

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

- 0.5 – 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)

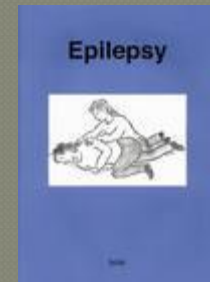
2. генерализованные:

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

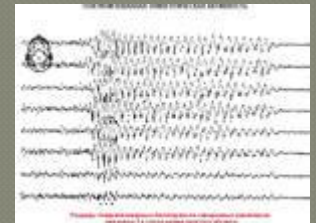
Аффективные пароксизмы: появление немотивированного чувства страха или аффекта радости, ощущение приподнятости, легкости, экстаза – «эпилепсия Достоевского». Приступы несистемного головокружения в сочетании с вегетативными проявлениями

- 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, oro-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)

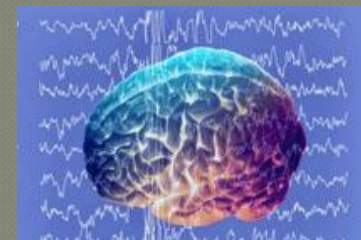




ЭЭГ- электроэнцефалография

- 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 эпилептической 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 ПРИНЦИПЫ 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 фотосенситивностью 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 (кепра)



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 $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{8}$ 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 эпилептическими приступами, между которыми больной не приходит в сознание.
- Видов эпилептических статусов столько, сколько видов эпилептических приступов.



Причины развития эпилепсии

- 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

