Эпилепсия - хроническое полиэтиологическое заболевание,

 которое характеризуется повторными судорогами и

 пароксизмальными расстройствами сознания.

 Эпилепсия - распространенное заболевание, наблюдающееся

 во всех странах мира.

 Различают:

 а) Эпилептическую болезнь

 б) Симптоматическую эпилепсию (очаговую эпилепсию)-

 - если эпилептогенный очаг четко выражен,

 а его природа известна (оболочечно-мозговой

 рубец, опухоль, гематома и др.),

 в) Эпилептиформный синдром

 Этиология и патогенез

 ---------------------

 В основе развития эпилепсии лежит действие двух основных

 факторов:

 - ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА

 - СУДОРОЖНОЙ ГОТОВНОСТИ МОЗГА

 Из стабильного очага эпилептической активности, обусловленного

 органическим поражением головного мозга, судорожная активность

 распространяется по трем путям:

 1) - по корковым нейронным комплексам;

 2) - через системы мозолистого тела, а также

 через ретикулярную формацию связанную с

 мозжечковой системой;

 3) - через центрэнцефалическую систему мозга.

 При длительном существовании судорожной активности в первичном

 эпилептическом очаге, в других участках мозга могут возникать вторичные

 очаги судорожной активности. Сначала в симметричном участке коры

 другого полушария, затем в других местах.

 У детей часто определяется так называемая височная эпилепсия,

 вероятно, обусловленная тем, что во время родов при продвижении головки

 плода по родовым путям матери смещаются медиабазальные отделы

 височной доли мозга в отверстие мозжечкового намета, и здесь

 травмируются. Впоследствии в поврежденном участке мозга разрастается

 глиозная ткань, в которой формируется эпилептический очаг.

 Развитию заболевания способствуют факторы внешней среды:

 - травмы

 - инфекции

 - интоксикации

 - психические переживания

 - прием алкоголя и др.

 Имеет значение наследственность. отмечается идентичное течение болезни

 у братьев и сестер, а также у родственников в нескольких поколениях.

 Симптомы и течение

 ------------------

 Все эпилептические припадки делят на:

 I. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ (общие) припадки:

 ====================================

 а) БОЛЬШИЕ СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ - наиболее частое проявление

 эпилепсии.

 В их развитии прослеживаются

 четыре фазы:

 1. Предвестники - возникают за несколько дней,

 часов или минут до начала

 припадка:

 - головные боли;

 - вспыльчивость;

 - раздражительность;

 - безразличие к окружающему;

 - ощущение общего недомогания;

 - снижение работоспособности;

 - нечеткость мыслей и др.

 Однако у многих больных припадки могут начинать-

 ся и без предвестников.

 2. Аура - кратковременное, исчисляемое секундами,

 ощущение или переживание при ясном

 сознании, остающееся в памяти больного.

 Она предшествует утрате сознания и

 судорогам.

 - Сенситивная аура - проявляется ощущением

 боли, холода, онемения

 в какой-либо части тела;

 - Сенсорная аура - ощущение запаха или вкуса,

 ощущение яркого света,

 образов, видения предметов,

 ощущение звука, головокру-

 жение;

 - Психическая аура - больной переживает что-то

 радостное, приятное или

 устрашающееся;

 - Вегетативная аура - различные ощущения из

 внутренних органов,

 сердцебиение, позывы к

 мочеиспусканию и дефекации,

 ощущение голода др.

 Своеобразие ауры зависит от локализации

 эпилептогенного очага.

 3. Судороги:

 - Тонические - нередко начинаются внезапно, с

 громкого крика больного, теряющего

 сознание и с грохотом падающего

 там, где его застал припадок.

 Лицо сначала бледнеет, заем стано-

 вится синюшным. Зрачки широкие,

 на свет не реагируют. Челюсти

 сжаты. Дыхания нет.

 Продолжительность тонического

 приступа от нескольких секунд

 до полминуты.

 - Клонические - следуют за тоническими.

 Дыхание восстанавливается,

 становится шумным и хриплым.

 Изо рта выделяется пенистая слюна,

 иногда окрашенная кровью в связи

 с прикусом языка. Цианоз лица

 исчезает. Мышцы всего тела

 начинают судорожно сокращаться,

 вызывая толчкообразные движения

 туловища, головы и конечностей.

 Нередко бывает непроизвольное

 мочеиспускание.

 Судороги длятся 2-5 мин. и

 постепенно прекращаются.

 4. Постприпадочное состояние - наступает после клони-

 ческих судорог. Больной переходит в фазу

 постприпадочного сопора или сна. Затем

 приходит в сознание, плохо ориентируясь

 в окружающей обстановке. Придя в себя, больной

 ничего не помнит о случившемся. Он чувствует

 общую слабость, разбитость, боль в ушибленном

 или поврежденном во время припадка месте.

 б) МАЛЫЕ ПРИПАДКИ - проявляются кратковременным расстройством

 сознания. Больной замолкает, не отвечает на

 задаваемые ему вопросы, кожа его лица

 бледнеет, глаза становятся неподвижными.

 Течение его мыслей останавливается. Создается

 впечатление, что он задумался. Как только

 заканчивается приступ, больной продолжает

 разговор или работу.

 1. Абсансы - кратковременные (на несколько секунд)

 выключения сознания и застывание в

 определенной позе. Кожа лица при этом

 краснеет или бледнеет.

 2. Миоклонические припадки - приступообразные подерги-

 вания мышц лица, конечностей

 или туловища.

 3. Акинетические приступы - выражаются внезапным

 развитием мышечной гипотонии

 и падением больного.

 Чаще всего при этом сознание

 не нарушается.

 4. Гипертонические приступы - внезапное повышение тонуса

 мышц шеи, конечностей и

 туловища преимущественно

 у детей.

 II. ОЧАГОВЫЕ (фокальные) припадки -

 =================================

 а) Двигательные:

 1. Джексоновские - приступ тонических и клонических судо-

 рог в отдельной группе мышц (лица,

 ног, рук). Эти судороги иногда

 распространяются на соседние мышцы

 и трансформируются в общий судорожный

 припадок с потерей сознания.

 Во всех случаях это проявление очаго-

 вого процесса в головном мозге

 (образование опухоли, кисты и др.)

 2. Кожевниковские - постоянные клонические судороги в

 определенной группе мышц, временами

 сменяемые общими судорожными припад-

 ками. Как правило их наблюдают у

 переболевших клещевым энцефалитом.

 Такие судороги свидетельствуют об

 изменениях в двигательной зоне

 коры больших полушарий мозга.

 3. Адверсивные - характеризуются приступообразным

 непроизвольным поворотом головы и глаз

 в сторону, противоположную патологичес-

 кому очагу в мозге. Они возникают при

 раздражении адверсивных полей коры

 больших полушарий мозга.

 4. Оперкулярные - приступы жевательных, глотательных или

 сосательных движений. Отмечаются у

 больных с патологическим процессом в

 оперкулярной области.

 б) Чувствительные - припадки височной эпилепсии, выражаются

 обонятельными, вкусовыми, слуховыми или

 зрительными аурами, изменениями в эмоционально-

 психической сфере (переживания, дереализация,

 деперсонализация, фобии, головокружения,

 мнительность и др.)

 в) Психические - отличаются от описанных выше приступов пароксиз-

 мальными изменениями психики без судорожных

 подергиваний.

 1. Сумеречные сознание - больной автоматически совершает

 сложные двигательные акты и

 действия (выходит из дома, едет

 в транспорте),не осмысливая

 их цели. Иногда н возбужден и

 агрессивен.

 2. Сноподобные состояния.

 3. Эпилептические психозы.

 4. Психомоторные припадки(автоматизмы) - больной теряет

 контакт с окружающим, не отвечает

 на вопросы, проделывает какие-то

 бессмысленные действия (снимает

 с себя одежду и др.). Придя в

 себя ничего не помнит.

 г) Вегетативно-висцеральные - проявляются приступообразными болями

 в области сердца, изменениями AD,

 расстройствами функции ЖКТ, расст-

 ройствами терморегуляции, аритмией,

 полидипсией, полиурией и др.

 Типичны для патологических процессов

 в гипоталамической области.

 д) Полиморфные припадки - присуще сочетание всех описанных выше

 признаков эпилепсии.

 Эпилептический статус

 ---------------------

 При эпилепсии могу возникать ургентные состояния,

 требующие немедленных действий в связи с острой угрозой для здоровья

 и жизни больного и окружающих. Таковым является ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ

 СТАТУС - серия припадков, чаще больших, судорожных, между которыми

 сознание полностью не восстанавливается. Такое состояние опасно для

 жизни больного из-за смещения и ущемления ствола мозга вследствие

 отека головного мозга или нарушений функции сердца и легких.

 При этом необходимо удалить инородные предметы из полости рта,

 ввести воздуховод, сделать в/в инъекцию 10 мг. Диазепама в 20 мл.

 40% р-па глюкозы. Больных направляют в реанимационное отделение

 больницы, где в случае продолжения припадков им проводят длительный

 дозированный наркоз.

 Диагностика.

 -----------

 Диагностика эпилепсии основывается на внезапности припадков

 их кратковременности, глубоком выключении сознания и расширении

 зрачков при генерализованных припадках, явлениях деперсонализации

 и дереализации при парциальных припадках. Типичные изменения на ЭЭГ

 подтверждают эпилептический характер припадков, хотя отсутствие таковых

 его не исключает. Для диагностики эпилепсии как болезни существенны

 анамнестические данные: болезнь возникает как правило в детском

 возрасте, отягощенный акушерский анамнез, наследственное отягощение

 в семье, перенесенные нейроинфекции и черпно-мозговые травмы,

 пароксизмальные состояния в возрасте до 3 лет.

 Профилактика

 ------------

 Включает превентивное противоэпилептическое лечение детей,

 перенесших перинатальные поражения мозга (при наличии изменений ЭЭГ

 или характерных клинических данных), а также лиц с черепно-мозговой

 травмой в анамнезе.

 Больным эпилепсией необходимо строго соблюдать режим дня.

 Им следует запретить прием алкогольных напитков, ограничить в пище

 мясо, пряности, поваренную соль и воду. Рекомендуется не перегреваться,

 избегать длительного пребывания на солнце и носить темные очки.

 Нельзя купаться в открытых водоемах. Ограничить просмотр телевизионных

 программ.

 Больным противопоказана работа на высоте, у воды,

 движущихся механизмов, возле горячих предметов, а также на транспорте.

 К службе в армии больные эпилепсией непригодны.

источник: харьковский медицинский университет

составил студент 2-го факультета Абоимов И.А.