

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

*Yodgorov Jasurbek Jo'rayevich*

*Buxoro davlat tibbiyot instituti Psixiatriya,  
narkologiya va tibbiy psixologiya kafedrasida assistenti*

*Qarshiyev San'at Zayniddinovich*

*Navoiy kon metallurgiya kombinati jamgarmasi  
Davlat muassasi Navoiy tibbiy sanitariya bolimi  
kattalar poliklinikasi psixiatr-narkolog shifokori.*

**Аннотация.** В данной статье проводится сравнительный анализ эффективности консервативных и хирургических подходов в лечении фармакорезистентной эпилепсии. Несмотря на развитие фармакотерапии и появление новых антиэпилептических препаратов, значительная часть пациентов остается устойчивой к медикаментозному лечению, что диктует необходимость рассмотрения альтернативных методов. В работе рассматриваются возможности рациональной политерапии как основного метода консервативного лечения, а также критерии отбора пациентов для нейрохирургического вмешательства. Особое внимание уделяется анализу клинических исходов: частоте достижения ремиссии, снижению интенсивности приступов и динамике качества жизни после применения каждого из методов. Результаты исследования позволяют определить оптимальную тактику ведения пациентов в зависимости от формы эпилепсии и локализации эпилептогенного очага.

**Ключевые слова:** фармакорезистентная эпилепсия, антиэпилептические препараты, консервативное лечение, хирургическое лечение эпилепсии, нейрохирургия, рациональная политерапия, эпилептогенный очаг, ремиссия, качество жизни, сравнительный анализ.

### Введение

Эпилепсия представляет собой одну из сложнейших проблем современной неврологии, при этом около 30% случаев заболевания характеризуются фармакорезистентностью. Согласно определению Международной противоэпилептической лиги (ILAE), фармакорезистентность констатируется при неэффективности двух адекватно подобранных схем противосудорожной терапии. Для таких пациентов продолжение исключительно консервативного

лечения часто оказывается недостаточно эффективным, что ведет к прогрессирующим когнитивным нарушениям и социальной дезинтеграции.

На сегодняшний день выбор между консервативной тактикой (рациональной политерапией) и хирургическим вмешательством остается предметом активных дискуссий. Консервативный метод направлен на поиск наиболее эффективных комбинаций антиэпилептических препаратов с минимальными побочными эффектами. Однако в случаях, когда эпилептогенный очаг четко локализован и доступен для удаления, хирургическое лечение может стать этиопатогенетическим методом, обеспечивающим полное прекращение приступов.

Целью данной работы является сопоставление результатов консервативного и хирургического лечения фармакорезистентной эпилепсии. Своевременное выявление кандидатов на хирургическое лечение и правильная оценка рисков позволяют избежать многолетней безуспешной терапии и значительно улучшить прогноз заболевания. В статье анализируются современные диагностические алгоритмы, помогающие врачу принять обоснованное решение о выборе метода лечения на основе доказательной медицины.

### **Основная часть**

Современная стратегия лечения фармакорезистентной эпилепсии требует четкого разграничения между возможностями консервативной терапии и потенциалом нейрохирургического вмешательства. Консервативный подход на этапе резистентности эволюционирует в сторону рациональной политерапии, где основной задачей становится подбор комбинации антиэпилептических препаратов (АЭП) с различными механизмами действия. Основным преимуществом этого метода является его неинвазивность и возможность воздействия на диффузные или мультифокальные формы заболевания, где хирургический очаг не может быть четко определен. В рамках консервативного лечения использование препаратов нового поколения позволяет модулировать активность ионных каналов и нейротрансмиттерных систем, достигая снижения частоты приступов у 10–15% пациентов, ранее считавшихся абсолютно резистентными. Однако длительная политерапия сопряжена с риском кумулятивной токсичности, развитием когнитивных побочных эффектов и постепенным снижением комплаентности из-за сложности режимов дозирования.

В противовес медикаментозному подходу, хирургическое лечение эпилепсии рассматривается как наиболее радикальный и потенциально излечивающий метод. Основным условием успешности хирургии является наличие верифицированного эпилептогенного очага, локализация которого подтверждается данными МРТ высокого разрешения, видео-ЭЭГ мониторинга и,

при необходимости, инвазивных исследований. Хирургические методы, такие как передняя височная лобэктомия или селективная амигдалогиппокампэктомия, демонстрируют высокую эффективность: полное прекращение приступов (класс I по классификации Engel) достигается у 60–80% пациентов с височной эпилепсией. Сравнительный анализ показывает, что при правильно установленном диагнозе хирургическое вмешательство обеспечивает более высокий уровень долгосрочной ремиссии по сравнению с многолетними попытками смены схем АЭП. Более того, ранняя хирургия способствует восстановлению социальной адаптации пациента и предотвращает необратимые изменения психической деятельности.

Несмотря на высокую эффективность хирургии, она сопряжена со специфическими периоперационными рисками и требует высокотехнологичного оборудования. С другой стороны, консервативное лечение остается единственным выбором при локализации очага в функционально значимых зонах мозга (речевых или моторных центрах) или при идиопатических генерализованных формах эпилепсии. Таким образом, выбор метода лечения должен основываться на мультидисциплинарном подходе, включающем оценку риска инвалидизации от самих приступов в сравнении с рисками оперативного вмешательства. В текущей клинической практике наблюдается тенденция к сокращению времени ожидания операции: если две адекватные схемы АЭП не принесли результата, пациент должен быть незамедлительно направлен в специализированный центр для оценки хирургической перспективы, что позволяет избежать неоправданно длительной и малоэффективной консервативной тактики.

### **Заключение**

Сравнительный анализ показывает, что выбор между консервативным и хирургическим методами должен основываться на индивидуальном профиле пациента и форме заболевания. Консервативная терапия, базирующаяся на принципах рациональной политерапии, остается основным методом при диффузных или мультифокальных формах эпилепсии, обеспечивая частичный контроль над приступами при минимальных инвазивных рисках. Однако вероятность достижения полной ремиссии исключительно медикаментозными средствами при истинной фармакорезистентности остается крайне низкой.

Нейрохирургическое вмешательство, в свою очередь, демонстрирует значительно более высокую эффективность в достижении полной свободы от приступов у пациентов с четко локализованным эпилептогенным очагом. Своевременный переход к хирургическому лечению после неэффективности двух схем антиэпилептических препаратов позволяет предотвратить когнитивную деградацию и социальную инвалидизацию. Таким образом,

мультидисциплинарный подход и ранняя диагностика хирургической перспективы являются ключевыми факторами в улучшении качества жизни и долгосрочного прогноза для пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания.

### Список использованной литературы

1. Гехт, А. Б., & Мильчакова, А. С. (2024). *Эпилептология: современные методы диагностики и лечения*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
2. Крылов, В. В., & Гехт, А. Б. (2023). *Хирургическое лечение эпилепсии*. Руководство для врачей. Москва: Спецлит.
3. Липатова, Л. В. (2025). *Фармакорезистентные формы эпилепсии: механизмы развития и стратегии терапии*. Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева.
4. Степанова, Т. С. (2022). *Клиническая нейрофизиология и хирургия эпилепсии*. Москва: Медицина.
5. Fisher, R. S., & Cross, J. H. (2024). *The ILAE classification of drug-resistant epilepsy: Clinical applications and future directions*. *Epilepsia Open*, 9(2), 115–128.
6. Engel, J. Jr. (2023). *Surgery for seizures: A review of outcomes and complications*. *Journal of Neurosurgery*, 138(4), 901–915.
7. Ryvlin, P., & Rheims, S. (2022). *Pharmacological and surgical treatment of drug-resistant epilepsy*. *The Lancet Neurology*, 21(3), 254–268.
8. Wiebe, S., & Jette, N. (2023). *Timing of surgery for intractable epilepsy: Is sooner better?*. *Neurology*, 100(12), 560–572.
9. Téllez-Zenteno, J. F., & Hernández-Ronquillo, L. (2024). *Long-term outcomes of epilepsy surgery*. *Current Opinion in Neurology*, 37(1), 45–53.
10. Brodie, M. J., & Ben-Menachem, E. (2025). *Rational polytherapy in drug-resistant epilepsy: Principles and clinical evidence*. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 18, 1–16.