

Лекция №9

- Эпилептическая болезнь
- Клинические проявления эквивалентов припадков
- Изменения личности
- Эпилептические психозы
- Лечение

- **Эпилепсия** - хронически текущее, склонное к прогрессированию нервно-психическое заболевание множественной этиологии, но единого патогенеза, проявляющееся двумя группами (основными) симптомов:
 - 1) пароксизмальными расстройствами и
 - 2) более-менее стойкими психическими нарушениями.

- Эпилепсия - одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний:
 - показатель колеблется в пределах 0,2-0,8% общей популяции (в среднем 0,5%).
- Начинается заболевание, как правило, в детском или юношеском возрасте, с одинаковой частотой поражает и мужчин, и женщин.

Различают:

1. эпилепсию, как самостоятельную нозологическую форму;
2. эпилептиформные синдромы:
 - а) при текущих органических заболеваниях головного мозга;
 - б) резидуальные энцефалопатии (отдаленное последствие ЧМТ, мозговых инфекций, интоксикаций);
3. эпилептические реакции у детей грудного и раннего возраста.

- Одна из основных проблем при классификации – смешение собственно эпилепсии и эписиндромов при органических заболеваниях.

- В настоящее время - наиболее удачными являются классификации, основанные на сочетании следующих принципов:

1. неврологического и клинико-феноменологического.

2. локализации и особенностей пароксизмов.

Клиническая картина и течение

- Эпиприпадки характеризуются:
 1. внезапностью возникновения и прекращения;
 2. относительной кратковременностью;
 3. стереотипностью (повторяются в одной и той же форме);
 4. повторяемостью.

Генерализованные припадки:

I. Большие судорожные припадки (БСП).

- *Первично-генерализованные* БСП - характеризуются:
 - 1) внезапным выключением сознания;
 - 2) падение (преимущественно вперед);
 - 3) фаза тонических судорог (10-30 сек.);
 - 4) фаза клонических судорог (1-2 мин.);
 - 5) часто (но не всегда) - стадия послеприпадочного оглушения, переходящая в сон.
 - Развитию БСП часто предшествует наличие предвестников:
 - недомогание,
 - слабость,
 - сомато-вегетативного расстройства,
 - снижение настроения,
 - раздражительность,
- несколько часов, иногда 1 - 2 суток до приступа.

Припадок в части случаев начинается с **ауры**:

- разнообразные мимолетные сенсорные нарушения, световые вспышки, громкие звуки, запахи, онемение, тепло, холод и т.д.;
- сомато-вегетативные расстройства: тошнота, потливость, покраснение, побледнение лица;
- моторные расстройства (ограниченные судорожные подергивания);
- психические (изменения настроения, безотчетная тревога, *deja vu* и т.д.).

- Фаза **тонических** и частично **клонических судорог** сопровождается прекращением дыхания с появлением общей бледности, а затем и цианоза кожных покровов.
- Отмечается полное отсутствие реакции зрачков на свет,
- в фазе **тонических судорог** - могут возникать **непроизвольные мочеиспускание и дефекация**.

- После припадка отмечается полная амнезия на весь его период, иногда промежутка, предшествовавшего ему.
- Непрерывно следующие друг за другом большие судорожные припадки, наблюдающиеся от нескольких минут до многих часов, называют **эпилептическим статусом**.

II. Малые припадки:

- 1) типичные малые припадки:
 - а) простой абсанс;
 - б) сложный абсанс;
 - в) психолептический.
- 2) миоклонические припадки;
- 3) акинетические припадки.

Простой абсанс

- внезапное кратковременное (2-15 сек.)






выключение сознания:

- застывший взгляд,
- иногда ритмические подергивания глазных яблок или век с частотой 3 раза в секунду.
- Больные не падают, приступ заканчивается внезапно, возвращением больного в исходное состояние.







Сложный абсанс

- отличается от простого наличием (помимо краткого выключения сознания):
 - изменения тонуса тех или иных мышц (чаще лица, шеи, верхних конечностей),
 - двустороннего легкого вздрагивания мышц,
 - вегетативных расстройств (побледнение, покраснение лица, недержание мочи, кашель, чихание и т.д.).

Пикнолептические припадки:

-  отмечаются в детском возрасте
-  кратковременное выключение сознания,
-  бледность лица,
-  слюноотечение,
-  ретропульсивные (направление назад) движения (глазных яблок, головы и т.д.).

Миоклонические (импульсивные) припадки

-  реже типичных малых припадков, обычно они встречаются в пубертатном и препубертатном периодах;
-  клинически:
 -  внезапное «вздрагивание», как при испуге,
 -  или «толчок» в тех или иных группах мышц (чаще плечевого пояса и рук).
-  Вздрагивания всегда двусторонние, иногда в них включаются все группы мышц.
-  Приступы чаще возникают в виде «серий» или «залпов» (по 5-20 подряд, отделенные друг от друга длительными (иногда по несколько часов интервалами)).

Акинетические припадки

- характерны для детей раннего возраста (до 2-3 лет),
- **проявляются** разнообразными движениями головы, туловища и всего тела, направленные вперед.
- К этой группе пароксизмов относятся:
 - «кивки» (внезапные кивательные движения головы),
 - «клевки» - (резкие движения головы вперед и вниз, которые могут сопровождаться ушибами головы и лица) и т.д.
- Такие припадки **протекают** периодами (от нескольких недель до нескольких месяцев).
 - Между периодами припадков имеют место относительно длительные (до нескольких месяцев) периоды без приступов.
- Могут носить форму астатических — внезапное падение стоящего ребенка вперед.

Вегето-висцеральные (диэнцефальные) припадки

- полиморфные вегетативные расстройства:

- тахикардия,
 - учащение пульса,
 - гипергидроз,
 - мидриаз,
 - гипертермия,
 - тошнота,
 - полиурия,
 - ознобоподобная дрожь и т.д.
- эпиочаг располагается в ростральной части ствола мозга.

- **Эпистатус малых припадков**

- идут друг за другом более или менее длительное время (часы, дни).

Очаговые (фокальные) припадки

Джексоновские припадки

- односторонние:

а) моторные;

б) сенсорные;

в) адверсивные.

Моторные джексоновские приступы

- тонические или клонические судороги мышц конечностей (чаще кистей рук) или лица с возможной последующей генерализацией в большой судорожный припадок.
- Иногда припадок протекает по типу постепенного распространения клонических судорог с мышц лица на руки, затем туловище и ноги;
 - такие припадки связаны с локализацией очага в коре передней центральной извилины противоположного полушария.

Сенсорные джексоновские приступы

- проявляются различными парестезиями в разных частях тела (покалывание, онемение, ощущение жара, холода, боли), которые могут генерализоваться по мере развития приступа.
- Очаг локализуется в коре задней центральной извилины).
- Такие припадки изолированно встречаются редко, чаще они сочетаются с генерализованными или фокальными большими судорожными припадками.

Адверсивные припадки

- поворот глаз, головы, иногда всего туловища в сторону, противоположную полушарию с эпилептическим очагом.
- Часто адверсия сопровождается и отведением в полусогнутом положении руки на противоположную очагу стороне:
 - очаг - в коре лобной или передне-височной области).

Эквиваленты припадков

- пароксизмально развивающиеся состояния, которые могут быть как «вместо припадка», так и сопровождать припадок.

Эквиваленты припадков (виды)

1. кратковременные повторяющиеся **амбулаторные автоматизмы:**

- больной совершает автоматические движения:
 - ходьба,
 - бег,
 - передвижение (в состоянии сумеречного помрачения сознания).
- **Трансы:** амбулаторный автоматизм носит более продолжительный характер:
 - больные бесцельно блуждают по улицам, совершают дальние поездки, полностью амнезируя в дальнейшем подобные состояния.

Пароксизмальный сомнамбулизм (снохождение)



больные во время ночного сна встают с постели, бродят по комнате, совершают ряд автоматических действий: что-то перебирают, перекладывают.



Иногда сомнамбулизм ограничивается тем, что больной совершает эти действия сидя в постели.

- Свойствен детям и подросткам.

Отличия от невротического и неврозоподобного сомнамбулизма:

- 1) более глубокое помрачение сознания, делающее невозможным контакт с больным;
- 2) частая импульсивная агрессивность при попытке разбудить больного;
- 3) однообразие, стереотипный характер совершаемых действий;
- 4) иногда непроизвольное мочеиспускание и дефекация;
- 5) полная последующая амнезия;
- 6) возникает обычно в одно и то же время ночного сна.

- К психомоторным автоматизмам относятся и некоторые случаи **сноговорения**, которые также полностью амнезируются
- содержат часто бессмысленный набор слов и выкриков, нередко повторяющиеся из ночи в ночь.

2. **Сумеречные состояния** - развиваются, как правило, после серии судорожных припадков, проявляются:

- Галлюцинаторными и бредовыми расстройствами;
- Психомоторным возбуждением с агрессивностью, эмоциональной напряженностью.
- Реже наблюдаются транзиторные пароксизмальные состояния онейроидного, еще реже делириозного и аментивного типа.
- **Эпилептический онейроид** - яркость, фантастичность переживаний с выраженными аффектами:
 - экстазом, восторгом, или гневом, ужасом.
- **В отличие от онейроида при шизофрении** кататонические расстройства могут отсутствовать, а сам онейроид развивается пароксизмально, без этапов, свойственных шизофрении.

Депрессивно-дисфорическое состояние

- характеризуется:
 - тоскливо-злым настроением,
 - бредовыми идеями отношения, преследования, отравления,
 - агрессивными тенденциями,
 - повышенной возбудимостью, напряженностью,
 - нередко - суицидальными намерениями.
- Часто включают сомато-вегетативные расстройства:
 - бессонницу,
 - головные боли,
 - вазо-вегетативные расстройства (экстрасистолию, боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита).

- Иногда отмечаются транзиторные депрессивные состояния с заторможенностью, идеями самоуничижения, самообвинения, острые тревожно-ипохондрические состояния с сенестопатиями.

- Особая форма - **маниакальные состояния** (гневливые и смешливые мании) с разнообразными расстройствами влечений (половые эксцессы, дипсомания, дромомания, пиромания, бродяжничество и т.д.).

Эпилептические психозы (затяжные)

- Как правило, развиваются через 10-15 лет после манифестации болезни.
- Разновидности:
 - Паранойяльные
 - Галлюцинаторно-параноидные
 - Кататонические

Паранойяльные психозы

- интерпретативные бредовые идеи обыденного содержания.
- Их фабула чаще всего связана с действиями конкретных, реально существующих лиц, с определенными психотравмирующими ситуациями.
- В основном это - идеи отношения, ущерба, преследования, отравления, ревности, реже - ипохондрические.
- При этом отмечается своеобразная «открытость» и «откровенность» больных при сообщении бредовых переживаний, что отличает их от шизофреников с паранойей.

Галлюцинаторно-параноидные психозы

- вначале выражаются явлениями вербального галлюциноза, или псевдогаллюциноза, на основе которых быстро формируются идеи, отмечающиеся конкретным содержанием, нередко изменчивые.

Зачастую они имеют тесную связь с фактами из биографии, окружающей действительностью.

- Такие психозы - часто протекают с периодическими обострениями, в их клинику может включаться шизофреноподобная симптоматика:
 - явления ментизма и другие элементы синдрома Кандинского-Клерамбо.
- **Парафренный психоз**
 - сопровождается мегаломаническим бредом, в сочетании с экстатической восторженностью.

Кататонические

- встречаются достаточно редко, проявляется в основном субступорозной симптоматикой с мутизмом, которые периодически прерываются импульсивным возбуждением, иногда (в юношеском возрасте) с чертами гебефренного поведения.

- **Течение** эпилептических психозов:
 - непрерывное,
 - приступообразное.
- **Продолжительность** может составлять от нескольких месяцев до года и более.

Изменения личности:

- наиболее типичным при определенной длительности эпилепсии - полярность аффекта в виде сочетания:
 - 1) аффективной вязкости, застреваемости на отрицательно окрашенных афферентных переживаниях;
 - 2) аффективной эксплозивности (взрывчатости), импульсивности с большой силой аффективного разряда.

- Специфичны для эпилептиков и такие патохарактерологические особенности, как:

- 1) эгоцентризм;

- 2) сверхаккуратность, доходящая до педантизма;

- 3) ипохондричность;

- 4) сочетание грубости и агрессивности в отношении одних, и угодливости, подобострастия по отношению к другим.

Детям - эпилептикам присущи:

- 1) патологические изменения сферы инстинктов и влечений (жестокость, агрессивность, иногда повышенная сексуальность);
- 2) замедленность психических реакций, преобладание хмурого, угрюмого настроения.

В целом при эпилепсии характерно и

- замедление, тугоподвижность мышления,
- персевераторность,
- склонность к гипердетализации,
- снижение памяти по эгоцентрическому типу.

Лечение эпилептической болезни

I Лечение больших судорожных припадков:

- фенобарбитал (люминал):
 - суточная доза препарата колеблется от 0,05 до 0,15-0,2 гр.
 - нередко сочетают с другими препаратами (чаще с кофеином), который снижает побочный эффект или повышает его действие;

■ дифенин:

- также усиливает антиконвульсивное действие,
- в отличие люминала не вызывает сонливости,
- имеет более широкий спектр действия:
 - эффективен при сочетании больших припадков с малыми психомоторными и вегетативными пароксизмами
- вместе с тем он более токсичен, более выражены побочные эффекты.
- Назначают 0,2-0,3 г/сут.

- **Бензонал:**

- наиболее эффективен при различных формах судорожных пароксизмов:
 - большие, малые судорожные припадки,
 - приступы джексоновского и адверсивного типов.
- В ряде случаев эффективен при лечении бессудорожных пароксизмов и дисфории.
- Суточная доза от 0,3 до 0,9 гр.
- Лечение начинают с малой дозы (0,1-0,2 гр/сут.), постепенно её увеличивая.

■ Хлоракон:

- купирует большие и малые судорожные припадки,
- эффективен при сумеречных состояниях и амбулаторных автоматизмах.
- Суточная доза 2-4гр.
- Начинают с дозы 2 гр. (по 0,5 × 4 раза), затем увеличивают на 0,5 ежедневно, доводя до 4,0.

- Карбамазепин (финлепсин):
 - используется для предотвращения или ослабления эпилептических проявлений;
 - суточная доза от 0,2 до 1,2 гр.
 - Начинают с приема 0,2 гр. 1-2 раза в день, постепенно её наращивая.

- Наряду с перечисленными (традиционными) - сегодня используются ряд новых препаратов:

- **вольпроаты:**

- конвуленс,
- деланил,
- дипромол;
- по 0,3 × 3 раза/ сут., с последующим повышением по 0,2 гр./сут до 2,6 г/сут.

Лечение малых припадков, вегетативных и психических эквивалентов:

- Тримедин:
 - по 0,2-0,3гр.× 3 раза/день
 - противопоказан при болезнях почек, кроветворных органов, зрения.

- Преобладание типичных малых припадков (простые абсансы, пикколопетические припадки):
 - Этосуксемид:
 - в средней суточной дозе 0,75 - 1,5гр. на 3-4 приема.
 - Дифенин, бензонал, вальпроаты:
 - также эффективны.

Лечение психомоторных пароксизмов:

- препараты широкого спектра действия (гексамидин, дифенин, хлоракон).

Лечение вегето-висцеральных пароксизмов:

- применение дифенина и финлепсина в сочетании с люминалом.