

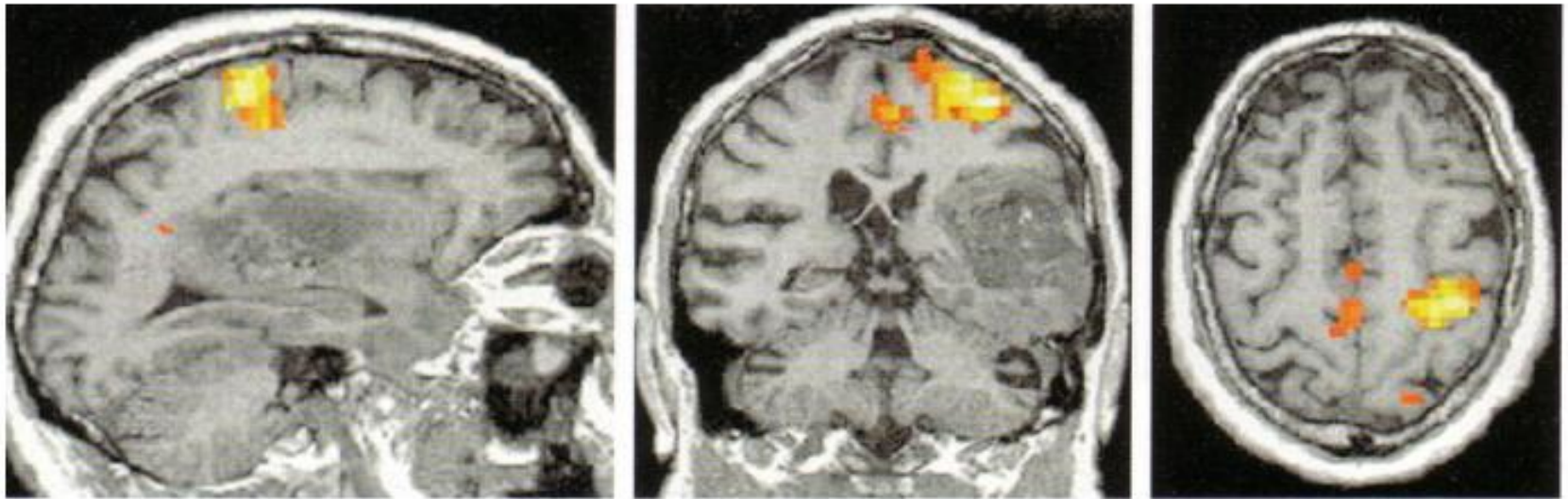
Эпилепсия

Одно из самых распространённых хронических неврологических заболеваний человека, проявляющееся в предрасположенности организма к внезапному возникновению судорожных приступов.

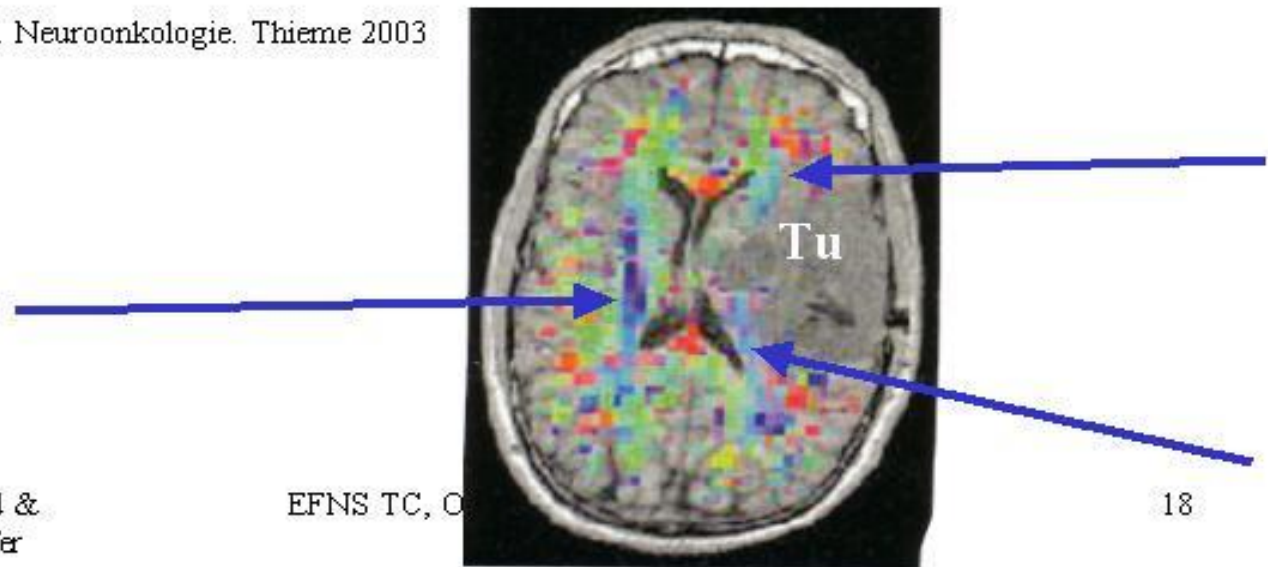
Определение:

- хроническое полиэтиологическое заболевание головного мозга для которого характерно наличие:
 - эпилептического очага,
 - повторных судорог с разнообразной клинической феноменологией,
 - изменение личности в межприступный период
 - ряд специфических параклинических проявлений

- **Эпилептическая реакция** - ответ мозга на сильные экзогенные или эндогенные повреждения (электрошок, инсулиновый шок, гипоксия мозга, выраженная интоксикация алкоголем, СО, тетраэтил свинцом). Клинически эпи-реакция проявляется в виде abortивных судорожных или генерализированных тонико-клонических приступов.
- **Эписиндром** - повторные эпилептические приступы на фоне патологического процесса в мозге. Тип приступов - разнообразный, зависит от локализации очага. Обязательно есть очаговая симптоматика.



From: Schlegel U et al. Neuroonkologie. Thieme 2003



Wolfgang Grisold &
Stefan Oberndorfer

EFNS TC, O

Классификация эпилептических синдромов

Принцип этиологии

```
graph TD; A[Принцип этиологии] --> B[Симптоматические-развитие эпилептических припадков на фоне известного заболевания цнс]; A --> C[Криптогенные-причина развития остается неясной даже после неврологического и клинического обследования]; A --> D[Идеопатические-наследственные формы эпилепсии];
```

Симптоматические-развитие эпилептических припадков на фоне известного заболевания цнс

Криптогенные-причина развития остается неясной даже после неврологического и клинического обследования

Идеопатические-наследственные формы эпилепсии

Классификация эпилептических синдромов

Возраст дебюта приступов:

- · формы новорожденных,
- · младенческие,
- · детские,
- · юношеские,
- · взрослых.

Классификация эпилептических синдромов

Основной вид приступов, определяющий клиническую картину синдрома:

- · абсансы (кратковременное выключение сознания),
- · миоклонические абсансы.

Классификация эпилептических синдромов

Особенности течения и прогноза:

- · доброкачественные,
- · злокачественные (тяжелые).

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ

Парциальные моторные:

- Фокальные моторные
- Фокальные моторные с маршем

Парциальные сенсорные

- Сомато-сенсорные – клиника: онемение, ползание мурашек
- Элементарные зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные

Простые с нарушением психической деятельности

- Афатические
- Дисмнестические
- Сниженное мышление
- Эмоционально-аффективные
- Иллюзорные и галлюцинаторные

Абсансы

- простые (только выключение сознания 2-15 с).
- сложные (выкл. сознания + другие симптомы)
 - а) абсансы с клоническим компонентом (подергивание мышц лица)
 - б) абсансы с атоническим компонентом (падение головы)
 - в) абсансы с тоническим компонентом (разгибание туловища, закатывание глаз)
 - г) абсансы с автоматизмами (облизывание)
 - д) абсансы с автономными симптомами (тахикардия, гиперемия лица, непроизвольное мочеиспускание)

Генерализованный тонико-клонический припадок

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 припадку может предшествовать **фаза предвестников** (внутреннее беспокойство, чувство тревоги, возбуждения или глубокой апатии.)

Непосредственно перед приступом может быть **аура** - кратковременное, яркое, 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.

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 нейроинфекций 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).

Психические нарушения при эпилепсии.

- эмоционально неустойчивы.
- колебания настроения.
- склонны к аффективным вспышкам, раздражительны, неадекватны, но в то же время могут быть льстивы, слащавы, угодливы, особенно по отношению к тем, кто сильнее их.
- Злопамятны, мстительны, эгоцентричны
- излишне обстоятельны и до педантизма аккуратны.
- Им трудно переходить от одного вида занятий к другому и усваивать новое.
- Наблюдается снижение внимания.
- Отличительными чертами интеллекта при эпилепсии являются бедность ассоциаций, невозможность быстро выяснить и уловить главное, слабость обобщения в сочетании с избыточной детализацией.
- стереотипность поведения. Им трудно приспособиться к новой обстановке, к другому режиму. Даже незначительные изменения в установленном порядке жизни могут приводить их в состояние возмущения.
- часто в подавленном, тоскливом состоянии.
- нередко бывает свойственна жестокость с чертами садизма, которые могут проявляться в стремлении мучить животных, издеваться над слабыми или малолетними.
- При прогрессировании процесса формируется эпилептическое слабоумие, признаками которого являются инертность и медлительность мышления, эйфоричность, дурашливость, суетливость, двигательная расторможенность.

Критерии течения

● Благоприятные

- дебют в молодом и среднем возрасте
- преобладают простые парциальные, абсансы - генерализированные 1-2 раза в месяц
- умеренные изменения личности
- нет послеприпадочных выпадений
- очаг в правом полушарии
- адекватное лечение
- семья, работа, профессия

● Неблагоприятные

- дебют в детском возрасте
- ЧМТ как этиологический фактор
- преобладают генерализированные судороги более 3 мес. - абсансы - более 3 в день
- эпистатус
- неадекватная, нерегулярная терапия
- выраженные нарушения психики
- алкоголь
- нет семьи, работы

Судорожный синдром

*патологическое состояние, проявляющееся
непроизвольными сокращениями
поперечнополосатой мускулатуры.*

Физиологическая основа – спонтанные разряды
нейронов головного мозга,
вызывающие непроизвольные изменения нервной
и мышечной активности больного.

Судороги



Локализованные

Генерализованные

Выделяют:

- клонические - с быстрой сменой сокращений и расслаблений;
- тонические - с длительным и медленным сокращением мускулатуры;
- смешанные - клонико-тонические судороги.

Причины судоржного синдрома

- Метаболические нарушения (гипокальциемия, гипергликемия, гипомагниемия)
- Сосудистые поражения головного мозга (инсульт, аневризма)
- Врожденные патологии головного мозга
- Опухоль головного мозга,
- Лихорадка
- ЧМТ

- Нейроинфекции (менингит, энцефалит, нейросифилис, СПИД)
- Печеночная недостаточность
- Передозировка наркотических средств (кокаин, амфетамины)
- Абстинентный синдром (алкогольный, наркотический)
- Инфекции (столбняк, бешенство)
- Эпилепсия

Дифференциальная диагностика

Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверждающие исследования
Нейроинфекции (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит)	Менингеальные симптомы, гиперстезия, очаговая симптоматика, парезы, параличи, расстройства чувствительности, симптомы поражения ЧМН	Люмбальная пункция с исследованием СМЖ

Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверждаю щие исследования
Метаболические нарушения • Гипогликемия лёгкая - 2,7-3,3 ммоль/л; средней тяжести - 1.3 ммоль/л; тяжёлая - ниже 1.1 ммоль/л; кома - 0.0 ммоль/л	Анамнез + данные осмотра: беспокойство, тремор, тревога, мидриаз, избыточная потливость, тахикардия, бледность кожных покровов, гипертензия, чувство голода, тошнота, общая слабость, дезориентация, головная боль, нарушение координации движений, диплопия, очаговая симптоматика, расстройства дыхания и кровообращения	Уровень глюкозы крови ниже 2, 77 ммоль/л

Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтвержда ющие исследовани я
• Гипокальциемия Гипопаратиреоз (аутоиммунная деструкция ПЩЖ, вторичный — удаление и повреждение ПЩЖ)	Анамнез + данные осмотра: тонические судороги, положительные симптомы Хвостека (быстрое сокращение мышц лица при ударе молоточком по лицевому нерву в области «гусиной лапки») и Труссо (судороги кисти типа «руки акушера», возникающие при сжатии нервно-сосудистого пучка плеча в течение нескольких минут); спазм гладкой мускулатуры, атрофия, ломкость ногтевых пластинок, сухость и шелушение кожи, гипоплазия зубов, кальцификация хрусталика, возможно катаракта	Са²⁺ ниже 1,75 ммоль/л РО4²⁻ выше 1,08 ммоль/л ЭКГ

Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверждающи е исследования
Дефицит Mg^{2+}	Анамнез: •алкоголизм в сочетании с недостаточным питанием; •нарушение всасывания Mg в кишечнике; • длительное лечение тиазидными и петлевыми диуретиками; •нарушения функции почек ; •Лечение гентамицином, тобрамицином, амикацином, амфотерицином В, циклоспорином; • неправильное парентеральное питание	•Mg в сыворотке <1 мэкв/л; •Суточная экскреция Mg <1 мэкв/л •Гипокальциемия • - Уровень ПТГ1-84 в сыворотке ↓; • ↓ уровень 1,25(OH)2D3 в сыворотке •ЭКГ:удлинение Q-T и PR(Q); ↓ST; инверсия T;

Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверждающи е исследования
<i>Сосудистые заболевания ЦНС (инсульты, аневризмы), опухоли мозга, ЧМТ, врожденные патологии головного мозга</i>	<i>Анамнез + данные осмотра:</i> Наличие общемозговой и очаговой неврологической симптоматики, поражение ЧМН	<i>КТ головного мозга, МРТ ГМ, люмбальная пункция, рентгенографи я черепа</i>

Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверждающие исследования
Печеночная недостаточность (IV) • Острая; • Хроническая	Анамнез (вир.гепатит, отравления ядами, переливание иногруппной крови, цирроз, злокач. опухоли) + данные осмотра: кахексия, анорексия, тошнота, уменьшение размеров печени, нарастание желтухи, нервно-психические нарушения	↑АЛТ, ↑АСТ, ↓альбумина, ↓холестерина, гипербилирубинемия ↑ желчных кислот в крови, ↑СОЭ, уровень остаточного азота и аммиака в сыворотке крови, гипокалиемия и нередко гипонатриемия, метаболический ацидоз.

Причина судорожно го синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверж дающие исследов ания
Фебрильн ые судороги	Возраст от 6 мес.до 6 лет До 15 минут Провоцирующий фактор: -инфекции (кроме нейро) - прорезывание зубов, - гипертермии эндокринного, резорбтивного, психогенного, рефлекторного и центрального генезов	Т тела не ниже 37,8-38,5° С

Причина судорожног о синдрома

Диагностически значимые параметры

Передозиро вка кокаина



Данные анамнеза (употребление) + данные осмотра:

Нарушение сна, бессонница; головная боль, тошнота; снижение памяти, внимания; насморк, частые носовые кровотечения, навязчивые движения раздражительность, агрессивное поведение; депрессия, психозы, галлюцинации Церебральный инсульт, аритмия, инфаркт миокарда; склонность к суициду

Симптомы кокаиновой передозировки схожи с эпилептическим припадком: судороги, сердечная недостаточность, удушье, или блокировка жизненно важных центров головного мозга, отвечающих за контроль дыхания, как правило, с летальным исходом.

**Причина
судорожного
синдрома**

**Диагностически значимые
параметры**

***Абстинентный
синдром
(алкогольный)***

Данные анамнеза (употребление) +
данные осмотра: нередко начало с
большого эпилептического припадка,
упорная бессонница с появлением
кошмарных сновидений, галлюцинации,
психоз

**Причина
судорожного
синдрома**

**Диагностически значимые
параметры**

***Инфекции
- Столбняк***

Анамнез + данные осмотра:
раны, ожоги, обморожения, язвы,
абсцессы, пролежни: озноб, тупые
тянущие боли в области входных
ворот инфекции, тризм,
«сардоническая улыбка», дисфгия,
спазм дыхательных мышц,
«опистотонус»

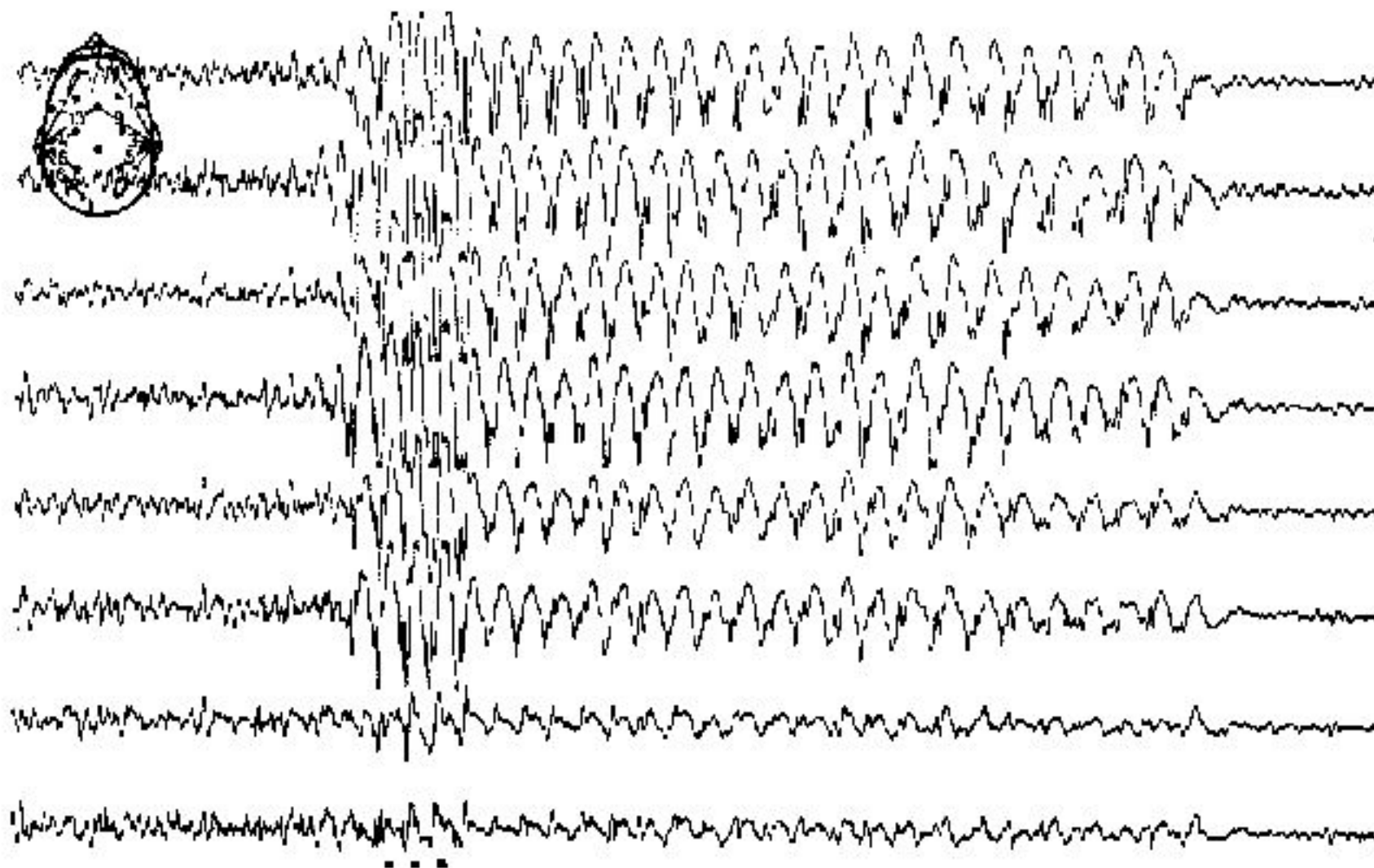


Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтверждающи е исследования
Инфекции - Бешенство	Анамнез (укус животного) + данные осмотра: боль в месте укуса, беспокойство, бессоница, повышенная чувствительность к раздражениям органов чувств, водобоязнь, аэрофобия.	АГ вируса бешенства в отпечатках с поверхностной оболочки глаза



Причина судорожного синдрома	Диагностически значимые параметры	Подтвержда ющие исследован ия
Эпилепсия	Анамнез , повторяющиеся внезапные приступы потери или нарушения сознания, с судорогами и спазмами мышц. Большой эпилептический припадок - предшествует "аура", потеря сознания, лицо бледнеет, глаза закатываются, зрачки расширяются, голова откидывается назад или набок, возможно прикусывание языка, возможны непроизвольное мочеиспускание и дефекация. От нескольких минут до получаса. После пробуждения человек не помнит, что случилось.	ЭЭГ фокальны е комплекс ы «пик- волна» или асимметр ичные медленн ые волны

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ



**Разряды генерализованных билатерально-синхронных комплексов
пик-волна 3 в сек во время простого абсанса**

Первая помощь при судорожном синдроме

- 1. После одиночного судорожного припадка — диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) — 2 мл внутримышечно (как профилактика повторных припадков).
- 2. При серии судорожных припадков:
 - предупреждение травматизации головы и туловища;
 - восстановление проходимости дыхательных путей;
 - купирование судорожного синдрома: диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) — 2-4 мл внутривенно;
 - противоотечная терапия: фуросемид (лазикс) 40 мг внутривенно;
 - купирование головной боли: НПВС внутривенно или внутримышечно.