эпилепсия

Эпилепсия – «священная» болезнь

Эпилепсия

Святой Валентин исцеляет больного эпилепсией

- **Эпилептическая реакция**
- **Эпилептический синдром**
- **Эпилептическая болезнь**

Эпилептическая реакция

- эпилептическая реакция в своей основе имеет экзогению, пробуждающую судорожные стереотипы.
- у людей с нормальным, но сниженным пароксизмальным порогом
- пример: фебрильные судороги, судороги при инсулиновой коме, судороги при электрошоке, отравлении алкоголем

Эпилептический синдром

Эпилептический синдром возникает при активнотекущих церебральных патологических процессах:

- **Опухоли**
- **Нейроинфекции (менингиты, энцефалиты)**
- **Сосудистые катастрофы (субарахноидальное кровоизлияние, паренхиматозные инсульты)**
- **Черепно-мозговая травма**

Эпилептическая болезнь

- **Эпилепсия-состояние, характеризующееся повторными (2 или более) эпилептическими приступами, не спровоцированными какими-либо определенными причинами. Эпилептический приступ - клиническое проявление аномального и избыточного разряда нейронов мозга. Клиническая картина представлена внезапными и транзиторными патологическими феноменами (изменения сознания, двигательные, чувствительные, вегетативные, психические симптомы).**

Распространенность эпилепсии

- О.5 – 0.75% в популяции
- Среди детского населения: до 1%

2 возрастных пика:

Ранний детский возраст (повышенная судорожная готовность детского мозга)

Пожилой возраст (старше 60 лет)

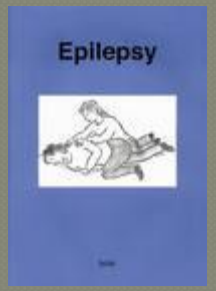
Профилактика

- Сведение к минимуму риска перинатальной патологии путем грамотного ведения беременных, квалифицированного ведения родов и послеродового периода.
- Адекватное и своевременное выявление и лечение нейроинфекций, нейротравм и их осложнений.
- Адекватное и своевременное выявление и лечение опухолей головного мозга.

Международная классификация эпилепсий, эпилептических синдромов и родственных пароксизмальных состояний, 1989 г

1. **фокальные приступы:**
   - Сенсорные
   - Моторные
   - Сенсомоторные
   - Рефлекторно фокальные

   (например: Джексоновская, Кожевниковская)
2. **генерализованные:**
   - Абсансы
   - Тонико-клонические
   - Клонические
3. **Неклассифицируемые (до 15%)**



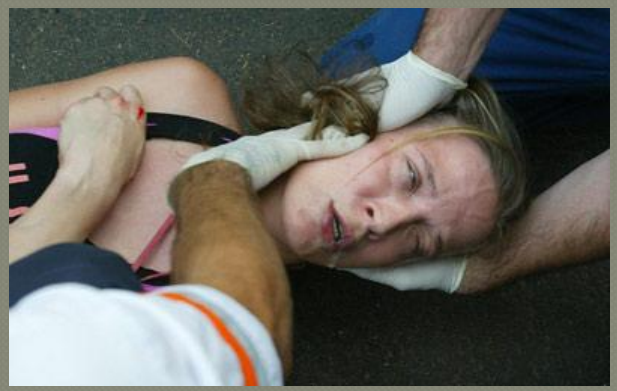
Факторы риска

- Наследственное отягощение (гены эпилепсии)
- Органические поражения головного мозга:
  - вирусные инфекции (краснуха, цитомегаловирус, герпес)
  - перинатальные повреждения мозга
  - ЧМТ
  - инфекции ЦНС
  - метаболические, токсические нарушения
  - ЦВБ
- Изменения функционального состояния мозга (нарушение механизмов сна и бодрствования)
- Изменения ЭЭГ (наличие эпилептической активности на ЭЭГ у лиц, не страдающих эпилепсией, свидетельствуют о латентном эпилептогенезе и служит фактором риска эпилепсии)

Генерализованный тонико - клонический приступ (большой (grand mal))

(наиболее ужасные и драматические)

- **Аура: вегетативная, моторная, сенсорная, психическая**
- **Тонические судороги**
- **Клонические судороги**
- **сон**



Генерализованный приступ по типу абсанса (малый, petit mal)

Абсанс: кратковременная утрата сознания на 10 – 30 с, обычно не сопровождаемая потерей равновесия.

Больной не падает, а остается стоять или сидеть. Лицо бледное, зрачки расширены, не реагируют на свет, взгляд устремлен в даль. Возможны подергивания в мышцах лица, насильственный поворот головы, быстропроходящие судороги в конечностях. По окончании припадка продолжает разговор или прерванную работу.

В течении дня обычно происходит несколько приступов, чаще во время покоя. В межприступном периоде патология не выявляется.

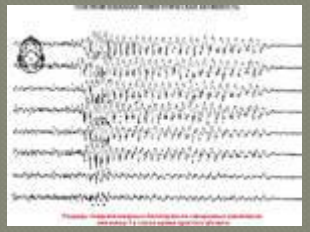
Височная эпилепсия

Аффективные пароксизмы: появление немотивированного чувства страха или аффекта радости, ощущение приподнятости, легкости, экстаза – «эпилепсия Достоевского». Приступы несистемного головокружения в сочетании с вегетативными проявлениями

- **Дебют чаще в школьном возрасте**
- **Более чем у половины больных дебюту предшествуют фебрильные судороги**
- **Приступы в виде изолированной ауры: сложные для описания неприятные ощущения или боли в животе, реже обонятельные или вкусовые галлюцинации, сноподобные состояния Джексона (dreamy states): ощущения «сон наяву», грез, фантазий, чувством нереальности окружающего (уже виденного и тд). Возможны приступы деперсонализации**
- **Фокальные моторные приступы: замирание, оро-алиментарные или жестовые автоматизмы на стороне очага и нередко дистоническая установка кисти – на противоположной. Приступы длятся от 30 сек до 3 мин.**
- **Височные синкопы: обмякание и медленное падение без судорог**
- **Вторично-генерализованные пароксизмы (реже)**

Общие принципы диагностики эпилепсии

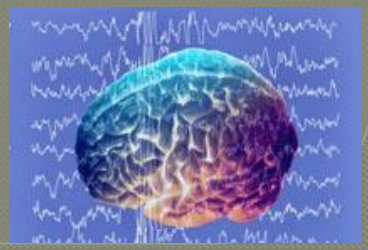
- **Клинико – анамнестические данные**
- **ЭЭГ, ЭЭГ – мониторинг**
- **Нейровизуализация (КТ, МРТ)**



ЭЭГ- электроэнцефалография

- ЭЭГ – важнейший метод исследования больных с пароксизмальными состояниями.
- ЭЭГ и клинические данные помогают определить характер приступов (эпилептические, неэпилептические), тип приступов.
- Примерно у 50% больных эпилепсией фоновая ЭЭГ нормальная. Поэтому международная эпилептическая лига рекомендует проводить методы активации электрической активности:
  фоно- и фотостимуляцию
  гипервентиляцию (глубокое дыхание, как бы надувание мяча – 5 мин)
- Запись ЭЭГ во время сна повышает выявляемость эпи активности до 90%.

Но! Главное клиника!



Дифференциальная диагностика

- **Приступы приходится дифференцировать с:**
  - **ТИА**
  - **Обморок**
  - **Миоклония и пароксизмальные дистонии**
  - **Наколепсия и парасомнии**
  - **Вегетативные кризы**
  - **Психогенные припадки**

ОБЩИЕ ПРИНЦЫПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ

- **Основной принцип лечения эпилепсии: максимум терапевтической активности при минимуме побочных эффектов.**
- **Основные требования к современным антиэпилептическим препаратам (АЭП):**

-Высокая эффективность в лечении

-Широкий спектр терапевтического воздействия на приступы

-Хорошая переносимость

Принципы лечения эпилепсии

Строгое соблюдение режимных мероприятий:

-избегать недосыпания, позднего и раннего засыпания, внезапного пробуждения

-больным с фотосентитивностью следует избегать воздействия ритмической светостимуляции.

-четкое соблюдение режимных мероприятий позволяет достоверно снизить частоту эпилептических приступов у 20% больных

Международные стандарты по лечению эпилепсии

- **Лечение эпилепсии может быть начато только после установления диагноза (исключение составляет тяжелая ЧМТ, после которой возможно назначение базового АЭП на 6-12 месяцев)**
- **Лечение эпилепсии следует начинать только после повторного приступа**

Международные стандарты по лечению эпилепсии

- **Принцип монотерапии**
- **Препараты назначаются в соответствии с формой эпилепсии и характером приступов: высокая эффективность**

при абсансах: вальпроаты (депакин), сукцинимиды (суксилеп),

при первично генерализованных судорожных: вальпроаты, карбамазепин (финлепсин, тегретол), топирамат (топамакс)

при фокальных и вторично генерализованных: карбамазепин, топирамат, левитирацетам (кеппра)

Выбор антиэпилептического препарата (АЭП) в зависимости от типа эпилептического припадка

Тип эпилептического припадка	Препараты выбора
Парциальные (простые, сенсорные, с нарушением психических функций, комплексные, с вторичной генерализацией)	Карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, леветирацетам. Вальпроаты, ламотриджин
Генерализованные абсансы (типичные, атипичные)	Вальпроаты, ламотриджин. Топирамат, этосуксимид
Тонико-клонические, тонические, клонические	Вальпроаты, карбамазепин, топирамат, ламотриджин, окскарбазепин, леветирацетам
Миоклонические	Вальпроаты. Леветирацетам. Топирамат. Клоназепам

Международные стандарты по лечению эпилепсии

Препарат впервые назначается с малой дозы, с постепенным увеличением до достижения терапевтической эффективности или появления первых признаков побочных эффектов. Стартовая дозировка обычно составляет ¼ или 1/8 от предполагаемой средней терапевтической дозы. Увеличение дозировки происходит 1 раз в 5-7 дней.

Международные стандарты по лечению эпилепсии

- **В случае неэффективности препарата он должен быть постепенно заменен другим, потенциально эффективным при данной форме эпилепсии.**
- **В настоящее время синтезировано около 30 групп АЭП, обладающих различным спектром антиэпилептической активности. И специфическими побочными эффектами. Отдается предпочтение современным АЭП:**

ТОПИРАМАТ (топамакс)
ВАЛЬПРОАТЫ (депакин).

Так же рекомендуют лечение пролонгированными препаратами, которые назначаются 2 раза в сутки:

Депакин-хроно, финлепсин-ретард, топамакс, ламиктал, кеппра.

Старые АЭП применяются все реже из-за низкой эффективности и тяжелых побочных эффектов, прежде всего в отношении когнитивных функций:

Барбитураты (фенобарбитал, бензонал), дифенин.

Международные стандарты по лечению эпилепсии

- **Перед началом назначения АЭП и далее в процессе лечения (раз в 3-6 месяцев), необходимо:**
- **Клинический анализ крови с обязательным исследованием тромбоцитов**
- **Биохимический анализ с определением билирубина, холестерина, печеночных ферментов.**
- **1 раз в 6 месяцев УЗИ органов брюшной полости**
- **Контроль уровня антиэпилептических препаратов в крови**

Снижение дозы АЭП

- **Стойкая ремиссия – отсутствие приступов в течение 1 (3) года и более.**
- **Перед снижением АЭП дозы рекомендуется проведение ЭЭГ – мониторинга с обязательным включением записи во сне.**

Снижение дозы АЭП

- **Сроки снижения и отмены АЭП индивидуальны и зависят от формы эпилепсии и особенностей течения заболевания.**
- **Решение о постепенном снижении дозы АЭП принимается врачом совместно с семьей пациента**

Факторы неблагоприятного прогноза при эпилепсии

- Недоношенность в анамнезе
- Ранний (до года) дебют приступов
- Наличие эпи статусов
- Очаговые неврологические нарушения
- Снижение интеллекта
- Наличие на ЭЭГ специфических изменений (феномен вторичной билатеральной синхронизации)
- Отсутствие эффекта от применения базовых АЭП в адекватных дозировках

Помощь при эпилептическом припадке

- Оградить больного от травмирования (удаление окружающих предметов, способных, причинить больному повреждение)
- Предупреждения прикуса языка

Эпилептический статус

- **Эпистатус – фиксированное состояние, проявляющееся повторяющимися эпи припадками, между которыми больной не приходит в сознание.**
- **Видов эпи статусов столько, сколько видов эпи припадков.**

Причины развития эпистатуса

- Прекращение приема противосудорожных препаратов
- Лихорадочное состояние
- Соматические заболевания
- Прием алкоголя
- Нарушение сна
- ЧМТ
- Опухоли головного мозга

Лечение эпистатуса

- Лечение начинается на месте. Продолжается в машине скорой помощи, затем в реанимационном отделении.
- Освобождение полости рта от инородных предметов, ввести воздуховод, устранить механическую асфиксию в результате западения языка или аспирации рвотных масс. При необходимости – интубация трахеи.
- 10-20 мг (2-4мл) сибазона (седуксен) в 20 мл 40% глюкозы. Если судороги не купированы, можно ввести сибазон повторно в той же дозе через 10-15 мин. Суточная доза не должна превышать 120 мг ! При введении препарата возможно западение языка.
- вводят вв медленно 70-80 мл 1% р-ра тиопентала – натрия или гексенала

- Если припадки не прекращаются – длительный наркоз смеси азота и кислорода 2:1, 1-2 стадии хирургического наркоза (на 1.5 – 2 часа), затем еще на 1.5-2 часа – наркоз меньшей степени.

за один час до снятия наркоза вводится базисный препарат. Для более длительного наркоза используют 30% р-р оксибутирата натрия