

---

# Oficialus Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (ILAE) pranešimas

---

Fisher RS, et al. A Practical Clinical Definition of Epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(4): 475–82.

doi: 10.1111/epi.12550. Epub 2014 Apr 14.

Reproduced with permission of Blackwell Publishing Ltd.

---

## Praktinis kliniškas epilepsijos apibrėžimas

---

R. S. Fisher  
C. Acevedo  
A. Arzimanoglou  
A. Bogacz  
J. H. Cross  
C. E. Elger  
J. Engel Jr.  
L. Forsgren  
J. A. French  
M. Glynn  
D. C. Hesdorffer  
B. I. Lee  
G. W. Mathern  
S. L. Moshé  
E. Perucca  
I. E. Scheffer  
T. Tomson  
M. Watanabe  
S. Wiebe

**Santrauka.** 2005 m. sukurtas teorinis apibrėžimas epilepsiją apibūdino kaip galvos smegenų sutrikimą, kuriam būdingas ilgalaikis polinkis kilti epilepsijos priepuoliams. Praktiškai ilgalaikis polinkis kilti epilepsijos priepuoliams paprastai nustatomas pasireiškus dviem epilepsijos priepuoliams, kai laiko tarpas tarp jų viršija 24 val.

Tarptautinė lyga prieš epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy*, ILAE) patvirtino darbo grupės rekomendacijas situacijoms, kurios neatitinka dviejų neprovokuotų priepuolių kriterijaus, vertinti. Darbo grupė pasiūlė, kad epilepsija būtų laikoma galvos smegenų liga, atitinkanti bent vieną iš minėtų sąlygų: 1) mažiausiai du neprovokuoti (ar refleksiniai) priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val.; 2) vienas neprovokuotas (ar refleksinis) priepuolis, kai pakartotinių priepuolių tikimybė per ateinančius 10 metų yra tokia pati, kaip po 2 neprovokuotų priepuolių (mažiausiai 60 %); 3) epilepsijos sindromo diagnozė. Epilepsija laikoma atitraukusia asmenims, kurie turėjo nuo amžiaus priklausomą epilepsijos sindromą ir šiuo metu yra vyresni, nei pasireiškimo amžius, taip pat tiems, kuriems priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai pastaruosius 5 metus pacientas nevalo vaistų nuo epilepsijos. „Atitraukusios“ ligos terminas nėra identiškas tradicijai „remisijos“ ar „išgijimo“ apibrėžimui.

Skirtingi praktiniai apibrėžimai gali būti suformuluoti ir taikomi įvairiais specifiniais tikslais. Šis patikslintas apibrėžimas labiau atitinka įprastinį ligos supratimą.

**Raktažodžiai:** epilepsija, priepuolis, apibrėžimas, neprovokuoti, pasikartojimas.

Neurologijos seminarai 2014; 18(61): 218–225

---

2005 m. Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy*, ILAE) darbo grupė suformulavo teorinius „priepuolio“ ir „epilepsijos“ apibrėžimus (1 lentelė). Teoriniai apibrėžimai įvairiais specifiniais tikslais gali būti pritaikyti darbiniais (praktiniais) apibrėžimams sukurti.

ILAE suformavo darbo grupę, kurios tikslas buvo suformuluoti praktinį epilepsijos apibrėžimą kliniškai diagnozei nustatyti. Šiame straipsnyje apibendrinamos darbo grupės rekomendacijos, taip pat pridėtos papildomos

pastabos ir kliniškųjų atvejų pavyzdžiai, paaiškinantys šių rekomendacijų priežastis ir keletą skirtingų požiūrių. 2013 m. gruodį ILAE vykdomasis komitetas rekomendacijas patvirtino kaip ILAE poziciją.

Kodėl reikėjo keisti epilepsijos apibrėžimą? Pokyčiai galėtų sukelti neaiškumų pacientams, kurie gali pradėti abejoti, ar jie turi epilepsiją, ar ne. Epidemiologai ir kiti mokslininkai turėtų apsispręsti, kuriuo apibrėžimu – naujuoju ar senuoju – vadovautis, taip pat įvertinti, kaip tai paveiktų stebimas tendencijas ir palyginimus. Gali prireikti

---

Iš anglų kalbos vertė E. Audronytė (VU MF Neurologijos ir neurochirurgijos klinika)

---

Publikuojama gavus oficialų Blackwell Publishing Ltd. leidimą.

1 lentelė. Teorinis epilepsijos ir epilepsijos priepuolio apibrėžimas (2005 m. pranešimas)

Epilepsijos priepuolis	Trumpalaikiai simptomai ar požymiai, pasireiškiantys dėl nenormalaus perdėto ar sinchroniško galvos smegenų neuronų aktyvumo.
Epilepsija	Galvos smegenų sutrikimas, kuriam būdingas ilgalaikis polinkis kilti epilepsijos priepuoliams ir neurobiologinės, kognityvinės, psichologinės bei socialinės tokios būklės pasekmės. Epilepsijos apibrėžimui reikalingas bent vienas epilepsijos priepuolis.

2 lentelė. Darbinis (praktinis) kliniškas epilepsijos apibrėžimas

<p>Epilepsija – tai galvos smegenų liga, atitinkanti bent vieną iš minėtų sąlygų:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mažiausiai du neprovokuoti (ar refleksiniai) priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val.</li> <li>2. Vienas neprovokuotas (ar refleksinis) priepuolis, kai pakartotinių priepuolių tikimybė per ateinančius 10 metų yra tokia pati, kaip po 2 neprovokuotų priepuolių (mažiausiai 60 %).</li> <li>3. Epilepsijos sindromo diagnozė.</li> </ol> <p>Epilepsija laikoma atsitraukusia pacientams, kurie turėjo nuo amžiaus priklausomą epilepsijos sindromą ir šiuo metu yra vyresni, nei pasireiškimo amžius, taip pat tiems, kuriems priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai pastaruosius 5 metus pacientas nevartoja vaistų nuo epilepsijos.</p>
--

koreguoti taisykles ir nuostatus. Be šių, galimai neigiamų, pasekmių yra ir teigiamų apibrėžimo peržiūrėjimo aspektų. Remiantis dabartiniu apibrėžimu, reikalingi du priepuoliai, kuriuos skiria daugiau nei 24 val. Kai kurie epileptologai išskiria ir mano esant reikalinga atsižvelgti į situacijas, kai didelė pakartotinių priepuolių tikimybė egzistuoja jau po pirmojo neprovokuoto priepuolio. Pavyzdžiui, viena ekspertų grupė Ispanijoje balsavo už gydymo paskyrimą penkiose iš septynių vertintų hipotetinių situacijų, kuriose buvo apibūdintas vienas įvykęs priepuolis. Sprendimas skirti gydymą nebūtinai reiškia epilepsijos diagnozę (ir atvirkščiai – epilepsijos diagnozavimas nebūtinai reikalauja gydyti), tačiau tai galima vertinti kaip rodiklį, kad tikimasi didelės pakartotinių priepuolių rizikos. Be to, dabartinis apibrėžimas nenumato galimybės pacientui „išaugti“ epilepsiją, nors vyresnio amžiaus pacientai gali būti net ir pamiršę apie du vaikystėje įvykusius priepuolius. Apibrėžimas turėtų atitikti kliniškų ir pacientų požiūrį ir, prisidėdamas prie tam tikrų individualių įvertinimų, padėti priimant sprendimus dėl gydymo taktikos.

## PRAKTINIS KLINIKINIS EPILEPSIJOS APIBRĖŽIMAS

Teoriškai epilepsija nustatoma po bent vieno neprovokuoto priepuolio, kai yra didelė pakartotinių priepuolių rizika, nors nėra aišku, kokia tiksliai rizika tai turėtų būti. Po vieno neprovokuoto priepuolio pasikartojimo rizika kitam priepuoliui yra 40–52 %. Įvykus dviem neprovokuotiems ne-febriliniams priepuoliams, jų pasikartojimo rizika per ateinančius 4 metus siekia 73 % (95 % patikimumo intervalas (angl. *Confidence Interval*, CI) – 59–87 %, taigi, apytiksliai 60–90 %).

Dviejų neprovokuotų priepuolių sąlyga epilepsijos apibrėžime yra patogi, tačiau kai kuriose klinikinėse situacijose nepakankama. Vienas neprovokuotas priepuolis gali pasireikšti pacientui, prieš tai turėjusiam galvos smegenų

pažeidimą, tokį kaip galvos smegenų infarktas, centrinės nervų sistemos (CNS) infekcija ar trauma. Pacientams su tokiais smegenų pažeidimais antro neprovokuoto priepuolio rizika yra panaši į kartotinių priepuolių riziką po dviejų neprovokuotų priepuolių. O jeigu du pacientai, kuriems yra įvykęs bent vienas epilepsijos priepuolis, turi panašią pakartotinių priepuolių riziką, galima teigti, kad abu šie atvejai turėtų būti traktuojami kaip epilepsija.

Vadovaujantis senuoju apibrėžimu, pacientas, kuriam pasireiškia fotosensyvi epilepsija, neturėtų būti laikomas sergančiu epilepsija, kadangi priepuolius sukelia šviesos. Tuo tarpu kiti pacientai gali neturėti priepuolių daugiau nei 50 metų, tačiau jie vis tiek bus laikomi sergančiais epilepsija.

Tam, kad praktinis (darbinis) epilepsijos apibrėžimas atitiktų epileptologų požiūrį, ILAE darbo grupė rekomendavo praplėsti epilepsijos apibrėžimą, įtraukiant sąlygas, nurodytas 2 lentelėje. Taip pat darbo grupė apibrėžime nustatė ir laiko ribas.

Keletui naujojo apibrėžimo elementų reikalingi paaikškinimai.

### Liga

Epilepsija paprastai buvo vadinama sutrikimu ar sutrikimų grupe, o ne liga, siekiant pabrėžti, kad terminas apima daugelį skirtingų ligų ir būklių. Vis dėlto terminas „sutrikimas“ nurodo funkcijos pažeidimą, kuris nebūtinai yra ilgalaikis. Tuo tarpu „ligos“ terminas daugiau (nors ir ne visada) yra siejamas su ilgalaikiu normalios funkcijos sutrikimu.

Nemažai heterogeninių sveikatos problemų, tokių kaip vėžys ar diabetas, susideda iš daugelio sutrikimų, tačiau vis tiek yra vadinamos „ligomis“.

Terminas „sutrikimas“ visuomenėje yra prastai suprantamas ir menkina epilepsijos svarbą. ILAE ir Tarptautinis epilepsijos biuras (angl. *International Bureau for Epilepsy*, IBE) pastaruoju metu sutaria, kad epilepsija turėtų būti vadinama liga.

## Du neprovokuoti priepuoliai

Epilepsija nustatoma pacientui, kuriam yra įvykęs epilepsijos priepuolis ir kurio galvos smegenys dėl tam tikrų priežasčių pasižymi pataloginiu ir ilgalaikiu polinkiu kilti pakartotiniams epilepsijos priepuoliams. Šis polinkis galėtų būti įsivaizduojamas kaip pataloginis priepuolių kilimo slenksčio sumažėjimas, lyginant su nesergančiais asmenimis. 2 lentelės 1 punkte aprašytas dabartinis įprastai vartojamas epilepsijos apibrėžimas, kai epilepsija nustatoma po dviejų neprovokuotų priepuolių, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val. Priepuoliai, kuriuos išprovokuoja praeinantys veiksniai, laikinai sumažinantys priepuolių kilimo slenksčių kitais atžvilgiais sveikose galvos smegenyse, nėra vertinami nustatant epilepsijos diagnozę. „Provokuotas priepuolis“ taip pat galėtų būti vadinamas „reakciniu priepuoliu“ ar „ūmiu simptominiu priepuoliu“. Provokujantys faktoriai neturėtų būti painiojami su etiologija, kadangi kai kurios etiologinės priežastys sukelia ilgalaikį polinkį kilti priepuoliams. Pavyzdžiui, galvos smegenų navikas gali sukelti priepuolį, tačiau tai nebus praeinantys veiksnys.

Būklė, kai kartojasi refleksiniai priepuoliai (pvz., kaip atsakas į fotostimuliaciją), reprezentuoja provokuotus priepuolius, kurie turėtų būti laikomi epilepsija. Nors priepuoliai yra provokuoti, polinkis pakartotinai į stimulus reaguoti priepuoliu atitinka teorinį epilepsijos apibrėžimą, kadangi refleksinės epilepsijos yra susijusios su ilgalaikiu nenormaliu polinkiu kilti tokiems priepuoliams.

Priepuoliai po sumušimo, taip pat karščiavimo ar nutraukiant alkoholio vartojimą galėtų būti provokuotų priepuolių, kurie neturėtų būti laikomi epilepsija, pavyzdžiais.

Terminas „neprovokuotas“ nurodo, kad nėra laikinų ar grįžtamų veiksnių, tuo metu sumažinančių priepuolių kilimo slenksčių ir sukeliančių priepuolį. Vis dėlto „neprovokuotas“ nėra tikslus apibūdinimas, kadangi niekada negalime būti tikri, kad nebuvo jokio provokuojančio veiksnio. Ir atvirkščiai – provokuojančio veiksnio identifikavimas nebūtinai paneigia ilgalaikės epileptogeninės anomalijos buvimą. Asmeniui, turinčiam ilgalaikį polinkį kilti priepuoliams, jį sukelti gali ir nedidelė provokacija, kuri neturėtų poveikio tokio polinkio neturinčiam. Apibrėžimo kūrimo darbo grupė pripažįsta, kad provokuoto ir neprovokuoto priepuolių ribos nėra tikslios, tačiau ši diskusija atidedama vėlesniems aptarimams.

## Didelė pasikartojimo rizika

2 lentelės 2 punkte apibrėžtas antras epilepsijos diagnozavimo kelias. Jo tikslas yra apimti situacijas, kuriose kai kurie gydytojai ir ekspertai epileptologai pacientus vertina kaip turinčius epilepsiją net ir įvykus tik vienam neprovokuotam priepuoliui, kadangi egzistuoja itin didelė priepuolių pasikartojimo rizika.

Tokių atvejų pavyzdžiai galėtų būti pacientai, kuriuos vienas priepuolis ištiko praėjus bent mėnesiui po galvos smegenų infarkto, ar vaikai, kuriems pasireiškė vienas

priepuolis, tačiau kartu yra aiški struktūrinė ar atoki simptominė priežastis ir registruojamas epilepsiforminis aktyvumas encefalografijos (EEG) metu. Dar vienas pavyzdys galėtų būti pacientai, kuriems specifinio epilepsijos sindromo, susijusio su ilgalaikiu priepuolių kilimo slenksčio sumažėjimu, diagnozė gali būti nustatoma po vienintelio priepuolio.

Pirmasis priepuolis gali pasireikšti ir epilepsine būkle, tačiau vien tai savaime nereiškia epilepsijos.

Daugeliu individualių atvejų tiksli priepuolių pasikartojimo rizika nėra aiški. Vis dėlto, jeigu gydančiam gydytojui yra žinoma, kad pažeidimas sukėlė ilgalaikį polinkį kilti neprovokuotiems priepuoliams ir priepuolių pasikartojimo rizika yra panaši į esančią po dviejų neprovokuotų priepuolių (ką visi sutariame esant epilepsija), pacientas turėtų būti laikomas turinčiu epilepsiją. Specifinio skaičiaus pasirinkimas galėtų būti laikomas pernelyg tikslu, tačiau bendram palyginimui galima pasakyti, kad po dviejų neprovokuotų priepuolių ši rizika siekia 60–90 % (I pastaba). 60 % slenkstis pakankamai viršija po vieno priepuolio esančią 50 % pasikartojimo per 5 metus riziką, kuri buvo nustatyta Jungtinėje Karalystėje vykusiame ankstyvos epilepsijos ir vieno priepuolio (angl. *early epilepsy and single seizures* (MESS)) tyrime.

Svarbu paminėti, kad vienas priepuolis ir struktūrinis pažeidimas ar vienas priepuolis ir epilepsiforminis aktyvumas EEG nėra automatiškai atitinkantys šį darbinio apibrėžimo kriterijų, kadangi duomenys gali skirtis atskiruose tyrimuose ir specifinėmis klinikinėmis aplinkybėmis. Olandijos epilepsijos studijoje vaikams su epilepsiforminiu aktyvumu EEG priepuolių pasikartojimo rizika per 2 metus po vieno įvykusio priepuolio siekė 71 %, tačiau Shinnar ir bendraautorii tyrimo vaikams su pirmu idiopatinu priepuoliu ir nenormalia EEG priepuolių pasikartojimo rizika per 3 metus tebuvo 56 %. Nėra jokios formulės, kuri galėtų būti taikoma papildomiems rizikos veiksniams įvertinti, kadangi trūksta duomenų, kaip įvairūs rizikos veiksniai sumuojami tarpusavyje. Atvejai turi būti vertinami individualiai.

Priepuolių pasikartojimo rizika priklauso nuo laiko – kuo ilgesnis laiko tarpas yra praėjęs nuo paskutinio priepuolio, tuo mažesnė pasikartojimo rizika.

Pataisytas apibrėžimas nereikalauja, kad gydytojas nustatytų tikslią priepuolių pasikartojimo riziką kiekvienu atveju. Nesant aiškios informacijos apie pasikartojimo riziką ar net žinių apie tokią informaciją, epilepsija apibrėžiama, kaip ir numatyta, po antrojo neprovokuoto priepuolio. Antra vertus, jeigu yra prieinama informacija, rodanti, kad antrojo priepuolio rizika viršija tą, kuri paprastai laikoma epilepsija (apie 60 %), liga gali būti diagnozuojama.

## Epilepsijos sindromas

Nėra prasminga sakyti, kad pacientas turi epilepsijos sindromą, tačiau neturi epilepsijos. Jei egzistuoja epilepsijos sindromo įrodymų, epilepsija gali būti laikoma egzistuojančia, nors pakartotinių priepuolių rizika ir yra menka.

Taip yra gerybinės epilepsijos su centro-temporaliniais pikais (angl. *Benign Epilepsy with Centro-Temporal Spikes*, BECTS) atveju.

Išskirtiniai sindrominiai atvejai gali egzistuoti, kai priepuoliai kliniškai apskritai nepasireiškia, kaip gali būti besitęsiančių pikų ir bangų miego metu ir Landau-Kleffner sindromo atveju.

### Reikšmė gydymui

Diagnozavus epilepsiją po vieno įvykusio neprovokuoto priepuolio, kai yra didelė priepuolių pasikartojimo rizika, galima pradėti, tačiau galima ir nepradėti gydyti. Pasiūlytas praktinis apibrėžimas remia gydytoją, kuris nori pradėti gydymą pacientui, turinčiam didelę priepuolių pasikartojimo riziką po vieno įvykusio neprovokuoto priepuolio, tačiau sprendimas skirti gydymą yra atskiras nuo diagnozės nustatymo ir turėtų būti priimamas individualiai, atsižvelgiant į paciento norus, individualią riziką ir naudos santykį bei turimas galimybes. Gydytojas turėtų įvertinti antrojo priepuolio išvengimo naudą ir su gydymu susijusią riziką, vaistų šalutinį poveikį ir išlaidas pacientui.

Taigi, epilepsijos diagnozės nustatymas ir gydymo pasiskyrimas yra susiję, tačiau skirtingi sprendimai. Daugelis epileptologų gydymą kurį laiką skiria po ūmaus simptominio priepuolio (pvz., esant herpetiniam encefalitui), nors tokiu atveju epilepsijos nėra. Tuo tarpu pacientams su neišreikštais ar retais priepuoliais, taip pat jeigu pacientas gydymo atsisako, vaistai gali būti neskiriami net ir esant neįtikinamai epilepsijos diagnozei.

### Laiko tarpas tarp neprovokuotų priepuolių

Laiko tarpas tarp dviejų neprovokuotų priepuolių, kurie kartu būtų laikomi epilepsija, kelia diskusijų. Priepuoliai, pasireiškę per 24 val. vienas nuo kito, pasižymi daugmaž tokia pačia rizika tolimesniems priepuoliams, kaip ir vienas priepuolis. Darbo grupė išlaikė dabartinę nuostatą, kad neprovokuoti priepuoliai, pasireiškę per 24 val. vienas nuo kito, vertinant pasikartojimo riziką, gali būti laikomi vienu neprovokuotu priepuoliu.

Kai kurios institucijos epilepsiją laiko egzistuojančia, tačiau esančia remisijoje, jeigu priepuoliai nesikartoja 5 metus. Vis dėlto epilepsijos apibrėžime nėra nurodyta tolimiausia laiko riba, iki kurios pasireiškęs antrasis neprovokuotas priepuolis vis dar būtų laikomas pakankamu diagnozuoti epilepsiją. Taigi, epilepsija galėtų būti diagnozuojama, net jeigu neprovokuotas priepuolis pasireiškėtų 1 metų amžiaus, o antrasis – 80 metų amžiaus (tokia situacija kartais apibūdinama kaip oligoepilepsija). Darbo grupė pripažįsta, kad tokiomis aplinkybėmis priepuolių priežastys gali būti skirtingos ir tokiu atveju epilepsijos nebūtų (II pastaba). Vis dėlto darbo grupė nesutarė dėl specifinio laiko tarpo tarp priepuolių, kuriam praėjus laikrodis galėtų būti „atsuktas atgal“ ir epizodas nebebūtų laikomas antru priepuoliu. Ateityje, atlikus daugiau tyrimų, reikėtų nustatyti tokį intervalą.

### Atsitraukusi epilepsija

Ar, vieną kartą diagnozavus epilepsiją, ji išlieka visam gyvenimui? Tradicinis apibrėžimas galimybių diagnozei panaikinti nenumato. Tačiau ar turėtų vaikystėje absansus patyręs žmogus, jau keletą dešimtmečių nebeturintis priepuolių ir nevartojantis prieštraukulinių vaistų, vis dar būti laikomas sergančiu epilepsija? Kaip ir pacientai su medialinės temporalinės skilties epilepsija, kuriems atlikta rezekcija dėl hipokampo sklerozės, ar turėtų būti laikomi sergančiais epilepsija, jeigu priepuoliai nesikartoja ir jie jau nevartoja vaistų 10 metų po operacijos?

Ilgalaikį priepuolių nesikartojimą gali lemti keletas skirtingų aplinkybių ir gydymo metodų. Nenormalus polinkis kilti neprovokuotiems priepuoliams gali išlikti, tačiau priepuoliai gali būti sėkmingai kontroliuojami vaistais. Vaikai gali „išaugti“ epilepsiją, kaip BECTS atveju. Kai kuriems pacientams gali būti pritaikytas radikalus chirurginis gydymas, po kurio priepuoliai niekada nebesikartoja.

Darbo grupė ieškojo apibrėžimo, kuris leistų įvardinti epilepsijos pabaigą. Medicininėje literatūroje laikinam ligos atsitraukimui apibūdinti vartojamas terminas „remisija“, tačiau jis yra prastai suprantamas visuomenėje. Be to, terminas „remisija“ nepakankamai gerai perteikia ligos nebuvimą. „Išgydyta epilepsija“ reikštų, kad priepuolių rizika ateityje yra ne didesnė, nei sveikoje populiacijoje. Vis dėlto turint epilepsiją anamnezėje tokia nedidelė rizika niekada nebesiekiamama. Todėl darbo grupė pasirinko terminą „atsitraukusi epilepsija“ (III pastaba). Jei epilepsija yra atsitraukusi, tai rodo, kad šiuo metu asmuo epilepsijos daugiau neturi, tačiau nėra garantijos, kad ji niekada nebesireikš.

Kokie laiko intervalai ir aplinkybės turėtų apibrėžti atsitraukusią epilepsiją (IV pastaba)? Priepuolių pasikartojimo rizika priklauso nuo epilepsijos tipo, amžiaus, sindromo, etiologijos, gydymo ir daugelio kitų faktorių. Yra žinoma, kad juvenilinė miokloninė epilepsija lemia padidintą priepuolių riziką keletą dešimtmečių, tačiau remisijų vis dėlto pasitaiko. Struktūriniai galvos smegenų pažeidimai, tokie kaip žievės vystymosi malformacijos, gali sukelti ilgalaikį priepuolių rizikos padidėjimą. Priepuoliai gali atsinaujinti praėjus įvairiems laiko tarpams nuo remisijos dėl epileptogeninio pažeidimo (tokio kaip kaverninė malformacija) pašalinimo.

Atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 347 vaikai, pasiekę mažiausiai 5 metų trukmės „pilną remisiją“ su mažiausiai 5 metų trukmės laikotarpiu nevartojant vaistų nuo epilepsijos. Tyrimo metu nustatytas vėlyvų atkryčių dažnis buvo 6 %. Vienas iš jų pasireiškė praėjus 8 metams nuo paskutinio priepuolio. Nebuvo pateikti atkryčių dažnio duomenys pacientams, kurie turėjo 10 metų trukmės „pilną remisiją“, tačiau jis būtų mažesnis nei 6 %.

Po chirurginio temporalinės skilties epilepsijos gydymo 54,2 % pacientų priepuoliai atsinaujina per 6 mėnesius. Tuo tarpu tik 1,9 % – po 4 metų. Panašūs rezultatai gauti ir kito tyrimo metu, kur nustatytas vos 0,6 % priepuolių daž-

nis per metus pacientams, kurie po operacijos 3 metus neturėjo priepuolių.

Po neprovokuotų priepuolių pasikartojimo rizika, bėgant laikui, mažėja, tačiau ji gali niekada nepasiekti sveikiems individams, niekada neturėjusiems priepuolio, būdingos rizikos. Dauguma pasikartojimų yra ankstyvi. Po vieno neprovokuoto priepuolio 80–90 % pacientų, kuriems pasireiškia antras priepuolis, jį patiria per 2 metus nuo pirmojo. Vieno tyrimo metu po antro neprovokuoto priepuolio stebėti pakartotiniai priepuoliai pasireiškė per 4 metus, tačiau nė vieno nestebėta per po to ėjusius 3 metus. Tai rodo, kad rizika, nors ir nelygi nuliui, yra menka. Jungtinėje Karalystėje atliktos Nacionalinės bendrosios praktikos epilepsijos studijos metu nustatyta, kad po 6 mėnesių periodo be traukulių jų pasikartojimo rizika per ateinančius 3 metus siekia 44 %, po 12 mėnesių – 32 %, o po 18 mėnesių – 17 %. Nėra išsamių duomenų apie pasikartojimo riziką po ilgo epizodo be traukulių ir nevartojant vaistų nuo epilepsijos. Atokūs atkryčiai po 5 metų yra reti. Praėjus 10 metų, nevartojant vaistų nuo epilepsijos, traukulių rizika tikriausiai yra labai maža (V pastaba).

Klinikistai turės individualiai nuspręsti, ar epilepsija yra atsitraukusi. Darbo grupė pasirinko laikyti epilepsiją atsitraukusia pacientams, kurie turėjo nuo amžiaus priklausomą epilepsijos sindromą ir šiuo metu yra vyresni, nei pasireiškimo amžius, taip pat tiems, kuriems priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai pastaruosius 5 metus jie nevartoja vaistų nuo epilepsijos. Šiame straipsnyje neapsiimama apibrėžti aplinkybių, kuriomis epilepsija būtų laikoma galutinai išgydyta.

### Nepatikslinta informacija

Klinikisto požiūriu, naujasis praktinis epilepsijos apibrėžimas, siejantis epilepsiją su iš anksto nustatyta priepuolių pasikartojimo rizika, suteikia daugiau aiškumo ir yra naudingas nustatant diagnozę. Vis dėlto optimaliam apibrėžimo taikymui dažnai reikalingi specialūs diagnostikos ir interpretavimo įgūdžiai, ypač vertinant priepuolių pasikartojimo riziką ir nustatant sindromus. Tai gali nebūti plačiai prieinama visais atvejais, ypač pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Dar svarbesnis yra daugelyje situacijų neišvengiamas neužtikrintumas vertinant potencialų MRT nustatytų pažeidimų epileptogeniškumą. Pavyzdžiui, atskiriems pacientams su neurocisterkoze viena ar daugiau galvos smegenų cistų gali būti ir atsitiktinis radinys be jokio epileptogeninio aktyvumo. Rizika nėra prilyginama priežasčiai. Esant abejonių, pacientas turėtų būti nukreiptas į specializuotą epilepsijos centrą, turintį daugiau diagnostikos patirties.

Nesant vaizdo-EEG įrašė dokumentuoto pacientui tipiškai pasireiškiančio neprovokuoto priepuolio, bus situacijų, kai epilepsijos diagnozė išliks abejotina. Vienas iš būdų įvertinti tokias situacijas būtų apibrėžti būklę, vadinamą „tikėtina (ar galima) epilepsija“ (VI pastaba). Toks požiūris taikomas kitų ligų atveju, pavyzdžiui, kalbant apie išsėtinės sklerozės McDonald kriterijus, šoninės amiotrofinės sklerozės El Escorial kriterijus, migrenos ir kraujagyslinės

demencijos diagnostiką. ILAE darbo grupė mano egzistuojant subtilų, tačiau svarbų skirtumą tarp pasakymų, kad pacientas „turi tikėtiną epilepsiją“ ir „tikriausiai turi epilepsiją“. Nesant patikimos informacijos, pastarasis ar bet koks teiginys, išreiškiantis neužtikrintumą, atrodo teisingesnis. Todėl darbo grupė neapibrėžė tikėtiną epilepsijos, kaip konkretaus vieneto, tačiau ši galimybė paliekama ateičiai.

### PRAKTINIO APIBRĖŽIMO PASEKMĖS

Apibrėžimai turi pasekmių. Žiūrint iš paciento pozicijų, epilepsija yra susijusi su stigma ir psichologinėmis, socialinėmis, kognityvinėmis ir ekonominėmis pasekmėmis, kurios yra tokios svarbios, kad net buvo įtrauktos į teorinį epilepsijos apibrėžimą. Naujasis praktinis apibrėžimas galėtų pagerinti išeitį, atkreipdamas klinikistų dėmesį, kad yra reikalinga įvertinti priepuolių pasikartojimo riziką po vienintelio neprovokuoto priepuolio, ir kai kuriais atvejais padėdamas lengviau paskirti gydymą po pirmųjų neprovokuotų priepuolių. Sprendimai turėtų būti priimami individualiai, kadangi, diagnozavus epilepsiją, nėra būtina skirti gydymą, o kai kuriems pacientams gydymas gali būti pagrįstas net ir nesant epilepsijos diagnozės. Praktinis apibrėžimas, pagal kurį bus galima anksčiau nustatyti diagnozę, bus ypač naudingas apsaugant nuo nereikalingos fizinų sužeidimų ir socialinių pasekmių rizikos, kurią sukelia pakartotiniai priepuoliai pacientams, turintiems didelę priepuolių pasikartojimo riziką. Pataisytas apibrėžimas taip pat suteikia platesnių ligos eigą modifikuojančių intervencijų galimybių, kurios apsaugo nuo epilepsijos progresavimo ir gretutinių ligų atsiradimo.

Negalima nuspėti, kaip apibrėžimo pataisymai paveiks epilepsijos paplitimo skaičiaus. Ateityje epidemiologinės studijos, siekiant išsaugoti vientisumą, gali pasirinkti senąjį darbinį apibrėžimą. Jei bus vadovaujama naujuoju apibrėžimu, kai kurie pacientai, anksčiau laikyti sergančiais epilepsija, daugiau šios diagnozės nebeturės dėl naujai įvesto „atsitraukusios epilepsijos“ apibrėžimo. Tuo tarpu kiti pacientai, atitinkantys „vieno priepuolio ir didelės pasikartojimo rizikos“ kriterijų, gali papildomai prisidėti prie epilepsija sergančiųjų grupės.

Epilepsijos apibrėžimas paveiks diagnostiką ir gydymą tiek daug, tiek ir mažai išteklių turinčiose bendruomenėse. Darbo grupė stengėsi epilepsiją apibrėžti taip, kad apibrėžimas galėtų būti pritaikomas tiek su, tiek ir be brangių technologijų, kurios gali būti ir visuotinai neprieinamos.

Tikslus epilepsijos diagnozės nustatymas asmenims, kuriems liga prieš tai nebūtų buvusi diagnozuota, gali turėti tiek neigiamų, tiek ir teigiamų pasekmių. Pavyzdžiui, iš finansinės pusės, ligos diagnozavimas leidžia gauti nacionalinio sveikatos draudimo kompensacijas vaistams, kuriuos kitu atveju turėtų apmokėti pats pacientas. Iš kitos pusės, daugelis sergančiųjų epilepsija patiria sunkumų, gaudami gyvybės ar medicininį draudimą. Kai kurie, neturėdami gyvybės draudimo, negali įsigyti ir būsto.

Kai kuriuos pacientus, kurie prieš tai nebuvo laikyti sergančiais epilepsija, gali stipriai paveikti stigma, su pasekmėmis išsilavinimui ar vedyboms. Įgalinimas paskelbti epilepsiją „atsitraukusia“ gali sumažinti stigmą pacientams, kurie galėtų būti nebelaikomi sergančiais epilepsija.

Teigiami padariniai ekonomikai ir sveikatai tik didės, kai tikslesnė diagnostika lems adekvatų prevencinį gydymą prieš pasireiškiant antrajam priepuoliui.

Į pacientus su refleksine epilepsija anksčiau nebuvo atkreiptas dėmesys dėl reikalavimo, kad priepuoliai būtų neprovokuoti. Refleksinės epilepsijos sindromų įtraukimas į praktinį kliniškas epilepsijos apibrėžimą leis šiuos pacientus įtraukti į epilepsijos bendruomenę.

Pataisytas praktinis apibrėžimas, apibūdintas šiame pranešime, yra skirtas kliniškai diagnozei nustatyti ir gali būti tinkamas ne visiems moksliniams tyrimams. Skirtingais darbiniais apibrėžimais bus vadovaujama atsižvelgiant į individualius tikslus. Palyginimai gali būti daromi ir pagal tradicinį „dvių neprovokuotų priepuolių“ epilepsijos apibrėžimą. Tyrėjai privalo aiškiai nurodyti apibrėžimą, kuriuo yra vadovaujama atskiruose tyrimuose ar publikacijose.

Pataisytas apibrėžimas yra reikšmingas įstatymams ir sveikatos ekonomikai. Asmeniniam gyvenimui įtakos turinčios taisyklės, tokios kaip vairavimo apribojimai, daugiau yra susijusios su priepuolių dažniu ir jų pasikartojimo rizika, nei su epilepsijos diagnoze, tačiau taip yra ne visada. Kai kuriose šalyse epilepsijos diagnozė pati savaime apriboja vairavimo teisių galiojimo laiką ar galimą gauti teisių kategoriją. Dėl rekomendacijų dėl dalyvavimo tam tikrose sportinėse veiklose gali būti apriboti pacientai, kuriems diagnozuota epilepsija, neatsižvelgiant į priepuolių anamnezę. Diagnozė gali paveikti ir draudimo sąlygas bei socialines pašalpas. Tai, kiek pataisytas apibrėžimas pakeis pacientų, kuriems diagnozuota epilepsija, skaičių, gali turėti finansinių pasekmių tiek pačiam pacientui, tiek ir visuomenei, nors išlaidos visuomenei nebūtinai padidės, ypač jei naujos darbinės diagnozės susistemins dabartinę epileptologų požiūrį ir lems geresnę pacientų, kurie turi didelę ar mažą pakartotinių priepuolių tikimybę, priežiūrą.

## IŠVADOS

Anksčiau epilepsija buvo apibrėžiama kaip mažiausiai du neprovokuoti priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų viršija 24 val. Pagal pataisytą praktinį apibrėžimą, epilepsija taip pat gali būti diagnozuojama po vieno neprovokuoto traukulių priepuolio, kai yra kitų faktorių, susijusių su didele ilgalaikio priepuolių slenksčio sumažėjimo tikimybe ir kartu didele priepuolių pasikartojimo rizika. Ši rizika turėtų atitikti trečiojo priepuolio pasireiškiimo riziką po dviejų neprovokuotų priepuolių – apytiksliai ne mažiau kaip 60 %. Tokia rizika būna esant atokiems struktūriniais pažeidimams (tokiems kaip galvos smegenų infarktas, CNS infekcija ar tam tikros galvos smegenų traumos), diagnozavus specifinius epilepsijos sindromus ar tam tikromis

aplinkybėmis esant kitiems rizikos faktoriams. Pacientai su refleksiniais (pvz., fotosensityviais) priepuoliais taip pat laikomi turinčiais epilepsiją. Šis apibrėžimas labiau atitinka įprastinį epileptologų termino supratimą (VII pastaba).

Epilepsija nebūtinai trunka visą gyvenimą ir yra laikoma atsitraukusia, jeigu pacientui priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai pastaruosius 5 iš jų jie nevartoja vaistų nuo epilepsijos, taip pat pacientams, kurie yra vyresni nei turėto nuo amžiaus priklausomo epilepsijos sindromo pasireiškiimo amžius.

Naujasis apibrėžimas yra sudėtingesnis nei senasis. Nėra daug studijų, tyrusių priepuolių pasikartojimo riziką, todėl dauguma epilepsijos diagnozių vis dar bus nustatoma dokumentavus du neprovokuotus priepuolius. Kaupiantis žinioms apie priepuolių pasikartojimo riziką konkrečių situacijų metu, epilepsijos apibrėžimo pritaikymas taps tikslesnis ir naudingesnis.

## ATVEJŲ PAVYZDŽIAI (VIII pastaba)

1. *Du priepuoliai.* 25 metų amžiaus moteris patyrė du neprovokuotus priepuolius, tarp kurių praėjo vieneri metai. *Komentaras:* Ši pacientė turi epilepsiją remiantis abiem – tiek senuoju, tiek naujuoju – apibrėžimais.
2. *Galvos smegenų infarktas ir priepuolis.* 65 metų amžiaus vyrui, prieš 6 savaites patyrusiam galvos smegenų infarktą kairės vidurinės smegenų arterijos baseine, pasireiškė neprovokuotas priepuolis. *Komentaras:* Priepuolis, pasireiškęs po tokio laiko tarpo po galvos smegenų infarkto (taip pat infekcijos ar traumos), literatūros duomenimis, pasižymi didele (> 70 %) neprovokuotų traukulių pasikartojimo rizika. Todėl, vadovaujantis naujuoju (bet ne senuoju) apibrėžimu, šis pacientas turėtų epilepsiją.
3. *Refleksiniai priepuoliai į šviesos dirgiklius.* 6 metų amžiaus berniukui, žaidusiam vaizdo žaidimą, kurio metu blykčiojo šviesos, pasireiškė du priepuoliai. Laiko tarpas tarp priepuolių – 3 dienos. Kitų priepuolių nebuvo. EEG užfiksuotas nenormalus atsakas į fotostimuliaciją. *Komentaras:* Vadovaujantis naujuoju (bet ne senuoju) apibrėžimu, šis berniukas turi epilepsiją. Nors priepuoliai yra provokuoti šviesų, išlieka nenormalus ilgalaikis polinkis kilti priepuoliams esant blykčiojančioms šviesoms.
4. *Gerybinė epilepsija su centro-temporaliniais pikais (angl. Benign Epilepsy with Centro-Temporal Spikes, BECTS).* 22 metų amžiaus vyras, kai buvo 9, 10 ir 14 metų amžiaus, patyrė priepuolius užmigimo metu su veido trūkčiojimu. Nuo to laiko priepuolių nebuvo. Esant 9 metų amžiaus EEG stebėti centrotemporaliniai pikai. 16 metų amžiaus buvo nutrauktas gydymas. *Komentaras:* Šiam pacientui epilepsija laikoma atsitraukusia, kadangi yra praėjęs pasireiškiimo amžius nuo amžiaus priklausomam epilepsijos sindromui. Senajame apibrėžime sąlygų, kurioms esant epilepsija galėtų būti laikoma atsitraukusia, nėra.

5. *Vienas priepuolis ir displazija.* 40 metų vyras patyrė židininį priepuolį, pasireiškusį kairiosios rankos trūkčiojimu, su antrine generalizacija į toninį-kloninį priepuolį. Tai buvo vienintelis priepuolis. Magnetinio rezonanso tomografijoje (MRT) stebima galima žievės displazija dešiniojoje kaktinėje skiltyje. EEG dešinėje frontotemporaliai stebimi interiktaliniai pikai. *Komentaras:* Nors dauguma klinacistų gana pagrįstai šiam pacientui skirtų prieštraukulinį gydymą, tiksli priepuolių pasikartojimo rizika nėra žinoma, todėl epilepsija negalėtų būti diagnozuojama nei pagal senąjį, nei pagal naująjį apibrėžimą. Tolimesnės epidemiologinės studijos galėtų patikslinti šios situacijos vertinimą.
  6. *Du seniai įvykę priepuoliai.* 85 metų amžiaus vyras, kai buvo 6 ir 8 metų amžiaus, patyrė du židininčius priepuolius. EEG, MRT, kraujo tyrimai ir šeiminė anamnezė – nespecifiški. Pacientas nuo 8 iki 10 metų amžiaus gydytas prieštraukuliniais vaistais, kurie vėliau buvo nutraukti. Tolimesnių priepuolių nebuvo. *Komentaras:* Vadovaujantis naujuoju apibrėžimu, epilepsija yra atsitraukusi, kadangi priepuoliai nesikartojo daugiau nei 10 metų ir prieštraukuliniai vaistai nevertinami mažiausiai 5 metus. Tai negarantuoja, kad ateityje priepuolių nebus, tačiau šiuo metu pacientas turi teisę būti laikomas neturinčiu epilepsijos.
  7. *Priepuoliai su ilga pertrauka.* 70 metų amžiaus moteris, kai buvo 15 metų ir dabar 70 metų amžiaus, patyrė du neprovokuotus priepuolius. EEG, MRT ir šeiminė anamnezė – be pakeitimų. *Komentaras:* Vadovaujantis abiem – senuoju ir naujuoju – apibrėžimais, ši moteris būtų laikoma sergančia epilepsija. Nepaisydami diagnozės nustatymo, daugelis klinacistų gydymo dėl priepuolių retumo neskirtų. Epilepsijos diagnozė negalėtų būti nustatyta, jeigu tyrimais pavyktų įrodyti, kad priepuolių kilmė buvo skirtinga.
  8. *Nepatikslinta informacija.* 20 metų amžiaus vyras patyrė 3 epizodus, kurių niekas nematė, pasireiškusius staigia baime, sunkumu kalbant ir poreikiu vaikščioti. Jis nenurodo atminties spragų epizodų metu. Kitų simptomų nebuvo. Pacientas neturi jokių rizikos veiksnių epilepsijai, taip pat nežinoma apie jokus prieš tai buvusius priepuolius. EEG ir MRT – be pakeitimų. *Komentaras:* Diagnozuoti epilepsiją šiam vyrui neįmanoma nei pagal naująjį, nei pagal senąjį apibrėžimą. Epizodai diferencijuotini su židininiais priepuoliais, tačiau epilepsijai diagnozuoti reikalingas bent vienas įvykęs epilepsijos priepuolis. Ateityje aptarimų metu galėtų būti apibrėžtos „galimos“ ir „tikėtinos“ epilepsijos ribos.
- epilepsiją. Tokiam pacientui trečio priepuolio rizika yra apytiksliai 3 iš 4, o 95 % patikimumo intervalas yra apie 60–90 %. Todėl darbo grupė sutarė, kad pacientas, turintis panašią riziką po vieno neprovokuoto priepuolio, taip pat turėtų būti laikomas turinčiu epilepsiją. Skaičius „> 60 %“ turėtų būti laikomas apytikslėmis gairėmis, o ne griežta riba.
- II. Kai kurie siūlo apibrėžti laiko tarpą, per kurį turi pasireikšti du neprovokuoti priepuoliai, kad galėtų būti diagnozuojama epilepsija. Nesant bendro susitarimo ar įrodymų, kuriais būtų galima paremti specifinio laiko tarpo pasirinkimą, buvo paliktas pirminis, pasireiškimo per visą gyvenimą, variantas.
  - III. Šio apibrėžimo aspekto priežastys buvo dvejopos. Pirmiausia, daugelis klinacistų, pacientų ir jų šeimų epilepsiją laiko praėjusia, jeigu nebesikartoja priepuoliai ir nėra vartojami vaistai nuo epilepsijos. Antra priežastis buvo darbo grupės noras pašalinti stigmą, susijusią su epilepsijos diagnozavimu visam gyvenimui. Kiti apsvaistinti terminai buvo remisija, galutinė remisija, visiškai remisija, neaktyvi epilepsija, nesama epilepsija, daugiau nesama epilepsija ir pasveikimas. Dauguma šių terminų neperteikia idėjos, kad epilepsijos nebėra. Tuo tarpu pasveikimas nurodytą visišką gydymo sėkmę ir priepuolių rizikos susilyginimą su bendrąja populiacija.
  - IV. Įrodymų, kuriais remiantis būtų galima nustatyti specifinį reikalingą priepuolių nesikartojimo laiko tarpą, nėra daug. Turimi skaičiavimai nurodo palaipsnių rizikos mažėjimą bėgant laikui, o ne konkretų atskaitos tašką. Kai kurių nuomone, tinkamesnis terminas būtų 5 metai, tačiau bent 5 % pacientų per metus patiria priepuolius po 5 metų trukmės jų nebuvimo. Nesant priepuolių pastaruosius 10 metų ir nevertinant vaistų nuo epilepsijos pastaruosius 5 iš jų, daugeliu atvejų galima tikėtis, kad ateityje priepuoliai nebesikartos.
  - V. Nors egzistuoja įrodymų, kad žemas atkryčių dažnis išlieka ir po 5 metų trukmės priepuolių nesikartojimo, nėra jokių įrodymų apie priepuolių pasikartojimo dažnį po 10 metų trukmės priepuolių nebuvimo. Šis laiko tarpas ir buvo pasirinktas, kaip ilgesnis nei 5 metai ir, tikėtina, susijęs su labai žemu atkryčių dažniu.
  - VI. Klausimo, ar reikalinga apibrėžti „tikėtinos epilepsijos“ ir „galimos epilepsijos“ būklės, svarstymas sukėlė daugiausia diskusijų. Galiausiai sprendimas buvo priimtas remiantis daugumos nuomone, taip ir nepasiekus bendro sutarimo. Tikėtinos epilepsijos terminas buvo svarstomas dviem scenarijams. Pirmasis iš jų – kai pasireiškia vienas neprovokuotas priepuolis ir kito priepuolio rizika yra didelė, tačiau nelabai didelė. Antrasis apėmė ribotos informacijos atvejus, kai situacija atrodo panaši į epilepsiją, tačiau trūksta patikimų priepuolių apibūdinimų ar kitų esminių duomenų. Įgalinimas diagnozuoti „galimą epilepsiją“ antrojo scenarijaus atveju galėtų pakenkti diagnozės patikslinimo procesui, sudarant sąlygas išvengti reikalingų išsamių tyrimų. Darbo grupė pripažino, kad „galimos epilepsijos“ apibrėžimas galėtų būti naudingas, tačiau nuspręsta, kad,

## PASTABOS

- I. Darbo grupei buvo sunku tiksliai nustatyti specifinį rizikos lygį, kuris kiekybiškai apibrėžtų „išliekantį polinkį“ kilti priepuoliams. Visi sutaria, kad pacientas, kuriam pasireiškė du neprovokuoti priepuoliai, turi

norint sukurti nuoseklų ir naudingą apibrėžimą, reikalingi išsamūs svarstymai ateityje.

VII. Ankstesnis rankraščio juodraštis buvo paskelbtas ILAE internetiniame puslapyje komentuoti. Gauta 315 komentarų, kai kurie jų buvo labai išsamūs. Dauguma nuomonių buvo palankios, tačiau buvo ir labai apgalvotų bei tvirtai išsakytų prieštaravimų. Reikalavimas, kad gydantis gydytojas turi žinoti tikslią priepuolių pasikartojimo riziką, buvo laikomas neracionaliu. Autoriai su šia kritika sutinka. Daugelis komentatorių buvo už, tačiau daugelis ir prieš epilepsiją vadinti liga, o ne sutrikimu. Šį klausimą išnagrinėję atitinkami IBE ir ILAE vykdomieji komitetai nusprendė pasirinkti terminą „liga“. Terminas „daugiau nesama epilepsija“ nebuvo priimtinas atsakiusiems į komentarus ir buvo pakeistas į „atsitraukusi epilepsija“. Daugelis komentatorių siūlė epilepsiją laikyti atsitraukusia po 5 metų traukulių nesikartojimo, taikant ar netaikant prieštraukulinį gydymą. Darbo grupės nuomone, „atsitraukusi“ epilepsija turėtų reikšti, kad priepuolių pasikartojimo rizika yra pakankamai menka, kad būtų galima jos nebe-

paistyti, tam reikalingas griežtesnis laiko tarpas. Todėl buvo pasirinktas 10 metų laikotarpis be priepuolių, kai 5 metai iš jų neįvertinami vaistai nuo epilepsijos. Keletas komentatorių norėjo pašalinti slidžias provokuoto ir neprovokuoto priepuolio sąvokas. Toks pakeitimas būtų gana esminis, keičiantis mūsų požiūrį į ūmius simptominius priepuolius, šiuo metu sudarančius 40 % visų priepuolių. Ši diskusija buvo palikta ateičiai. Apskritai, autorių nuomone, „minios išmintis“ ne tik sustiprino ir patikslino argumentus, bet ir, svarbiausia, priartino apibrėžimą prie praktikuojančių klinacistų epilepsijos suvokimo.

VIII. Šie pavyzdžiai buvo pristatyti 2013 m. birželio mėnesį ILAE kongreso prezidiumo simpoziume, daugiau nei 1000 epileptologų auditorijai. Dalyvių balsavimas dėl epilepsijos diagnozavimo pateiktais atvejais stipriai koreliavo su patikslinto apibrėžimo sąlygomis. Nors tai nebuvo moksliskai pagrįsta apklausa, gauti atsakymai parodė, kad epileptologų požiūris į epilepsiją sutampa su pataisytu apibrėžimu.