

Эпилепсия



ВЫПОЛНИЛА: КӨШКІНБАЙ А
ФАКУЛЬТЕТ: ОМ-ПЕДИАТРИЯ
ГРУППА: 601-1

Определение



- **Эпилепсия**- разнообразное по клиническим проявлениям патологическое состояние, проявляющееся внезапно возникающими и непредсказуемыми двигательными, чувствительными, вегетативными и психическими нарушениями, чаще всего с частичной или полной утратой сознания.

Клинические проявления болезни вызывает спонтанный синхронизированный электрический разряд нейронов головного мозга.



В основе развития эпилептического припадка лежит параксизмальное расстройство функций определенного пула нейронов головного мозга, а механизмом этого состояния является нарушение электрогенеза нейронов, заключающегося в их спонтанной и синхронизированной зарядке и разрядке. Морфологические и биохимические нарушения, ведущие к возникновению взрывчатой, синхронизированной активности нейронов, является предметом изучения в течение многих десятилетий.

Существуют концепции различного уровня возникающих событий, обозначаемого как **эпилептогенез**:

- клеточный (включая нарушения на поверхности клеточных мембран),
- уровень нейронных сетей (трансмиссивный, или синаптический),
- глиальный, т.е. окружающих нейроны клеток (в том числе сосудистый)

При эпилепсии в гиппокапе разрастается глиальная ткань (мезиальный склероз), в других тканях мозга возможны патологические включения и атрофии.

Статистика



- Среди детей частота заболевания составляет 0,5-0,7 (т.е. 5—7,5 случая на 1000 населения).
- Смерть во время эпилептического припадка может наступить при сопутствующих вегетативных нарушениях (у 3,2% больных) или в результате несчастного случая-травмы (30%) или утопления (19%).

Классификация эпилептических синдромов



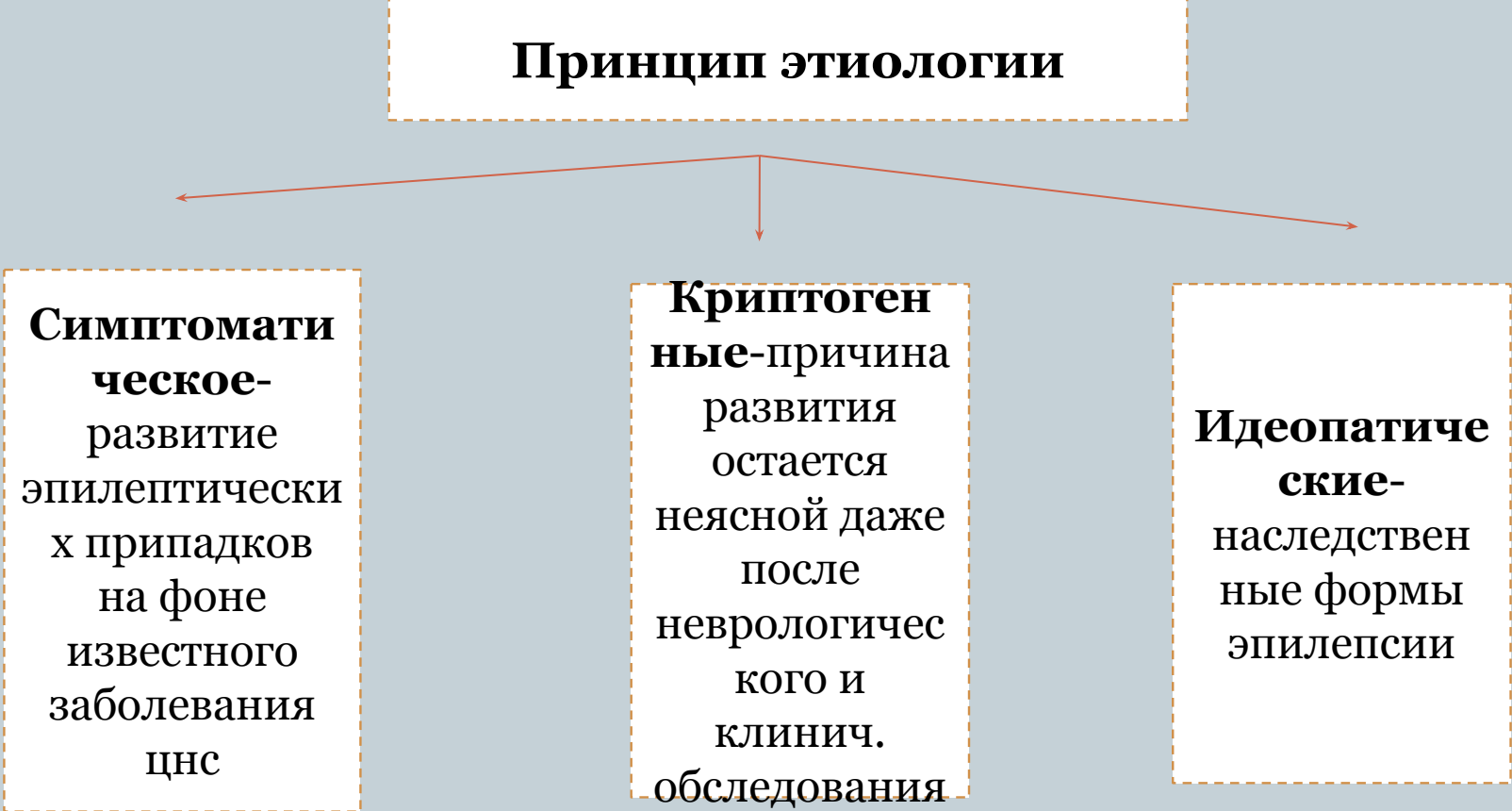
Принцип локализации:

- **локализационно-обусловленные (фокальные, локальные, парциальные) формы** эпилепсии (определяются в том случае, если характер пароксизмов, данные ЭЭГ и нейрорадиологическое обследование подтверждают локальное происхождение приступов);
- **генерализованные** формы (приступы должны быть генерализованы с самого начала, что подтверждается и данными ЭЭГ) ;
- **формы, имеющие черты как парциальных, так и генерализованных.**

Классификация эпилептических синдромов



Принцип этиологии



```
graph TD; A[Принцип этиологии] --> B[Симптоматическое-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];
```

Симптоматическое-
развитие
эпилептически
х припадков
на фоне
известного
заболевания
цнс

Криптоген
ные-причина
развития
остается
неясной даже
после
неврологичес
кого и
клинич.
обследования

Идеопатиче
ские-
наследствен
ные формы
эпилепсии

Классификация эпилептических синдромов



Возраст дебюта приступов:

- формы новорожденных,
- младенческие,
- детские,
- юношеские,
- взрослые.

Классификация эпилептических синдромов



Основной вид приступов, определяющий клиническую картину синдрома:

- абсансы (*кратковременное выключение сознания*),
- миоклонические абсансы,
- инфантильные спазмы и др.

Классификация эпилептических синдромов



Особенности течения и прогноз:

- доброкачественные,
- тяжелые (злокачественные).

Формы эпилепсии



Детская абсанс-эпилепсия.

Дебют заболевания в 3-8 лет. Чаще, страдают девочки.

Типичные сложные абсансы (резкое закатывание глаз вверх с трепетанием век и отключением сознания на не сколько секунд). Характерна высочайшая частота приступов (десятки и сотни раз в сутки). Примерно в 30% случаев возможно присоединение генерализованных судорожных приступов.

Лечение. В отсутствие генерализованных судорожных приступов базовые препараты являются сукцинимиды и вальпроаты при наличии генерализованных судорожных приступах - исключительно вальпроаты.

Юношеская абсанс - эпилепсия.

Дебют в 9 лет и старше (максимум в 9-13 лет).

Проявляется преимущественно простыми типичными абсансами, короткими и редкими. Высок риск присоединения генерализованных судорожных приступов (до 75%).

Лечение. Базовые препараты - вальпроаты. В случае отсутствия генерализованных судорожных приступов полная терапевтическая ремиссия наступает в 85%, при их наличии - в 60%.

Формы эпилепсии



**Эпилепсия с
изолированным
и генерализован
ными
судорожными
приступами**

**От 3 до 30 лет
(в среднем
13-17 лет)**

Проявляется
исключительно тонико-
клоническими
судорожными приступами,
обычно приуроченными к
пробуждению или
засыпанию. Частота
приступов невелика, редко
превышая 1 раз в месяц.

Лечение. Базовым
препаратом является
карбамазепин. Полная
ремиссия наблюдается в
80% случаев.

**Юношеская
миоклоническая
эпилепсия.**

Дебют происходит в
8 лет и в более
старшем возрасте (в
среднем 13-18 лет).

Облигатный вид
приступов - массивные
миоклонические
пароксизмы (больной
бросает предметы,
которые держит в руках),
возникающие после
пробуждения пациентов и
провоцируемые
депривацией сна.
Генерализованные
судорожные приступы
присоединяются в 95%, аб-
сансы - в 30% случаев. У
30% больных отмечается
феномен фото-
сенситивности.

Лечение.
Базовыми
препаратами
служат
вальпроаты.
Полная ремиссия
отмечается в 75%
случаев.

Формы эпилепсии



Доброкачественная детская парциальная эпилепсия с центрально-височными пиками (идиопатическая роландическая эпилепсия).

Дебют происходит в 2-12 лет с максимумом в 5-9 лет. Чаще заболевание наблюдается у мальчиков.

Обычно проявляется ночными простыми парциальными и вторично-генерализованными судорожными приступами. Типично наличие коротких фациобрахиальных приступов, которым предшествует парестезия в области полости рта, глотки. Такие приступы проявляются судорогами мышц лица, спазмами мышц трахеи и глотки. Создается впечатление, что ребенок задыхается, так как он издает сдавленные звуки и хрипы. Частота приступов редко превышает 1 раз в месяц.

Лечение. Базовым препаратом является карбамазепин. Полная ремиссия отмечается у 97% больных.

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 пенная слюна, нередко окрашенная кровью.
- Дыхание постепенно восстанавливается. Уменьшается 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 **аур** - кратковременное, ярое, 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 нейро-инфекций 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).

Лечение: При симптоматической форме необходимости в хирургическом лечении нет. Медикаментозное. Прогноз в значительной степени обусловлен характером поражения головного мозга (этиологический фактор эпилепсии).

Психомоторные припадки



- **Психомоторные припадки** входят в группу припадков, общей особенностью которых является автоматическое, т. е. безотчетное, непроизвольное выполнение движений. Эти движения обычно нецелесообразны, бессмысленны. Движения носят элементарный характер. Реже наблюдаются психомоторные припадки, сопровождающиеся выполнением сравнительно сложных действий (расшнуровывание и снятие ботинок, собирание вещей в одно место и т. п.).
 - Иногда больные совершают последовательные действия, которые внешне выглядят как целенаправленные и мотивированные.
- Они могут пользоваться транспортом, например, уехать в другой город. Во время приступа наблюдается сумеречное (суженное) состояние сознания; после приступа больной не помнит о том, что с ним было.

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.

Диагноз



- **Диагноз «эпилепсия»** основывается на характерной клинической картине заболевания с наличием судорожных припадков и психических нарушений и подтверждается данными исследования биопотенциалов мозга. На ЭЭГ обнаруживают очаги **гиперсинхронизации** - группы медленных волн с высокой амплитудой; своеобразные изменения характерны для малых форм эпилептических припадков - «пик»-волны с высокой амплитудой. Изменения на ЭЭГ можно обнаружить даже в период между припадками.
- Особенно осторожно диагноз эпилепсия следует ставить детям раннего возраста, поскольку в этот период судороги являются одной из универсальных ответных реакций мозга на действие неблагоприятных факторов. Судороги могут быть **реакцией** на повышение температуры тела (фебрильные судороги), нарушение водно-солевого, минерального, белкового, углеводного обмена они могут возникать при заболеваниях внутренних органов (порок сердца, воспаление легких, ложный круп и др.).
- У детей с повышенной возбудимостью нервной системы наблюдаются так называемые аффективно-респираторные приступы, обусловленные кратковременной кислородной недостаточностью мозга вследствие спазма голосовых связок. Эти приступы обычно носят единичный характер. В период между ними нарушения биотоков мозга не выявляются.