

Авторы патента:

Шейнкман Ольга Григорьевна (RU)

Брин Ирина Леоновна (RU)

Дунайкин Михаил Львович (RU)

Способ лечения эпилепсий (RU 2548712):

A61P25/08 - противоэпилептические средства; противосудорожные средства

A61K35/20 - молоко; молозиво

Владельцы патента:

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Научный центр здоровья детей" Российской академии медицинских наук (ФГБУ "НЦЗД" РАМН) (RU)

Изобретение относится к медицине, а именно к психиатрии и неврологии, и касается лечения эпилепсии. Для этого вводят противоэпилептические препараты и иммуномодуляторы, причем в качестве иммуномодуляторов используют природные пероральные трансфер-факторы, «Трансфер-фактор» или «Трансфер-фактор эдвенсд». Трансфер-факторы вводят в возрастных суточных дозах в зависимости от клинико-энцефалографических показателей: максимальные дозировки, а именно: детям до 3 лет - 800-1000 мг/сутки, 3-7 лет - 1000-1200 мг/сутки, 7-10 лет - 1200-1500 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 1500-1800 мг/сутки, показаны больным с текущим эпилептическим процессом и в течение 6 месяцев после последнего клинически зарегистрированного приступа, средние дозировки, а именно: детям до 3 лет - 600-800 мг/сутки, 3-7 лет - 800-1000 мг/сутки, 7-10 лет - 1000-12000 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 1200-1500 мг/сутки, используют при клинической ремиссии не менее 6 месяцев до достижения клинико-энцефалографической ремиссии продолжительностью не менее 1 года, затем переходят на поддерживающие дозировки, а именно: детям до 3 лет - 400-600 мг/сутки, 3-7 лет - 600-800 мг/сутки, 7-10 лет - 800-1000 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 1000-1200 мг/сутки, в течение 3 лет, далее при стойкой ремиссии проводят сезонную курсовую профилактику в дозировках детям 3 лет - 200-400 мг/сутки, 3-7 лет - 400-600 мг/сутки, 7-10 лет - 600-800 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 800-1000 мг/сутки, при интеркуррентных заболеваниях и психофизических перегрузках применяют трансфер-факторы в максимальных или средних дозировках. Способ обеспечивает эффективное лечение различных форм эпилепсий при снижении побочных эффектов и уменьшении дозировок противоэпилептических средств. 1 табл., 4 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к способам лечения эпилепсии в детском и взрослом возрасте, и может быть использовано в неврологии, психиатрии и педиатрии.

Лечение эпилепсии является актуальной и сложной проблемой, что обусловлено разными механизмами эпилептического процесса, включая генетические особенности нейрохимии мозга, специфику повреждения мозговых структур при патологических процессах врожденного и приобретенного генеза - перинатального, инфекционного, токсического, травматического и прочими. Наряду с этиологическими факторами, на течение заболевания оказывают влияние репаративные и компенсаторные изменения в нервной системе, а также противоэпилептические препараты, обладающие, помимо противосудорожного,

значительными токсическими эффектами и воздействием на многие биологические процессы. На основании данных о нарушении иммунитета при эпилепсиях предложены различные способы лечения, воздействующие на иммунные процессы.

Известно использование иммуноглобулина при лечении различных форм эпилепсии (Диагностика и лечение эпилепсии (под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой). - Можайск-Терра, 1997. - с.449-461).

Недостатком данного способа является внутривенное применение препарата, необходимость проведения терапии в условиях специализированного стационара, неблагоприятные побочные реакции, такие как гипертермия, озноб, кожные реакции, при этом воздействие адресовано преимущественно к гуморальному звену иммунитета.

Известен способ лечения эпилепсии с сопутствующей органической энцефалопатией, включающий, наряду с противоэпилептическими препаратами, биорегулятор нейротропного действия кортексин и иммуномодулятор циклоферон (Громов С.А., Коляда А.А., Хроленков Е.Н. Клинико-диагностические особенности эпилепсии, отягощенной сопутствующей (неактивной) органической энцефалопатией // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. - 2012, Том 4, №4. - с.49-54).

К недостаткам данного способа относится парентеральное введение препаратов, ограничение использования циклоферона - стимулятора индукции интерферона у детей до 4 лет.

Известно использование иммуномодуляторов-цитокинов в комплексном лечении эпилепсии у детей, старше 5 лет (Liu Baoqun, Xu Jiangyang, Wang Qin, Cheng Uanliang. Epilepsy: auxiliary treatment of immunomodulators // Abstracts of XI International Symposium on Transfer Factor. - Mexico, March 1-4, 1999).

Недостатком этого способа также является парентеральное введение лекарства и риски осложнений при использовании препаратов, полученных из лейкоцитов крови человека и животных. Способ выбран нами в качестве прототипа.

Задачей изобретения является разработка способа лечения эпилепсии, включающего, наряду с противоэпилептическими препаратами, природные иммуномодуляторы - пероральные трансфер-факторы.

Техническим результатом осуществления поставленной задачи является отсутствие нежелательных эффектов и безопасность длительного применения препаратов.

Сущность способа заключается в разработке дифференцированного по стадиям болезни режима дозирования пероральных трансфер-факторов у больных эпилепсией разного возраста. Пероральные трансфер-факторы назначают в возрастных суточных дозах в зависимости от клинико-энцефалографических показателей: максимальные дозировки показаны больным с текущим эпилептическим процессом и в течение 6 месяцев после последнего клинически зарегистрированного приступа, средние дозировки используют при клинической ремиссии не менее 6 месяцев до достижения клинико-энцефалографической

ремиссии продолжительностью не менее 1 года, затем переходят на поддерживающие дозировки в течение 3 лет, далее при стойкой ремиссии проводят сезонную курсовую профилактику, при интеркуррентных заболеваниях и психофизических перегрузках применяют трансфер-факторы в максимальных или средних дозировках.

Пероральные трансфер-факторы представляют собой смесь олигопептидов низкой молекулярной массы (от 3,5 до 6 кДа) - цитокиновые фракции, идентичные лейкоцитарным цитокинам, но получаемые из молозива коров и желтков иммунизированных кур по технологии компании «4 Life Research» (США). Препараты зарегистрированы в России в качестве биологически активных добавок в виде капсул для перорального применения, содержащих трансфер-факторы из молозива коров по 200 мг («Трансфер-фактор» - Свидетельство о Государственной регистрации №77.99.23.3.У.7085.12.04 от 10.12.2004) и смеси цитокинов из молозива коров и желтков куриных яиц по 300 мг («Трансфер-фактор эдвенд» - Свидетельство о Государственной регистрации №77.99.23.3.У.7086.12.04 от 10.12.2004). Эти трансфер-факторы рекомендованы к применению как универсальный, эффективный и безопасный иммунокорректор для пациентов разного возраста (Иммунореабилитация при инфекционно-воспалительных и соматических заболеваниях с использованием трансфер-факторов: Методическое письмо. - М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2004. - 34 с.).

Способ осуществляют следующим образом. Обследуют пациента с эпилепсией по принятым стандартам диагностики и назначают противосудорожные средства в соответствии с формой и тяжестью заболевания. По клинко-энцефалографическим показателям определяют продолжительность приема и соответствующие возрасту дозировки пероральных трансфер-факторов: при текущем эпилептическом процессе и в течение 6 месяцев после последнего клинически зарегистрированного приступа назначают максимальные дозировки; при клинической ремиссии не менее 6 месяцев до достижения клинко-энцефалографической ремиссии продолжительностью не менее 1 года назначают средние, а затем поддерживающие дозировки в течение 3 лет. Суточную дозу препарата распределяют на 2-4 приема, принимают трансфер-факторы во время еды, запивая их водой.

Учитывая возможные индивидуальные реакции гиперчувствительности, целесообразно начинать принимать трансфер-факторы в количестве 100-200 мг/сутки в течение 2-3 дней, плавно повышая дозировку до рекомендуемой в течение следующих 7-10 дней. В начале лечения в течение 2-3 недель показано использование сорбентов (энтеросгель, энтегнин и другие) в возрастных дозах и режиме, рекомендованных для этих средств.

При стойкой ремиссии проводят сезонные курсы или регулярный прием (у пациентов с соматической отягощенностью, в периоды возрастных кризов) трансфер-факторов в профилактических дозах. При обострении эпилептического процесса, интеркуррентных заболеваниях и психофизических перегрузках дозировки трансфер-факторов увеличивают до максимальных или средних в зависимости от состояния пациента и клинко-энцефалографических показателей.

Рекомендуемые нами возрастные: максимальные, средние, поддерживающие и профилактические дозировки представлены в таблице.

Таблица				
Максимальные, средние, поддерживающие и профилактические дозировки трансфер-факторов при лечении эпилепсии у больных разного возраста				
Возраст	Дозировки трансфер-факторов, мг/сутки (суточная доза распределяется на 2-4 приема)			
	максимальные	средние	поддерживающие	профилактические
0-3 года	800-1000	600-800	400-600	200-400
3-7 лет	1000-1200	800-1000	600-800	400-600
7-10 лет	1200-1500	1000-1200	800-1000	600-800
старше 10 лет и взрослые	1500-1800	1200-1500	1000-1200	800-1000

Клинические примеры осуществления способа

Пример 1. Пациент М.К. в 22 года в дорожно-транспортном происшествии получил тяжелую черепно-мозговую травму - ушиб мозга тяжелой степени, эпидуральная гематома правой лобно-теменно-височной области, отек и дислокация головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, линейный перелом правой височной кости. Был в коматозном состоянии на искусственной вентиляции легких, через сутки проведена операция декомпрессивной краниотомии в правой лобно-теменно-височной области с удалением острой эпидуральной гематомы объемом 80 мл. Далее в специализированных учреждениях проходил реабилитационное лечение в связи с левосторонним гемипарезом, посттравматической энцефалопатией с умеренно выраженными изменениями личности.

В связи с несколькими эпизодами генерализованных тонико-клонических приступов с преобладанием в левых конечностях в первые месяцы после травмы получал постоянно противосудорожный препарат (карбамазепин 600 мг в сутки). В энцефалограммах на протяжении 1,5 лет после травмы регистрировалась полиморфная пароксизмальная активность, преимущественно в правом полушарии с максимальной представленностью в височной области, а также в левом полушарии (более генерализованного характера); патологические изменения усиливались при гипервентиляции.

Под наше наблюдение поступил через 1,5 года после травмы с жалобами на эмоциональную неустойчивость с преобладанием дисфорического фона настроения и «взрывчатостью», частые головные боли спазматически-пульсирующего характера преимущественно в височных областях после

умственных нагрузок и боли давящего характера затылочной локализации перед сном и при утреннем пробуждении, вздрагивания при засыпании по несколько эпизодов ежедневно с явлениями дезориентации при пробуждении, снижение памяти, низкую работоспособность. В неврологическом статусе сохранялись минимальные остаточные явления левостороннего гемипареза (гипомимия левой половины лица, неловкость тонких движений в руке, незначительное отклонение установки левой стопы при ходьбе), была выражена вегетативная лабильность, потливость, колебания артериального давления с тенденцией к гипертензии, избыточный вес.

Характер жалоб, клиническая и ЭЭГ картина указывали на текущий посттравматический эпилептический процесс, в связи с чем пациенту, без изменения дозы противосудорожного препарата, были назначены трансфер-факторы в суточной дозе 1500 мг в 3 приема (начало лечения с дозы 200 мг в сутки с достижением полной дозировки в течение 1 недели; в течение двух первых недель терапии использовали сорбент энтеросгель в соответствии с инструкцией).

Повторно пациент осмотрен через 8 месяцев приема трансфер-факторов: отмечал значительное улучшение самочувствия и настроения, повышение работоспособности, прекратились головные боли и вздрагивания при засыпании (за последние 6 месяцев их не было), появилась тенденция к нормализации веса. В ЭЭГ отмечена положительная динамика: практически полный регресс медленноволновой активности в правом полушарии со снижением выраженности пароксизмальной активности, отсутствие генерализованной пароксизмальной активности в левом полушарии; сохранялись локальные пароксизмы в правой височной области и билатерально-синхронные вспышки при гипервентиляции. В связи с клинико-энцефалографическим улучшением доза карбамазепина уменьшена до 200 мг в сутки, рекомендован прием трансфер-факторов в средних дозировках (1200 мг в сутки).

При следующем осмотре через 11 месяцев пациент отмечал улучшение состояния, несмотря на большие нагрузки: работал, получал второе высшее образование, занимался спортом. Нормализовался вес, сон; явления левостороннего гемипареза не определялись. В ЭЭГ положительная динамика в сравнении с предыдущим обследованием в виде исчезновения пароксизмальной и медленноволновой активности в фоновой записи, уменьшения выраженности ирритации медиобазальных структур при гипервентиляции (сохранялся акцент в правой височной доле). В терапию внесены коррективы: доза карбамазепина снижена до 100 мг в сутки (прием на ночь), трансфер-факторов - до поддерживающей дозировки (1000 мг в сутки).

Через год (в общей сложности 2 года 7 месяцев приема трансфер-факторов) пациент определял свое состояние как «отличное», успешно защитил диплом, организовал собственное дело, проблем здоровья не отмечал. Принимал рекомендованное лечение, однако периодически пропускал прием карбамазепина и трансфер-факторов («хотел поэкспериментировать»); отмечал, что в среднем через 3 недели отмены терапии замечает снижение работоспособности, появляются головные боли к вечеру в затылочной области. При возобновлении лечения состояние быстро улучшалось (через несколько дней). ЭЭГ в это время (проведена на фоне отмены карбамазепина и трансфер-факторов в течение 3 недель): основной корковый ритм организован, зональные различия сохранены,

частота альфа-ритма 10-12 Гц, амплитуда 40-60 мкВ, индекс его мощности высокий, форма заостренная; медленная активность и эпи-комплексы не регистрируются; при гипервентиляции появляется неспецифическая пароксизмальная активность генерализованного характера с источником в медиобазальных отделах височных долей (чаще справа), в сравнении с записью 1 год назад - менее выраженная. Пациенту рекомендовано продолжить прием карбамазепина в дозе 100 мг на ночь и трансфер-факторов в поддерживающей дозировке (1000 мг в сутки) еще в течение года.

Данный случай демонстрирует успешное использование пероральных трансфер-факторов в разработанном режиме дозирования у больного с травматической болезнью мозга, что позволило в течение короткого периода (за 8 месяцев) добиться клинической ремиссии и снизить дозу противосудорожного средства в 3 раза, а за последующие 11 месяцев еще в 2 раза с достижением ЭЭГ ремиссии, существенно улучшить состояние здоровья и качество жизни пациента.

Пример 2. Мальчик В.И. осмотрен в 8 месяцев по поводу жалоб на задержку двигательного и психического развития.

Анамнез жизни: беременность у мамы отягощена перенесенным респираторно-вирусным заболеванием в первом триместре, многоводием; роды в срок плодом весом 3510 г, длиной 51 см, с ухудшением состояния в течение двух суток за счет угнетения ЦНС; затяжная желтуха в периоде новорожденности. С рождения получал активное лечение (энцефабол, пантогам, кортексин, массаж) с нарастанием возбуждения и появлением в 4 месяца серийных флексорных инфантильных спазмов, в связи с чем ребенок был обследован в специализированном эпилептологическом центре. В результате клинического наблюдения и двухкратного видео-ЭЭГ-мониторинга (до назначения терапии и на фоне приема депакина 200 мг/сутки) диагностирована симптоматическая парциальная эпилепсия, задержка психомоторного развития. Во время приема противосудорожного препарата мама отмечала снижение двигательной и психической активности ребенка, усугубление задержки развития, по поводу чего обратилась за консультацией.

При осмотре: состояние тяжелое по неврологическому статусу - ребенок не держал голову, не переворачивался, на окружающее реагировал слабо. Двигательные нарушения были представлены спастическим тетрапарезом с выраженными патологическими тоническими рефлексомиями, сходящимся косоглазием; активное внимание на сенсорные стимулы практически не появлялось. Мама отмечала вздрагивания при засыпании и во сне.

Клиническая картина позволяла диагностировать детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. При МРТ головного мозга обнаружена выраженная наружная гидроцефалия, гипогенезия мозолистого тела.

В комплекс терапии, наряду с депакином в прежней дозировке, антиспастическим препаратом (мидокалм 25 мг в сутки) и минимальными дозами метаболических средств (глицин 7,5 мг и кавинтон 1,25 мг в сутки), включены трансфер-факторы в

дозе 900 мг в сутки в три приема. Рекомендовано ввести их в начале лечения отдельно от других препаратов, не отменяя депакин.

Повторно мальчик осмотрен через 1,5 месяца. Мама сообщила, что самостоятельно отменила депакин 1,5 месяца назад и другие препараты не давала; таким образом, пациент получал только трансфер-факторы. Родители отмечали продвижение в развитии ребенка: стал сосредотачивать взгляд, появились ответные улыбки, снизился мышечный гипертонус, реже вздрагивания во сне и при засыпании. В ЭЭГ сна эпилептическая и пароксизмальная активность не регистрировалась.

Еще через три месяца наблюдения в возрасте 1 год 2 недели (4,5 месяца приема трансфер-факторов): исчезли вздрагивания при засыпании и во сне; отчетливо продвижение в эмоциональном реагировании (различает своих и чужих, инициирует контакт вокализациями, пытается интонационно повторять речь взрослых, положительно реагирует на стихи и музыку, в «диалоге» со взрослым дает ответные улыбки и звуки). Расширились двигательные возможности: держит голову, удерживает бутылочку при кормлении, захватывает игрушки; есть попытки ползания, при вертикализации опирается на стопы, переступает. ЭЭГ-видеомониторинг в 11-месячном возрасте: во сне и бодрствовании зарегистрированы эпизоды двигательной активности и изменений мышечного тонуса, не сопровождавшиеся классическим ЭЭГ-паттерном эпилептического приступа. Рекомендовано продолжить прием трансфер-факторов в прежней, максимальной возрастной, дозировке в течение года. Далее ребенок выбыл из наблюдения в связи с переменой места жительства. По письменным сообщениям мамы, общая продолжительность приема трансфер-факторов была 1 год, за это время мальчик окреп, эпилептические приступы не возобновлялись, несмотря на активную реабилитацию по поводу детского церебрального паралича. Семья отрицает использование лекарственных препаратов; в настоящее время ребенку 3,5 года, но мальчик самостоятельно не ходит, речи нет.

Данный пример демонстрирует быстрое купирование эпилептических явлений трансфер-факторами при отмене противозепилептического препарата, хотя и назначенного по протоколу лечения флексорных инфантильных спазмов, однако ухудшившего нервно-психическое развитие ребенка с органическим поражением мозга перинатального генеза. В этом наблюдении можно оценить действие трансфер-факторов в режиме монотерапии (к сожалению, без соблюдения полной программы их применения в комплексном лечении заболевания).

Пример 3. Пациент Р.Т. наблюдался в клинике с раннего возраста по поводу детского церебрального паралича, правостороннего гемипареза, симптоматической эпилепсии; по МРТ головного мозга диагностирована ликворная киста левой лобно-теменно-височной области. На протяжении жизни практически постоянно получал противозепилептические препараты разных групп, к 16 годам депакин-хроно 1500 мг в сутки, карбамазепин 200 мг в сутки. В пубертатный период после 2-летней ремиссии возобновились ночные тонико-клонические приступы до нескольких эпизодов в месяц. После обследования в отделении эпилептологии суточные дозы противозепилептических препаратов были повышены: до 1750 мг депакин-хроно и до 1250 мг финлепсин-ретард. На

этих дозировках достигнута клинико-энцефалографическая ремиссия в течение 5 лет, однако молодого человека беспокоили диспептические явления, усиленное выпадение волос и распространенный папилломатоз кожи (проводили многократно хирургическое удаление папиллом). Периодически получал симптоматическое лечение по поводу билиарной дисфункции, внутривенного холестаза.

Учитывая клинико-энцефалографическую ремиссию эпилептического процесса в течение 5 лет, рекомендовано постепенное снижение доз противосудорожных средств с одновременным приемом трансфер-факторов в средних дозировках (1200 мг в сутки) в течение 3 месяцев, затем в поддерживающей дозировке в течение 3 месяцев. Соматическое состояние пациента существенно улучшилось через месяц от начала изменения лечения: исчезли папилломы кожи, уменьшилась выраженность диспептических явлений. Родители отметили улучшение эмоционального фона, успешности обучения и устойчивости деятельности, увеличение двигательных возможностей и социализации юноши. В последующие 3 года пациент принимал трансфер-факторы в профилактических дозах (до 800 мг в сутки) по 1 месяцу весной и осенью, во время интеркуррентных заболеваний - в средних дозировках (до 1200 мг в сутки). Сохраняется стойкая клинико-энцефалографическая ремиссия в отношении эпилепсии (постоянно принимает в сутки депакин-хроно 500 мг, финлепсин 200 мг).

Пример демонстрирует эффект трансфер-факторов в отношении уменьшения токсического действия противосудорожных препаратов и повышения противовирусного иммунитета. Использование трансфер-факторов позволило провести интенсивное снижение больших дозировок противосудорожных средств с улучшением психоневрологических функций пациента.

Пример 4. Мальчик М.Я. с раннего возраста наблюдался по месту жительства и в разных клиниках по поводу задержки психического развития на резидуально-органическом фоне (атонически-астатический синдром, дизартрия, расходящееся косоглазие за счет правого глаза, горизонтальный нистагм), эмоциональных особенностей аутистического типа.

В анамнезе тяжелая перинатальная патология (асфиксия в родах, длительные реанимационные мероприятия), задержка двигательного и психического развития. Обучался в коррекционном классе с большими затруднениями, программу не усваивал. Систематически получал психостимулирующие препараты без существенного эффекта. В 8-летнем возрасте при ЭЭГ обследовании выявлена эпилептическая активность в виде пароксизмальных вспышек и коротких разрядов комплексов «пик-волна», «острая-медленная волна» частотой 3 в секунду амплитудой до 350 мкВ в передне-центральных отделах преимущественно левого полушария (стойкий очаг эпилептической активности). Клинически расстройства сознания и другие эпилептические проявления не отмечали. Тем не менее, в терапию был включен противосудорожный препарат (карбамазепин 100 мг на ночь) в течение 1,5 лет, на фоне чего достигнуто существенное улучшение состояния ребенка (двигательных, речевых, коммуникативных функций). В 12 лет родители сообщали об успехах в развитии ребенка, но при осмотре был отмечен эпизод кратковременного снижения сознания без моторного компонента. В ЭЭГ

зарегистрированы два генерализованных эпи-разряда 2,5 Гц 400-600 мкВ в виде комплексов «пик-волна» в течение 7 секунд в лобных отделах, хотя в сравнении с предыдущими ЭЭГ-записями отмечена положительная динамика - исчезли очаги эпи-активности в левой лобно-височной области и эпилептические реакции на функциональные нагрузки. Проведены КТ и МРТ головного мозга, патологические изменения не обнаружены. Назначен леветирацетам (кепра) с постепенным титрованием дозы (максимально получал 1000 мг в сутки), однако мама отмечала учащение абсансов весной и осенью (до десяти эпизодов в день).

При ЭЭГ обследовании в 14 лет 8 месяцев регистрировалась грубая эпи-активность с преобладанием феномена «пик-волна» в фоновой записи и при функциональных нагрузках в центрально-лобных и затылочно-теменных отведениях. Подростку назначены трансфер-факторы в максимальной дозировке (1500 мг в сутки) с постепенным введением препарата по описанным правилам. Клинически купирование абсансов отмечено в течение месяца. Через 3,5 месяца проведено ЭЭГ обследование: эпилептическая активность не обнаружена. В связи с этим родители прекратили прием трансфер-факторов на 2 месяца, но при этом возобновились абсансы (зафиксированы единичные), и терапию продолжили. При осмотре в 15,5 лет: юноша существенно продвинулся в развитии, успевает в школе по общей программе (ряд предметов готовит самостоятельно), включен в общение со сверстниками, поет в музыкальном ансамбле, окреп, стал более координированным. ЭЭГ с выраженной положительной динамикой (оценена как пограничная с нормой). Рекомендовано снижение дозы противосудорожного препарата, переход на средние и поддерживающие дозировки трансфер-факторов по разработанной схеме. По сообщениям родителей через год (16,5 лет): состояние подростка хорошее, приступов нет, доза кеппра снижена в 2 раза; ЭЭГ без патологических изменений.

Пример демонстрирует успешное применение трансфер-факторов у подростка со сложным генезом эпи-проявлений (ювенильная идиопатическая абсансная эпилепсия на органическом фоне перинатального генеза), не купировавшихся современным противосудорожным препаратом в течение продолжительного времени.

Предложенный способ показал свою эффективность в терапии больных различными формами эпилепсии разного возраста, возможность уменьшения дозировок противосудорожных средств при включении в терапевтический комплекс пероральных трансфер-факторов, отсутствие нежелательных эффектов и безопасность их длительного применения в рекомендуемом режиме дозирования, повышение качества жизни пациентов с улучшением их соматического и психического здоровья.

Способ лечения эпилепсии, включающий противосудорожные препараты и иммуномодуляторы, отличающийся тем, что в качестве иммуномодуляторов используют природные пероральные трансфер-факторы, «Трансфер-фактор» или «Трансфер-фактор эдвенсд» компании «4 Life Research» (США), которые назначают в возрастных суточных дозах в зависимости от клинико-энцефалографических показателей: максимальные дозировки, а именно: детям до 3 лет - 800-1000 мг/сутки, 3-7 лет - 1000-1200 мг/сутки, 7-10 лет - 1200-1500 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 1500-1800 мг/сутки, показаны больным

с текущим эпилептическим процессом и в течение 6 месяцев после последнего клинически зарегистрированного приступа, средние дозировки, а именно: детям до 3 лет - 600-800мг/сутки, 3-7 лет - 800-1000 мг/сутки, 7-10 лет - 1000-12000 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 1200-1500 мг/сутки, используют при клинической ремиссии не менее 6 месяцев до достижения клинико-энцефалографической ремиссии продолжительностью не менее 1 года, затем переходят на поддерживающие дозировки, а именно: детям до 3 лет - 400-600 мг/сутки, 3-7 лет - 600-800 мг/сутки, 7-10 лет - 800-1000 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 1000-1200 мг/сутки, в течение 3 лет, далее при стойкой ремиссии проводят сезонную курсовую профилактику в дозировках детям 3 лет - 200-400 мг/сутки, 3-7 лет - 400-600 мг/сутки, 7-10 лет - 600-800 мг/сутки, старше 10 лет и взрослым - 800-1000 мг/сутки, при интеркуррентных заболеваниях и психофизических перегрузках применяют трансфер-факторы в максимальных или средних дозировках.