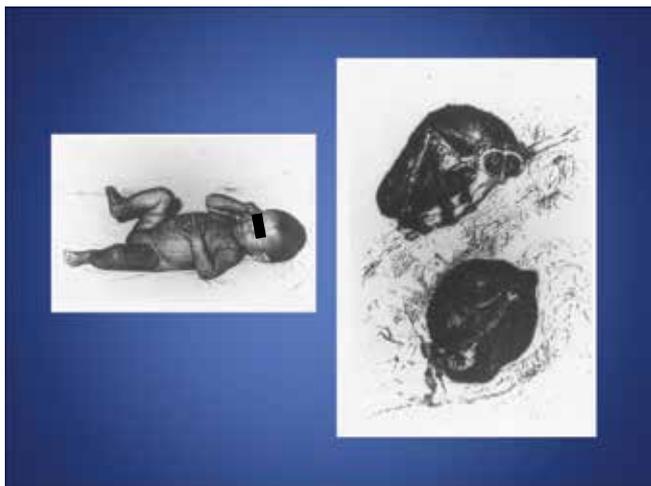
Слайд 2.



Слайд 3.



Слайд 4.



Слайд 5.

АНАЛИЗ ПОЗЫ ПАРЕТИЧНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОНТО- И ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

| ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ | БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ | ОБЕЗЬЯНА (ФИКСАЦИЯ НА ДЕРЕВЕ) |
|--|--|---|
| НОГА: СГИБАНИЕ, НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ, ОТВЕДЕНИЕ | СГИБАНИЕ, ОТВЕДЕНИЕ И НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ | СГИБАНИЕ, ОТВЕДЕНИЕ И НАРУЖНАЯ РОТАЦИЯ |
| ГОЛЕНЬ: СГИБАНИЕ | СГИБАНИЕ | СГИБАНИЕ |
| СТОПА: ТЕНДЕНЦИЯ К СУПИНАЦИИ, РАЗГИБАНИЕ БОЛЬШОГО И СГИБАНИЕ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ | ОТВЕДЕНИЕ БОЛЬШОГО И СГИБАНИЕ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ | СУПИНАЦИЯ, ОТВЕДЕНИЕ БОЛЬШОГО И ФЛЕКСИЯ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ |
| РУКА: ТЕНДЕНЦИЯ К ОТВЕДЕНИЮ ПЛЕЧА, СГИБАНИЮ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ | ОТВЕДЕНИЕ И ВЫДАЖИВАНИЕ ВПЕРЕД ПЛЕЧА, СГИБАНИЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ | ОТВЕДЕНИЕ ПЛЕЧА, СГИБАНИЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ |

Слайд 6.



Слайд 7.

| БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ | ЧЕЛОВЕКООБРАЗНАЯ ОБЕЗЬЯНА (ПОЗА НА ЗЕМЛЕ) |
|---|--|
| РЕЗКАЯ СТЕПЕНЬ СГИБАНИЯ И ПРОНАЦИИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, РЕЗКАЯ СГИБАТЕЛЬНАЯ УСТАНОВКА И УЛЬНАРНОЕ ОТВЕДЕНИЕ КИСТИ. НОГА СЛЕГКА СОГНУТА, СТОПА В ПОЛОЖЕНИИ ПОДОШВЕННОГО СГИБАНИЯ, РОТИРОВАНА КНАРУЖИ, НАРУЖНЫЙ КРАЙ РЕЗКО ОПУЩЕН. | ПРЕДПЛЕЧЬЕ СОГНУТО, ПРОНИРОВАНО, КИСТЬ УЛЬНАРНО ОТВЕДЕНА, ПРИ ФОРСИРОВАННОМ ХОЖДЕНИИ – КИСТЬ И ПАЛЬЦЫ СОГНУТЫ. НЕПОЛНОЕ РАЗГИБАНИЕ БЕДРА И ГОЛЕНИ, ОПОРА НА НАРУЖНЫЙ КРАЙ СТОПЫ. |

Слайд 8.

Заключение

Приведенные данные имеют важное значение для понимания организации двигательной системы человека, формирующейся на основе базисного моторного паттерна – стабилизации тела под влиянием вектора гравитационного поля.

Слайд 9.

Тормозные и ингибиторные механизмы играют основную роль в организации наших поведенческих реакций в любом возрасте. При этом важнейшей задачей является изучение реализующих эти механизмы систем. В качестве модели изучения этой проблемы был избран спайк-волновый комплекс, в котором, как указали еще в 60-е гг. Gastaut и Williams-Fisher, спайк отражает эпилептическое возбуждение, а послеспайковая медленная волна – ингибирование, и который, как мы ранее показали, имеет лобное происхождение. Но «западом» послужил клинический случай.

Слайд 10.

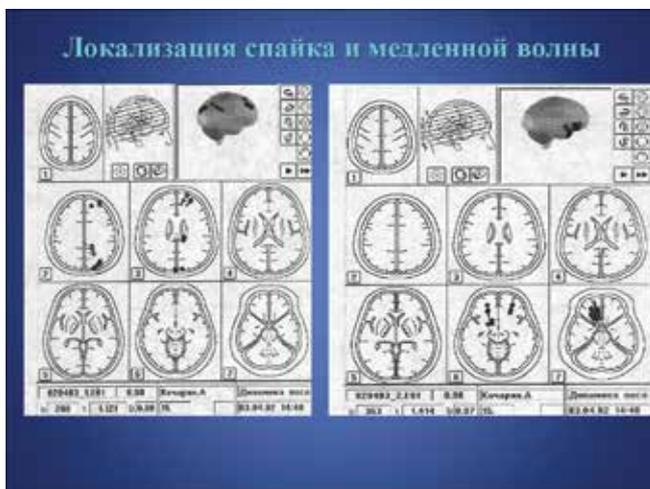
Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@ibis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

• В качестве методологии исследования признана созданная отечественными учеными концепция церебральных систем и антисистем. Антисистемы играют большую защитную роль и достаточно хорошо изучены при неврозах, хронических болях и эпилепсии. Велика роль в указанной концепции великих отечественных физиологов и нейрофизиологов — Н.А. Бернштейна, П.К. Анохина, В.М. Окуджавы, Т.С. Степановой, Г.П. Крыжановского и др. В настоящее время в зарубежных исследованиях ведущая роль в патогенезе эпилепсии придается эпилептическому очагу и нервной сети, в действительности же решающую роль играет эпилептическая и противоэпилептическая системы (ЭС и АЭС).

Слайд 11.



Слайд 12.



Слайд 13.

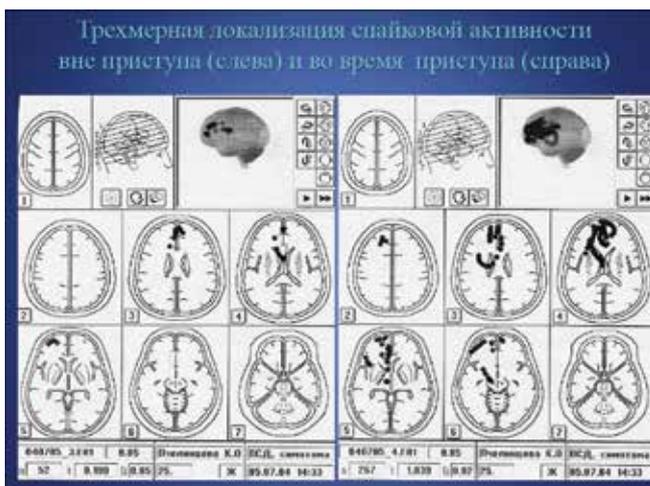


Слайд 14.

Характеристика судорожного приступа в зависимости от функционального состояния орбитофронтальной коры (В.А. Карлов, С.Е.Петренко, 1980)

| Тип очага в сенсомоторной коре | Состояние орбитофронтальной коры | Время появления на ЭЭГ пароксизмов после аппликации | Время появления судорог после аппликации | Тип припадка | Степень выраженности клинических проявлений | Состояние животного после развития приступа |
|--------------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------------|---|---|
| Пенициллиновый | Интактна | 20 мин. | 30 мин. | Джексоновский | Достаточно сильная | Без осложнений |
| То же | Электрокоагуляция | 0,5-1 мин. | 1-2 мин. | Генерализованный | Сильная | Параличи |
| Алюминиевый | Интактна | 10-й день | 28-30-й день | Джексоновский | Достаточно сильная | Часто с летальным исходом |
| То же | Стимуляция | То же | 32-43-й день | Двигательные автоматизмы | Слабая | Паралич конечностей |
| То же | Электрокоагуляция | 8-10-й день | 12-15-й день | Генерализованный | Сильная | Летальный исход |

Слайд 15.



Слайд 16.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

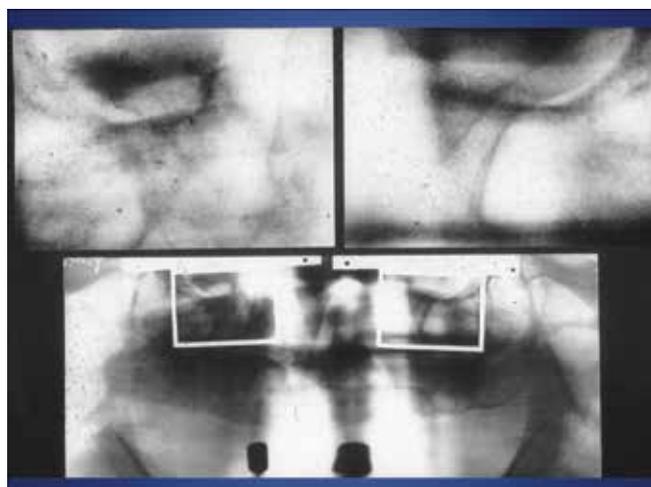
- 1) При одном и том же префронтальном очаге конечный результат – тип припадка и форма эпилепсии – зависит от типа эпилептической системы.
- 2) Результаты наших исследований выявили разобщение маркера возбуждения (спайка) и маркера ингибирования (послеспайковой медленной волны) как по вертикали, так и по горизонтали. Показано, что ключевым элементом системы ингибирования является полушарие, ответственное за абстрактное мышление. В этом смысле оно может быть признано образованием, управляющим деятельностью мозга. Таким образом, системный подход к проблеме эпилепсии выходит за пределы конкретной задачи и уточняет функциональную организацию межполушарных взаимоотношений.

Слайд 17.

Следующая проблема – проблема невропатической боли. Модели – невралгия тройничного нерва (НТН), «паралитический ишиас»

Один из наиболее старых методов лечения НТН – хирургическое вмешательство на его пораженных ветвях – невротомия, нервэкзереэ, а также «химическая перерезка» нерва – спиртовокаиновые блокады. Последствия: обычно хороший непосредственный результат, степень которого падает по мере регенерации нерва и в конечном счете – рецидив. Ясно, что эти методы не устраняют причину невралгии – компрессию на более проксимальном от места вмешательства уровне. Так как же можно объяснить непосредственный эффект?

Слайд 18.



Слайд 19.

Другой «срез» этой проблемы – гипералгический криз

Клиницистам хорошо известны случаи крайнего обострения боли при компрессии корешка на шейно-плечевом и на пояснично-крестцовом уровне с последующим параличом мышц, иннервируемых за счет данного корешка ценою избавления от боли. Частный пример – так называемый паралитический ишиас. Паралич объясняется нарастанием компрессии до полного сдавления корешка. Но куда девается боль, ведь компрессия не только сохраняется, но максимально нарастает.

Слайд 20.

Третий «срез» данного аспекта проблемы представлен одним уникальным, почти 50-летней давности наблюдением

Мужчина 52 лет поступил с затяннувшейся острой правосторонней люмбаишалгией. Была диагностирована грыжа диска L5-S1, и вскоре наступило улучшение. Однажды «на радостях» он напился, в связи с чем был выписан из больницы. Однако через несколько часов он поступил снова уже в хирургическое отделение в связи с ножевым ранением в области нижней части задней поверхности правого бедра со свисшей стопой, боль была в области раны, но не ноги. Была диагностирована перерезка латеральной части седалищного нерва. Нерв был шит (нейрохирург – Н.И. Чеботарева). В дальнейшем по мере восстановления функций люмбаишалгия вернулась. Таким образом, возникает вопрос: куда девалась корешковая боль, ведь компрессия корешка осталась.

Слайд 21.

Что объединяет эти три «среза»?

- Единный фактор – *острое разобщение* (сдавление, перерезка, экзерез) более периферической части нерва от подвергнутой компрессии более центральной части на уровне соответствующего нерва или корешка. Именно оно устраняет боль. Известно, что принципиальным отличием ноцицептивной афферентации от любой другой является иной ответ на продолжающуюся стимуляцию: не повышение порога ее восприятия, а наоборот, его понижение – сенситизация. Очевидно, что именно разобщение нерва элиминирует первичную (периферическую) сенситизацию и делает невозможным вторичную (центральную) сенситизацию, блокируя боль.

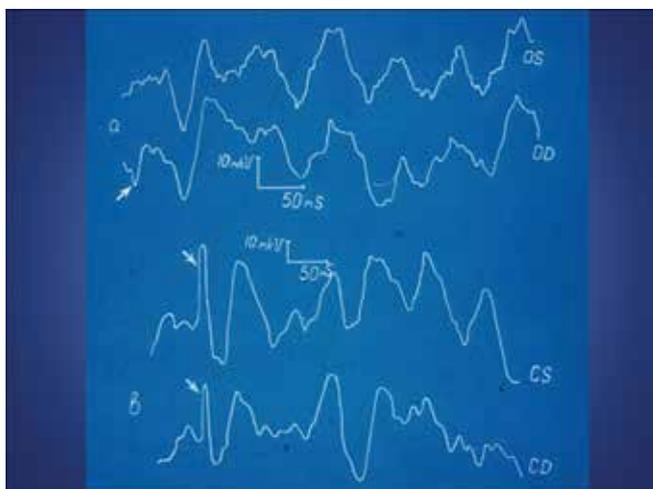
Слайд 22.

Периферический механизм боли при корешковой компрессии



Ангидромная активация ноцицепторов в регионе периферического распределения сдавленных корешковых волокон

Слайд 23.

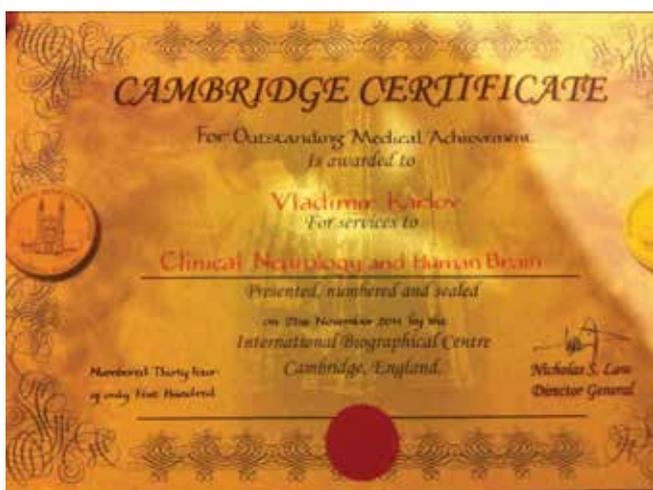


Слайд 24.

РЕЗЮМЕ

Под влиянием мощного ноцицептивного потока с периферии при НТН формируется центральная аллогенная система пароксизмального типа, имеющая характерный для эпилепсии вызванный паттерн спайк-волна с последующим ритмическим послеразрядом, выраженный максимально в сенсомоторной области. Это объясняет: 1) эффективность при НТН не анальгетиков, а ряда противоэпилептических средств; 2) старое название этого заболевания, данное еще Фозергилом – «болевого тик» в связи с подергиваниями мимических мышц на стороне приступа ужасающей лицевой боли.

Слайд 25.



Слайд 26.



«Небо и ветер, щебет птиц и ропот прибора – они не изменились со времен Гиппократов. И человеческий мозг был тогда таким же могучим, как и теперь, а врачи сталкивались в своей работе с теми же трудностями, что и мы в наши дни». У. Пенфилд «Факел», русский перевод 1994 г.

Слайд 27.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@ibis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

В.А. КАРЛОВ. ОСНОВНЫЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ В РОССИИ

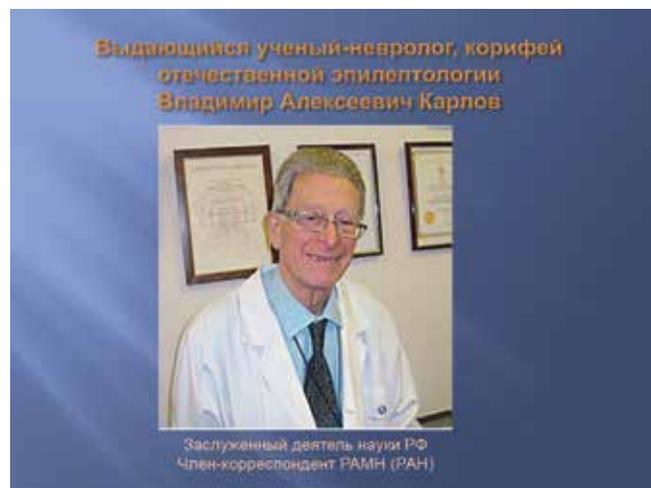
Авакян Г.Н.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.



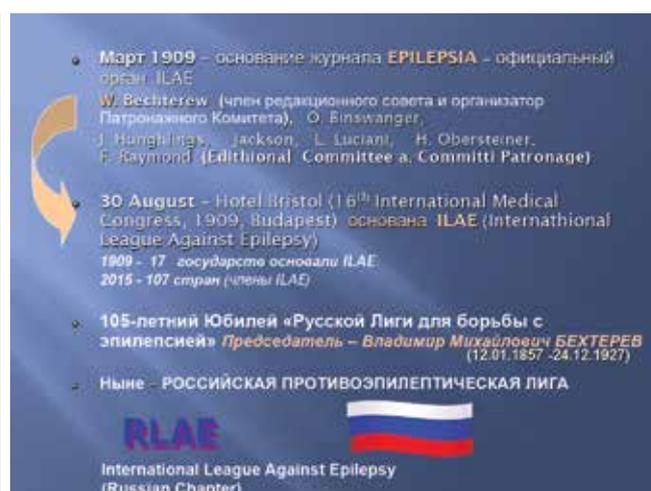
Слайд 1.



Слайд 2.



Слайд 3.



Слайд 4.

1861-1917 гг.

- Кожевников Алексей Яковлевич - русский невропатолог (1835-1902)
 - Доклад «Особая форма кортикальной эпилепсии» («epilepsia corticalis sive partialis confusa»), 21 января 1894 г. на заседании Московского общества невропатологов и психиатров)
 - А.Я. Кожевников фактически подтвердил выдвинутое Джексоном положение о том, что эпилептический припадок отражает события, происходящие в мозговой коре
- С 1861 по 1917 г. в России было опубликовано **2459 работ** отечественных и зарубежных ученых, посвященных различным аспектам эпилептологии
- Х сожалению, события Октябрьской революции 1917 г. приостановили работу «Русской Лиги для борьбы с эпилепсией»

Слайд 5.

Цели и задачи Русской Лиги для борьбы с эпилепсией

- Цели и задачи Русской Лиги для борьбы с эпилепсией в основном соответствовали целям и задачам Международной Противозипилептической Лиги:
 - Накопление материалов по статистике, лечению и признанию больных эпилепсией;
 - Изучение вопросов патогенеза и терапии эпилепсии, а также экспериментально-психологического исследования болезни;
 - Организация пересмотра охраны правового положения больных эпилепсией и др. В начале прошлого века в России насчитывалось около 100 000 больных эпилепсией

Слайд 6.

50-60 гг. прошлого столетия

- Созданы противозипилептические центры в Свердловске, Тбилиси, Омске, Тобольске
 - Во главе стояли выдающиеся ученые и организаторы:
- Шефер Давид Григорьевич (Свердловск, ныне - Екатеринбург)
- Сараджишвили Петр Михайлович (Тбилиси)
 - Создал Институт клинической и экспериментальной эпилептологии,
 - Участвовал в составлении Словаря эпилептологических терминов под редакцией Гасто
 - Инициатор создания и Председатель Всесоюзной Комиссии по эпилепсии
 - Опубликовал первую современную монографию «Эпилепсия» в 1977 г.
- Савченко Юрий Николаевич (Омск)
- Беляев Юрий Иннокентьевич (Тобольск)

Слайд 7.

РПЭЛ+МПЭЛ

- Сотрудничество Российской Противозипилептической Лиги с Международной Противозипилептической Лигой возобновилось лишь только в 1994 г. по инициативе академика РАН, профессора Е.И. Гусева (председателя) и по решению Правления Всероссийского общества неврологов
- С 1994 г. профессор Г.С. Бурд (1933-1998) возглавлял РПЭЛ, он внес неоценимый вклад в укрепление международного авторитета этого общества
- С 1998 г. работу Российской Противозипилептической Лиги возглавили член-корреспондент РАН, профессор В.А. Карпов, заслуженный деятель науки РФ, профессор Г.Н. Авакян и профессор А.Б. Гехт (правление)
- Проблемная комиссия (РАМН, МЗ РФ), Экспертный совет

Слайд 8.

НИУ (НИИ) – исполнители НИР

- Астраханская государственная медицинская академия (АСТРГМУ)
- Научно-исследовательский институт неврологии РАМН (ИН РАМН)
- Иркутский институт усовершенствования врачей (ИРИУВ)
- Казанская государственная медицинская академия (КАЗНГМА)
- Кировская государственная медицинская академия (КГМА)
- Московский НИИ психиатрии (МНИИП)
- Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ)
- Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (ММА)
- Московская областная научно-исследовательская клиническая институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)
- Новосибирская государственная медицинская академия (НГМА)
- Нижегородская государственная медицинская академия (НИЖГОРГМА)
- Пермская государственная медицинская академия (ГМА)
- Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова (РЯЗГМУ)
- Российский государственный медицинский университет (РГМУ)
- Российская военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (ВМА МО РФ)
- Самарский государственный медицинский университет (СамГМУ)
- Санкт-Петербургская научно-исследовательская психоневрологическая институт им. В.М. Бехтерева (СПбНИПИ)
- Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Павлова (СПбГМУ)
- Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (СПбГПМА)
- Саратовская государственная медицинская университета (САГМУ)
- Сибирская государственная медицинский университет (СибГМУ)
- Смоленская государственная медицинская академия (СМОЛГМА)
- Тверская государственная медицинская академия (ТВЕРГМА)
- Тюменская государственная медицинская академия (ТЮМГМА)
- Уральская государственная медицинская академия (УРГМА)
- Читинская государственная медицинская академия (ЧИТГМА)
- Якутский государственный медицинский университет им. М.К. Амосова (ЯГМУ)

Итого: 27 НИУ (НИИ)

Слайд 9.

Владимир Алексеевич Карлов



- Неоценим вклад В.А. Карлова в развитие отечественной экспериментальной и клинической эпилептологии
- 60 лет научной деятельности
- Автор более 700 научных работ, в т.ч.
- 16 монографий и руководств для врачей
- Под руководством В.А. Карлова выполнено и защищено 13 докторских и 35 кандидатских диссертаций

Слайд 10.

Докторская диссертация (1969)

- В докторской диссертации «Эпилептический статус» раскрыт патогенез заболевания,
- Предложены новые методы лечения резистентного эпилептического статуса: ИВЛ на мышечных релаксантах,
- «Сверх длительный» наркоз, что привело к снижению летальности в Москве с 25% (умирал каждый 4-5-й больной) до 7% (более, чем в 3 раза)

Слайд 11.

- В 80-е годы В.А. Карлов инициировал одно из важнейших направлений в эпилептологии – эпилепсия у женщин:

- Лечение эпилепсии у женщин во время беременности;
- Обоснование современных принципов стратегии и тактики лечения эпилепсии

Слайд 12.

- В.А. Карлов внес существенный вклад в изучение проблемы «Пароксизмальный мозг»: выявлен определенный нейрофизиологический паттерн, характерный для пациентов с пароксизмальными расстройствами сознания как эпилептического, так и неэпилептического генеза (1991)
- В.А. Карлов сформировал биологическую концепцию припадка, как срыва перенапряженных гомеостатических механизмов, что вызывает мобилизацию витальных резервов и компенсацию состояния пациента

Слайд 13.

1970-1990 гг. прошлого столетия

- В 80-90-е гг. прошлого столетия разработана стереотаксическая нейрохирургия кожевниковской эпилепсии (Л.Н. Нестеров)
- Выдвинута концепция эпилептических и антиэпилептических систем, как решающего фактора эпилептогенеза (Т.С. Степанова, К.В. Грачев, 1970)
- Это было также показано на экспериментальных моделях эпилепсии (Г.Н. Крыжановский, 1970-1990)

Слайд 14.

Огромный вклад В.А. Карлова в развитие отечественной эпилептологии

- Разработана концепция организации противозипилептической системы, в которой ключевую роль играет префронтальная кора, как управляющая система мозга
- В 1987 г. (на 10 лет раньше зарубежных ученых!) обнаружено фокальное происхождение генерализованных припадков – абсансов и разработан системный подход к эпилептогенезу

Слайд 15.

Основные монографии по эпилептологии:

- «Эпилептический статус», 1974
- «Джексоновский припадок», 1988
- «Эпилепсия», 1990
- «Неотложная помощь при судорожных состояниях», 1992
- «Судорожный эпилептический статус», 2003
- «Стимулсенситивная эпилепсия», 2006
- «Височная эпилепсия», 2007
- «Судорожный и бессудорожный эпилептический статус», 2007
- Федеральное руководство для врачей «Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин», 2010
- «Эпилепсия и репродуктивное здоровье женщины», 2012
- и др.

Слайд 16.

Руководство «ЭПИЛЕПСИЯ у детей и взрослых, женщин и мужчин» (2010)

- Представляет собой фундаментальный труд, отражающий 55-летний личный опыт и 35-летний опыт руководимого им коллектива в изучении эпилепсии у детей и взрослых, женщин и мужчин
- Исключительно важными являются представленные в руководстве гендерные аспекты эпилепсии
- Особый интерес представляют подробно описанный бессудорожный эпилептический статус, стимулсенситивные припадки, эпилепсия у женщин, пароксизмальный мозг, внезапная смерть больных эпилепсией и др.
- Для широкого круга специалистов: неврологов, психиатров, педиатров, нейрохирургов, нейрофизиологов, нейрорадиологов, клинических фармакологов, нейропсихологов и др.

Слайд 17.

Рекомендации профессиональных сообществ



- Экспертный Совет Российской Противозепилептической Лиги: «Разработка рекомендаций применения оригинальных и генерических ПЭП для лечения больных эпилепсией»
 - Москва, Нахабино, февраль 2011 г.
 - Журнал Неврологии и Психиатрии. 2011; 5 (2): 23-25
- Проект «Внимание эпилепсия!»
 - РПЭЛ+НП «Объединение врачей-эпилептологов и пациентов»
 - Цель - привлечь внимание руководителей органов здравоохранения к проблемам организации службы, диагностики и лечения, возможности улучшения качества жизни пациентов

Слайд 18.

Международное признание

- В.А. Карлов является действующим членом зарубежных научных обществ:
 - Королевского научного медицинского общества Великобритании;
 - Нью-Йоркской академии наук (США)
- За выдающиеся научные достижения он удостоен наград:
 - Международного сертификата «За службу неврологии» (Кембридж, 2000);
 - Ордена «За заслуги» Международного биографического центра (Кембридж, 2003);
 - Золотой медали Американского Биографического Института «За экстраординарные исследования по проблеме «Эпилепсия и функциональная организация головного мозга человека» (2010);
 - Сертификата Международного Биографического Центра «За выдающиеся исследования по медицине в сфере «Клиническая неврология и мозг человека» (Кембридж, 2011)

Слайд 19.

Глубокоуважаемый, дорогой Владимир Алексеевич!

От всей души поздравляем с Юбилеем, желаем большого человеческого счастья, крепкого здоровья и многих лет плодотворной творческой деятельности во благо отечественной эпилептологии и неврологии!



Слайд 20.

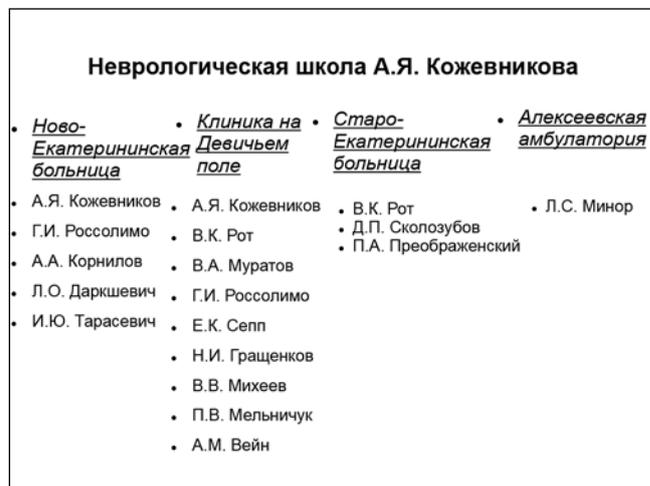
РАЗВИТИЕ ВЛАДИМИРОМ АЛЕКСЕЕВИЧЕМ КАРЛОВЫМ ШКОЛЫ А.Я. КОЖЕВНИКОВА

Яхно Н. Н.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России



Слайд 1.



Слайд 2.



Слайд 3.



Слайд 4.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@ibis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

Основные направления научной, образовательной и организационной деятельности школы им А.Я. Кожевникова

- Организация клиник, кафедр
- Подготовка учебников
- Организация общества, журнала
- Нормальная и патологическая нейроморфология
- Филогенетические и онтогенетические аспекты неврологии
- Симптоматология неврологических расстройств
- Нервно-психические функции в норме и при патологии
- Нервно-соматические и сомато-неврологические нарушения
- Неврологические и психические нарушения у детей
- Нервно-мышечные заболевания
- Патология спинного мозга и периферической нервной системы
- Двигательные расстройства
- Нейроинфекции
- Эпилепсия
- Вегетология
- Лечение нервных болезней
- История Российской неврологии

Слайд 5.

Вклад В.А. Карлова в развитие Московской неврологической школы

- Общие вопросы физиологии и патологии нервной системы
- Эпилептология и клиническая нейрофизиология
- Невропедиатрия
- Неврореаниматология
- Стоматоневрология
- Невроальгология
- Вегетология
- Ангионеврология
- Гемостазиология
- Лечение нервных болезней
- Образование
- Общественная деятельность

Слайд 6.

Выступление В.А. Карлова на праздновании 125-летия клиники имени А.Я. Кожевникова



Слайд 7.

Пароксизмальный мозг

Биологический аспект.

Основные механизмы припадка.



Слайд 8.

ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ КАРЛОВ И ЕГО НАУЧНАЯ ШКОЛА

Жидкова И. А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова» Минздрава РФ

Пожалуй, нет ни одного невролога в России и странах ближнего зарубежья, кому было бы незнакомо имя выдающегося отечественного невролога Владимира Алексеевича Карлова.

Владимир Карлов родился 5 января 1926 г. в г. Орле в семье земского врача Карлова Алексея Васильевича и акушерки Фарбер Берты Яковлевны. Мать Берта Яковлевна умерла от сыпного тифа во время эпидемии, когда Володе было всего 7 лет. Отец — Алексей Васильевич, сын крестьянина — прошел путь от аптекарского ученика до фельдшера, а затем и врача (возглавлял больницу). Первыми учителями Владимира Карлова были, конечно, его родители. Влияние родителей, их уроки нравственности и личный пример во многом определили характер Владимира Алексеевича для будущей учебы и работы врачом.



Начало его пути было непростым и пришлось на годы войны. В 1946 г. после демобилизации В. А. Карлов поступил в 1-й Московский ордена Ленина Медицинский институт, который закончил с отличием в 1952 г. С того времени медицина и жизнь, жизнь и медицина стали для В. А. Карлова одним целым.

Начало пути: военные годы, 1 МОЛМИ

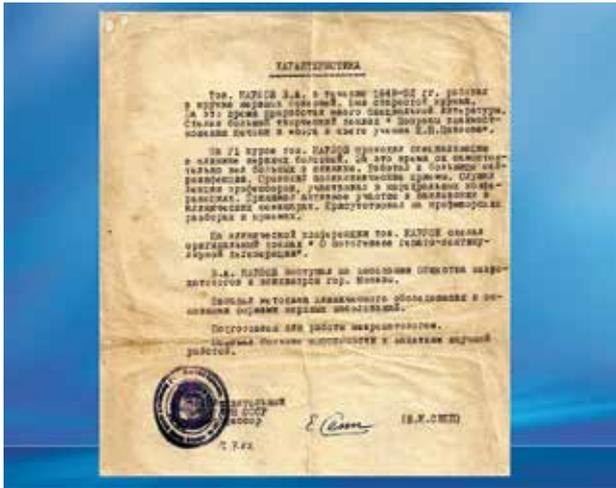


С началом войны после окончания девяти классов 7 ноября 1943 г. был призван в Армию.

После окончания 2-го гвардейского минометного училища в Москве попал в действующую армию, затем госпиталь, увольнение на полгода в запас (в это время сдал экстерном экзамены за 10 классов), затем — снова Армия.

В 1946 г. после демобилизации поступил в 1-й Московский ордена Ленина Медицинский институт, который закончил с отличием в 1952 г. С того времени медицина и жизнь, жизнь и медицина стали для него единым целым.

Первыми учителями в профессии стали профессор Евгений Константинович Сепп, который «привил» филогенетический подход к анализу клинических явлений, что отразилось в ряде работ невролога В. А. Карлова, в частности в кандидатской диссертации «Паралич Тодда», и Мария Борисовна Цукер, которая руководила студенческим кружком и «вдохнула» любовь к детской неврологии. Способности к научной работе проявились уже во время учебы в институте. Сохранилась оригинальная характеристика на студента В. А. Карлова, написанная его учителем профессором Е. К. Сеппом в 1952 г.: «Товарищ Карлов В. А. в течение 1949-1952 гг. работал в кружке нервных болезней, был его старостой. За это время проработал много специальной литературы. Сделал большой творческий доклад «Вопросы взаимоотношения печени и мозга в свете учения И. П. Павлова». На клинической конференции тов. Карлов сделал оригинальный доклад «О патогенезе гепато-лентиккулярной дегенерации». В. А. Карлов выступал на заседании Общества невропатологов и психиатров г. Москвы. Подготовлен для работы невропатологом. Показал большие способности к занятиям научной работой».



После окончания 1 МОЛМИ распределился в городок Малоархангельск Орловской обл. в качестве районного и единственного невропатолога, где проработал пять лет. Именно там, в Российской «глубинке», были написаны его первые работы, опубликованные в центральном «Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» в 1955 и в 1956 гг.: «О локализации некоторых внутренних функций в коре головного мозга», «Патофизиологический анализ больного с имитационными синкинезиями».

В аспирантуру Владимир Алексеевич поступал пять раз, о чем он теперь уже с юмором рассказывает студентам и врачам на своих лекциях. И все предметы сдавал на отлично, а поступил благодаря «счастливой случайности». Для него было выделено дополнительное место Минздравом РСФСР. Учеба в аспирантуре проходила в Педиатрическом институте МЗ РСФСР под руководством известного детского невролога профессора Давида Соломоновича Футера. Здесь и началась «эпилептологическая биография» В.А. Карлова. Впервые в кандидатской диссертации «Паралич Тодда» были описаны пароксизмальные параличи не в качестве постприступного явления, а как ингибиторная форма эпилептического припадка, причем на 52 года раньше, чем в зарубежной литературе. Защита состоялась и успешно прошла в институте Неврологии АМН СССР в 1961 г. После окончания аспирантуры он был послан первым и единственным невропатологом в Раменскую ЦРБ, где организовал не только амбулаторный неврологический прием, но и открыл неврологическое отделение на 40 коек.

С 1963 г. (более 50 лет!) В.А. Карлов работает в ММСИ им. Н.А. Семашко (ныне МГМСУ им. А.И. Евдокимова), прошел путь от ассистента до заведующего кафедрой неврологии и нейрохирургии лечебного факультета (1971-1999 гг.), в настоящее время — профессор кафедры нервных болезней, руководит сертификационным циклом по неврологии и циклом тематического усовершенствования по эпилептологии для врачей.

Научные разработки В.А. Карлова определялись, с одной стороны, тем направлением интересов, кото-

рые были заложены его первыми учителями: профессорами Евгением Константиновичем Сеппом и Марией Борисовной Цукер, а с другой стороны, — обстоятельствами: проблемами здравоохранения советского периода и контингентом больных, которые находились на клинических базах кафедры. И когда сама жизнь подсказала тему докторской диссертации «Эпилептический статус», он добился приказа по Мосгорздраву о госпитализации всех больных с эпилептическим статусом в НИИ им. Склифосовского, где еще не было неврологического и реанимационного отделения, а была только анестезиологическая служба. Владимир Алексеевич практически жил в институте. В его докторской диссертации «Эпилептический статус» (1969) раскрыт патогенез заболевания, предложены новые методы лечения резистентного эпилептического статуса: ИВЛ на мышечных релаксантах, сверхдлительный наркоз, что привело к снижению летальности в Москве в 3,5 раза и явилось большим достижением. В 1981 г. на базе ГКБ № 6 им совместно с главным врачом Б.Я. Шульманом было открыто первое в СССР нейрореанимационное отделение в структуре скорой-помощной больницы.

Под руководством В.А. Карлова выполнено и защищено 12 докторских и 36 кандидатских диссертаций. Создана авторитетная неврологическая школа, основными направлениями которой являются: эпилептология, нарушения системы гемостаза в неврологической клинике, проблема боли, неврология лица. Все эти направления объединяют идеи клиницизма и невролизма.

Эпилептология стала доминирующей в научных исследованиях профессора Карлова. Им разработана концепция организации антиэпилептической системы, в которой ключевую роль играет префронтальная кора, как управляющая система мозга. В 1987 г. (на 10 лет раньше зарубежных ученых!) им обнаружено фокальное происхождение генерализованных припадков — абсансов и разработан системный подход к эпилептогенезу. В 80-е годы В.А. Карлов инициировал одно из важнейших направлений в эпилептологии — эпилепсия у женщин, которое продолжили разрабатывать его ученики.

Второе направление, родившееся из первого, но потом приобретшее самостоятельное значение — исследование гемостаза. Эти исследования объяснили, почему некоторые больные после выхода из эписатуса все же умирали. Оказалось, что у всех больных с судорожным эписатусом возникает ДВС-синдром, который может быть причиной смерти и требует проведения специфической терапии. Ответвлением этого направления явилось изучение ДВС-синдрома при рассеянном склерозе. А поводом послужило обнаружение в атласе Крювелье характерных для рассеянного склероза бляшек, в центре которых, как правило, находился тромбированный микрососуд. В.А. Карловым было показано, что при

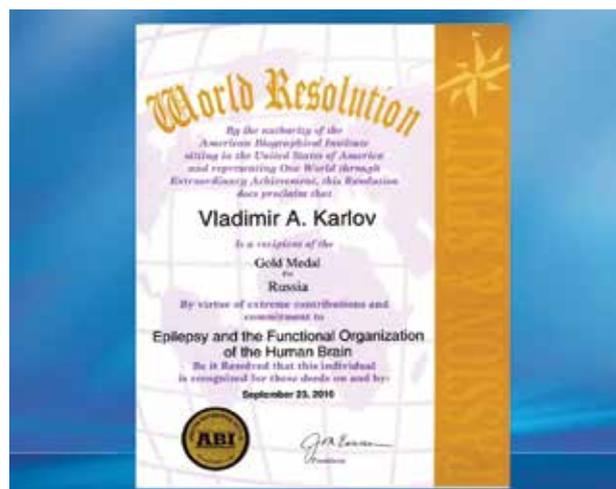
обострении рассеянного склероза возникает латентный ДВС-синдром. Разработаны терапевтические мероприятия, направленные на коррекцию системы гемостаза, в частности включавшие электрофорез с гепарином, что в 70-е годы явилось новым методом лечения этих пациентов во время обострения. В дальнейшем это направление разрабатывалось учеником В. А. Карлова — ныне известным профессором Савиным Алексеем Алексеевичем.



И, наконец, 3-е направление — боль. Исследование проблемы боли началось с изучения пароксизмальных болевых синдромов лица — прежде всего с невралгии тройничного нерва. В экспериментальных и клинических исследованиях была обнаружена особая пароксизмальная болевая система с центральной сенситизацией Роландической области. Это объяснило эффективность при невралгии тройничного нерва не анальгетиков, а некоторых антиэпилептических препаратов, прежде всего карбамазепина, а также одно из самых старых названий невралгии тройничного нерва как болевой тик — «tic dolorous». При изучении туннельных синдромов был обнаружен истинный механизм развития болей — активация антидромного потока с последующей периферической сенситизацией болевых рецепторов.

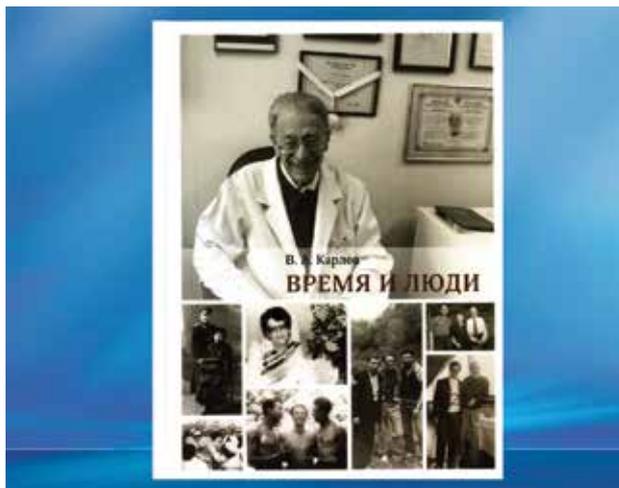


В. А. Карлов — автор более 700 научных работ, в т.ч. 16 монографий и руководств для врачей; ветеран Великой Отечественной Войны; Заслуженный деятель науки РФ; член-корреспондент РАН; доктор медицинских наук; профессор, член Королевского научного медицинского общества Великобритании; почетный доктор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. За выдающиеся научные достижения В. А. Карлов удостоен золотой медали Американского биографического Института за экстраординарные исследования по проблеме «Эпилепсия и функциональная организация головного мозга человека» в 2010 г.; Кембриджского Сертификата Международного Биографического Института «За выдающиеся заслуги по проблеме: Клиническая неврология и функциональная организация нервной системы» (Кембридж, 2011).



Нелегкий жизненный путь, потери и завоевания Владимир Алексеевич отразил в книге «Время и люди», которая вышла в свет в 2013 г. В ней он делится воспоминаниями о замечательных людях: родителях, учителях, друзьях, с которыми ему посчастливилось идти по жизни и которых уже нет в живых.

Материалы форума



И, наконец, хочется отметить триумфальное выступление В. А. Карлова на Международном коллоквиуме по эпилептическому статусу в Лондоне на английском языке в апреле 2015 г. с докладом

«Системные механизмы антиэпилептической защиты». После доклада зал аплодировал стоя. Это был триумф и признание не только самого Владимира Карлова, но и всей России на международном уровне.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБРАЗОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ. ВКЛАД ПРОФЕССОРА В. А. КАРЛОВА.

Гузева В. И., Гузева О. В., Гузева В. В.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России

Современный этап развития детской эпилептологии в целом характеризуется прогрессом. Это связано, прежде всего, с достижениями в области диагностики, клинической систематики, консервативного и хирургического лечения. Большой вклад в решение этих проблем вносят отечественные неврологи, в частности профессор Карлов Владимир Алексеевич.

По данным ВОЗ, эпилепсия является одним из распространенных неврологических заболеваний, в мире насчитывается более 50 млн человек, больных эпилепсией. Около 500 млн родственников и коллег тем или иным образом участвуют в решении проблем больных эпилепсией, поэтому заболевание имеет важное социальное значение.

Распространенность эпилепсии в популяции достигает 1%. На протяжении всего детства частота новых случаев снижается приблизительно от 150 случаев на 100 000 детей на первом году жизни, до 60 на 100 000 — между 5-9 годами жизни и 45-50 на 100 000 — у детей старшего возраста. Общее количество больных эпилепсией увеличивается с возрастом: до 4-5 лет оно составляет примерно 3,5 случая на 1000, между 5-6 и 9-10 годами жизни — 4,5 на 1000 и между 11 и 15-16 — 5 на 1000. В более развитых странах 4-5 детей из 1000 имеют проявления эпилепсии, в то время как в развивающихся странах этот показатель в 1,5-2 раза выше.

Следует отметить, что важным условием адекватной медикаментозной терапии у детей является ранняя дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмальных расстройств сознания и определение формы эпилепсии.

В обследовании детей с эпилепсией важное диагностическое значение сохраняет электроэнцефалография, позволяющая выявить особенности функционального состояния мозга. В большинстве регионов России выделены кабинеты для приема больных эпилепсией, в т.ч. детей, однако не везде имеется необходимое современное техническое оборудование и возможность проведения видео-ЭЭГ-мониторинга.

В течение четырех лет, с 2005 по 2009 г., комиссия ILAE по Классификации принимала меры по приданию классификации современного характера (Berg A. T. et al., 2010). Эти меры не заменяли существующие модели полностью, а способствовали более удобному их использованию. Предпринята попытка привлечь во внимание постоянно изменяющиеся сферы визуализации и генетики. Удалены неясные термины, касающиеся описания приступа. Подчеркивалось, что термины «фокальный» и «генерализованный» имеют отношение только к приступам. В таблицах 1 и 2 приведены основные изменения касательно классификации эпилепсии.

Карлов Владимир Алексеевич окончил в 1952 г. лечебный факультет 1-го ММИ имени Сеченова и прошел путь от невролога районной больницы до заведующего кафедрой неврологии Московского государственного медико-стоматологического университета.

Вклад Владимира Алексеевича в детскую эпилептологию огромен и неоценим. В. А. Карлов — автор более 700 научных работ. Всего по детской эпилепсии им опубликовано около 75 работ, наиболее значимые из них: 22 статьи в Журнале неврология и пси-

хиатрия им. Корсакова с 1955 г.; более 10 статей в журналах: «Педиатрия», «Вопросы охраны материнства и детства», «Неврология, психиатрия и психосоматика», «Эпилепсия и пароксизмальные состояния», «Неврологический журнал», «Лечащий врач»; монографии: «Эпилепсия»; «Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин»; многочисленные тезисы в материалах всероссийских конференций; более 16 статей и тезисов в иностранных изданиях. Во всех этих публикациях отражены актуальные вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эпилепсии у детей.

Руководство «Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин», опубликованное Владимиром Алексеевичем в 2010 г., представляет собой фундаментальный труд, и отражающий 55-летний опыт изучения эпилепсии, и является настольной книгой практически каждого невролога.

Владимир Алексеевич уже более 50 лет занимается изучением эпилептического статуса у детей. В. А. Карлов и ранее подчеркивал значение типа эпилептической системы в формировании паттерна эпилептического припадка, участвовал в разработке и внедрении системы ургентной этапной терапии эпилептического статуса, что способствовало улучшению качества оказания медицинской помощи детям с эпилепсией. Опубликован ряд его работ, посвященных данной проблеме: «К клинике, патогенезу и лечению эпилептического статуса малого припадка» — материал совместной научной конференции лечебно-профессиональных учреждений Куйбышевского района, больниц городского подчинения и институтов МЗ РСФСР (1965); «Эпилептический статус» (1974); «Судорожный эпилептический статус» — Неврологический журнал. 2000; 3 (5): 7-9; «Судорожный и бессудорожный

| Старый термин и концепция | Новый термин и концепция |
|--|---|
| <i>Этиология</i> | |
| Идиопатические: предположительно генетические | Генетические: генетический дефект вносит прямой вклад в развитие эпилепсии, в то время как приступы являются основным симптомом заболевания |
| Симптоматические: вторичные по отношению к известному или предполагаемому нарушению в головном мозге | Структурные: вызванные структурной аномалией, имеющей установленную связь с повышенным риском приступов Метаболические: вызванные метаболическим расстройством, поражающим головной мозг Иммунные: при наличии данных за аутоиммунный воспалительный процесс в ЦНС Инфекционные: эпилепсия как стойкое остаточное явление инфекции |
| Криптогенные: предположительно симптоматические | «Неизвестная причина»: причина неизвестна и может быть генетической, структурной, метаболической, иммунной или инфекционной |

Таблица 1. Новое в классификации и терминологии эпилепсии, основные аспекты.

| Старый термин и концепция | Новый термин и концепция |
|--|--|
| <i>Приступы</i> | |
| Генерализованные: первое изменение указывает на первоначальную вовлеченность обоих полушарий | Генерализованные: возникающие и быстро распространяющиеся внутри билатерально распределенных нейронных сетей |
| Фокальные: первые изменения указывают на активацию системы нейронов в ограниченном участке одного из полушарий | Фокальные: возникающие в пределах нейронной сети, ограниченной одной гемисферой |
| Спазмы не упоминаются | Добавление эпилептических спазмов; отнесение к группе неизвестных в силу малой доказательности для классификации в качестве фокальных, генерализованных либо и тех, и других |
| Сложные, простые парциальные, вторично-генерализованные | Применявшийся ранее термин отвергнут для поддержки более точного описания фокальных приступов согласно иктальной семиологии |
| <i>Эпилепсии</i> | |
| Генерализованные: эпилепсии с генерализованными приступами | Применявшийся ранее термин отвергнут |
| Фокальные: эпилепсии с фокальными приступами | Применявшийся ранее термин отвергнут |
| <i>Основные изменения в терминологии и концепциях классификации эпилепсии и приступов: Berg A. T., Berkovic S.E, Brodie M. J. et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology. 2005-2009. Epilepsia. 2010; 51; 676-685.</i> | |

Таблица 2. Основные изменения в терминологии и концепции классификации эпилепсии и приступов.

эпилептический статус» (2007); «Абсансный статус бессудорожных припадков как дебют эпилептической энцефалопатии» — Неврологический журнал. 2008; 13: 59-61; «Дебют эпилептической энцефалопатии со статусом абсансов» (Совместно с Румянцевой Т.С.) — Неврологический журнал. 2009; 1: 29-32; «Clinico-electrographic variants of absence status epilepticus» — The Innsbruck Colloquium on Status epilepticus. April 2-4, 2009; 38; «Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин» — руководство для врачей (2010) и другие.

В настоящее время тема эпилептического статуса остается достаточно актуальной и до конца не изученной. Предложено новое определение эпилептического статуса: «Эпилептический статус — это состояние, возникшее в результате нарушения механизмов, ответственных за окончание судорог, или инициализации механизмов, которые приводят к продолженным судорогам (после временной точки 1). Это состояние может иметь долгосрочные последствия (после временной точки 2), включающие гибель нейронов, повреждение нейронов и нарушение нейрональных связей, в зависимости от продолжительности судорог» (Eugen Trinka et al. Epilepsia. 2015; 56 (10): 1515-1523).

Это определение концептуальное и основано на двух величинах: первая — продолжительность приступа и временной точки (точка 1) после которой судороги должны быть отнесены к «продолженной судорожной активности». Вторая временная точка (точка 2) это время продолжающейся судорожной активности, после которой есть риск возникновения долгосрочных последствий.

При тонико-клоническом статусе обе временные точки (точка 1 на 5 мин. и точка 2 на 30 мин.) основаны на результатах изучения экспериментальных моделей у животных. Они нуждаются в дальнейшем исследовании и обосновании.

Для классификации эпилептического статуса предложено четыре направления: семиология, этиология, ЭЭГ корреляты и возраст. Классификация эпилептического статуса (ЭС) по семиологии включает следующее разделение:

А — с видимыми моторными симптомами;

A1 — судорожный ЭС (синоним — тонико-клонический):

- A1a — генерализованный судорожный;
- A1б — фокальное начало с вторичной генерализацией;
- A1в — неизвестно фокальный или генерализованный.

A2 — миоклонический ЭС:

- A 2a — с комой;
- A 2б — без комы.

A3 — фокальный моторный ЭС:

- A3a — повторяющиеся фокальные моторные судороги;
- A3б — эпилепсия парциальная продолженная;

- A3в — адверсивный статус;
- A3г — окулоклонический статус;
- A3д — иктальный парез (т.е. фокальное подавление).

A4 — тонический ЭС;

A5 — гиперкинетический ЭС.

В — без видимых моторных симптомов (бессудорожный статус).

V1 — бессудорожный ЭС с комой;

V2 — бессудорожный ЭС без комы:

- V2a — генерализованный:
 - V2аа статус типичных абсансов;
 - V2аб статус атипичных абсансов;
 - V2ав статус абсансов с миоклониями.
- V2б — фокальный:
 - V2ба без нарушения сознания (продолженная аура, с психо-вегето-висцеральными симптомами);
 - V2бб афатический статус;
 - V2бс с нарушением сознания
- V2с — неизвестно генерализованный или фокальный:
 - V2са вегетативный статус.

По этиологии ЭС разделяют по следующим признакам.

С известной причиной (то есть симптоматический):

- острый (то есть инсульт, интоксикация, малярия, энцефалит и др.);
- отдаленный (то есть посттравматический, постэнцефалитический, постинсультный и др.);
- прогрессирующий (то есть опухоль мозга, болезнь Лафора или др. деменции);
- эпилептический статус при определенных электроклинических синдромах.

С неизвестной причиной (то есть криптогенный).

Термины «идиопатический» или «генерализованный» не применяются для обозначения этиологии. Например, у пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией эпилептический статус может быть симптоматический (на фоне отмены АЭП).

В настоящее время отсутствует доказательная база по ЭЭГ-критериям эпилептического статуса. На основании описательных исследований и консенсусов предложена следующая классификация.

— *Локализация:* генерализованная (включая билатерально синхронную активность), латерализованная, билатеральная независимая, мультифокальная.

— *Название паттерна:* периодические разряды, ритмичная дельта-активность или спайк-волновая/остро-волновая и подтипы.

— *Морфология:* острота, количество фаз (например, трехфазная морфология), абсолютная и относительная амплитуды, полярность.

— *Временные характеристики:* распространенность, частота, продолжительность, суточная продолжительность паттерна и индекс, начало (внезапное или постепенное), динамика (развивающийся, флуктуирующий или статичный).

Материалы форума

— *Модуляции:* стимул-индуцированный или спонтанный эффект вмешательства (медикаментозного) на ЭЭГ.

Согласно возрасту выделяют:

- неонатальный (0-30 дней);
- ранний детский (1 мес. — 2 года);
- детский (старше 2 лет — до 12 лет)
- подростковый и взрослый (старше 12 лет — до 59 лет);
- пожилой (60 и более лет).

Вклад Владимира Алексеевича Карлова в детскую эпилептологию не ограничивается большим количеством публикаций, он оказывает неоценимую консультативную помощь детям и подросткам со всей России, активно участвует в научно-практических

конференциях, в т.ч. посвященных детской эпилептологии. Владимир Алексеевич неоднократно выступал и был модератором на секциях, посвященных эпилепсии, на ежегодно проводимом в Санкт-Петербурге Балтийском конгрессе по детской неврологии. Владимир Алексеевич принимал активное участие в подготовке клинических рекомендаций, касающихся детской эпилепсии, и особенностям эпилептического статуса у детей.

Владимир Алексеевич Карлов неоднократно принимал участие в экспертных советах по эпилепсии, в т.ч. по лечению у детей.

Благодаря развитию науки и эпилептологии, в частности, появляются новые препараты для лечения эпилепсии. Например, перампанел является пер-

| Группы слушателей | Число слушателей (%) | Число оценок до проведения обучения | | | Число оценок по завершению обучения | | |
|----------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|-------------------|
| | | отлично | хорошо | удовлетворительно | отлично | хорошо | удовлетворительно |
| Ординаторы второго года обучения | 9 (12,86%) | 4 (44,44%) | 2 (22,22%) | 3 (33,33%) | 9 (100%) | — | — |
| Ординаторы первого года обучения | 11 (15,71%) | — | 6 (54,55%) | 5 (45,45%) | 2 (18,18%) | 9 (81,82%) | — |
| Интерны | 8 (11,43%) | — | 4 (50%) | 4 (50%) | 1 (12,5%) | 5 (62,5%) | 2 (25%) |
| Студенты | 42 (60%) | 1 (2,38%) | 14 (33,33%) | 27 (64,29%) | 5 (11,90%) | 20 (47,62%) | 17 (40,48%) |
| Всего | 70 (100%) | 5 (7,14%) | 26 (37,14%) | 39 (55,71%) | 17 (24,29%) | 34 (48,57%) | 19 (27,14%) |

Таблица 3. Успеваемость групп слушателей до проведения обучения и после его завершения, оцениваемая по пятибалльной шкале.

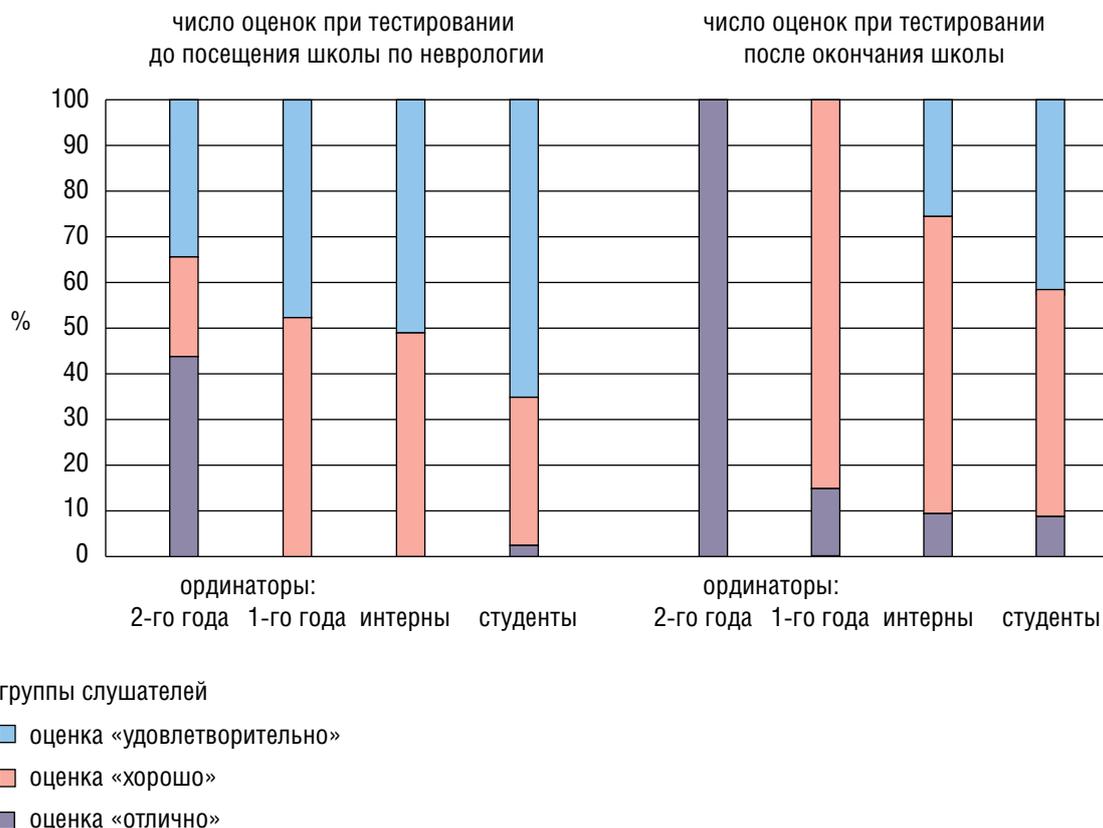


Рисунок 1. Улучшение знания материала по неврологии в группах слушателей в результате обучения.

вым в своем классе селективным неконкурентным антагонистом AMPA глутаматных рецепторов, назначается подросткам с 12 лет; зонисамид блокирует потенциал-чувствительные натриевые и кальциевые каналы, усиливает тормозное влияния ГАМК, используется в составе дополнительной терапии фокальных приступов у детей с 6 лет; руфинамид является производным триазола, его механизм действия до конца не изучен, применяется для лечения синдрома Леннокса-Гасто у детей с 4 лет.

Совершенствуются лекарственные формы широко известных противоэпилептических препаратов для удобства их применения у детей, например, препарат вальпроевой кислоты депакин. Депакин-хроносфера в виде гранул имеет широкий спектр действия, нормотимический эффект. Депакин для инъекций — лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенных инъекций. Появились новые формы леветирацетама (кепра): 10% пероральный раствор, концентрат для приготовления раствора для инфузий.

Владимир Алексеевич Карлов уделяет большое внимание дипломному и последипломному образованию неврологов и врачей других специальностей, в т.ч. ежегодно выступает с докладами на Балтийском конгрессе по детской неврологии, на котором ежегодно присутствуют более 1200 неврологов, студентов, ординаторов, интернов и врачей других специальностей.

Студенты, интерны и ординаторы кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики СПбГПМУ проходили тестирование в Школе по эпилептологии до и после внедрения в обучение руководства В.А. Карлова «Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин».

Первый опрос состоялся до проведения лекций, занятий и изучения Руководства, второй — после. Каждый тестируемый отвечал на вопросы и получал оценки по 100-бальной шкале, которые округлялись

до значений, кратных 5. На «отлично» оценивался ответ, за который получены 90, 95 или 100 баллов, оценка «хорошо» проставлялась при получении 80 или 85 баллов, «удовлетворительно» — 70 или 75 баллов. Баллы по всем темам суммировались и вычислялось их среднее значение, которое определяло итоговую оценку: «отлично» — при среднем балле не менее 90, «хорошо» — если средний балл составлял от 80 до 90, и «удовлетворительно» — если средний балл оказывался в пределах от 70 до 80.

Анализ данных успеваемости различных групп слушателей показал (см. табл. 3), что уровень знаний по эпилептологии непрерывно снижался в порядке расположения следующих категорий: наивысшие знания оказались у ординаторов второго года обучения, ниже — у ординаторов первого года обучения, еще ниже — у интернов и самые слабые знания — у студентов. Однако во всех категориях слушатели показали значительно лучшее знание материала после завершения обучения.

Итоговые оценки до проведения обучения и после его завершения приведены в таблице 3.

Изменение успеваемости в группах слушателей представлено на рисунке 1.

В образовании врачей, включая биомедицинскую этику в эпилептологии, большой вклад вносит также академик Российской академии естественных наук, Заслуженный работник Высшей школы РФ, доктор философских наук, профессор Михаловска-Карлова Екатерина Петровна, супруга В.А. Карлова.

Владимир Алексеевич Карлов пользуется непрекращаемым авторитетом как в нашей стране, так и за рубежом. Он заслужил глубокое уважение и признательность за его научные достижения в области неврологии, основанные на трудолюбии и глубине познаний, за его человеческие качества, которые проявляются при общении с коллегами и лечении больных, за его заботу о молодых ученых, стремление передать им свой опыт и знания.

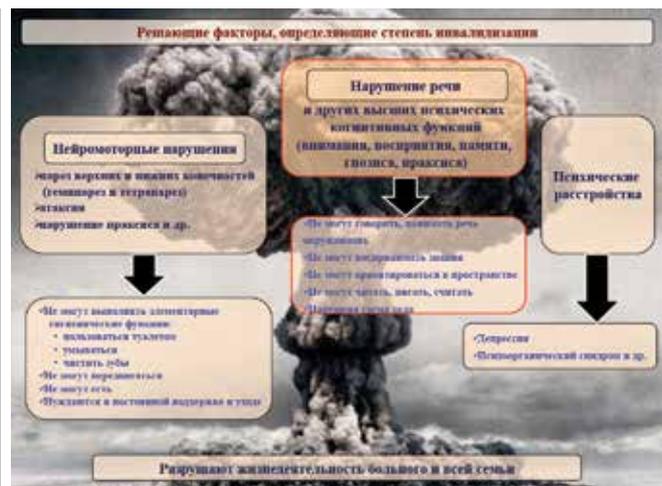
НЕЙРОПСИХИАТРИЯ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

Шкловский В. М.

Центр патологии речи и нейрореабилитации клиническая база Московского НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ



Слайд 1.



Слайд 2.

- В клинике цереброваскулярных заболеваний, в частности, при очаговых поражениях головного мозга в результате инсульта или черепно-мозговой травмы, риск возникновения эпилепсии огромен. К заболеваниям, которые существенно осложняют лечебно-реабилитационный процесс после черепно-мозговой травмы и инсульта относят эпилепсию. Если популяционный риск эпилепсии составляет 0,5%, то вследствие закупорки сосудов – повышается в 20 раз, при субарахноидальном кровоизлиянии может превышать в 50 раз. Наличие острых припадков увеличивает риск развития постинсультной эпилепсии в течение двух лет на 30 % и более.

Слайд 3.

- Вторая группа, составляющая основной контингент стационарного подразделения ЦПРИН – больные с черепно-мозговой травмой. Тяжелая и умеренная ЧМТ повышает риск развития припадков у детей соответственно в 27,26 и 7,09 раза. При поражении одной доли головного мозга риск возникновения припадков составляет 30 %, в то время как при более обширных поражениях возможность развития эпилепсии возрастает до 45%.
- Постоянное участие в клинических разборах и консультациях больных профессора В.А. Карлова в течение многих лет позволяет решить сложнейшие проблемы лечения и нейрореабилитации.

Слайд 4.

В. А. КАРЛОВ – ВКЛАД В НЕОТЛОЖНУЮ НЕВРОЛОГИЮ

Гусев Е. И.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва



Слайд 1.



Слайд 2.

Е В Р О П А :

ИССЛЕДОВАНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫЕ В 28 СТРАНАХ,
ПОКАЗЫВАЮТ, ЧТО **25 %** НАСЕЛЕНИЯ СТРАДАЕТ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

РАСХОДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СОСТАВЛЯЮТ **35 %** ОТ ВСЕХ РАСХОДОВ НА
ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА

P. Andlín-Sobocki et al.,
Eur. J. Neurol., 2005, 12 (suppl. 1)

Слайд 3.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

≈ 142 млн НАСЕЛЕНИЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

≈ 450.000 НОВЫХ СЛУЧАЕВ ЕЖЕГОДНО

≈ 3,2 СЛУЧАЯ НА 1.000 НАСЕЛЕНИЯ В ГОД

Национальная ассоциация
по борьбе с инсультом, 2012

Слайд 4.



Слайд 5.



Слайд 6.



Слайд 7.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.su>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@jrbis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ РОССИЙСКОЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЛИГИ

Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Михайлов В. А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

1909 г. был богат событиями, которые способствовали развитию учения об эпилепсии. 30 августа 1909 г. в отеле «Бристоль» на Международном Медицинском Конгрессе в Будапеште была организована «Интернациональная Лига по борьбе с эпилепсией».

Академик В. М. Бехтерев «принял участие в конструировании Лиги» наравне с такими известными учеными, как K. Alt, W. J. Friedlander, R. Sommer, A. Tamburini. Лига имела Постоянное Бюро, расположенное в Будапеште.

Международная противоэпилептическая лига (МПЭЛ) была основана не как ассоциация национальных организаций, а как главным образом международное общество с индивидуальным членством. Однако с самого начала это явилось поощрением для создания национальных комитетов и эти комитеты стали ядром тех национальных филиалов, которые сегодня вместе составляют членство МПЭЛ. Первые национальные комитеты были основаны уже в 1910 г., и в разных странах это было сделано по-разному.

Одним из первых национальных комитетов была Русская лига для борьбы с эпилепсией, которая была учреждена 5.01.1910 г. на III Съезде российских психиатров в Санкт-Петербурге.



Групповое фото участников съезда во время товарищеского ужина 26 декабря 1909 г.

Это важное событие в развитии нейронаук в России произошло по инициативе выдающегося отечественного невролога и психиатра академика В. М. Бехтерева (1857-1927), Председателя Съезда и Президента Санкт-Петербургского Психо-Неврологического Института.



Организационный комитет III съезда отечественных психиатров. (Слева направо) Л. М. Пуссеп, В. М. Бехтерев, П. Я. Розенбах, Н. Ю. Смелов, П. А. Останков, С. М. Добрагаев, А. Н. Карпинский, О. А. Четотт, А. Э. Бари.

Девятая Резолюция III Съезда отечественных психиатров гласила «Основать Русскую Лигу для борьбы эпилепсией... Центральное Бюро Комитета Русской Лиги имеет постоянное пребывание в С.-Петербурге при Психо-Неврологическом Институте».

В состав Центрального бюро Комитета Лиги вошли академик В. М. Бехтерев (председатель), его ученики и сотрудники — В. Я. Анфимов (1885-1958) — секретарь Русской Лиги и А. С. Грибоедов (1875-1944) (Санкт-Петербург), доктор медицины А. А. Сухов (1872-1929) — Стрекаловская больница (Москва). В дальнейшем в состав «Лиги» были введены:

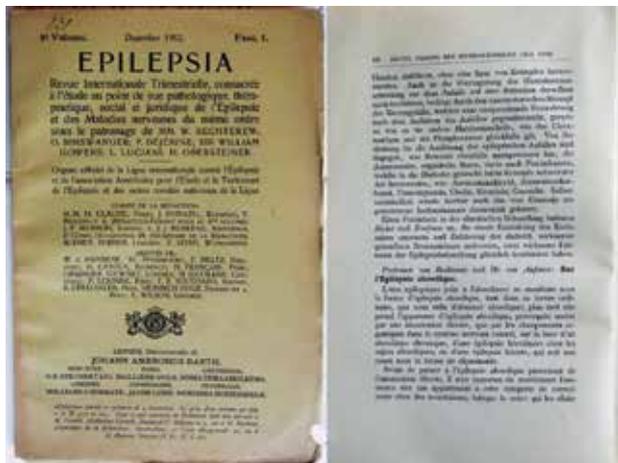
1. Юлий Карлович Белицкий (1872-1961), который совместно с В. Я. Анфимовым разработывал проект устава «Русской Лиги»;

2. Василий Алексеевич Гиляровский (1876-1959) — известный психиатр;
3. Владимир Александрович Муратов (1865-1916) — директор психиатрической лечебницы в Саратове;
4. Борис Савельевич Грейндерберг — известный невропатолог в Харькове;
5. Людвиг Мартинович Пуссеп (1875-1942) — нейрохирург Психо-Неврологического Института;
6. Давид Иосифович Орбели — врач больницы нервных и душевных болезней в Тифлисе;
7. Сергеев Леонид Аггевич — доктор Окружной Лечебницы в Казани;
8. Осокин Николай Евграфович (1877-1949) — в 1907 г. — ординатор клиники при кафедре нервных и душевных болезней Казанского университета, в 1909 — сотрудник Саратовского университета.

Структура и задачи Русской Лиги для борьбы с эпилепсией полностью соответствовали структуре и задачам Международной Лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE), с учетом национальных особенностей и традиций России:

1. Содействие строительству клиник для лечения больных эпилепсией в России и, в частности, первой в Петербурге эпилептологической клиники при Психо-Неврологическом Институте;
2. Накопление материалов по статистике, лечению и признанию больных эпилепсией;
3. Изучение вопросов патогенеза и терапии эпилепсии, а также экспериментально-психологического исследования болезни;
4. Выработка классификации эпилепсии;
5. Организация пересмотра охраны правового положения больных эпилепсией и т.д.

По предложению Дж. Донат (Будапешт) и Л. Дж. Дж. Мускенс (Амстердам) органом «Лиги» было решено сделать журнал «Epilepsia», в создании которого также принял участие В.М. Бехтерев, являвшийся членом его редакционного совета.



Публикация В. М. Бехтерева и В. Я. Анфимова «Алкогольная эпилепсия», 1912 г.

Вскоре в редакционный совет журнала вошли, кроме В. М. Бехтерева, известные российские ученые Ю. К. Белицкий (1872-1961), П. И. Ковалевский (1850-1930) и В. К. Рот (1848-1916).

В 1912 г. в разделе «Оригинальные статьи» журнала «Epilepsia» была опубликована работа В. М. Бехтерева и В. Я. Анфимова «Алкогольная эпилепсия». Эта работа была доложена в Цюрихе на Международном съезде Лиги по борьбе с эпилепсией, и русский доклад стал программным в работе международного съезда. В 1914 г. в журнале «Epilepsia» была опубликована широко известная работа В. М. Бехтерева и Л. М. Пуссеп «Хирургия при душевных болезнях». В 1914 г. Фриц Лёб (Мюнхен) опубликовал библиографию эпилепсии, где имеются указания на работы В. М. Бехтерева, Л. М. Пуссеп, В. Я. Анфимова, А. А. Сухова.



Научные направления международного журнала «Эпилепсия»

В. М. Бехтерев придавал особое значение вопросам, связанным с изучением и лечением больных эпилепсией, учитывая медицинскую, социальную значимость заболевания и его распространенность.

В докладе «Вопросы нервно-психического здоровья в населении России» В. М. Бехтерев сообщил, что из 300 000 душевно-больных в России в начале XX в. 100 000 были больны эпилепсией. При этом во всех психиатрических учреждениях державы (считая земские, городские, правительственные и частные заведения) насчитывалось всего 35 000 кроватей. В 9-й резолюции III Съезда первым пунктом значилось постановление о «содействии скорейшему осуществлению клиник для эпилептиков в России, в частности уже намеченной при Психо-Неврологическом Институте первой эпилептологической клиники в Санкт-Петербурге». В связи с этим В. М. Бехтерев объявил на съезде о строительстве в структуре Психо-Неврологического Института отдельной «Клиники для эпилептиков» на 40 кроватей. Строительство началось на частное пожертвование М. П. Скоропадского (25 тыс. рублей) и затем была выделена субсидия Правительства в размере 70 тыс. рублей. К сожалению, начало Первой мировой войны прервало строительство, но те помещения, которые успели построить, были приспособлены под нейрохирургический госпиталь.



Клиника для лечения больных эпилепсией (арх. Р.Ф. Мельцер).

К 1917 г. (с 1861 по 1917 г.) в России было опубликовано 2459 работ отечественных и зарубежных ученых (они были представлены приблизительно в равных соотношениях), посвященных различным аспектам эпилепсии.

1 марта 1918 г. в структуре Психо-Неврологического Института был создан первый в России Нервно-Хирургический институт на 150 кроватей, директором которого был назначен ученик В. М. Бехтерева, первый нейрохирург России, профессор Л. М. Пуссет.

Этот Институт просуществовал не более полутора лет, однако сумел накопить уникальный клинический опыт, в частности, по поводу эпилепсии было проведено 327 операций, из которых большую часть сделал Л. М. Пуссет.



Л. М. Пуссет и В. М. Бехтерев

События, произошедшие в России в 1917 г., надолго приостановили работу Русской Лиги по борьбе с эпилепсией. Однако медико-социальный и экономический аспекты проблемы эпилепсии, особенно после Великой Отечественной войны 1941-1945 гг., заставили вновь обратиться к этому вопросу. Эпилепсия была выделена в самостоятельную клиническую проблему. Были созданы соответствующая проблемная комиссия и головное учреждение — Институт клинической и экспериментальной неврологии в Тбилиси во главе с академиком П. М. Сараджишвили.

Известно, что 9 сентября 1965 г. на Конгрессе ILAE в Вене Президент ILAE Фрэнсис Л. Макнагтон приветствовал персонально академика П. М. Сараджишвили и специального представителя Всемирной организации здравоохранения профессора Б. А. Лебедева (директор института им. В. М. Бехтерева с 1961 по 1964 г.), предлагая расширение сотрудничества ученых.

Это сотрудничество состоялось, но в силу различных обстоятельств работа Российской противоэпилептической Лиги, входящей в Международную Лигу борьбы с эпилепсией, возобновилась лишь в 1993 г. Возглавил ее работу профессор Г. С. Бурд. С 1998 г. по настоящее время президентом Российской противоэпилептической Лиги является профессор Г. Н. Авакян; профессор А. Б. Гехт — генеральный секретарь Российской Лиги, член Европейской Комиссии ILAE.

Российская Противоэпилептическая Лига вносит весомый вклад в деятельность ILAE. Российские ученые принимают активное участие в работе международных и европейских эпилептологических конгрессов, их работы публикуются в журналах «Epilepsia», «Seizure» и других авторитетных международных изданиях.

В рамках конгресса «Человек и лекарство» под эгидой ILAE и Российской Противоэпилептической Лиги в Москве ежегодно проходят широкомасштабные международные конференции по проблеме эпилепсии с участием ведущих эпилептологов Российской Федерации и мира.



Руководители РПЭЛ

Основные направления работы РПЭЛ:

- эпидемиология эпилепсии;
- совершенствование диагностики эпилепсии;
- экспериментальное и клиническое изучение эпилептогенеза и пароксизмальных состояний;
- изучение эффективности новых антиконвульсантов;
- оценка качества жизни больных эпилепсией;
- постдипломная подготовка специалистов;
- организация помощи больным эпилепсией.

В 2010 г. в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева был проведен конгресс, посвященный 100-летию Российской Противо-

Материалы форума

эпилептической Лиги. В Конгрессе приняли участие все ведущие эпилептологи России и зарубежные ученые, в частности, Президент Всемирной противоэпилептической Лиги профессор П. Вольф (Дания).



Открытие Конгресса «Российская эпилептология в современном мире» (17.02.2010).

К открытию Конгресса была издана коллективная монография «Эпилепсия» (СПб, 2010, 960 стр.), объединившая работы 46 ведущих эпилептологов России.



Юбилейный выстрел в честь открытия конгресса произведен патриархом российской эпилептологии — профессором В.А. Карловым

105-я годовщина РПЭЛ также была отмечена всероссийской конференцией с международным участием «Эпилептология в системе нейронаук», в которой приняли участие 298 специалистов из России и зарубежных стран. Президентом ILAE профессором Э. Перукка было написано приветственное слово участникам конференции, Президент Российской противоэпилептической Лиги профессор Г.Н. Авакян принял активное участие в ее организации и сделал доклад на Пленарном заседании, посвященный достижениям отечественных и зарубежных ученых в области диагностики и лечения эпилепсии. Всего на конференции ведущими отечественными и зарубежными учеными было сделано свыше 50 докладов по наиболее актуальным вопросам эпилептологии.



Фотоотчет конференции «Эпилептология в системе нейронаук», посвященной 105-летию Российской Противоэпилептической Лиги

Конференция состоялась в канун юбилея человека, внесшего неоценимый вклад в развитие отечественной неврологии, эпилептологии и деятельность Российской Противоэпилептической Лиги. 5 января 2016 г. исполнилось 90 лет профессору Владимиру Алексеевичу Карлову. Примечательно то, что и «рождение» Российской Противоэпилептической Лиги в 1910 г. произошло именно 5 января! А случайны ли такие совпадения?

«Неврология длиною в жизнь» — так ярко и точно охарактеризовал жизненный путь Владимира Алексеевича его друг, академик Н.В. Верещагин. Более 60 лет профессор В.А. Карлов отдал делу, которому служит, начиная со скромной должности районного врача Орловской области до одного из патриархов отечественной медицины, члена-корреспондента Российской академии наук, Заслуженного деятеля науки Российской Федерации.

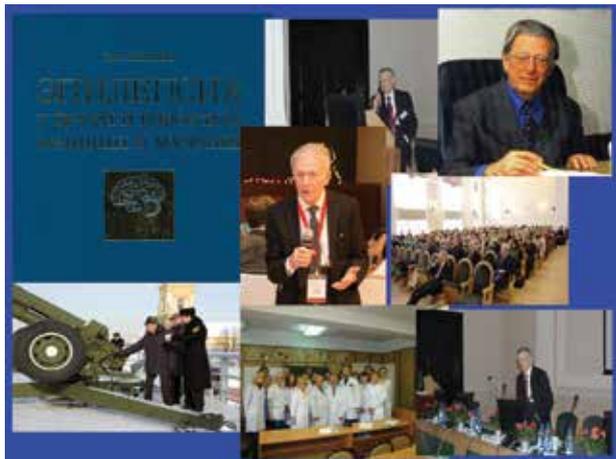
В.А. Карловым за годы его работы создана авторитетная неврологическая школа, основными направлениями которой являются: эпилепсия, неврология лица, нарушения системы гемостаза в неврологической клинике.

Разработанная В.А. Карловым в 1967-1969 гг. и внедренная в нашей стране стратегия ургентной терапии судорожного эпилептического статуса позволила более чем в 3 раза снизить летальность этого самого грозного осложнения эпилепсии.

Концептуальные разработки В.А. Карлова широко известны и признаны во всем мире:

- роль префронтальной коры, как ключевого элемента противоэпилептической защиты;
- очаговое происхождение абсанса;
- патогенез и терапия судорожного и бессудорожного эпилептического статуса;
- эпилепсия у женщин;
- пароксизмальный мозг;

— концепция антидромного механизма боли при корешковой компрессии.



В.А. Карлов является автором более 700 работ, в т.ч. 16 монографий и руководств. В 2010 г. Владимиром Алексеевичем создан уникальный труд «Эпилепсия детей и взрослых, мужчин и женщин» — энциклопедия эпилепсии.

Профессор В. А. Карлов — член Королевского медицинского общества Великобритании, Нью-Йоркской академии наук, Европейской академии эпилептологов, шестикратный номинант биографического справочника «Who is Who in the World», номинант Американского биографического института, Кембриджского биографического центра.

Среди множества заслуженных званий есть еще одно — Владимир Алексеевич — верный и надежный друг Института им. В.М. Бехтерева, Почетный член его Ученого Совета!



Профессор В.А. Карлов в день инаугурации его в качестве Почетного доктора Ученого Совета института им. В.М. Бехтерева

Литература:

1. Акименко М.А. Институт им. В. М. Бехтерева: от истоков до современности (1907-2007). СПб. 2007; 947 с.
2. Вольф П. Эпилепсия в истории. Эпилептология в медицине XXI века. М. 2009; 9-13.
3. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых мужчин и женщин. М. 2010; 718 с.
4. Эпилепсия. Коллективная монография под редакцией Н. Г. Незнанова, В. А. Михайлова. СПб. 2010; 960 с.

В свое время известным немецким анатомом Ф.В. Копшем были сказаны такие слова:

«Анатомию мозга прекрасно знают только двое — бог и Бехтерев».

Вклад профессора В.А. Карлова в сокровищницу отечественной и мировой эпилептологии позволяет нам с уверенностью утверждать: «Тайны эпилепсии наиболее глубоко постигли только двое — Бог и Карлов»!



Дорогой Владимир Алексеевич! Мы любим Вас и гордимся Вами!

Счастья Вам, здоровья и больших успехов во благо отечественной науки!

Эпилепсия – не приговор, а жизнь по особым правилам

В преддверии Всемирного дня больных эпилепсией — «Фиолетового дня» — фармацевтическая компания «Эйсай» организовала мероприятие с участием ведущих экспертов в области эпилептологии.

Ежегодно, 26 марта, отмечается «Фиолетовый день». Его придумала девятилетняя Кессиди Меган, страдающая от этого заболевания. Она сталкивалась с пренебрежением со стороны взрослых и сверстников, которые воспринимали ее состояние неадекватно, считая за легкую степень сумасшествия. Устав от подобного отношения, в 2008 г. Кессиди устроила «Фиолетовый день», чтобы рассказать окружающим о своей болезни, развеять мифы вокруг эпилепсии и оказать поддержку людям с данным диагнозом.

Эпилепсия — одно из самых распространенных хронических неврологических заболеваний. По данным ВОЗ, во всем мире такой диагноз имеют около 65 млн человек. В России зарегистрировано 352 000 пациентов с эпилепсией^{*}. Однако на самом деле людей с данным заболеванием может быть значительно больше^{**}. Несмотря на высокую распространенность эпилепсии, значительная часть населения осведомлена о ней очень плохо.

Владимир Алексеевич Карлов, профессор кафедры нервных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова (МГМСУ), заслуженный деятель науки РФ, чл.-корр. РАН, д.м.н.: «*Эпилепсия — социально значимое неврологическое заболевание. Она значительно более распространена, чем болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и детский церебральный паралич вместе взятые. Впрочем, главное отличие эпилепсии от вышеназванных патологий в том, что она потенциально излечима. В последнее время, с появлением на рынке новых препаратов, возможности врача значительно выросли*».

В мировой практике достижение ремиссии (полное исчезновение приступов) при грамотном лечении возможно в 70% случаев^{***}. Однако в России этот показатель значительно ниже⁴, и это может быть обу-

словлено тем, что заболевание трудно диагностировать, пока пациент не обратится с жалобами к врачу, а многие люди скрывают свое состояние и, соответственно, не получают необходимого лечения. Пациенты опасаются стигматизации и дискриминации в обществе, сложностей в трудоустройстве, а также различных запретов, например, на вождение транспортных средств и др. Следует подчеркнуть, что у пациентов с эпилепсией риск внезапной необъяснимой смерти в 24 раза выше в сравнении с общей популяцией^{****}. Именно поэтому так важно своевременно обращаться к врачу и получать грамотное лечение. Большой вклад в образовательную деятельность внесла Российская противоэпилептическая Лига, которая в этом году отметила 105-летний юбилей с момента основания.

Гагик Норайрович Авакян, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, председатель Российской Противоэпилептической Лиги, Заслуженный деятель науки РФ, профессор, д.м.н.: «*Если пациент жалуется на такие симптомы, как потеря сознания, головокружение, судороги, и др., ему необходимо пройти определенный комплекс обследований, включающий электроэнцефалографию, видеомониторинг и магнитно-резонансную томографию, которые позволят врачу диагностировать эпилепсию и назначить специфическое лечение. Сегодня пациентам доступны препараты с уникальным множественным механизмом действия и удобным режимом приема (один раз в день), что значительно повышает приверженность терапии*».

Кадзухико Масано, директор по планированию и организационным вопросам компании Eisai: «*На российском рынке присутствуют все четыре новейших оригинальных противоэпилептических препарата из нашего портфеля. Мы планируем продолжить работу по обеспечению российских пациентов необходимыми противоэпилептическими препаратами*».

Кроме того, компания проводит ряд благотворительных мероприятий, направленных на повышение осведомленности общества об эпилепсии, а также на социальную адаптацию пациентов.

Кадзухико Масано: «*Очень важно проводить обучающие мероприятия, повышать осведомленность населения о проблемах эпилепсии. Причем необходимо работать как со взрослыми, так и с детьми. Маленьким пациентам особенно трудно бороться с заболеванием, так как на них в гораздо большей степени влияют пред-*

* Статистические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации, департамент анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

** Авакян Г. Н. Эпидемиология эпилепсии и оптимизация медикаментозной терапии фокальных эпилепсий. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2014; Спецвыпуск.

*** De Boer H.M. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2008; 12: 540-546.

**** Alla Guekht et al. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation. *Epilepsy Research*. 2010; 92: 209-218.

***** Ficker D.M. Sudden Unexplained Death and Injury in Epilepsy. *Epilepsia*. 2000; RII (Suppl. 2): 7-12.

рассудки сверстников и друзей. Из-за этого такие ребята становятся стеснительными, не хотят общаться и заводить новые знакомства. Чтобы помочь им адаптироваться, мы инициировали благотворительные занятия, например, учили группу детей с эпилепсией складывать оригами, организовали классы йоги и т.д. Многие вначале очень стеснялись, однако мы смогли убедить их принять участие в занятиях, и через некоторое время ребята поразили окружающих своими достижениями и широкими улыбками. Мы постараемся приложить все усилия для повышения качества жизни пациентов с эпилепсией в России».

О компании Eisai Co., Ltd.

Компания Eisai Co., Ltd. — одна из ведущих в мире компаний, занимающихся исследованиями и разработкой в области фармацевтики, головной офис которой находится в Японии. Миссия компании Eisai — уделять основное внимание пациентам и их близким, повышать эффективность здравоохранения в соответствии с ориентированным на человека подходом к здравоохранению (human health care, *hhc*). Имея в штате более 10 000 сотрудников по всему миру, работающих в научно-исследовательских отделах, на производственных предприятиях и в маркетинговых дочерних структурах, компания Eisai старается реализовывать подход *hhc* путем создания инновационных продуктов в различных терапевтических

областях с высокой долей нерешенных медицинских проблем, включая онкологию и неврологию.

Миссия компании Eisai, как фармацевтической компании, действующей на мировом уровне, распространяется на пациентов во всех странах и реализуется через инвестиции и участие в партнерских инициативах, ориентированных на повышение доступности лекарственных препаратов в развивающихся странах.

В настоящее время в странах Европы, Ближнего Востока, и Африки компания Eisai реализует четыре противоэпилептических препарата: Файкомпа® (перампанел), Иновелон® (руфинамид), Зонегран® (зонисамид), Эксалиеф® (эсликарбазепина ацетат). Эксалиеф открыт и разработан BIAL. Группа компаний Эйсай вправе регистрировать, продавать и продвигать Эксалиеф в России.

Дополнительная информация о компании Eisai Co., Ltd. представлена на веб-сайте www.eisai.com.

ООО «Эйсай». 121099, РФ, Москва, Профсоюзная ул., д. 65, стр. 1, Бизнес-центр Лотте Плаза.
Тел.: +7 (495) 580-7026; +7 (495) 580-7027. E-mail: info_russia@eisai.net www.eisai.ru.

EpiGen-RU0048
Март, 2016.