

Российский Университет Дружбы народов
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии



ЭПИЛЕПСИЯ.

Судорожные состояния.

Выполнила: ординатор 1 года Исмаилова Ф.У.
Куратор: аспирант 3-года Позднякова Н.В.

План доклада:



1

Понятие об эпилепсии. Этиология. Патогенез.

2

Классификация эпилепсии.

3

Клинические проявления эпилепсии,
судорожные припадки.

4

Диагностика эпилепсии. ЭЭГ. Лечение.

Историческая справка



- Эпилепсия (древнегреческое слово “epilambanein”) в переводе обозначает что-то вроде “собирать, накапливать”. Эпилепсия - заболевание, известное со времен глубокой древности. Долгое время среди людей существовало мистическое представление об эпилепсии. В античной Греции эпилепсия ассоциировалась с волшебством и магией и называлась “священной болезнью”. Термин “священная болезнь” впервые упоминается в сочинениях Гераклита и Геродота.
- В средние века отношение к эпилепсии было двойственным. С одной стороны, эпилепсия вызывала страх, как заболевание, не поддающееся лечению, с другой стороны – она нередко ассоциировалась с одержимостью, трансами, наблюдавшимися у святых и пророков.
- Тот факт, что многие великие люди (Беллерофон, Сократ, Платон, Эмпедокл, Магомет, Плиний, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка, император Карл V) страдали эпилепсией, послужил предпосылкой для распространения теории, что эпилептики - люди большого ума.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ



■ ЭПИЛЕПСИЯ



- хроническое психоневрологическое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями

Эпидемиология



1

У 40-70 человек на 100 тыс. населения в развитых странах и у 100–190 человек на 100 тыс. населения в развивающихся странах ежегодно выявляется эпилепсия

2

эпилепсией страдают не менее 4 млн. человек, а ее распространенность достигает 15–20 случаев на 1000 человек

3

у 50 из 1000 детей хотя бы раз отмечался припадок при повышении температуры

Этиология



1

идиопатическая

2

симптоматическая

3

криптогенная

САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ (ГЕНУИННАЯ) ЭПИЛЕПСИЯ



Другое название самопроизвольной эпилепсии - идиопатическая.

Это относится к тем случаям, когда нет никаких причин предполагать первичное заболевание мозга. К этой группе, кроме генерализованных приступов, относятся миоклонические приступы периода полового созревания, генерализованные ночные судорожные приступы, а также некоторые формы эпилепсии с миоклонически-астатическими очаговыми приступами.

Основные этиологические факторы развития симптоматической эпилепсии.



- Черепно-мозговая травма
- Инсульты
- Перинатальная гипоксия
- Инфекции
- Опухоли
- Дегенеративные заболевания нервной системы
- Злоупотребление алкоголем
- “Криптогенная” (скрытая) форма эпилепсии относится к тем синдромам, причина которых остается скрытой, неясной. Данные синдромы не удовлетворяют критериям идиопатических форм, но нет доказательств и их симптоматического характера.

Травмы головы.



Травмы головы являются причинами 5-10% случаев эпилепсии. Посттравматическая эпилепсия может последовать за травмой головного мозга в результате сильного ушиба, дорожно-транспортного происшествия, огнестрельного ранения и др.

Посттравматические судороги иногда развиваются сразу после травмы, а иногда появляются через несколько лет.

Эпилепсия очень редко возникает после незначительных травм головы. Однако приступы, развившиеся через несколько месяцев или лет после повреждения мозга, повторяются намного чаще. Посттравматические приступы медленнее всего развиваются у детей. Они могут появиться даже через 25 лет после травмы головы.

Перинатальные осложнения являются основной причиной судорог у детей. Травмы как родовые, так и предродовые, вызывают гипоксию мозга (кислородное голодание мозга). Однако некоторые эксперты считают, что 20% случаев эпилепсии подпадают под эту категорию

Инсульт



При инсульте нарушается мозговое кровообращение, вследствие чего происходят краткосрочные или длительные расстройства речи, мышления и движения (в зависимости от того, какие участки мозга поражены). Возможно, из-за увеличения количества пожилых людей в этой возрастной группе стала чаще встречаться эпилепсия. Обычно инсульты не вызывают эпилептических приступов - только у 4-5% пациентов развиваются хронические приступы. Приступы, являющиеся следствием инсульта, обычно хорошо поддаются лечению

ОПУХОЛИ И АНОМАЛИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА



Около 35% опухолей мозга провоцируют повторные приступы. Однако сами опухоли мозга являются причиной менее чем 15% всех случаев приступов.

Артериовенозная дисплазия сосудов головного мозга - врожденный дефект, обычно приводящий к повторным судорогам. К сожалению, оперативное вмешательство в этом случае может спровоцировать эпилептические судороги.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВ ИЛИ ИНСЕКТИЦИДОВ



Приступы могут вызываться действием инсектицидов, наркотиков, например, кокаина (а также "ломкой") и прекращением употребления барбитуратов, бензодиазепинов (валиума, либриума, далмана), алкоголя.

Следует иметь в виду, что судорожные приступы возникают не только при злоупотреблении лекарствами. У индивидуумов с низким порогом их могут вызывать сильные нейрорептики (например, аминазин, трехциклические антидепрессанты (типа амитриптилина) и ингибиторы моноаминоксидазы (ниаламид и др.), амидопирин, препараты группы пенициллина. Иногда взаимодействие антиэпилептических препаратов с другими лекарствами также провоцирует приступ.

ЭПИЛЕПСИЯ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ



Если у одного из родителей эпилепсия, то вероятность появления ее у их ребенка составляет около 6%, т.е. в 3 - 6 раз больше, чем для большинства людей. В то же время это говорит о том, что у 94% детей эпилепсии не будет.

Если же эпилепсия у обоих родителей, то риск для ребенка увеличивается до 10 - 12%. Наиболее часто встречается эпилепсия у ребенка если у родителей эпилептические приступы имели не очаговый, а генерализованный характер.

Следует учитывать, что наследуются особенности деятельности мозга, процессов возбуждения и торможения, повышенной готовности к пароксизмальным формам реагирования мозга на изменение внутренних и внешних факторов, а не сама эпилепсия. В большинстве случаев эпилепсия у детей проявляется гораздо раньше, чем у родителей. Например, если у матери эпилептические приступы с 15 лет, то у ее ребенка они могут появиться, например, в 5 лет.



- **ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРИЕМА ИЛИ СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ**
- При отсутствии приступов в течение длительного времени некоторые люди считают возможным самостоятельно прекратить лечение или снизить дозу препаратов с целью избежать их побочных эффектов. В этих случаях часто бывает возобновление приступов в более тяжелом варианте, а нередко и развитие эпилептического статуса. Особенно опасно резкое прекращение приема препаратов группы фенобарбитала и бензодиазефина.



- НЕДОСТАТОЧНЫЙ СОН И НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА СНА
- Здесь важна не длительность сна, а его регулярность (одно и то же время засыпания и пробуждения). Если человек с эпилепсией не доспал, приступ может возникнуть во время более позднего пробуждения или внезапного пробуждения при вмешательстве кого-то из близких.



■ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Состояния выраженного опьянения приводят к нарушениям режима сна, изменениям обмена веществ и снижению компенсаторных возможностей мозга. Чаще приступы появляются на следующий день после опьянения.

■ СТРЕСС И СИЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ

Положительные или отрицательные стрессы довольно редко приводят к приступам. однако в каждом конкретном случае следует обратить внимание, нет ли связи между сильным возбуждением и приступом. Если причину, вызывающего стресс возбуждения, или собственное отношение человека к нему можно изменить, то количество приступов может уменьшиться. Знание причин приступов может оказаться важной информацией для проведения психотерапии.

ПРОВОКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА



■ СВЕТ

Часто эпилептические приступы возникают непосредственно от конкретных раздражителей из внешней среды. Чаще всего причинами приступов могут стать очень контрастные световые раздражители по типу "светло-темно", появляющиеся, например: при езде по аллее, на движущиеся на ветру листья дерева, при взгляде на вращающиеся лопасти вертолета, мигание света на дискотеке, неисправный телевизор. При фотосенситивности могут помочь очки с затемненными защитными стеклами. Гораздо реже причиной приступов могут быть яркие разноцветные предметы или ярко освещенный текст, или картина.

■ ЗВУК

Даже самые простые звуки: мотора, колокола, кваканье лягушек или окончание какого-то продолжительного звука вызывают приступы, но, безусловно, это очень редкие случаи.

■ Чтение

является очень редкой причиной приступов. Однако при длительном чтении (переутомлении), когда начинает болеть голова и появляются пятна перед глазами, следует прекратить это занятие, так как это может вызвать судорожный приступ.



- Приступы, возникающие от внешних раздражителей, например от контрастного света, изображения или прикосновения, могут быть вызваны самим больным. Чаще всего это касается детей с задержкой психического развития, реже детей и взрослых с нормальным развитием. Определенную роль может здесь играть внутренняя потребность, сходная с "манией", вызвать приступ и, редко, приятными ощущениями во время предприступного состояния. Иногда люди с эпилепсией самопровоцируют их для снятия довольно тяжелого внутреннего дискомфорта, появляющегося перед приступом, а после приступа они могут испытывать состояние эмоционального подъема и психического комфорта.



■ БЕРЕМЕННОСТЬ

Если беременная продолжает принимать лекарства, а при приступе увеличивает дозу, то повышенного риска ухудшения состояния нет. Сама беременность не ухудшает течение эпилепсии. Во время беременности приступы могут усилиться, если женщина не принимает полностью дозу препарата, рекомендованного врачом, из-за опасения нанести вред будущему ребенку или в результате нарушения режима сна.

ПРОВОКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА



■ КЛИМАТ

Отмечено, что эпилепсия чаще встречается в странах с жарким и влажным климатом, а также, что при переезде людей с эпилепсией в регионы с более прохладным и сухим климатом частота приступов может уменьшаться.

ФАЗЫ ЛУНЫ И СОЛНЕЧНАЯ АКТИВНОСТЬ

Некоторые исследования показывают увеличение обращаемости к врачу по поводу приступов в периоды полно- и новолуния. Имеются наблюдения учащения приступов в период повышенной солнечной активности. Это связывают с изменением уровня функционального состояния мозга и ухудшением его компенсаторных возможностей, а также нарушениям метаболических процессов в организме, приводящих к снижению эффекта противоэпилептических препаратов.

■ РЕЖИМ ПИТАНИЯ

Специфического влияния пищи на провокацию приступов не подтверждено. Однако имеются наблюдения указывающие на необходимость ограничить в еде чистые углеводы (особенно сахар), соль, некоторые специи, бобовые. Необходимо чтобы последний прием пищи был не позднее чем за два часа до сна



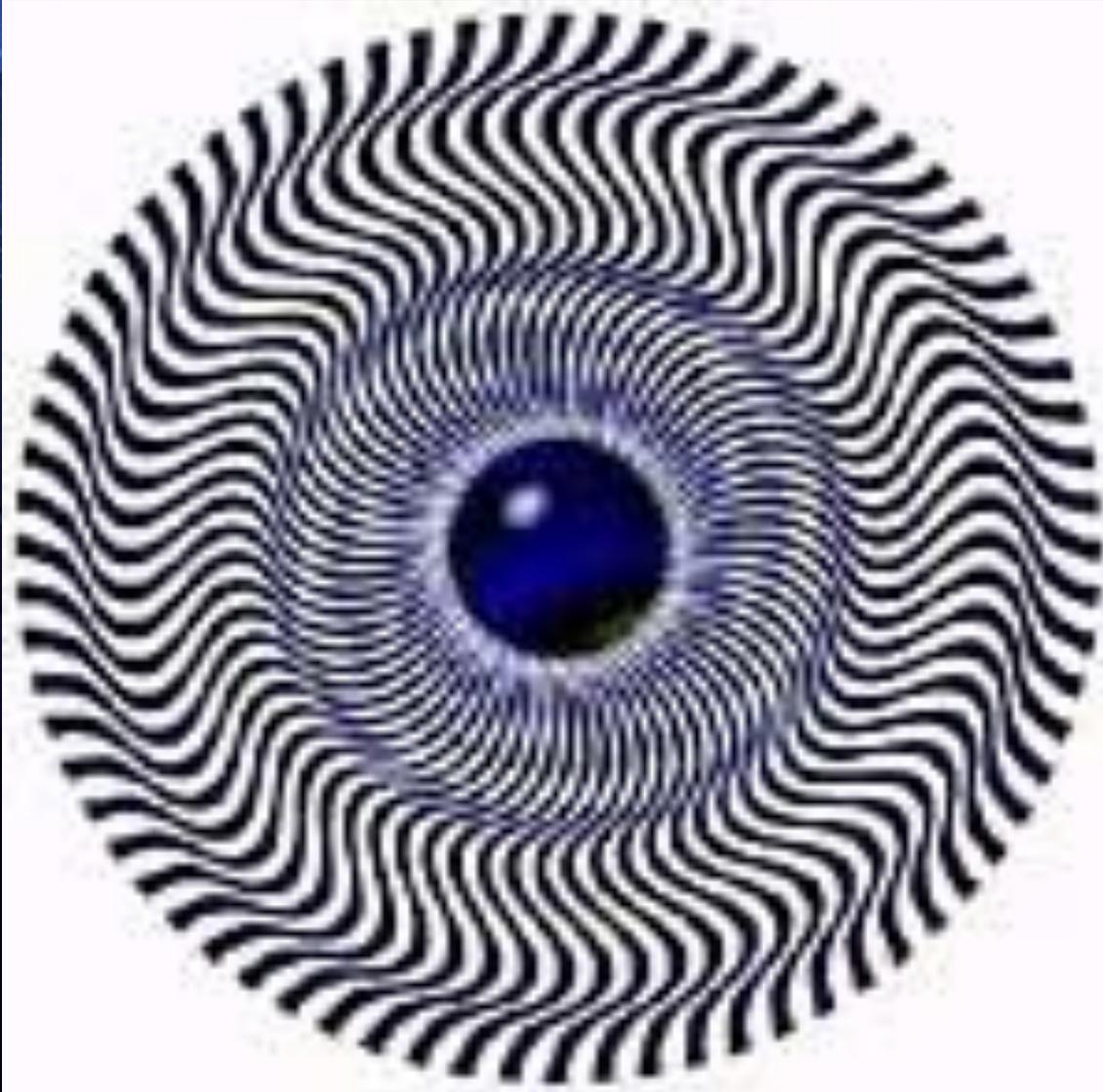
■ ЛИХОРАДКА, ВАКЦИНАЦИЯ

Прививки (от дифтерии, столбняка и коклюша), которые обычно делаются новорожденным и маленьким детям, могут вызывать конвульсии. Доказательства этому, однако, неубедительны, и судороги, следующие за прививками, случаются редко. Известно, что высокая температура - обычный побочный эффект при вакцинации - у некоторых детей может вызвать судороги. Поэтому до вакцинации родители должны обсудить свои опасения с педиатром, особенно если в анамнезе - плохая реакция на прививки.

■ СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Иногда встречается опасение, что в результате полового созревания и сексуальной активности, состояние человека с эпилепсией ухудшается не только в смысле собственного здоровья, но и в социальном плане. С уверенностью можно сказать, что сексуальная активность абсолютно не вредна.

САМОПРОВОКАЦІЯ ПРИСТУПОВ



патогенез



Припадки бывают различных типов, но в основе любого из них лежит аномальная и очень высокая электрическая активность нервных клеток головного мозга, вследствие которой возникает разряд.

При этом возможны три исхода:

- 1) разряд может прекратиться в границах его возникновения;
 - 2) он может распространиться на соседние отделы мозга и прекратиться, встретив сопротивление;
 - 3) он может распространиться на всю нервную систему и лишь затем прекратиться.
- Припадки, возникающие в первых двух случаях, называют парциальными, в последнем же случае говорят о генерализованном припадке.

патогенез



Биохимические механизмы эпилепсии связаны с расстройством ионных, медиаторных и энергетических процессов, Так, ионные сдвиги ведут к повышению мембранной проницаемости и усилению в результате этого деполяризации нейронов, их сверхвозбудимости. У больных эпилепсией наблюдаются морфологические нарушения нейронов, синапсов, глиальных элементов, сосудов. Эпилепсия тесно связана с изменением энергетических процессов в нейронах, отмечаются изменения структуры нейронов и их митохондрий в виде повышения мембран для ионов К и Na, что коррелирует со снижением синтеза АТФ и повышением чувствительности белков мембран. Все это в свою очередь приводит к облегчению деполяризации постсинаптических зон, снижению порога возбудимости и провоцированию судорожного приступа.

- **Снижение запасов глюкозы и накопление молочной кислоты в ткани головного мозга во время приступа являются причиной ацидотических сдвигов; усугубляющих гипоксию и снижающих уровень фосфатных соединений. Перед приступом часто обнаруживается метаболический алкалоз. Специфических патологоанатомических изменений при эпилепсии не находят. Вместе с тем эпилептический процесс может вызывать тяжелые дистрофические изменения и уменьшение количества ганглиозных клеток, прогрессирующий глиоз, особенно - в височных долях.**

патогенез



Теоретическая концепция универсального ишемического патогенеза эпилепсии возникающей при всех органических поражениях головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли, сосудистые, воспалительные заболевания головного мозга, пороки развития ЦНС; искусственные нейрохирургические повреждения мозга).

Основные положения данной концепции:

- Ишемия - пусковой механизм припадка у пациентов с органическими поражениями головного мозга.
- Эпилептический припадок - защитная реакция мозга в ответ на дозированные расстройства локального или генерализованного метаболизма головного мозга.
- Эпилепсия- градуированная ишемия головного мозга.

Классификация



Проявления эпилепсии крайне разнообразны, что уже с самого начала изучение заболевания затрудняло создание единой классификации.

По типу приступов выделяют :

- 1) Генерализованная форма
- 2) Фокальная форма.

По этиологии:

- 1) Идиопатическую,
- 2) Симптоматическую
- 3) Криптогенную.

Эпилептические приступы бывают:

- 1) Генерализованными (диффузный охват возбуждением головного мозга):

- тонико-клонические (grand mal)
- тонические
- клонические
- абсансы (petit mal): типичные и атипичные
- миоклонические
- атонические

- 2) Парциальными (возбуждение ограниченного участка коры головного мозга):

- простые парциальные приступы (без потери сознания):
- моторные,
- сенсорные,
- вегетативные,
- психические.

Клинические проявления



- У большинства людей существует стереотипное представление об эпилепсии, как о заболевании проявляющемся припадками с внезапным началом, падением, и сопровождающимся потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка, отсутствием воспоминаний о прошедшем приступе. В действительности клинические проявления эпилепсии могут быть разнообразны. Мы приведем лишь некоторые примеры.
- Эпилепсия может проявляться лишь короткими промежутками “от нескольких секунд” выключения сознания, без падений, так называемые абсансы: подергиванием век, при сохраненном сознании. Кроме того, возможны нарушения восприятия в виде необычных ощущений, запахи, видения, ощущения “мурашек на коже”. Приступы могут случаться только во время ночного сна и долгое время быть не диагностированными. Все предположения о диагнозе эпилепсия могут быть подтверждены или опровергнуты только специалистом, которым является врач-эпилептолог. В дополнение необходимо отметить, что диагноз эпилепсии ставится при наличии, как минимум, двух приступов.

ТИПЫ ПРИПАДКОВ



- Большие (генерализованные) судорожные припадки. Этот тип припадков традиционно обозначают французским термином *grand mal* (что и переводится как большой припадок). Он характеризуется выраженными судорогами. Припадку обычно предшествует продромальный период (период предвестников), продолжающийся от нескольких часов до нескольких суток. В это время появляются раздражительность, повышенная возбудимость, снижение аппетита или изменения поведения. Непосредственно перед припадком у некоторых больных возникает аура – состояние-предвестник, проявления которого варьируют от повторяющихся каждый раз тошноты или подергиваний мышц. Затем возникают подергивания в руках, ногах или во всем теле. Зрачки расширяются, кровяное давление повышается, лицо наливается кровью, кожа покрывается потом, изо рта выделяется слюна. Часто происходит непроизвольное выделение мочи и кала. Возможен прикус языка или щек. Затем мышцы расслабляются, дыхание становится глубоким, судороги стихают. Сонливость и спутанность сознания иногда сохраняются в течение суток. Генерализованные припадки могут проявляться по-разному: иногда наблюдается только одна из описанных фаз, иногда – другая их последовательность.

Воспоминание о генерализованном припадке отсутствует, иногда больной помнит лишь ауру. Головная боль, спутанность сознания, боли во всем теле и другие симптомы могут быть связаны с падением во время припадка, сильным мышечным спазмом или ушибами из-за непроизвольных движений. Припадки обычно продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут и проходят самопроизвольно.

ТИПЫ ПРИПАДКОВ



- **Фокальные** (частичные) припадки. В них вовлекается лишь какая-то одна часть тела; припадки могут быть моторными или сенсорными и проявляться судорогами, параличами или патологическими ощущениями. Термин «джексоновская эпилепсия» относится к припадкам, имеющим тенденцию перемещаться («маршировать») от одной части тела к другой; иногда такой припадок генерализуется и распространяется на все тело. После судорог конечности в ней до суток может сохраняться слабость (парез). Возникновение ауры, утрата сознания и сонливость после припадка отмечаются не всегда. При этом типе припадков часто, особенно у взрослых, выявляют органическое поражение мозга, так что больным следует как можно быстрее обратиться за медицинской помощью.
- **Психомоторные** припадки характеризуются сочетанием психопатологических и двигательных проявлений. Типичное начало – продром и аура, с возникновением необычного вкуса, запаха или ощущением уже виденного (будто что-то из происходящего виделось ранее), после чего больной теряет контакт с окружающей действительностью. Во время припадка нередко наблюдаются жевание, смех или улыбка, облизывание губ, больной может брыкаться, перебирать руками одежду. Движения обычно координированные, но повторяющиеся и стереотипные; больной не воспринимает окружающих. Во многих случаях припадки проявляются лишь продолжительными периодами страха, ощущения нереальности происходящего, галлюцинаций, сноподобного состояния. Воспоминания о приступе часто отсутствуют. Психомоторные припадки чаще всего связаны с эпилептическим очагом в височной доле головного мозга.

ТИПЫ ПРИПАДКОВ



- **Абсансы (малые припадки)** – особый тип припадков, обычно неизвестного происхождения. Их исторически сложившееся название «малые припадки», или *petit mal*, не охватывает все типы малых припадков. Абсансы обычно возникают в школьном возрасте и проявляются кратковременной потерей сознания. Ребенок внезапно прекращает любую деятельность, лицо застывает, как будто он заснул на ходу, взгляд становится бессмысленным, устремленным в одну точку. Отсюда и термин «абсанс»: *absence* (франц.) – «отсутствие». Продолжается от 5 до 25 секунд. Сразу после припадка ребенок возвращается к прерванной деятельности, как будто ничего не случилось. Часто такие припадки остаются незамеченными, пока из-за повторяющихся приступов не возникнет заторможенность или спутанность сознания. Как правило, эта разновидность эпилепсии хорошо поддается лечению противосудорожными препаратами. Абсансы обычно прекращаются к 20 годам.
- **Малые моторные припадки.** Существуют три типа подобных припадков. Акинетические припадки, или дроп-атаки (от англ. *drop* – падать), характеризуются внезапным опущением головы или падением (как будто человек вдруг «отключился» или его внезапно качнуло вперед).
- **Миоклонические припадки** сопровождаются кратковременными подергиваниями, как бывает у здоровых людей при пробуждении или засыпании. Младенческие спазмы (младенческая миоклония, или салаамовы судороги) характеризуются молниеносными приступами, возникающими в раннем детском возрасте, обычно до полутора лет. Как правило, они продолжаются несколько секунд, иногда следуют группами один за другим, часто сменяются плачем.
- **Малые моторные припадки** плохо поддаются лечению и часто связаны с резидуальным (остаточным) или прогрессирующим поражением головного мозга.

ДИАГНОСТИКА



Дополнительными методами диагностики являются:

- Электроэнцефалографическое исследование (**ЭЭГ**), позволяющая выявить патологическую электрическую активность мозга, а также определить локализацию очага этой активности (эпилептического очага) и степень ее распространения. Однако не у всех больных ЭЭГ бывает изменена, так что нормальная ее картина не исключает эпилепсию.

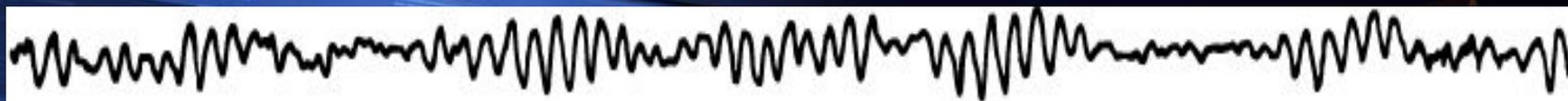
ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ (ЭЭГ) с нормальной электрической активностью мозга и двумя вариантами эпилептической активности. При анализе ЭЭГ оценивается форма, частота и амплитуда электрической активности. При абсансах выявляются типичные комплексы, состоящие из остроконечного пика и волны в форме усеченного купола и возникающие с частотой 3 в секунду. Для генерализованных судорожных припадков типичны остроконечные, пикообразные волны.

- Очень информативно проведение “Видео ЭЭГ” - Электроэнцефалография, сопровождаемая видеосъемкой.
- Магнитно-резонансная томография, - позволяет обнаружить структурные изменения в головном мозге.

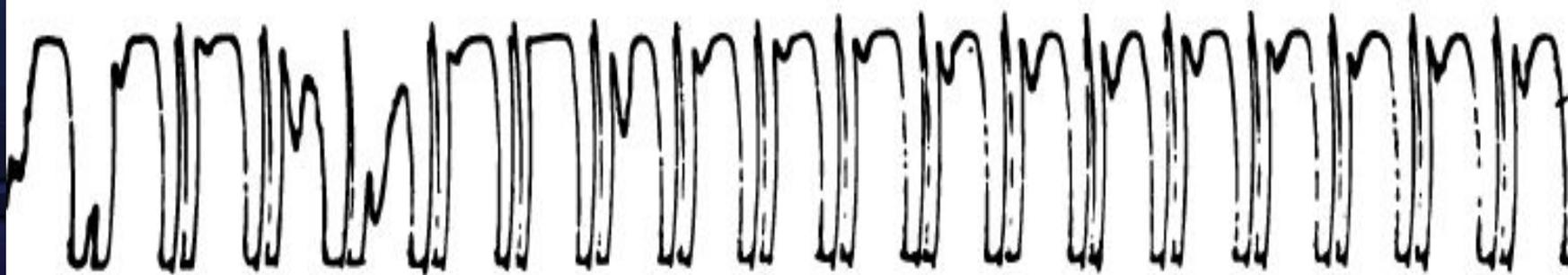
ДИАГНОСТИКА



ДИАГНОСТИКА



НОРМА

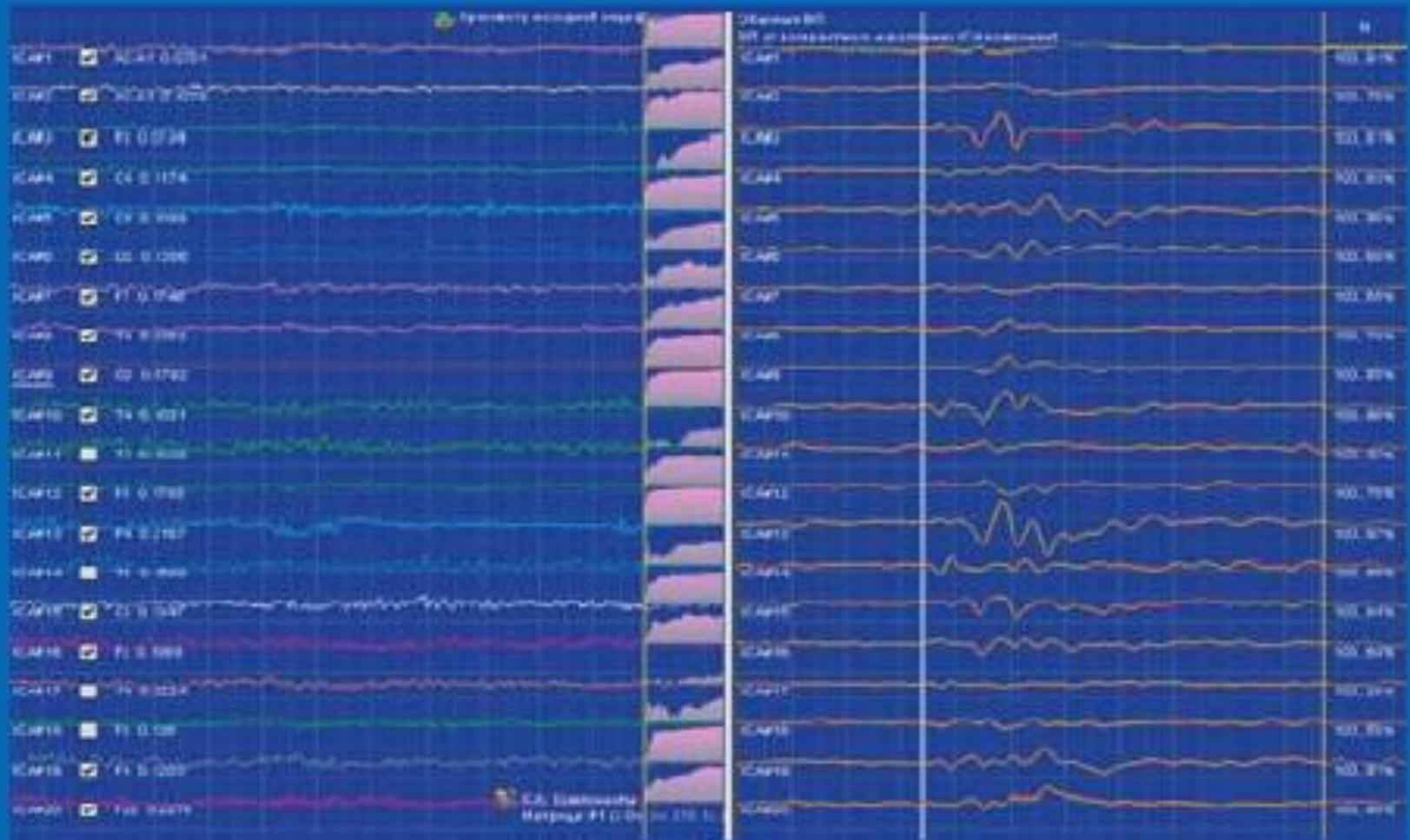


АБСАНС (МАЛЫЙ ПРИПАДОК)



БОЛЬШОЙ ПРИПАДОК

ДИАГНОСТИКА

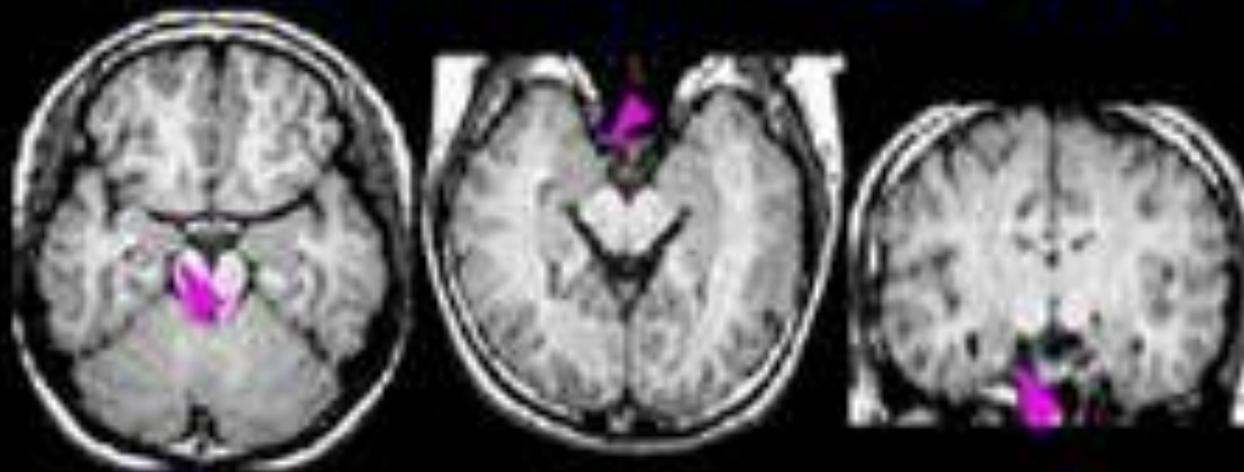


Компьютерная электроэнцефалография. Компьютерный электроэнцефалограф "NeuroCom" (Национальный Аэрокосмический университет ХАИ). Пациент С., 56 лет. Длиннолатентные зрительные вызванные потенциалы, разложение на независимые компоненты (слева) с графиками качества когерентного накопления. Результаты когерентного накопления отдельных компонент (справа).

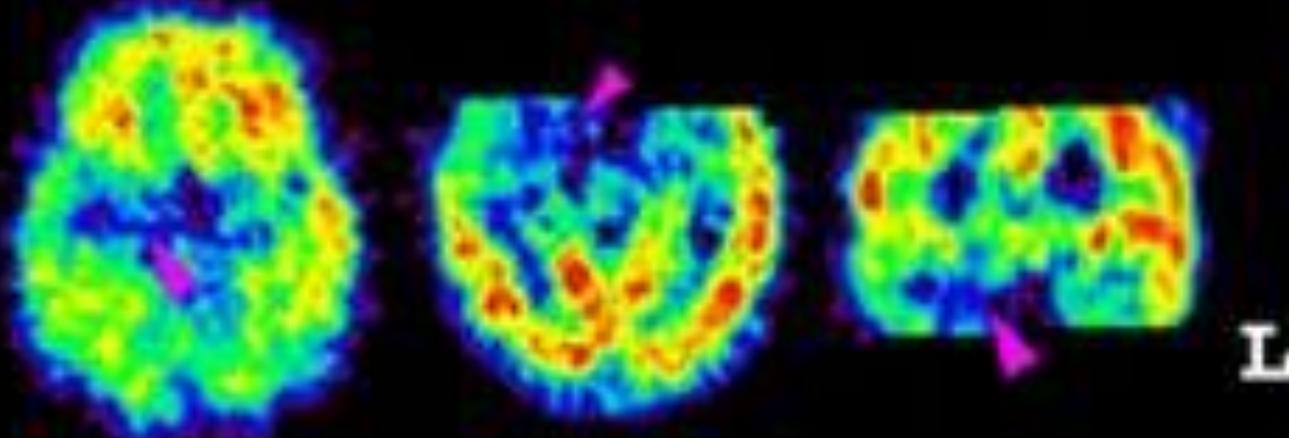


Temporal Lobe Epilepsy

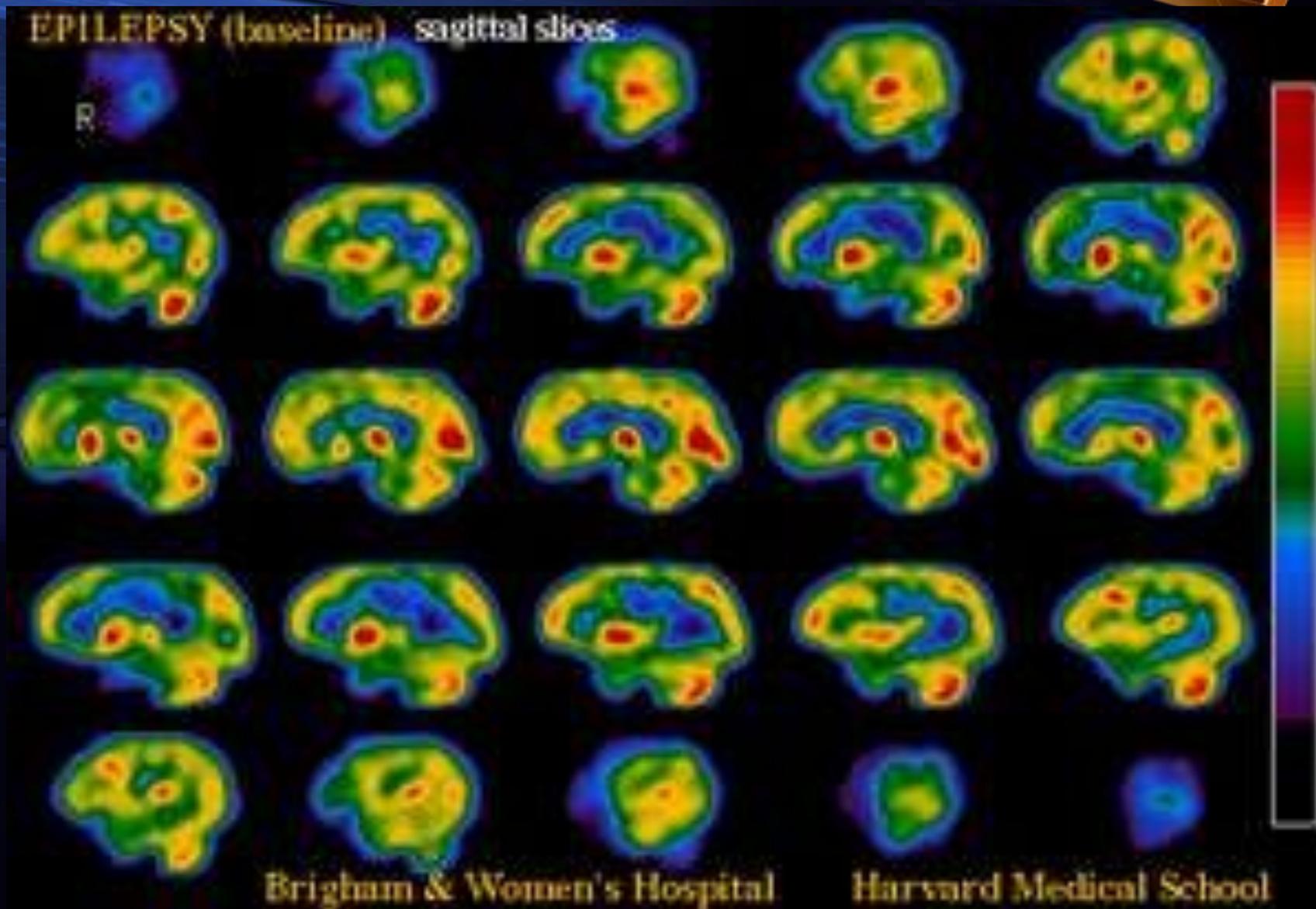
MRI



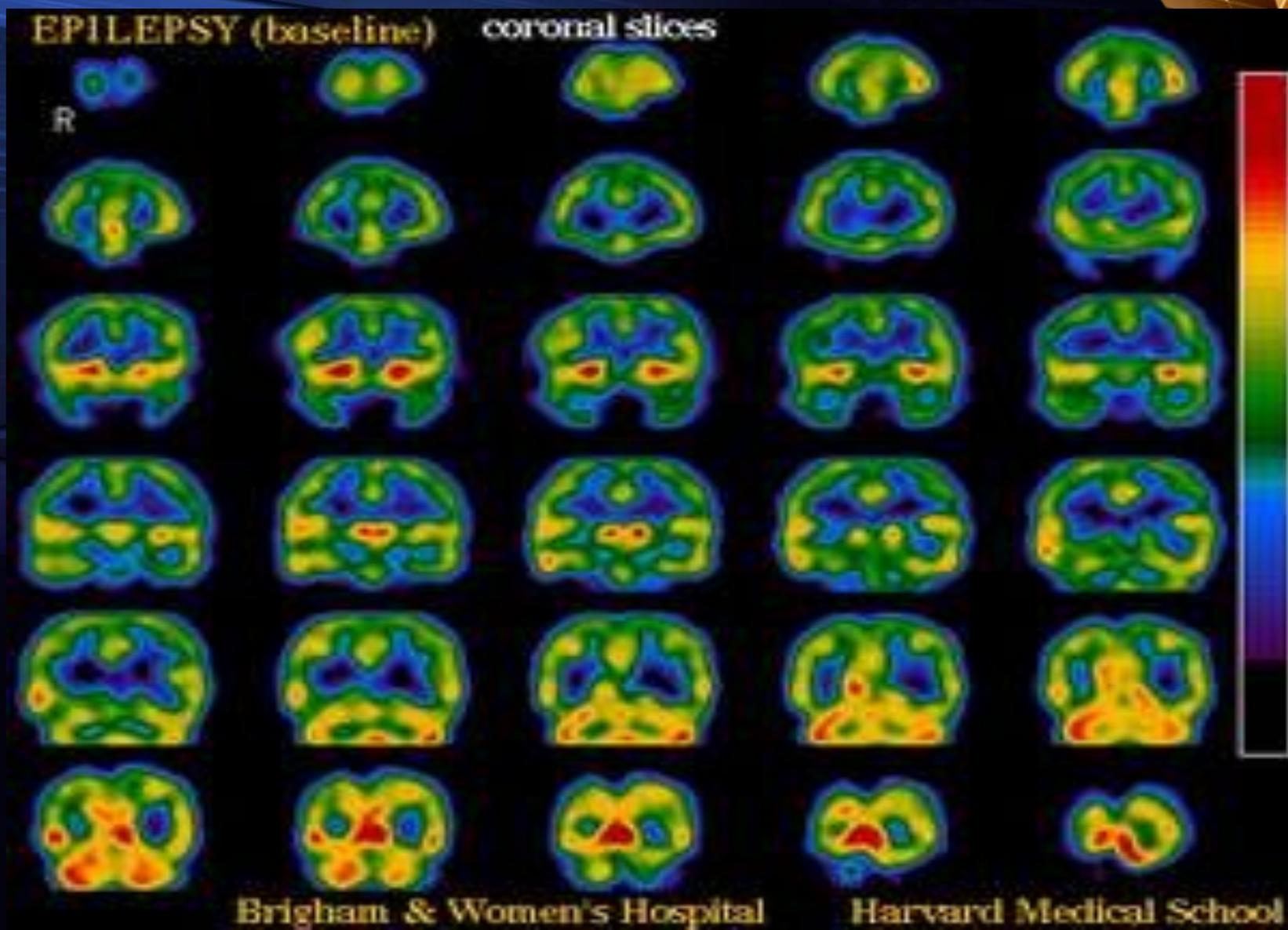
FDG



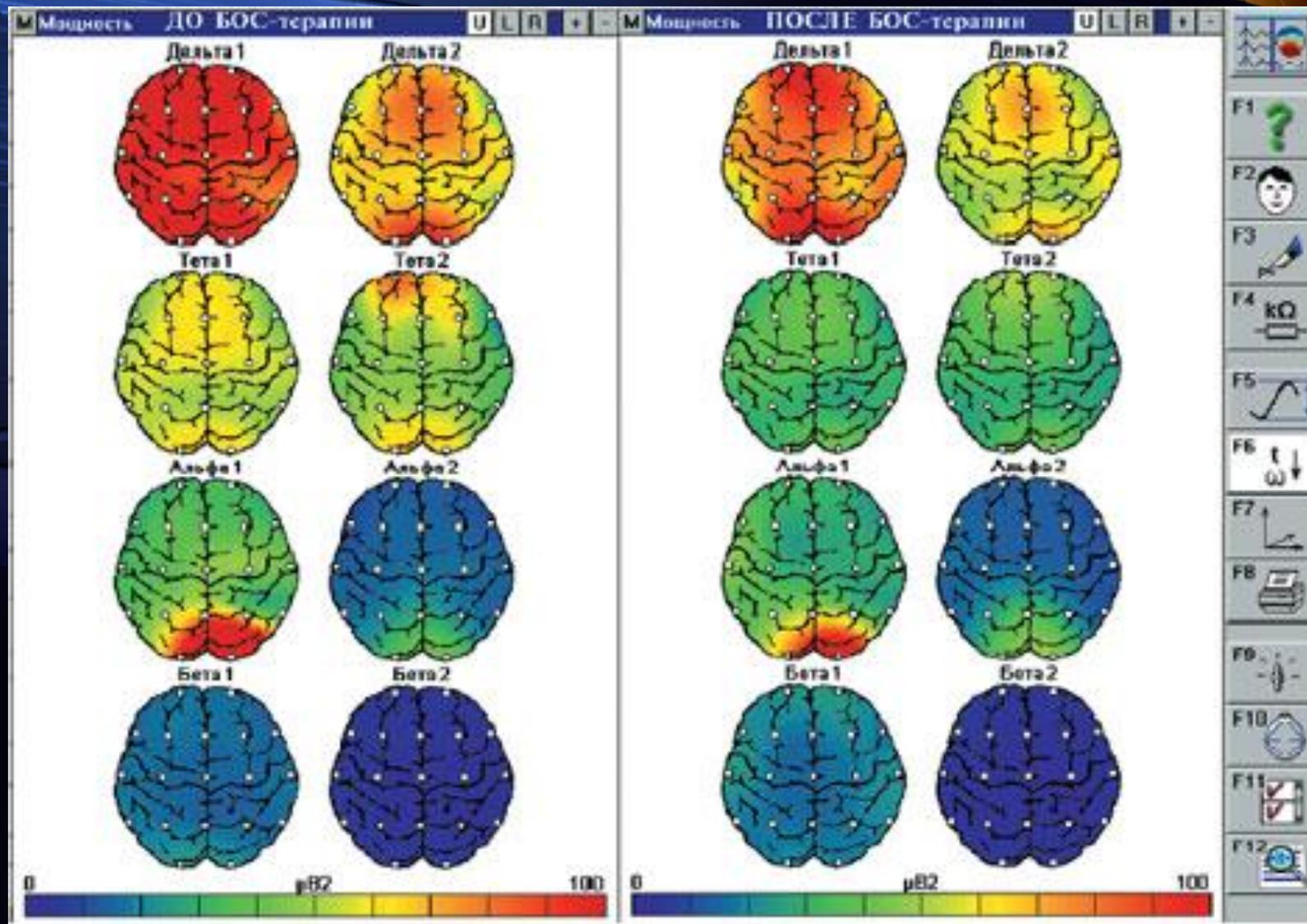
ДИАГНОСТИКА



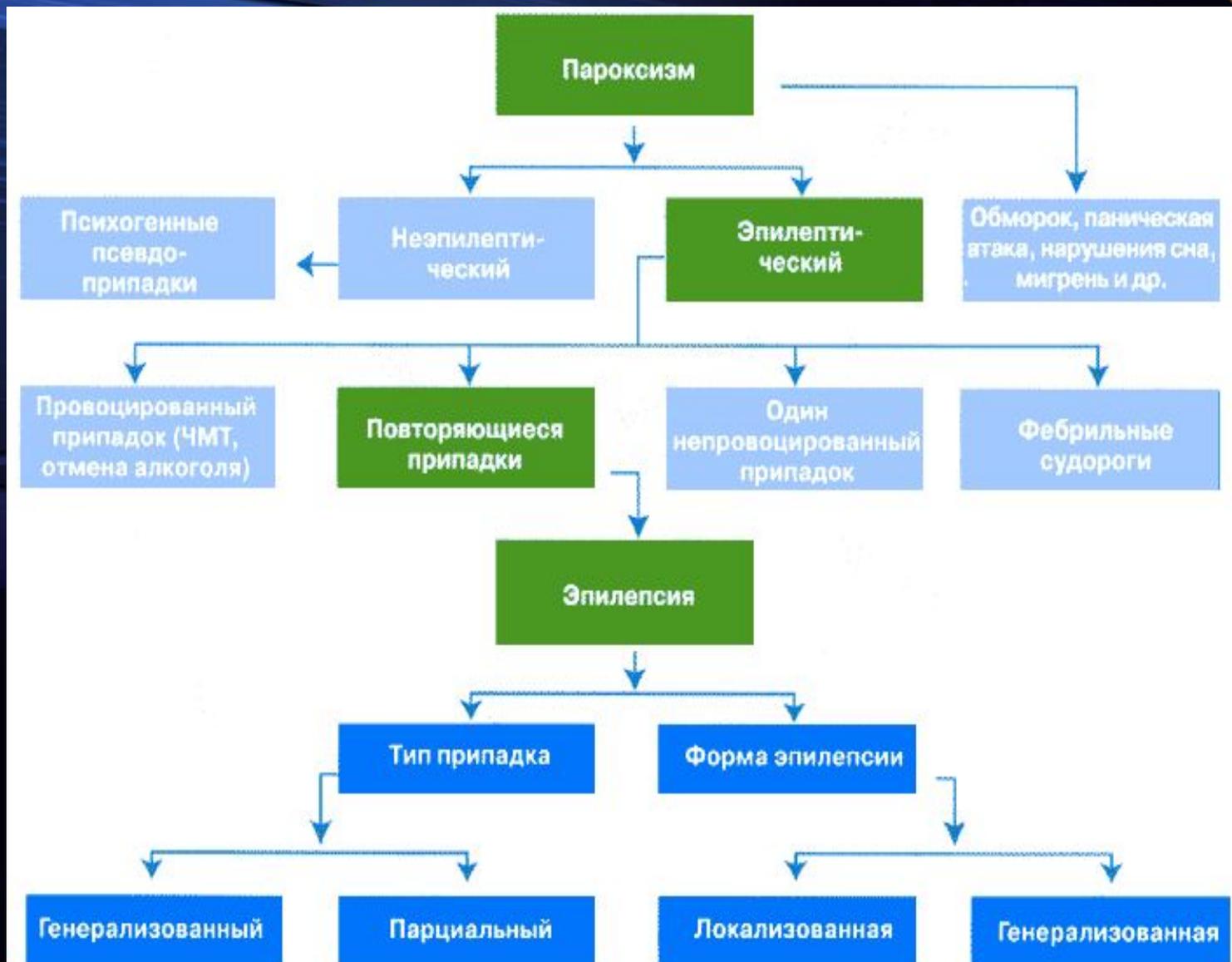
ДИАГНОСТИКА



ДИАГНОСТИКА



ДИАГНОСТИКА(АЛГОРИТМ)





ЛЕЧЕНИЕ



- Лечение ведется по четырем направлениям:
- 1) предупреждение приступов с помощью лекарственных средств;
- 2) устранение факторов (ситуаций или веществ), провоцирующих припадки;
- 3) социальная реабилитация больного, способствующая его превращению в полноценного члена общества;
- 4) консультирование семьи и друзей больного с целью выработать правильное отношение к нему самому и его болезни.



Общие принципы лечения эпилепсии:



1. Лечение должно быть начато только после установления точного диагноза.
2. Лечение эпилепсии следует начинать после повторного приступа.
3. Принцип монотерапии: стартовое лечение начинается только одним препаратом.
4. Выбор препарата зависит от формы эпилепсии и характера приступов.
5. Препарат впервые начинают с малой дозы, с постепенным наращиванием до достижения терапевтической эффективности или появления первых признаков побочных эффектов.
6. Необходимо использование АЭП в адекватных возрастных дозировках.
7. В случае резистентности приступов к максимальной дозе одного препарата производят замену или добавляют второй препарат в соответствии с доминирующим типом приступов.

Общие принципы лечения эпилепсии:



1. Выбор адекватного антиэпилептического препарата (АЭП), соответствующего форме эпилепсии, синдрому и типам припадков, подбор индивидуальной эффективной дозы препарата, при которой достигается медикаментозная ремиссия либо существенно понижается частота припадков. Использование этой дозировки предполагает отсутствие побочных проявлений и осложнений приема АЭП. Регулярность приема учитывает фармакокинетику препарата. Скорость наращивания дозы также индивидуальна. Длительность проведения лекарственной терапии составляет в среднем 2-5 лет и зависит от целого ряда факторов, тем не менее до 30-40% больных вынуждены получать терапию на протяжении всей своей жизни. Важна преемственность терапии. Истинная фармакорезистентность на конечном этапе предполагает хирургическое лечение.
2. Принятие решения о начале терапии всегда должно учитывать потенциальную опасность длительного приема АЭП, так как у любой терапии возможны побочные проявления. Лечащему врачу необходимо взвесить риск длительного приема АЭП. Если у больного регистрируются очень редкие эпилептические припадки во сне либо частота припадков составляет 1 в 2-3 года, то целесообразность назначения лекарственной терапии очевидна, так как за период лечения, который в среднем составляет 3 года, у больного и так не было бы припадков.
3. На начальных этапах проводят монотерапию: суточную дозу препарата постепенно повышают до достижения медикаментозной ремиссии припадков либо появления дозозависимых побочных проявлений. Отмена препарата проводится, как правило, после достижения медикаментозной ремиссии через 2-5 лет и должна быть постепенной с учетом формы эпилепсии и ее прогноза.

Лечение :

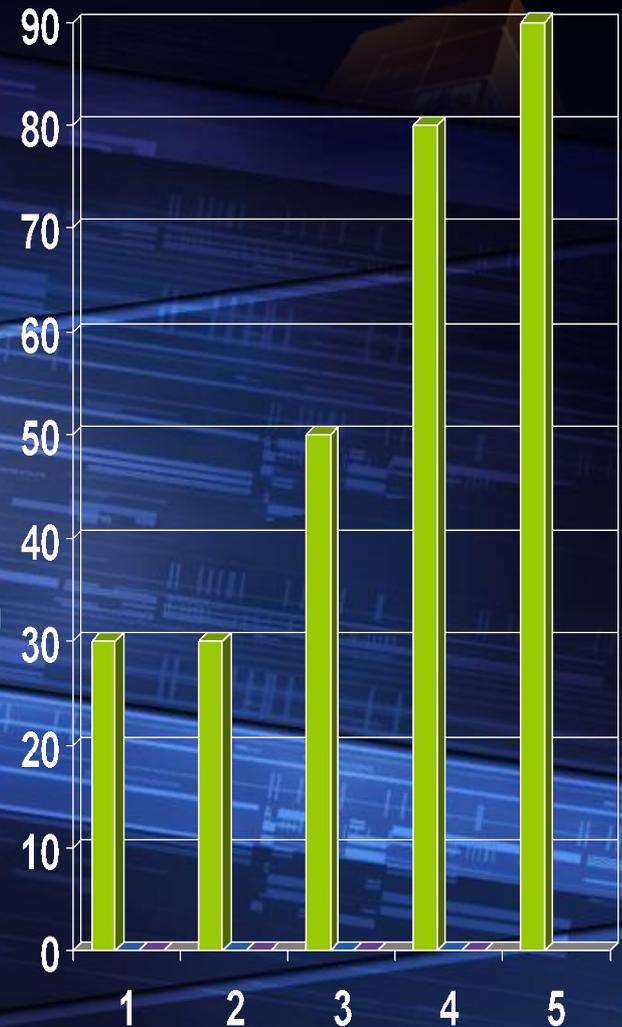


- Механизмы противоэпилептического влияния АЭП полностью не изучены. Основные эффекты АЭП связаны с воздействием на ионные каналы, нейротрансмиттерные рецепторы и метаболиты нейротрансмиттеров.
- В практике невролога в настоящее время применяются преимущественно Карбамазепин (КБЗ) и вальпроевая кислота (ВК).
- Карбамазепин (Тегретол) является базовым препаратом в терапии парциальных эпилепсий. Он также эффективен в отношении изолированных генерализованных тонико-клонических припадков. Назначается взрослым, начиная с 200 мг\сут при двукратном приеме с постепенным повышением суточной дозы на 200 мг в неделю до достижения эффекта и при отсутствии побочных явлений
- Вальпроевая кислота (Депакин хроно) является базовым препаратом в терапии генерализованных эпилепсий, эффективным в отношении практически всех форм эпилептических припадков. Средняя суточная доза может достигать 3000 мг и выше.

Ламиктал



- Одним из новых АЭП, применяющихся в течение последних 10 лет, является ламотридин (ламиктал). Противосудорожный эффект ламиктала обусловлен прежде всего 2 механизмами:
 - 1. Стабилизирует пресинаптическую нейрональную мембрану, блокируя вольтаж - зависимые натриевые каналы.
 - 2. Ограничивает высвобождение возбуждающих медиаторов – глутамата и аспартата.
- На метаболизм ламиктала значительно влияют другие АЭП. При совместном применении с АЭП, вызывающими индукцию ферментов печени (барбитураты, карбамазепин) метаболизм препарата ускоряется и период полувыведения может укорачиваться до 15ч. Вальпроаты замедляют выведение препарата, и период полувыведения удлиняется до 60ч.
- Терапевтическая эффективность ламиктала (в %) в зависимости от вида эпилептического припадка.
 - 1-инфантильные спазмы.
 - 2-фокальные приступы
 - 3-генерализованные судорожные приступы.
 - 4-типичные абсансы
 - 5-миоклонически-астатические приступы



Транскраниальная магнитная стимуляция



- С 1993 года проведено много научно-клинических исследований и разработана методика применения ритмической ТМС с учетом “частотных окон” (Гимранов, 1997). За это время удалось не только уменьшить количество приступов, но и получить длительную ремиссию.
При отсутствии эпилептических приступов и нормализации картины ЭЭГ, проводилось снижение и отмена противоэпилептических препаратов под контролем регистрации биопотенциалов.
- Проводилось лечение у пациентов с различными клиническими формами эпилепсии, при этом не наблюдалось осложнений в виде приступов, что связано с индивидуальным подбором амплитудно-временных характеристик ТМС-воздействия по данным биопотенциалов (вызванные потенциалы, электроэнцефалография и т.д.) и верификацией места стимуляции по обработанным данным МРТ. Вихревые магнитные поля с обратной связью позволяют существенно изменять порог судорожной готовности, нормализовать психо-эмоциональное состояние.

Лечение эпилепсии у пожилых :



В настоящее время считается установленным факт высокой заболеваемости и распространенности эпилепсии у лиц старше 60 лет.

В клинической картине абсолютно преобладает фокальная симптоматическая эпилепсия с парциальными и вторично-генерализованными припадками.

Лекарственная терапия у лиц пожилого возраста должна учитывать определенные особенности. Прежде всего это наличие целого спектра соматической, неврологической и психиатрической патологии, по поводу чего пациентам приходится принимать одновременно несколько лекарственных препаратов.

Скорость обменных процессов в пожилом возрасте понижается, поэтому суточная дозировка должна быть снижена на $1\frac{1}{3}$ - $1\frac{1}{2}$ в зависимости от возраста. Положительным является то, что эпилепсия у пожилых достаточно хорошо поддается противоэпилептической терапии.

Эпилептический статус



Эпилептический статус- это патологическое состояние, характеризующееся эпилептическими припадками длительностью более 5 мин, либо повторяющиеся припадки, в промежутке между которыми функции ЦНС полностью не восстанавливаются. Эпилептический статус (ЭС) соответствует типу припадков, поэтому существует столько видов ЭС, сколько вариантов эпилептических припадков.

Согласно классификации эпилептических припадков выделяют:

1. Генерализованный (первично или вторично) тип статуса: тонико-клонический, тонический, клонический, миоклонический, абсансный.
2. Фокальный тип статуса: простой фокальный и сложный фокальный.

Диагностика судорожного ЭС обычно не представляет проблем ввиду специфичности его клинических проявлений. Цель аппаратных и лабораторных методов исследования заключается в уточнении симптоматического характера статуса либо подтверждения того, что статус развился на фоне существующей эпилепсии.

Эпилептический статус



Причины, которые могут вызвать эписетатус:

1. Эпилепсия (как правило, к эписетатусу ведет нарушение регулярности приема антиэпилептических препаратов)
2. Черепно-мозговая травма (частая причина)
3. Опухоль или другое объемное образование мозга (наиболее частая причина после собственно эпилепсии)
4. Воспалительные заболевания мозга и его оболочек
5. Острое нарушение мозгового кровообращения (частая причина)
6. Рубцово-спаечные нарушения церебральной ликвородинамики
7. Дисметаболические состояния (алкогольная абстиненция, диабет, порфирия, острая надпочечниковая или тиреоидная недостаточность, уремия, эклампсия, острая гипогликемия и др.)
8. Отравления
9. Общие инфекции, особенно с тяжелой интоксикацией и гипертермией

Эпилептический статус встречается с частотой 18-20 случаев на 100 000 населения и является одним из наиболее распространенных неврологических состояний. Наиболее часто эпилептический статус возникает у младенцев, детей младшего возраста и пожилых. Около 5% взрослых пациентов, находящихся под наблюдением эпилептических клиник, имели хотя бы один эпизод статуса в истории своей болезни, у детей эта цифра — около 10-25%.

Наиболее частые «поставщики» статусов — лобнодолевые

Эпилептический статус



Традиционно в России лекарственная терапия проводится поэтапно: начальные мероприятия – удаление протезов и др. инородных предметов из полости рта, укладка больного на бок, инъекции диазепама (10мг на 20мл 40% раствора глюкозы) в\в, струйно, медленно. Основная цель купирование гиперсинхронных разрядов и подавление судорожного синдрома.

В стационаре проводятся следующие мероприятия:

- обеспечение проходимости верхних дыхательных путей;
- ингаляция смесью с повышенным содержанием кислорода;
- повторное либо болюсное введение диазепама- 100мг на 500 мл 5% раствора глюкозы капельно.
- нормализация гемодинамики, дыхания, церебрального метаболизма, КЩР, водно-электролитного баланса и вегетативных расстройств.

Терапия генерализованного судорожного ЭС (рекомендации Американской рабочей группы по изучению ЭС, 1993)



Этап терапии	Стандартная схема	Альтернативная схема
Начальный	Лоразепам 0,1 мг/кг в/в со скоростью 2 мг/мин	Диазепам 10-20 мг в/в, клоназепам до 0,025 мг/кг со скоростью 1 мг за 5 мин
Продолжающийся ЭС	Фенитоин 15-20 мг/кг в/в со скоростью введения 50 мг/мин	Фосфенитоин в/в 15-20 мг/кг, вальпроат 20-25 мг/кг со скоростью введения 2 мг/кг/ч.
Рефрактерный ЭС	Фенобарбитал 10-30 мг/кг со скоростью 100 мг/мин	Мидазолам 0,15-0,2 мг/кг
Более 60 мин.	Пентобарбитал 12 мг/кг, тиопентал 100-250 мг в течение 20с, далее по 50 мг каждые 2-3 мин со скоростью введения 5 мг/кг/ч	Пропофол 2 мг/кг со скоростью 6-12 мг/кг/ч

Лечение эпилептического статуса



- Внутривенные формы лоразепама, клоназепама, фенитоина, фенобарбитала и фосфофенитоина в России отсутствуют, поэтому на начальном этапе терапию ЭС традиционно проводят диазепамом, в/в медленно за 3-5 мин, в растворе глюкозы. Быстрое введение препарата может вызвать остановку дыхания и снижение артериального давления (слабый симпатолитик).
- За последний год в России стала активно применяться внутривенная форма ВК. Преимущества вальпроата заключаются в высокой эффективности при ЭС различной природы. Первоначально препарат вводится струйно 400-800 мг с последующим капельным введением до суточной дозы 25 мг/кг. Если до применения внутривенно ВК пациент получал ферментиндуцирующие АЭП (ФБ, ФТ, КБЗ), то скорость введения препарата составляет 2 мг/кг, если же не использовались эти препараты скорость введения составляет 1мг/кг/ч. Применение внутривенно ВК обычно не требует мониторингования уровня крови, так как доза эквивалентна пероральной и пациент может быть легко переведен на энтеральную форму АЭП.
- Следует учитывать противопоказания:
 - Острый и хронический гепатит.
 - Гепатит (в том числе лекарственный) в семейном анамнезе
 - Повышенная чувствительность к препарату.

Алгоритм назначения терапии:



Реабилитация



- На протяжении многих веков с эпилепсией были связаны мифы и суеверия. Больному и его семье важно понять, что он может вести нормальную жизнь без чрезмерных ограничений, получить образование, профессиональную подготовку, жениться и содержать семью. Нет нужды отрицать или скрывать свое заболевание. Трудоустройство остается серьезной проблемой, но заболевание не должно служить основанием для отказа, если работа соответствует физическим возможностям больного. Утверждение, что припадки бывают частой причиной производственных травм, не имеет достаточных оснований.

Список литературы:



Российский Университет Дружбы народов
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

Выполнила: ординатор 1 года Исмаилова Ф.У.
Куратор: аспирант 3-года Позднякова Н.В.