

**АО “ Медицинский Университет Астана”
Кафедра Неврологии**

ЭПИЛЕПСИЯ



Выполнила: Раимбекова Асель
Группа: 6/108 “Внутренние болезни”
Проверила: Ережепова М.А

Определение

- **Эпилепсия**- разнообразное по клиническим проявлениям патологическое состояние, проявляющееся внезапно возникающими и непредсказуемыми двигательными, чувствительными, вегетативными и психическими нарушениями, чаще всего с частичной или полной утратой сознания.

Клинические проявления болезни вызывает спонтанный синхронизированный электрический разряд нейронов головного мозга.

ЭТИОЛОГИЯ

- **А. Генетические, пре- и перинатальные нарушения**
- 1. Генетические нарушения (первичная, или идиопатическая, эпилепсия), хромосомные aberrации.
- 2. Пренатальные повреждающие воздействия, обусловленные инфекциями, лекарственными средствами, гипоксией.
- 3. Перинатальные нарушения (родовая травма, асфиксия новорожденных).
- **Б. Инфекции**
- 1. Менингит.
- 2. Эпидуральный и субдуральный абсцесс.
- 3. Абсцесс и гранулема головного мозга.
- 4. Энцефалит.
- **В. Действие токсических веществ и аллергенов**
- 1. Неорганические вещества (например, угарный газ, свинец, ртуть).
- 2. Органические вещества (например, этанол).
- 3. Лекарственные средства и их отмена.
- 4. Аллергические реакции (на введение или употребление в пищу белков).
- **Г. Травма**
- 1. Черепно-мозговая травма.
- 2. Субдуральная и эпидуральная гематома или выпот.
- 3. Посттравматические рубцы мозговых оболочек.

- **Д. Нарушения мозгового кровообращения**
- 1. Субарахноидальное кровоизлияние.
- 2. Тромбоз синусов твердой мозговой оболочки.
- 3. Инсульт.
- 4. Острая гипертоническая энцефалопатия.
- **Е. Метаболические нарушения**
- 1. Гипоксия.
- 2. Электролитные нарушения (гипонатриемия, гипокальциемия, водная интоксикация, дегидратация).
- 3. Нарушения углеводного обмена (гипогликемия, гликогенозы).
- 4. Нарушения аминокислотного обмена (например, фенилкетонурия).
- 5. Нарушения липидного обмена (липидозы).
- 6. Дефицит витаминов и витаминозависимые состояния (пиридоксиновая зависимость, недостаточность биотинидазы).
- **Ж. Опухоли**
- 1. Первичные внутричерепные (астроцитомы и другие глиомы, менингиомы).
- 2. Метастатические (рак молочной железы, легких, меланома).
- 3. Лимфомы и лейкозы.
- 4. Сосудистые опухоли и мальформации.
- **З. Наследственные заболевания**
- 1. Нейрофиброматоз.
- 2. Туберозный склероз.
- 3. Синдром Стерджа—Вебера.
- **И. Лихорадка (фебрильные припадки).**
- **К. Дегенеративные заболевания мозга.**
- **Л. Неизвестные причины.**

Патогенез

В основе развития эпилептического припадка лежит параксизмальное расстройство функций определенного пула нейронов головного мозга, а механизмом этого состояния является нарушение электрогенеза нейронов, заключающегося в их спонтанной и синхронизированной зарядке и разрядке. Морфологические и биохимические нарушения, ведущие к возникновению взрывчатой, синхронизированной активности нейронов, является предметом изучения в течении многих десятилетий.

Существуют и концепции различного уровня возникающих событий, обозначаемого как **эпилептогенез**:

- клеточный (включая нарушения на поверхности клеточных мембран),
- уровень нейронных сетей (трансмиссивный, или синаптический),
- глиальный, т.е. окружающих нейроны клеток (в том числе сосудистый)

При эпилепсии в гиппокапе разрастается глиальная ткань (мезиальный склероз), в других тканях мозга возможны патологические включения и атрофии.

Классификация эпилептических синдромов

Принцип этиологии

Симптоматические-развитие эпилептических припадков на фоне известного заболевания ЦНС

Криптогенные-причина развития остается неясной даже посленеврологического и клинич. обследования

Идеопатические-наследственные формы эпилепсии

1. Генерализованная эпилепсия

а. Абсансы

- 1) Типичные.
- 2) Атипичные (в том числе синдром Леннокса—Гасто).

б. Большие эпилептические припадки (генерализованные судорожные припадки)

- 1) Периодические припадки.
- 2) Судорожный эпилептический статус.

в. Миоклоническая эпилепсия

- 1) Синдром Уэста (инфантильные спазмы, детская миоклоническая энцефалопатия с гипсаритмией).
- 2) Детская доброкачественная миоклония.
- 3) Юношеская миоклоническая эпилепсия.
- 4) Другие виды (в том числе при подостром склерозирующем панэнцефалите и болезни Лафоры).

г. Фебрильные припадки

2. Парциальная (фокальная) эпилепсия

а. Простые припадки (без нарушения сознания)

- 1) Моторные.
- 2) Сенсорные.
- 3) Вегетативные.

б. Сложные припадки (с нарушением сознания; психомоторная, или височная, эпилепсия).

- 1) С автоматизмами.
- 2) С психическими проявлениями.

3. Неонатальные припадки

Генерализованный тонико-клонический приступ

Развивается внезапно и состоит из нескольких фаз. :

1) Тоническая фаза. (Она длится 20-30 с, реже одну минуту.)

- Больной теряет сознание и падает
- туловище и конечности резко напрягаются
- Синюшность, одутловатость лица
- Нередко наблюдается поза опистотонуса - спина дугообразно выгнута, больной соприкасается с поверхностью, на которой лежит, только затылком и пятками.

2) Клонические судороги. (продолжаются от 2 до 5 мин.)

- сокращаются мышцы лица, туловища, конечностей.
- Из рта больного выделяется густая пенистая слюна, нередко окрашенная кровью.
- Дыхание постепенно восстанавливается. Уменьшаются синюшность и одутловатость лица.

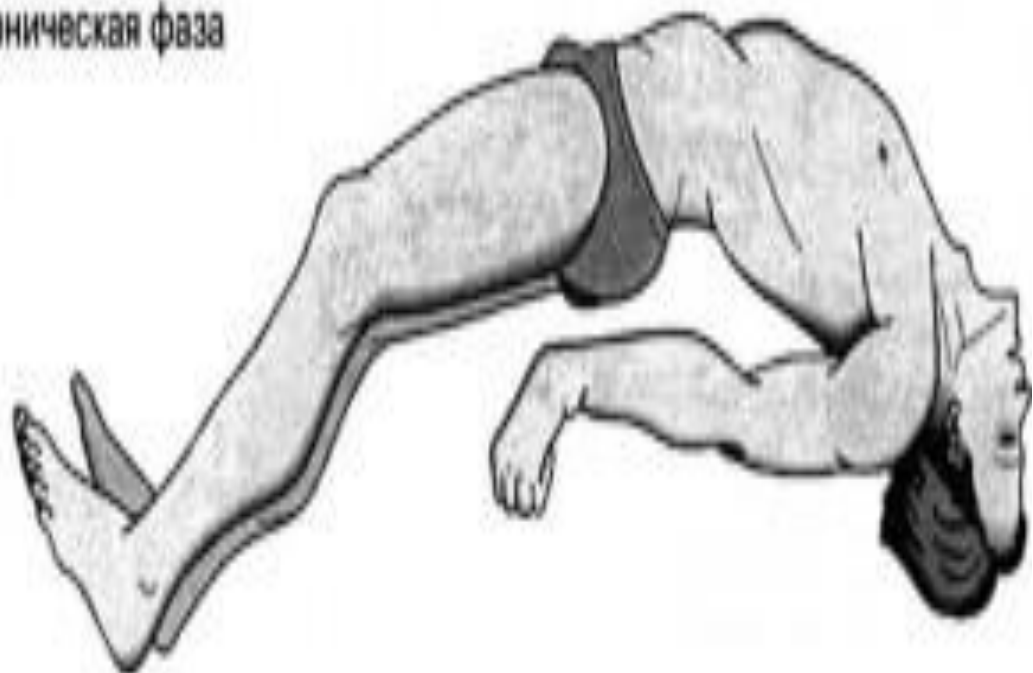
3) Состояние оглушенности (15-20 мин)

4) Длительный сон

Генерализованному тонико-клоническому приступу может предшествовать **фаза предвестников** (внутреннее беспокойство, чувство тревоги, возбуждения или глубокой апатии.)

Непосредственно перед приступом может быть **аур** - кратковременное, ярое, запоминающееся ощущение, связанное, как правило, с источником эпилептогенной активности. Аура появляется в виде зрительных нарушений - мелькания «мушек» «молний» световых бликов, зрительных галлюцинаций. Иногда больные ощущают разнообразные запахи, слышат звуки, чувствуют ползание мурашек, онемение конечностей и т.д.

Тоническая фаза



Tonic phase



Clonic phase

Клоническая фаза



Парциальные (локализационно обусловленные) формы эпилепсии (симптоматические или криптогенные).

Разделяют затылочную, теменную, лобную и височную формы локализационно обусловленной эпилепсии.

Этиология:

- опухоли, травмы мозга, сосудистые мальформации, родовая травма и асфиксия, пороки развития головного мозга, последствие нейро-инфекций и др

Клиника:

- Проявляются парциальными простыми и сложными приступами, а также вторично-генерализованными судорожными пароксизмами, т.е. после очагового начала конвульсии определенных мышечных групп или судорог одной части тела) развиваются генерализованные судороги, напоминающие генерализованный тонико-клонический припадок(асимметрия, вовлечение в судорожный процесс мышечных групп, т.е. преобладание одной или другой стороны)
- Обычно сознание утрачивается постепенно
- перед приступом часто наблюдается аура - неприятные обонятельные ощущения или зрительные галлюцинации.
- **Симптоматика** зависит от локализации эпилептогенного очага. На ЭЭГ констатируется региональная пик-волновая активность. При нейрорадиологическом исследовании выявляются структурные изменения в соответствующей области коры головного мозга (симптоматическая форма) или такие изменения не визуализируются (криптогенная форма).

Лечение: При симптоматической форме необходимости в хирургическом лечении нет.

Медикаментозное. Прогноз в значительной степени обусловлен характером поражения головного мозга (этиологический фактор эпилепсии).

- **Классификация пароксизмальных состояний, сходных с эпилепсией**
- 1. Нарколепсия.
- 2. Мигрень.
- 3. Детские пароксизмальные боли в животе.
- 4. Детские аффективно-респираторные судороги.
- 5. Цианотические кризы.
- 6. Импульсивные припадки (вздрагивания).
- 7. Обмороки.
- 8. Истерия.
- 9. Симуляция.
- 10. Невралгия тройничного нерва (болевого тик).
- 11. Синдромы с пароксизмальным головокружением.

Психомоторные припадки

- **Психомоторные припадки** входят в группу припадков, общей особенностью которых является автоматическое, т.е. безотчетное, непроизвольное выполнение движений. Эти движения обычно нецелесообразны, бессмысленны. Движения носят элементарный характер. Реже наблюдаются психомоторные припадки, сопровождающиеся выполнением сравнительно сложных действий (расшнуровывание и снятие ботинок, собирание вещей в одно место и т. п.).
- Иногда больные совершают последовательные действия, которые внешне выглядят как целенаправленные и мотивированные. Они могут пользоваться транспортом, например, уехать в другой город. Во время приступа наблюдается сумеречное (суженное) состояние сознания; после приступа больной не помнит о том, что с ним было.

Первой помощи при приступе: предотвратить причинение вреда здоровью человека, с которым случился приступ.

- Первая помощь. Вхождение в приступ
 - Поддержите руками падающего человека, опустите его здесь же на пол или усадите на лавочку.
 - Если человек находится в опасном месте, например, на перекрёстке или рядом с обрывом, приподняв голову, взяв его под мышки, переместите его немного в сторону от опасного места.
- Первая помощь. Начало приступа
 - Присядьте рядом с человеком и придерживайте самое важное — голову человека, удобнее всего это делать, зажав голову лежащего между своими коленями и придерживая её сверху руками. Конечности можно не фиксировать, амплитудных движений они делать не будут, и если изначально человек лежит достаточно удобно, то травм себе он нанести не сможет. Других людей рядом не требуется, попросите их отойти.
- Первая помощь. Основная фаза приступа.
 - Придерживая голову, приготовьте сложенный носовой платок или часть одежды человека. Это может потребоваться для вытирания слюны и если рот **открыт**, то можно вставить кусочек этой материи, сложенный в несколько слоев, между зубами, это предотвратит прикусывание языка, щеки или даже повреждение зубов друг об друга во время судорог.
 - Если челюсти сомкнуты плотно, не надо пытаться силой открывать рот (это вероятнее всего не получится и может травмировать ротовую полость)
 - При усиленном слюноотделении продолжайте удерживать голову человека, но поверните её набок, для того чтобы слюна могла стекать на пол через уголок рта и не попадала в дыхательные пути. Ничего страшного, если немного слюны будет попадать на одежду или руки.
- Первая помощь. Выход из приступа
 - Сохраняйте полное спокойствие, приступ с остановкой дыхания может длиться несколько минут, запоминайте последовательность симптомов приступа, чтобы потом описать их врачу.
 - После окончания судорог и расслабления тела, необходимо положить пострадавшего в восстановительное положение — на бок, это необходимо для предотвращения западения корня языка.