

АО «Медицинский Университет Астана»

Тема: *Эпилепсия и
судорожные состояния*

Астана 2015г

- *Эпилепсия*- әр түрлі себептерден пайда боып, нейрондық қозулардың әсерінен қайталана беретін мидың құрыспалы ұстамалы созылмалы ауруы.

Этиологиясы

- Эпилепсия генетикалық және экзогендік факторлар әсерінен пайда болатын жкек ауру ретінде қарастырылады.*
- Басқа ауруларда (ісік, ірің, энцефалит т.б.) кездесетін құрыспалы ұстамалардың ауру ретінде эпилепсияға қатынасы жоқ.*
- Шұғыл уытты немесе уытты инфекциялық зақымдануларда (тұмау, респираторлық инфекция, алкогольдік, шұғыл улану т.б.) білінетін құрыспалы ұстамалар эпилепсиялық реакцияларға жатады.*

- *Экзогендік факторлар эпилепсияға бейімделетін агент болуымен қатар, аурудың дамуына тікелей ықпал жасайды.*
- *Бозбалалар мен ересектерде бас сүйек ми жарақаттары, уыттанулар, ми қан тамырларының аурулары басым болады. Мұнда инфекциялар да белгілі роль атқарады.*

Патогенезі

- *Аурудың патогенезі мидың органикалық зақымдануларынан эпилепсиялық ошақ («эпилепсия тудыратын ошақ») немесе белгілі параметрдегі афференттік ықпалдардың нейрондары ұзақ соққыға ұшыратуына байланысты қосымша эпилепсиялық ошақ пайда болуына негізделген.*
- *Эпилепсиялық белсенділік жоғары жиілікте оқшаулана біріккен белсенділікке ие болуға икемделген «эпилепсиялық неврон».*

Клиникасы

Эпилепсияның клиникасы
екі түрге бөлінеді:

1. парциальды
2. генерализацияланған.

1. Парциальные (фокальные) припадки -

результат охвата эпилептическим возбуждением ограниченного участка коры. Клиническое значение парциальных припадков состоит в том, что они указывают на очаговый процесс в головном мозге. О парциальности припадка судят по его клиническим проявлениям, данным электроэнцефалографии, наличию фокального поражения при компьютерной и магнитно-резонансной томографий. К парциальным относятся примерно 80% припадков у взрослых и не менее 60% припадков у детей. Парциальные припадки делят на 3 группы.

Простые парциальные припадки

характеризуются элементарными движениями (судорогами), ощущениями или вегетативными изменениями, возникающими на фоне сохранного сознания. Обычно они связаны с вовлечением только одного из полушарий. Продолжительность припадка от 10 до 180 с. Послеприпадочные расстройства (спутанность, ослабление внимания, сонливость, головная боль, чувство разбитости) отсутствуют или легко выражены.

Моторные парциальные припадки

проявляются клоническими подергиваниями, изменением позы (*постуральные припадки*), вращательным движением головы и туловища (*адверсивные припадки*), вокализацией или остановкой речи (*фонаторные припадки*); после припадка иногда отмечается переходящий парез в конечности, только что вовлеченной в судорожную активность.

Сенсорные припадки проявляются покалыванием, ощущением ползания мурашек, неприятным вкусом или запахом, а также зрительными, слуховыми или вестибулярными ощущениями. Подергивания или парестезии иногда последовательно вовлекают различные части конечности, «маршируя» по ней (джексоновские припадки).

Вегетативные припадки

сопровождаются изменением окраски кожи, артериального давления, ритма сердца, зрачков, дискомфортом в эпигастральной области.

Психические проявления могут включать

- дисфазические феномены (изменения речи)
- дисмнестические феномены (ощущение уже виденного или никогда не виденного)
- когнитивные феномены (сновидное помрачение сознания, наплыв мыслей, ощущение дереализации или деперсонализации)
- аффективные феномены (страх, депрессия, гнев)
- иллюзорные (иллюзии размера, формы, веса, дистанции)
- сложные галлюцинаторные расстройства (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации).

Простые парциальные припадки, проявляющиеся только психическими феноменами, встречаются исключительно редко (чаще они предшествуют сложному парциальному припадку). Простой парциальный припадок может перейти в сложный парциальный припадок или генерализованный тонико-клонический припадок. В этом случае он представляет собой ауру – начальную часть припадка, протекающую на фоне сохранного сознания, о которой больной еще может дать отчет.

2. Сложные парциальные припадки

характеризуются нарушением сознания, которое выражается в ареактивности больного и невозможности вступить с ним в контакт, спутанности сознания или дезориентации. Сознание нарушается с началом припадка, что происходит во время припадка, больной не помнит. Припадки могут сопровождаться автоматизмами (психомоторные припадки) и вегетативными проявлениями (например, расширением зрачков или слюнотечением) Автоматизм – координированный двигательный акт (жевание, глотание, облизывание губ, улыбка, повторение звуков или слов, пение и т. д.), осуществляемый на фоне помраченного сознания во время или после эпилептического припадка и в последующем амнезирующийся. Во время припадка больной может продолжать движения, начатые до припадка, если они относительно элементарны (ходьба, жевание). Продолжительность припадка от нескольких секунд до нескольких минут (в среднем 2 минуты). Послеприпадочный период длится от нескольких секунд до нескольких десятков минут.

Парциальные припадки с вторичной генерализацией

начинаются как простые или сложные парциальные, а затем трансформируются в генерализованные тонико-клонические припадки. Припадки продолжаются от 30 сек. до 3 мин, послеприпадочный период — от нескольких минут до нескольких часов.

Генерализованные припадки -

результат диффузного охвата головного мозга эпилептическим возбуждением, инициированным, вероятно, патологической активацией срединных структур мозга.

Тонико-клонические припадки (большие припадки)

начинаются с поворота головы и падения больного, после чего следует тоническая фаза, которая продолжается 10 – 20 сек. и включает следующие друг за другом открывание глаз, сгибание, ротацию и отведение рук, разгибание головы, тонический крик, разгибание рук, разгибание, ротацию и приведение ног. Затем напряжение начинает «мерцать», вызывая дрожание тела, переходящее в клоническую фазу. Последняя продолжается около 30 с и проявляется кратковременными сгибательными спазмами всего тела. В этот момент часто происходит прикус языка. Припадок обычно сопровождается тахикардией и артериальной гипертензией. В результате повышения давления в мочевом пузыре возникает непроизвольное мочеиспускание. Обычно отмечаются расширение зрачков, гипергидроз, гиперсаливация. Апноэ вызывает цианоз кожи. Общая продолжительность припадка от 20 сек. до 2 мин (в среднем около 1 мин). Послеприпадочный период длится от нескольких минут до нескольких часов.

Абсансы (малые припадки) проявляются внезапным кратковременным выключением сознания, продолжающимся несколько секунд и обычно сопровождающимся застыванием. Легким клоническим, тоническим или атоническим компонентами, автоматизмами, вегетативными проявлениями. Типичный абсанс продолжается 5 – 20 сек. и может сопровождаться легкими клоническими подергиваниями, особенно в мимической мускулатуре, изменением мышечного тонуса, иногда короткими автоматизмами, вегетативными проявлениями, но не падением больного. При электроэнцефалографии выявляются характерные разряды пик – медленная волна частотой 3/сек. Заканчивается припадок столь же внезапно, как и начинается. После него не возникает послеприпадочной спутанности. Абсанс может остаться незамеченным как для окружающих, так и самим больным. Типичные абсансы обычно служат проявлением идиопатической генерализованной эпилепсии и возникают, главным образом, в детском и подростковом возрасте (4 – 12 лет).

Атипичные (сложные) абсансы, как правило, более продолжительны и сопровождаются более выраженными колебаниями тонуса. В зависимости от характера последних выделяют атонические, акинетические и миоклонические абсансы. Во время приступа возможны падение или непроизвольное мочеиспускание. Для атипичных абсансов свойственны неполное выключение сознания, более постепенное начало и окончание припадка, гетерогенные изменения на электроэнцефалографии (медленная пик-волновая активность частотой менее 2,5/с или более быстрая, но не столь регулярная, как типичных абсансов активность). Атипичные абсансы могут возникать в любом возрасте, но чаще наблюдаются у детей. Обычно они бывают проявлением симптоматической эпилепсии, возникающей на фоне тяжелого органического поражения головного мозга, и сочетаются с припадками иного типа, задержкой развития и другими неврологическими нарушениями.

Миоклонические припадки. Миоклонии – кратковременные неритмичные или ритмичные мышечные подергивания, которые могут возникать на корковом, подкорковом или спинальном уровнях. Миоклонические припадки обычно характеризуются единичными подергиваниями или их короткой серией. Эпилептические миоклонии обычно двусторонние, нередко мультифокальные и асимметричные. Одиночный припадок продолжается около 1 сек. и напоминает удар тока. Сознание во время приступа обычно сохранено. Миоклонические подергивания могут наблюдаться в структуре абсансов и парциальных припадков.

Атонические (актинетические или астатические) припадки характеризуются внезапной утратой тонуса и падением больного на пол, часто приводящим к травме головы.

Продолжительность припадка несколько секунд (до 1 мин). В легких случаях припадок проявляется внезапным свисанием головы (если больной сидит за столом) или нижней челюсти. Падение тонуса наблюдается не только при атонических припадках, но и при абсансах, простых или сложных парциальных припадках, но во всех этих случаях падение тонуса происходит не столь внезапно, и больные не падают на пол стремительно, а оседают более постепенно. У большинства больных с эпилепсией доминирует лишь один тип припадков, который со временем может дополняться другим (например, к абсансам могут присоединяться генерализованные тонико-клонические припадки).

Эпилепсия - это не единое заболевание, а группа заболеваний, каждое из которых характеризуется возрастом начала, определенным типом припадков, специфическими изменениями электроэнцефалографии, этиологией и сопутствующими симптомами. В соответствии с типом припадков выделяют парциальную (локализованную, или **фокальную**) эпилепсию, характеризующуюся различными вариантами парциальных припадков или фокальными изменениями на электроэнцефалографии, и генерализованную эпилепсию, которая характеризуется генерализованными припадками и отсутствием фокальных изменений на электроэнцефалограмме. С этиологической точки зрения каждый из этих вариантов эпилепсии, в свою очередь, подразделяют на **идиопатическую, симптоматическую и криптогенную** формы.

Эпилепсия - это не единое заболевание, а группа заболеваний, каждое из которых характеризуется возрастом начала, определенным типом припадков, специфическими изменениями электроэнцефалографии, этиологией и сопутствующими симптомами. В соответствии с типом припадков выделяют **парциальную (локализованную, или фокальную) эпилепсию**, характеризующуюся различными вариантами парциальных припадков или фокальными изменениями на электроэнцефалографии, и **генерализованную эпилепсию**, которая характеризуется генерализованными припадками и отсутствием фокальных изменений на электроэнцефалограмме. С этиологической точки зрения каждый из этих вариантов эпилепсии, в свою очередь, подразделяют на **идиопатическую, симптоматическую и криптогенную** формы.

Идиопатическая эпилепсия (ранее обозначавшаяся как первичная, или генуинная) обычно имеет наследственный характер, начинается в детском, подростковом или юношеском возрасте и редко сопровождается какими-либо другими неврологическими или психическими нарушениями. При этом в межприступном периоде электроэнцефалография обычно не выявляет каких-либо отклонений, отсутствуют изменения на компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Частой особенностью является сравнительно доброкачественное ее течение с возможностью спонтанной ремиссии и хорошей отзывчивостью на антиэпилептическую терапию.

Симптоматическая эпилепсия – следствие первичного структурного или метаболического поражения головного мозга, вовлекающего его серое вещество (например, травма, опухоль, врожденная аномалия). Генерализованная эпилепсия чаще (но не всегда) имеет идиопатический характер, тогда как парциальная эпилепсия чаще бывает симптоматической (исключение составляют варианты идиопатической парциальной эпилепсии детского возраста).

О *криптогенной эпилепсии* говорят в том случае, когда клинически можно предполагать симптоматическую эпилепсию (например у взрослого больного со сложными парциальными припадками), однако выявить конкретное заболевание центральной нервной системы не удастся. Криптогенная эпилепсия нередко связана с микроскопическими структурными изменениями в веществе мозга (например, склерозом гиппокампа).

Диагностика.

Основной метод диагностики – ЭЭГ. Однако в межприпадочном периоде эпилептическую активность обнаруживают не более чем у 40% больных. В специализированных центрах в сложных случаях применяют видео – ЭЭГ – мониторинг. При парциальных припадках или выявлении очаговой симптоматики при осмотре обязательно направление больного на компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию головного мозга. Компьютерная томография (особенно с контрастированием) обычно надежно исключает опухоль или крупную кисту, но только магнитно-резонансная томография, например, может выявить фокальный глиоз в медиальных отделах височной доли или артериовенозную мальформацию. Детям до 3 лет диагноз эпилептической болезни ставится осторожно. Одиночные приступы, наблюдаемые у детей при тяжелом течении инфекционных заболеваний, интоксикации, гипертермии рассматривается как допустимый вариант нормального развития ребенка.

- **Фебрильные судороги** - на высоте температуры. С возрастом они полностью прекращаются. У детей старше 5 лет – это дебют эпилептической болезни.
- **Пирамидонозные судороги** - при резком снижении температуры тела у детей раннего возраста под воздействием массивных доз антипиретиков (аспирина, анальгина и т. д.).
- **Спазмофилия** – у детей до 2 лет, гиповитаминоз, связан с дисфункцией паращитовидных желез, с уменьшением содержания в крови кальция. Различают **три ее варианта**:
 1. **ларингоспазм** (спастическая остановка дыхания в стадии выдоха и быстрое нарастание цианоза).
 2. **тетания** (тонические судороги конечностей с преимущественным спазмом в кисти ("рука акушера") и стопе).
 3. **эклампсия** (периодическое развитие судорог с потерей сознания). Врожденный порок сердца может быть причиной развития судорожного синдрома у детей раннего возраста. Чаще наблюдаются тонические судороги. У детей старшего возраста могут отмечаться пароксизмы, обусловленные нарушениями сердечного ритма. У детей, перенесших закрытую черепно-мозговую травму, может наблюдаться эпилептиформный синдром.

Лечение.

Необходимо соблюдать следующие принципы:

1. индивидуальность лечения – доза препарата зависит от возраста больного и частоты припадков;
2. непрерывность и длительность лечения. После полного исчезновения приступов противосудорожное лечение продолжают не менее 2 лет. В дальнейшем дозы постепенно снижают (в течение года и больше) до полной ее отмены. Исключения составляют дети в пубертатном периоде, где отмены противосудорожных препаратов нет.
3. комплексность лечения – с противосудорожными препаратами назначать витамины, противоотечные препараты и другие;

Эпилептический статус.

Это серия припадков, между которыми больной не приходит в сознание. Больной находится в коматозном состоянии, сухожильные рефлексы угнетены, зрачки сужены, плавающие движения глазных яблок, выраженное расходящееся косоглазие. Это явления прогрессирующего отека мозга. При резком отеке мозга может наступить сдавление важных центров продолговатого мозга с последующей остановкой сердца и дыхания.

Терапия на месте (на дому, на улице) должна предупредить или устранить механическую асфиксию вследствие западения языка или аспирации рвотных масс, поддерживать сердечную деятельность и по возможности блокировать судороги. С этой целью необходимо освобождение полости рта от инородных тел, рвотных масс, введение воздуховода, инъекции препаратов первой очереди выбора – диазепама в дозе 10–20 мг (1–2 ампулы на изотоническом растворе натрия хлорида или 20–40% глюкозе) (реланиума, седуксена). В машине скорой помощи вводят воздуховод и через него с помощью электроотсоса удаляют содержимое верхних дыхательных путей. При необходимости проводится интубация, позволяющая проводить полноценный дренаж трахеи. При возобновлении судорог повторно вводят внутривенно 10–20 мг диазепама. В случае отсутствия эффекта применяют препараты барбитуровой кислоты (1 г тиопентала натрия или гексенала разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутримышечно из расчета 1 мл на 10 кг массы тела). В стационаре помощь осуществляется в реанимационном отделении больниц. При неэффективности медикаментозной терапии проводят наркоз с закисью азота с кислородом в соотношении 2:1.