

Неотложная помощь при эпилептическом припадке, эпилептическом статусе



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Выполнила:
Сигарева Юлия
4 курс ЛФ 1302

Томск, 2017

Эпилептический синдром

- Эпилептический синдром

- Эпилепсия

- Эпилептический припадок

- Эпилептический статус

- **Клинические проявления:**

- 1) судорожная форма → экстренная помощь с приемами реанимации;

- 2) бессудорожная форма (сумеречное состояние сознания) → экстренная стационарная психиатрическая помощь;

- 3) единичные судорожные припадки; парциальные судорожные и бессудорожные припадки; малые эпилептические приступы (*petit mal*); статус миоклонических судорог → наблюдение.

Основные понятия

- **Эпилепсия** – хроническое заболевание ГМ, характеризующееся повторными (≥ 2) эпилептическими приступами, не спровоцированными какими-либо немедленно определяемыми причинами.
 - **Эпилептический (судорожный) припадок (приступ)** – клиническое проявление аномального и избыточного разряда нейронов мозга в виде внезапных и транзиторных патологических феноменов (изменение сознания, двигательные, чувствительные, вегетативные, психические симптомы).
 - **Эпилептический статус** - судорожный припадок продолжительностью более 30 мин либо повторяющиеся припадки без полного восстановления сознания между приступами.
-

Этиология

Истинный эпилептический припадок – при установленном диагнозе эпилепсии, симптоматический – следствие обычно острых патологических состояний:

- ОНМК,
 - менингит,
 - энцефалит,
 - опухоль и абсцесс мозга,
 - экзогенная интоксикация (алкоголем и его суррогатами, инсектицидами, средствами бытовой химии, некоторыми ЛС),
 - дисметаболические процессы (диабет, порфирия, алкогольная и токсикоманическая абстиненция, острая надпочечниковая недостаточность, тиреотоксические кризы),
 - остро возникшая гипоксия,
 - эндогенная интоксикации при полиорганных расстройствах,
 - гипертермия,
 - эклампсия.
-

Патогенез

- «Эпилептический очаг» → состояние «**эпилептической готовности**».
 - Реализации эпилептической готовности способствуют: гипертермия, гипоксия, гипогликемия, гипонатриемия, эндогенные интоксикации, механические повреждения, ритмичные сенсорные раздражения (мерцание света, телевизионное изображение, монотонная музыка), эмоциональные факторы, нарушения нормальной фазности сна.
 - При быстром распространении гиперсинхронной активности на большие участки мозга сознание утрачивается. Если патологическая активность ограничивается определённой зоной, развиваются парциальные судорожные припадки без потери сознания.
 - При эпилептическом статусе возникают непрекращающиеся генерализованные эпилептические разряды нейронов в мозге, приводящие к истощению жизненных ресурсов и необратимому повреждению нервных клеток.
-

ЧТО ВЫ МОЖЕТЕ СДЕЛАТЬ?

Начало приступа:

Если человек еще в сознании:

- 1 Переместить пострадавшего в максимально безопасное место
- 2 Убрать: колющие, режущие и горячие предметы, острые углы и края, воду
- 3 По возможности успеть смягчить падение при потере сознания

Если человек уже потерял сознание

Перемещать больного можно только в случае острой угрозы жизни и если вы находитесь в опасном месте (проезжая часть, перекресток, людное место, обрыв)

Общие действия для обеих ситуаций

Расстегнуть воротник и освободить пострадавшего от тесной одежды

Попросить отойти посторонних людей, особенно глазеющих зевак

Зафиксировать время начала приступа, чтобы оценить его продолжительность

Во время приступа

- 1 Сохранять спокойствие и запомнить все происходящее
 - 2 Поддерживать голову и беречь ее от травм. Зажмите голову пострадавшего между своих коленей, под голову – подложите что-то мягкое
 - 3 Вытирать слюну. Подойдет носовой платок, любая ткань, часть одежды
 - 4 Предупредить травмы рта во время судорог
 - 5 При усиленном слюноотделении или рвоте – поверните голову пострадавшего набок
- Если рот открыт, вставьте кусочек ткани между зубов – это предотвратит прикусывание языка, щеки, повреждение зубов*
- Если челюсти сомкнуты плотно, не открывайте рот силой*

НЕЛЬЗЯ:

■ Применять предметы (шпатель, ложка) для разжатия челюстей

■ Давать лекарства или жидкости через рот

■ Пытаться насильно сдерживать судорожные движения

■ Делать искусственное дыхание или массажа сердца

■ Бить пострадавшего по щекам, обливать водой



Неотложная помощь при эпилептическом приступе

Показания для госпитализации при судорожном припадке

- Впервые возникший эпилептический припадок неясной этиологии (в отделение неврологии или нейрохирургии)
 - Купированный эпилептический статус (в отделение общей реанимации или нейрореанимации)
 - Серия припадков или текущий эпилептический статус (в отделение нейрореанимации)
 - ЧМТ (в НХО)
 - Сопутствующая беременность (в акушерско-гинекологический стационар)
-

Неотложная помощь при эпилепсии



Цели:

- купирование судорог;
 - обеспечение проходимости дыхательных путей, предупреждение асфиксии вследствие аспирации слизи, рвотных масс или западения языка;
 - поддержание сердечной деятельности;
 - борьба с отеком мозга.
-

Догоспитальный этап (общие мероприятия)

- При остановке дыхания и/или кровообращения → СЛР.
- Обеспечение проходимости дыхательных путей (достать запавший язык, извлечь съемные зубные протезы, очистить рот от слизи и крови).
- Обеспечить во время приступа положение, предотвращающее самотравматизацию. Подкладывают под голову мягкий предмет; шею и талию освобождают от стеснения воротником, галстуком.
- Оценивают АД и пульс.
- При наличии промежутков между пароксизмами устанавливается назо-гастральный зонд, мочевого катетер, внутривенный катетер в кубитальную или центральную вену (яремную, подключичную, бедренную).



Препараты и мероприятия

- Первой очереди: бензодиазепины – диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) лоразепам; препараты вальпроевой кислоты – конвулекс.
 - Второй очереди: натрия оксибутират и дифенин (фенитоин)
 - Третьей очереди: ингаляционный наркоз смесью закиси азота с кислородом; барбитураты — гексенал и натрия тиопентал
-



Медикаментозная терапия

ШАГ 1

- Клиническая картина развернутого припадка → препараты «первой очереди» в/в медленно

Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) 2–4 мл в 10 мл р-ра NaCl 0,9% в/в медленно

Лоразепам 0,1 мг/кг (2мг/мин) в/в однократно. Обладает более длительным действием (около 12 ч).

- Возможно использование препаратов вальпроевой кислоты в/в

Конвулекс 0,5-1,0 мг/кг в/в медленно в виде болюса или инфузионно

При необходимости быстрого достижения и поддержания высокой концентрации в плазме рекомендуется следующий режим: в/в 15 мг/кг за 5 мин, через 30 минут начать инфузию со скоростью 1 мг/кг/ч. Эффективная суточная доза 20-25 мг/кг. Максимально допустимая суточная доза не должна превышать 2500 мг.

Медикаментозная терапия



ШАГ 2

- *Спустя 10 мин после введения противосудорожных препаратов* первой линии судороги не прекращаются → те же препараты в прежних дозах в/в повторно:

Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) 2–4 мл в 10 мл р-ра NaCl 0,9% в/в медленно

либо

Лоразепам 0,1 мг/кг (2мг/мин) в/в однократно

либо

Конвулекс 0,5-1,0 мг/кг в/в медленно в виде болюса или инфузионно

Медикаментозная терапия



ШАГ 3

- Статус не купируется *спустя 20 мин после повторного назначения препаратов* → использование ЛП «второй очереди»:
 - **Натрия оксипутират 20%** - 10 мл в/в медленно (1-2 мл в минуту) либо инфузионно в 50-100 мл NaCl 0,9%. Действие препарата у ослабленных пациентов наступает через 7 – 10 минут при использовании дозы 50-70 мг/кг.
 - **Дифенин (фенитоин)** 15-20 мг/кг в/в под контролем частоты пульса. Разовая доза может составлять 50-100 мг/кг, вводить не быстрее 50 мг/мин
-



Медикаментозная терапия

ШАГ 4

- Статус не купируется *спустя 15 мин после назначения препаратов «второй очереди»* - к использованию мероприятий *«третьей очереди»*: ингаляционное введение кислорода и натрия тиопентала либо гексенала.

Ингаляционный наркоз смесью закиси азота с кислородом в соотношении 2:1 с использованием наркозных аппаратов.

Гексенал 1-2% - 1-2 мл вначале в/в со скоростью 1 мл/мин, при отсутствии в течение 30–40с побочных явлений - дополнительное количество раствора. Общая доза составляет 0,5–0,7 г (8–10 мг/кг).

Натрия тиопентал 2% - 20-30 мл в/в медленно (1-3 мг/кг).

В редких случаях, при наиболее тяжелых и длительных формах статуса осуществляется перевод больных на ИВЛ с предварительным введением миорелаксантов

Медикаментозная терапия



ПАРАЛЛЕЛЬНО

- Больным пожилого и старческого возраста для профилактики нарушений сердечного ритма

р-р КС1 10% - 10 мл в/в

или

Панангин 10 мл в 10 мл NaCl 0,9%.

Медикаментозная терапия



ПАРАЛЛЕЛЬНО

- при АГ + брадикардии

Коринфар по 20–40 мг в зависимости от АД и ЧСС;
таблетки размельчают с небольшим количеством воды
в промежутке между судорогами;

- при брадикардии < 50 уд/мин

Атропин 0,1% - 0,5 мл 0,1% в/м

- при гипертермии

Анальгин 50% - 2–4 мл в/м

- при резкой головной боли после купирования судорог

Анальгетики, наиболее эффективен трамадол (трамал)

Для предотвращения отека ГМ

- ❖ возвышенное положение головы ($\geq 30^\circ$),
 - ❖ достаточная свобода движения диафрагмы,
 - ❖ оптимальные параметры АД и сердечной деятельности (ЧСС и ритм),
 - ❖ достаточная оксигенация крови (SpO_2 95-99%),
 - ❖ устранение болевых ощущений,
 - ❖ $N t$ тела,
 - ❖ N гликемии в пределах 3-10 ммоль/л.
-

Спасибо за внимание
