

Эпилепсия

Педагогика и психология
специального образования
Преподаватель: Бочарова Е.В.
Презентацию подготовила:
Бондаренко Т.В.

План доклада

- Понятие об эпилепсии
- Классификация эпилепсии
- Формы и типы припадков
- Клинические проявления эпилепсии
- Диагностика эпилепсии

Эпилепсия

- Эпилепсия как самостоятельная болезнь наследственно-органического генеза характеризуется большими и малыми приступами, эквивалентами большого эпилептического приступа, изменением характера по эпилептическому типу.
- Эписиндром, возникающий на фоне травмы черепа, сопровождается изменением характера по травматическому типу.

Историческая справка

- Эпилепсия (древнегреческое слово “epilambanein”) в переводе обозначает что-то вроде “собирать, накапливать”. Эпилепсия - заболевание, известное со времен глубокой древности. Долгое время среди людей существовало мистическое представление об эпилепсии. В античной Греции эпилепсия ассоциировалась с волшебством и магией и называлась “священной болезнью”. Термин “священная болезнь” впервые упоминается в сочинениях Гераклита и Геродота.
- В средние века отношение к эпилепсии было двойственным. С одной стороны, эпилепсия вызывала страх, как заболевание, не поддающееся лечению, с другой стороны – она нередко ассоциировалась с одержимостью, трансами, наблюдавшимися у святых и пророков.
- Тот факт, что многие великие люди (Беллерофон, Сократ, Платон, Эмпедокл, Магомет, Плиний, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка, император Карл V) страдали эпилепсией, послужил предпосылкой для распространения теории, что эпилептики - люди большого ума.

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.
- Эпилепсия — болезнь, характеризующаяся судорожными приступами с расстройством сознания и своеобразными нарушениями психической деятельности.
- Эпилепсия — состояние, характеризующееся повторными (более двух) эпилептическими приступами, не спровоцированными какими-либо немедленно определяемыми причинами.
- Хроническое психоневрологическое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими проявлениями.

Определение

- **Эпилепсия – хроническое нервно-психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, характеризующееся полиморфной клинической картиной, главными элементами которой являются:**
- **повторные, непровоцируемые эпилептические припадки;**
- **транзиторные (преходящие) психические расстройства;**
- **хронические изменения личности и интеллекта, иногда достигающие степени деменции.**

Эпидемиология

- Распространенность – 0,5 – 1% населения
- Не менее одного припадка в течение жизни переносят 5% населения
- У 70% населения эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте
- У 50 из 1000 детей хотя бы раз отмечался припадок при повышении температуры
- У 20-30% больных заболевание является пожизненным

Этиология эпилепсии

Эпилепсия

```
graph TD; A[Эпилепсия] --- B[Идиопатическая]; A --- C[Симптоматическая]; A --- D[Криптогенная];
```

Идиопатическая

Симптоматическая

Криптогенная

Самопроизвольная (генуинная) эпилепсия

Другое название самопроизвольной эпилепсии - идиопатическая. Это относится к тем случаям, когда нет никаких причин предполагать первичное заболевание мозга. К этой группе, кроме генерализованных приступов, относятся миоклонические приступы периода полового созревания, генерализованные ночные судорожные приступы, а также некоторые формы эпилепсии с миоклонически-азиатическими очаговыми приступами.

Признаки идиопатической эпилепсии

- Генетическая предрасположенность
- Лимитированный возраст дебюта заболевания - начало болезни преимущественно в детском и подростковом возрасте
- Отсутствие изменений в неврологическом статусе
- Нормальный интеллект;
- Отсутствие структурных изменений в мозге
- Сохранность основного ритма на ЭЭГ;
- Относительно благоприятный прогноз с достижением терапевтической ремиссии в большинстве случаев.

Симптоматическая эпилепсия

- Является следствием приобретенных, врожденных, наследственно-обусловленных поражений головного мозга (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, энцефалопатии, острые нарушения мозгового кровообращения и т.д.)
- Первичные очаговые поражения становятся в этих случаях причиной формирования эпилептических очагов и очаговых нейронных разрядов

Основные этиологические факторы развития симптоматической эпилепсии

- Черепно-мозговая травма
- Инсульты
- Перинатальная гипоксия
- Инфекции
- Опухоли
- Дегенеративные заболевания нервной системы
- Злоупотребление алкоголем
- Воздействие лекарств или инсектицидов
- “Криптогенная” (скрытая) форма эпилепсии относится к тем синдромам, причина которых остается скрытой, неясной. Данные синдромы не удовлетворяют критериям идиопатических форм, но нет доказательств и их симптоматического характера.

Факторы риска

- перинатальная патология (гипоксически-ишемическая, травматическая энцефалопатия, внутриутробные инфекции, дизметаболические факторы);
- генетическая настроенность;
- врожденные пороки центральной нервной системы;
- инфекции ЦНС;
- патология сосудов головного мозга;

Травмы головы

- Травмы головы являются причинами 5-10% случаев эпилепсии.
- Посттравматическая эпилепсия может последовать за травмой головного мозга в результате сильного ушиба, дорожно-транспортного происшествия, огнестрельного ранения и др.
- Посттравматические судороги иногда развиваются сразу после травмы, а иногда появляются через несколько лет.
- Эпилепсия очень редко возникает после незначительных травм головы. Однако приступы, развившиеся через несколько месяцев или лет после повреждения мозга, повторяются намного чаще.
- Посттравматические приступы медленнее всего развиваются у детей. Они могут появиться даже через 25 лет после травмы головы.
- Перинатальные осложнения являются основной причиной судорог у детей. Травмы как родовые, так и предродовые, вызывают гипоксию мозга (кислородное голодание мозга). Однако некоторые эксперты считают, что 20% случаев эпилепсии подпадают под эту категорию.

Травмы головы

- В детском возрасте травматические поражения центральной нервной системы могут возникать в различные возрастные периоды. В связи с этим можно выделять **пренатальные** (внутриутробные), **натальные** (родовые) и **постнатальные** (после рождения ребенка) травмы.
- **Внутриутробные травмы** могут возникать при травматизации матери (сдавлении или ушибах в области живота и поясничной области). Травмы плода могут отражаться на его дальнейшем развитии: задерживается развитие мозга, уменьшается двигательная активность, могут возникнуть досрочные роды.
- **Природовые травмы** связаны с неблагоприятным течением родов. Наиболее травматичным для плода является применяемое при сложных нарушениях родового акта и затяжных родах накладывание щипцов.

Травмы головы

- Травмы черепа, возникающие после рождения ребенка: сотрясение, ушиб и размозжение (сдавление). Различают открытые и закрытые травмы черепа.
- **Сотрясение мозга** развивается главным образом при закрытой черепно-мозговой травме. При этом утрачивается взаимосвязь между клетками мозга и разными отделами, что приводит к функциональным нарушениям.
- **Ушибом головного мозга** называют местное повреждение мозгового вещества. Незначительное повреждение вызывает в пострадавшем участке мелкие кровоизлияния и отек, тяжелое — разрывы сосудов и разрушение мозговой ткани.
- **Сдавление** (размозжение) вещества мозга всегда является наиболее тяжелой травмой и может наблюдаться как при закрытой, так и при открытой травме черепа. Сдавление головного мозга вызывается внутричерепным кровоизлиянием, вдавлением кости при переломе черепа, отеком мозга.

Эписиндром

- В результате травматического поражения ЦНС могут возникнуть сложные патофизиологические механизмы, нарушающие взаимодействие основных нервных процессов (возбуждения и торможения).
- Судорожный синдром (эписиндром) возникает сразу после травмы, указывая на значительный ушиб или кровоизлияние в вещество мозга. Судороги, появляющиеся спустя несколько месяцев после травмы, являются следствием рубцового процесса, возникающего на месте бывшей травмы. Судороги могут быть различны по частоте и времени возникновения. Частые дневные судороги довольно быстро приводят к снижению интеллекта. У всех больных отмечается изменение характера по травматическому типу: аффективность, снижение настроения (дисфория), плохая переключаемость в трудовой деятельности, ослабление памяти. Раннее выявление болезни и систематическое лечение могут сделать судорожные приступы более редкими, что дает возможность ребенку усваивать необходимые знания.

Эпилепсия и наследственность

- Если у одного из родителей эпилепсия, то вероятность появления ее у их ребенка составляет около 6%, т.е. в 3 - 6 раз больше, чем для большинства людей. В то же время это говорит о том, что у 94% детей эпилепсии не будет.
- Если же эпилепсия у обоих родителей, то риск для ребенка увеличивается до 10 - 12%. Наиболее часто встречается эпилепсия у ребенка если у родителей эпилептические приступы имели не очаговый, а генерализованный характер.
- Следует учитывать, что наследуются особенности деятельности мозга, процессов возбуждения и торможения, повышенной готовности к пароксизмальным формам реагирования мозга на изменение внутренних и внешних факторов, а не сама эпилепсия.
- В большинстве случаев эпилепсия у детей проявляется гораздо раньше, чем у родителей. Например, если у матери эпилептические приступы с 15 лет, то у ее ребенка они могут появиться, например, в 5 лет.

Клиника эпилепсии

- Эпилептические припадки
- Транзиторные (преходящие) психические расстройства
- Хронические эпилептические психозы
- Изменения личности и интеллекта
- Психические расстройства

Признаки эпилептических припадков

- внезапное начало
- кратковременность (от долей секунды до 5-10 минут)
- самопроизвольное прекращение
- стереотипность, фотографическое тождество на данном отрезке заболевания.

Патогенез

- 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.
- Проявления эпилепсии в своей патологической основе имеют нарушение правильного взаимодействия между раздражительным и тормозным процессами.
- Существуют и концепции различного уровня возникающих событий, обозначаемого как эпилептогенез:
 1. клеточный (нарушения на поверхности клеточных мембран)
 2. уровень нейронных сетей (трансмиссерный, синаптический)
 3. глиальный, т.е. окружающих нейроны клеток.

Патогенез

- Припадки бывают различных типов, но в основе любого из них лежит аномальная и очень высокая электрическая активность нервных клеток головного мозга, вследствие которой возникает разряд.
- При этом возможны три исхода:
 - 1) разряд может прекратиться в границах его возникновения;
 - 2) он может распространиться на соседние отделы мозга и прекратиться, встретив сопротивление;
 - 3) он может распространиться на всю нервную систему и лишь затем прекратиться.
- Припадки, возникающие в первых двух случаях, называют парциальными, в последнем же случае говорят о генерализованном припадке.

Патогенез

- Существует теоретическая концепция универсального ишемического патогенеза эпилепсии возникающей при всех органических поражениях головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли, сосудистые, воспалительные заболевания головного мозга, пороки развития ЦНС; искусственные нейрохирургические повреждения мозга).
- **Основные положения данной концепции:**
 1. **Ишемия** - пусковой механизм припадка у пациентов с органическими поражениями головного мозга.
 2. **Эпилептический припадок** - защитная реакция мозга в ответ на дозированные расстройства локального или генерализованного метаболизма головного мозга.
 3. **Эпилепсия**- градуированная ишемия головного мозга.

Классификация эпилептических приступов

- **Генерализованные:** На ЭЭГ во время приступа – двусторонние синхронные и симметричные эпилептические разряды, исходящие из стволовых отделов головного мозга; приступы имеют облигатный признак – выключение сознания.
- **Парциальные:** возникают вследствие очаговых нейронных разрядов из локализованного участка коры одного полушария (на ЭЭГ – патологическая активация изолированной группы нейронов в одном из полушарий). Могут протекать без нарушения сознания (**простые**) или с нарушением сознания (**комплексные**). По мере распространения разряда простые парциальные приступы могут переходить в комплексные, а простые и комплексные трансформироваться во **вторично генерализованные судорожные приступы**. Парциальные приступы преобладают у 60% больных эпилепсией.

Классификация эпилептических припадков



Классификация эпилептических припадков

Возраст дебюта приступов:

- формы новорожденных
- младенческие
- детские
- юношеские
- взрослых

Клинические проявления

- У большинства людей существует стереотипное представление об эпилепсии, как о заболевании проявляющегося припадками с внезапным началом, падением, и сопровождающимся потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка, отсутствием воспоминаний о прошедшем приступе. В действительности клинические проявления эпилепсии могут быть разнообразны.
- Эпилепсия может проявляться лишь короткими промежутками “от нескольких секунд” выключения сознания, без падений, так называемые абсансы; подергиванием век, при сохраненном сознании.
- Кроме того, возможны нарушения восприятия в виде необычных ощущений, запахи, видения, ощущения “мурашек на коже”. Приступы могут случаться только во время ночного сна и долгое время быть не диагностированными. Все предположения о диагнозе эпилепсия могут быть подтверждены или опровергнуты только специалистом, которым является врач-эпилептолог. В дополнение необходимо отметить, что диагноз эпилепсии ставится при наличии, как минимум, двух приступов.

Формы эпилепсии

- **Детская абсанс-эпилепсия:** дебют в 3-8 лет, чаще страдают девочки (резкое закатывание глаз вверх, отключение сознания на несколько секунд), частота – десятки и сотни в сутки.
- **Юношеская абсанс-эпилепсия:** дебют в 9-13 лет, простые абсансы – короткие и редкие.
- **Эпилепсия с изолированными генерализованными судорожными приступами:** дебют 13-30 лет (в среднем 13-17). Проявляется тонико-клоническими судорожными приступами, приуроченными к пробуждению или засыпанию (частота не чаще 1 в месяц)
- **Юношеская миоклоническая эпилепсия:** дебют в 8 лет и старше (в среднем 13-18). Массивные миоклонические пароксизмы после пробуждения (больной бросает предметы, которые держит в руках)
- **Доброкачественная детская парциальная эпилепсия с центрально-височными пиками (идиопатическая роландическая эпилепсия):** дебют в 2-12 лет, чаще наблюдается у мальчиков. Проявляется простыми парциальными и вторично-генерализованными судорожными приступами (судороги мышц лица, спазмы мышц трахеи и глотки, впечатление что ребенок задыхается, частота – 1 раз в месяц).

Формы эпилепсии

- **Джексоновская эпилепсия** (по имени английского невропатолога Дж. Джексона) возникает в связи с органическими поражениями головного мозга (опухоли, очаговые воспалительные процессы). Обычно приступы носят фокальный характер и начинаются с клонических судорог в какой-то определенной группе мышц, распространяясь затем на другие мышцы. После хирургического лечения, например удаления опухоли, припадки прекращаются.
- **Кожевниковская эпилепсия** — особая клиническая форма эпилепсии, впервые описанная А.Я. Кожевниковым в 1894 г. Она характеризуется постоянными мелкими судорогами вне приступа в определенной мышечной группе, которые периодически могут переходить в припадок. Данная форма эпилепсии часто возникает после перенесенного больным клещевого энцефалита.
- От эпилептической болезни следует отличать **судороги у маленьких детей**, возникающие в результате нарушения обмена веществ, например спазмофилию (так называемые родимчики), а также судороги в остром периоде при различных интоксикациях.

Типы припадков

- **Большие (генерализованные) судорожные припадки.** Он характеризуется выраженными судорогами. Припадку обычно предшествует продромальный период (период предвестников), продолжающийся от нескольких часов до нескольких суток. Судорожный приступ может возникать ночью и днем, к предвестникам относятся дисфории (изменение настроения), головные боли, боли во внутренних органах.
- **К ближайшим признакам наступающего приступа** относится проявляющееся симптомами раздражения органов чувств явление — **"аура"** (дуновение): зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая, осязательная, двигательная аура (больной бежит куда-то), психогенная (страх за спиной), вегетативная (боли в области живота или других органах). У каждого больного своя постоянная аура, указывающая на основной очаг поражения. Больные знают свою ауру, иногда успевают сказать, что сейчас будет приступ, или принять удобную позу.

Типы припадков

- Затем возникают подергивания в руках, ногах или во всем теле. Зрачки расширяются, кровяное давление повышается, лицо наливается кровью, кожа покрывается потом, изо рта выделяется слюна. Часто происходит непроизвольное выделение мочи и кала. Возможен прикус языка или щек. Затем мышцы расслабляются, дыхание становится глубоким, судороги стихают. Сонливость и спутанность сознания иногда сохраняются в течение суток. Генерализованные припадки могут проявляться по-разному: иногда наблюдается только одна из описанных фаз, иногда – другая их последовательность.
- Воспоминание о генерализованном припадке отсутствует, иногда больной помнит лишь ауру. Головная боль, спутанность сознания, боли во всем теле и другие симптомы могут быть связаны с падением во время припадков, сильным мышечным спазмом или ушибами из-за непроизвольных движений. Припадки обычно продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут и проходят самопроизвольно.

Типы припадков

- **Фокальные (частичные) припадки.** В них вовлекается лишь какая-то одна часть тела; припадки могут быть моторными или сенсорными и проявляться судорогами, параличами или патологическими ощущениями. После судорог конечности в ней до суток может сохраняться слабость (парез). Возникновение ауры, утрата сознания и сонливость после припадка отмечаются не всегда. При этом типе припадков часто, особенно у взрослых, выявляют органическое поражение мозга, так что больным следует как можно быстрее обратиться за медицинской помощью.
- **Психомоторные** припадки характеризуются сочетанием психопатологических и двигательных проявлений. Типичное начало – продром и аура, с возникновением необычного вкуса, запаха или ощущением уже виденного (будто что-то из происходящего виделось ранее), после чего больной теряет контакт с окружающей действительностью. Во время припадка нередко наблюдаются жевание, смех или улыбка, облизывание губ, больной может брыкаться, перебирать руками одежду. Движения обычно координированные, но повторяющиеся и стереотипные; больной не воспринимает окружающих. Во многих случаях припадки проявляются лишь продолжительными периодами страха, ощущения нереальности происходящего, галлюцинаций, сноподобного состояния. Воспоминания о приступе часто отсутствуют. Психомоторные припадки чаще всего связаны с эпилептическим очагом в височной доле головного мозга.

Типы припадков

- **Абсансы** (малые припадки) – особый тип припадков, обычно неизвестного происхождения. Абсансы обычно возникают в школьном возрасте и проявляются кратковременной потерей сознания.
- Ребенок внезапно прекращает любую деятельность, лицо застывает, как будто он заснул на ходу, взгляд становится бессмысленным, устремленным в одну точку. Отсюда и термин «абсанс»: absence (франц.) – «отсутствие». Продолжается от 5 до 25 секунд.
- Сразу после припадка ребенок возвращается к прерванной деятельности, как будто ничего не случилось. Часто такие припадки остаются незамеченными, пока из-за повторяющихся приступов не возникнет заторможенность или спутанность сознания.
- Как правило, эта разновидность эпилепсии хорошо поддается лечению противосудорожными препаратами. Абсансы обычно прекращаются к 20 годам.

Типы припадков

- **Малые моторные припадки.** Существуют три типа подобных припадков. Акинетические припадки, или дроп-атаки (от англ. drop – падать), характеризуются внезапным опущением головы или падением (как будто человек вдруг «отключился» или его внезапно качнуло вперед).
- **Миоклонические припадки** сопровождаются кратковременными подергиваниями, как бывает у здоровых людей при пробуждении или засыпании. Младенческие спазмы (младенческая миоклония, или салаамовы судороги) характеризуются молниеносными приступами, возникающими в раннем детском возрасте, обычно до полутора лет. Как правило, они продолжаются несколько секунд, иногда следуют группами один за другим, часто сменяются плачем.
- **Малые моторные припадки** плохо поддаются лечению и часто связаны с резидуальным (остаточным) или прогрессирующим поражением головного мозга.

Клиника припадков

Простые парциальные вегетативно-висцеральные приступы

- **Эпигастральные** – неприятные ощущения в эпигастральной области, боли, урчание в животе, позывы на дефекацию.
- **Кардиальные** – сжатие, сдавление, распирающие в области сердца, колебание АД, нарушение сердечного ритма.
- **Респираторные** – ощущение удушья, нарушение ритма дыхания, сжатия в области шеи, с тоническим напряжением мышц.
- **Оргастические** – сексуальные пароксизмы.
- **Вазомоторные** – чувство жара, холода, жажды, потливость.

Клиника припадков

Дисмнестические припадки

- К ним относятся пароксизмы «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» (*déjà vu*, *deja etendu*, *deja vécu*).
- фотографическое повторение уже бывшей ситуации, появляется впечатление, что вся обстановка детально повторяется, как будто была сфотографирована в прошлом и перенесена в настоящее.

Клиника припадков

Идеаторные припадки

- Патологическое усиление идеаторных процессов в виде внезапного появления произвольных мыслей, не связанных по содержанию с предыдущей мыслительной деятельностью – «вихрь мыслей», «чужая мысль», «двойная мысль». Характеризуются появлением чуждых, насильственных мыслей, при этом больной как бы «застревает» на одной мысли, от которой не в состоянии избавиться, например, о смерти, вечности или о чем-то прочитанном.
- Ослабление или прекращение мыслительных процессов – «пустота в голове», «остановка мыслей», «арест речи», «отщепление мышления от речи»

Клиника припадков

Эмоционально-аффективные припадки

- При этом у больных появляется немотивированный пароксизмально возникающий страх с идеями самообвинения, предчувствия смерти, «конца света», напоминающие психо-вегетативные кризы с преобладанием тревожных расстройств («панические атаки»), что заставляет больных убежать или прятаться.
- Значительно реже наблюдаются приступы с положительными эмоциями - «счастье», «восторг», «блаженство», с яркостью, объемностью, рельефностью восприятия окружающего.

Клиника припадков

Иллюзорные припадки

- Приступы метаморфозии - характеризуются внезапно возникающими переживаниями, что окружающие объекты начинают менять свою форму, вытягиваются, закручиваются, меняют места своего расположения, находятся в постоянном движении.
- Приступы расстройств «схемы тела» - ощущение увеличения частей тела, ощущения вращения тела вокруг своей оси, переживая удлинение, укорачивание, искривления конечностей.
- Ауто-психическая деперсонализация - характеризуются переживаниями нереальности своего «Я», ощущением преграды, оболочки между собой и окружающим миром.
- Дерезализационные пароксизмы – ощущение нереальности, неестественности окружающего, потеря смысла, пустота внешнего мира.

Клиника припадков

Галлюцинаторные припадки

- Обонятельные – приступообразные ощущения запаха бензина, краски, несуществующих запахов.
- Слуховые – «голоса» угрожающего характера.
- Вкусовые – неприятные ощущения привкуса во рту.
- Зрительные – вспышки яркого света, динамика сюжета.

Генерализованный тони́ко-клони́ческий 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

Психомоторные припадки

- Психомоторные припадки входят в группу припадков, общей особенностью которых является автоматическое, т.е. безотчетное, произвольное 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 расстройства при эпилепсии

Психические нарушения

В качестве продрома припадка

Как компонент припадка

Постприпадочные нарушения психики

В межприступном (интериктальном) периоде

Психические нарушения при эпилепсии

- Эпилептические расстройства настроения (дисфория) – гипотимия сочетается одновременно со злобой, тревогой и страхом.
- Сумеречное помрачение сознания – внезапное возникновение и завершение, полная отрешенность от окружающего мира, после – полная амнезия.
- Острые эпилептические психозы с помрачением и без помрачения сознания.
- Хронические эпилептические психозы.
- Эпилептические изменения личности – расстройства мышления, эмоциональные расстройства, характерологические расстройства.
- Эпилептическое слабоумие.

Психические нарушения при эпилепсии

- Эмоционально неустойчивы, колебания настроения, подавленность.
- Склонность к аффективным вспышкам, раздражительность, но слащавы, угодливы по отношению к тем, кто сильнее их.
- Злопамятны, мстительны, эгоцентричны, излишне обстоятельны и до педантизма аккуратны.
- Трудно переходят от одного вида занятий к другому и усваивают новое.
- Наблюдается снижение внимания.
- Отличительными чертами интеллекта - 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 приводит их в состояние возмущения.
- Нередко свойственна жестокость с чертами садизма, которые могут проявляться в стремлении мучить животных, издеваться над слабыми.

Диагностика

Критерии диагностики:

1. наличие судорог;
2. характер приступов;
3. семейная предрасположенность;
4. возраст дебюта;
5. данные ЭЭГ;
6. длительность приступа;
7. течение и прогноз.

Диагностика

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Эхоэнцефалография;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Компьютерная томография головного мозга;
2. Ядерномагнитнорезонансная томография головного мозга;
3. Консультация детского офтальмолога ;
4. Консультация инфекциониста;
5. Консультация нейрохирурга;
6. Анализ ликвора;
7. Биохимический анализ крови.

Диагностика

- Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ), позволяющая выявить патологическую электрическую активность мозга, а также определить локализацию очага этой активности (эпилептического очага) и степень ее распространения. Однако не у всех больных ЭЭГ бывает изменена, так что нормальная ее картина не исключает эпилепсию.
- Очень информативно проведение “Видео ЭЭГ” - Электроэнцефалография, сопровождаемая видеосъемкой.
- Магнитно-резонансная томография, - позволяет обнаружить структурные изменения в головном мозге.

Диагностика

- 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.

Провокация эпилептического приступа

- Прекращение приема или снижение дозы препаратов
- Недостаточный сон, нарушение режима сна
- Употребление алкоголя
- Стресс и сильные эмоции
- Свет, Звук, Чтение
- Самопровокация приступов
- Беременность
- Климат, фазы луны и солнечная активность
- Режим питания
- Лихорадка, вакцинаци
- Сексуальная активность

Лечение

Лечение ведется по четырем направлениям:

1. предупреждение приступов с помощью лекарственных средств;
2. устранение факторов (ситуаций или веществ), провоцирующих припадки;
3. социальная реабилитация больного, способствующая его превращению в полноценного члена общества;
4. консультирование семьи и друзей больного с целью выработать правильное отношение к нему самому и его болезни.

Педагогические мероприятия

- Необходимо правильно ориентироваться в тех случаях, когда в классе у ученика случится эпилептический припадок.
- Нужно следить, чтобы ребенок не нанес себе травматических повреждений во время сильных судорог.
- Рекомендуется поддерживать голову ребенка. Во избежание прикуса языка следует вложить между челюстями жгут из носового платка или полотенца.
- Категорически запрещается во время припадка давать пить воду или какое-либо лекарство, так как больной может раздавить зубами посуду, лекарственная жидкость может попасть в дыхательное горло и вызвать аспирацию.
- Желательно, чтобы другие ученики не были свидетелями припадка. Если удастся отметить период предвестников, целесообразно отвести ученика в кабинет врача или учительскую. Если припадок начался в классе, лучше вывести учеников из класса в коридор.
- Не рекомендуется во время острого припадка переносить больного и вообще тормошить его. После окончания острой стадии (судорог) необходимо обеспечить покой, перенести больного в изолированное помещение.

Педагогические мероприятия

- Возможность обучения ребенка в школе зависит от состояния его психической сферы.
- В тех случаях, когда припадки редки и психическая сфера ребенка не пострадала, он может обучаться в школе, получая соответствующее лечение и выдерживая определенный режим.
- При частых припадках, сопровождающихся нарушением психического тонуса, необходимо специальное лечение и освобождение от учебной нагрузки. Детей, страдающих хронической эпилепсией с деградацией умственного развития, приходится переводить в специальные школы.
- Воспитанию и обучению детей, страдающих эпилепсией, придается большое значение. От воспитателя зависит формирование личности, характера, отношения больного к себе и окружающим, а следовательно, его социальные установки и место в обществе.
- Процессы воспитания и обучения неразрывно связаны между собой. Характерологические особенности детей, страдающих эпилепсией, требуют от воспитателей и педагогов справедливого и ровного отношения. Родители и педагоги не должны усугублять в них чувство обиды, недовольства. Детей необходимо привлекать к трудовой деятельности по дому и в школе, воспитывать в них аккуратность и уважение к труду, добрую эмоциональную установку.

Эпилептический статус

- **Эпилептический статус** - это патологическое состояние, характеризующееся эпилептическими припадками длительностью более 5 мин, либо повторяющиеся припадки, в промежутке между которыми функции ЦНС полностью не восстанавливаются. Эпилептический статус (ЭС) соответствует типу припадков, поэтому существует столько видов ЭС, сколько вариантов эпилептических припадков.
- Диагностика судорожного ЭС обычно не представляет проблем ввиду специфичности его клинических проявлений. Цель аппаратных и лабораторных методов исследования заключается в уточнении симптоматического характера статуса либо подтверждения того, что статус развился на фоне существующей эпилепсии.

Эпилептический статус

Причины, которые могут вызвать эпилептический статус:

1. Эпилепсия (как правило, к эпилептическому статусу ведет нарушение регулярности приема антиэпилептических препаратов)
2. Черепно-мозговая травма (частая причина)
3. Опухоль или другое объемное образование мозга (наиболее частая причина после собственно эпилепсии)
4. Воспалительные заболевания мозга и его оболочек Острое нарушение мозгового кровообращения (частая причина)
5. Рубцово-спаечные нарушения церебральной ликвородинамики Дисметаболические состояния (алкогольная абстиненция, диабет, порфирия, острая надпочечниковая или тиреоидная недостаточность, уремия, эклампсия, острая гипогликемия и др.)
6. Отравления
7. Общие инфекции, особенно с тяжелой интоксикацией и гипертермией

Эпилептический статус

- Эпилептический статус встречается с частотой 18-20 случаев на 100 000 населения и является одним из наиболее распространенных неврологических состояний.
- Наиболее часто эпилептический статус возникает у младенцев, детей младшего возраста и пожилых.
- Наиболее частые «поставщики» статусов — лобнодолевые

Реабилитация

- На протяжении многих веков с эпилепсией были связаны мифы и суеверия.
- Больному и его семье важно понять, что он может вести нормальную жизнь без чрезмерных ограничений, получить образование, профессиональную подготовку, жениться и содержать семью.
- Нет нужды отрицать или скрывать свое заболевание.
- Трудоустройство остается серьезной проблемой, но заболевание не должно служить основанием для отказа, если работа соответствует физическим возможностям больного. Утверждение, что припадки бывают частой причиной производственных травм, не имеет достаточных оснований.

Спасибо за внимание!

Южный Федеральный
университет
Дефектологический
факультет