ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав. Кафедры: ДМН., доцент Штегман О.А

# Реферат на тему:

Выполнил: ординатор 1 года Проскурин С.В.  
кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Красноярск,2023

**Содержание**

1. Введение
2. Определение
3. Классификация
4. Этиология
5. Стадии течения генерализованного судорожного эпилептического приступа
6. Диагностика
7. Лечение
8. Литература

**Введение**

На эпилепсию, которой страдает около 50 миллионов человек во всем мире, приходится значительная доля глобального бремени болезней. По оценкам, доля общего населения с активной формой эпилепсии (то есть с продолжающимися припадками или потребностью в лечении) на данный момент времени составляет от 4 до 10 на 1000 человек.

По оценкам, в глобальных масштабах эпилепсия ежегодно диагностируется у 5 миллионов человек. В странах с высоким уровнем дохода ежегодно регистрируется 49 новых случаев заболевания на 100 000 населения. В странах с низким и средним уровнем дохода этот показатель может доходить до 139 случаев на 100 000 населения. Это, по всей видимости, объясняется повышенным риском таких эндемичных заболеваний, как малярия и нейроцистицеркоз; повышенной частотой дорожно-транспортного травматизма; родовыми травмами; а также дефицитом медицинской инфраструктуры, программ профилактики и доступной медицинской помощи. В странах с низким и средним уровнем дохода проживает почти 80% страдающих эпилепсией.

**Определение**

**Эпилепсия** – заболевание головного мозга, определяемая любым из следующих условий: 1) по крайней мере, два неспровоцированных (или рефлекторных) приступа, с интервалом > 24 ч; 2) один неспровоцированный (или рефлекторный) приступ и вероятность повторения приступов, близкая к общему риску рецидива (≥ 60%) после двух спонтанных приступов в последующие 10 лет; 3) диагноз эпилептического синдрома, (≥ 60% - следует трактовать как высокую вероятность рецидива)

**Эпилептический статус** – состояние пролонгированного приступа или повторяющихся приступов, в интервалах между которыми состояние больного не возвращается к исходному. Это результат отказа механизмов, ответственных за прекращение, либо инициация механизмов, ведущих к аномально пролонгированным приступам после временной точки t1 (время начала лечения), которые могут иметь долгосрочные последствия после рубежа t2 (время начала долгосрочных изменений), включающие нейрональную смерть, нейрональное повреждение, перестройку нейронных связей. Временные параметры: тонико-клонический эпилептический статус t1 – 5 мин, t2 – 30 мин, фокальный эпилептический статус t1 – 10 мин, t2 – более 60 мин, статус абсансов t1 – 10 - 15 мин, t2 – неизвестно.

**Классификация эпилептических приступов**

**I. Парциальные**

А. Простые (фокальные, локальные)

1. Моторные: с маршем (джексоновские), без марша, адверсивные,

постуральные, локальные, фонаторные (вокализация или остановка речи);

2. Сенсорные: соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные,

вкусовые, вестибулярные;

3. Вегетативные (изменение окраски кожи, артериального давления,

ритма сердца, размеров зрачков, пилоэрекция, дискомфорт в эпигастральной

области);

4. Психические: а) дисфазические; б) дисмнестические (deja vu, jamais

vu и др.); в) когнитивные (сновидное помрачение сознания, дереализация,

деперсонализация); г) аффективные (страх, депрессия, гнев,

раздражительность); д) иллюзорные (иллюзии размера, формы, веса,

дистанции);

Б. Сложные

1. Сложные галлюцинаторные (зрительные, слуховые, обонятельные,

вкусовые галлюцинации);

2. Начинающиеся как простые парциальные припадки с последующим

нарушением сознания: а) с простыми фокальными проявлениями и

последующим нарушением сознания; б) с автоматизмами;

3. Начинающиеся с нарушения сознания: а) только с нарушением

сознания; б) с автоматизмами;

В. Со вторичной генерализацией

1. Простые парциальные с вторичной генерализацией;

2. Сложные парциальные с вторичной генерализацией;

3. Простые парциальные с переходом в сложные парциальные и

последующей генерализацией.

**II. Генерализованные**

А. Абсансы

1. Типичные: только с нарушением сознания, с легкими клоническим,

тоническим или атоническим компонентами, автоматизмами, вегетативными

проявлениями;

2. Атипичные: с более выраженным изменением тонуса, более

медленным-началом и/или окончанием;

Б. Миоклонические

В. Клонические

Г. Тонические

Д. Тонико-клонические

Е. Атонические

**Этиология**

Эпилепсия – полиэтиологичное заболевание. В соответствии с классификацией эпилепсий Международной противоэпилептической лиги 2017 года, все формы эпилепсии подразделяются по этиологии на 6 категорий:

* генетические
* структурные
* метаболические
* инфекционные
* иммунные
* с неизвестной причиной

Определение этиологии эпилепсии играет решающую роль в выборе тактики ведения и лечения пациента. В ряде случаев у пациента может быть сочетание нескольких этиологических факторов, например, структурного и генетического

**Стадии течения генерализованного судорожного эпилептического приступа**

**Предвестники** - усталость, частая зевота, головокружение, сердцебиение, олигурия, нарушения пищеварения, отрыжка, тошнота, слюнотечение, сильное беспокойство или безучастность, расстройство основного настроения, смещение витальных и психических чувств в сторону депрессии и ипохондрической установки, реже - в сторону эйфории, парестезии, ощущения холода, сегментарные расстройства ощущений - клонические подергивания отдельных мышц лица и тела - нарушение зрения, светобоязнь, ухудшение слуха, расстройства обоняния и вкуса. На электроэнцефалограмме могут появиться большие медленные волны - 3-4 секунды.

**Аура** - появляющиеся примерно у половины больных эпилепсией за несколько секунд до припадка и именуемые аурой непосредственные предвестники считаются началом припадка, которое может быть замечено и сохранено в памяти больным до того, как он лишится сознания.

**Тоническая фаза** - полная потеря сознания, часто с начальным криком, возникающим оттого, что в начинающейся тонической судороге воздух при вдохе или выдохе выталкивается через судорожно сокращенную голосовую щель, суженные в начале приступа зрачки расширяются и на свет не реагируют, дыхание прекращается; вследствие участия гладкой мускулатуры в тонической судороге возможно непроизвольное испускание мочи, реже кала; первоначальная бледность сменяется цианозом, наблюдается венозный застой на шее и лице, иногда с кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки. Длительность 10-30 секунд.

**Клоническая фаза** - симметрично-ритмические подергивания в форме следующих друг за другом резких сгибательных или разгибательных движений конечностей, туловища и головы с закатыванием глаз, хрипящим и ускоренным дыханием и клокочущими шумами; так как в судороги вовлекаются жевательные мышцы, то возможны прикусы губ, языка и слизистой оболочки ротовой полости и тогда рот покрывается кровавой пеной; подергивания постепенно становятся все слабее и реже, синюшность проходит; двигательное напряжение часто разрешается глубоким и тяжелым вдохом. Длительность 1-2 минуты.

**Стадия после припадка** - сознание изменено, наблюдаются изменчивость рефлексов, преходящие парезы, расстройства узнавания, речи, взгляд блуждает; после приступа отмечается полная амнезия, которая в редких случаях распространяется на короткий промежуток, предшествовавший припадку (ретроградная амнезия). Больные чувствуют после пробуждения от послеприпадочного сна общую разбитость, невозможность сосредоточиться, неспособность к труду; у них наблюдаются сенсорные расстройства, атактические явления, выпадения участков поля зрения, головные боли, подавленное настроение.

**Диагностика**

1. ЭЭГ-исследование: рутинная ЭЭГ, ЭЭГ во время сна и в состоянии бодрствования с использованием методов провокации (гипервентиляция, фото стимуляция) и специальных электродов, длительная видео-ЭЭГ запись для подтверждения диагноза, анализа типа припадка, исключения психогенных приступов;

2. МРТ головного мозга (1,5 Тл и более) - выявление склероза гиппокампа, кортикальных дисгинезий, а не только очаговой патологии головного мозга;

3. Исследование состояния сосудистой системы мозга – ДСЭА, МРТ в ангиографическом режиме, при необходимости – ангиография;

4. Нейропсихологическое обследование;

5. Серологическое обследование крови и ликвора на сифилис и вирусы;

6. Анализ крови - гемоглобин, гематокрит, лейкоцитарная формула, количество тромбоцитов, свертываемость крови;

7. Анализ мочи - белок, глюкоза, микроскопия, кетоны, примеси крови);

8. Биохимический анализ крови - электролиты, белок, мочевина, иммуноглобулины, кальций, трансаминазы, щелочная фосфатаза, билирубин, мочевина, глюкоза, креатинин, амилаза, церулоплазмин, молочная кислота;

9. Генетическое исследование - кариотипирование, анализ ДНК

10. Определение концентрации препаратов в крови.

**Лечение**

1. Неотложная помощь на догоспитальном этапе

* Освободить место вокруг пострадавшего и подложить ему под голову что-нибудь мягкое, расстегнуть одежду на шее и груди пострадавшего.
* Не пытаться сдерживать пострадавшего. Если у него стиснуты зубы, не пытаться разжать челюсти. Не пытаться засунуть что-нибудь в рот пострадавшего, так как это может привести к травме зубов и закрытию дыхательных путей их отломками.
* Перевести пострадавшего в безопасное положение на бок
* Обработать все травмы, полученные пострадавшим во время припадка

Бригаду «скорой помощи» при эпилептическом приступе следует

вызывать, если:

* приступ длится более 3 минут;
* после приступа пострадавший не приходит в сознание более 10 минут;
* приступ произошёл впервые;
* приступ случился у ребенка или у пожилого человека;
* приступ произошёл у беременной женщины;
* во время приступа пострадавший получил травмы;

2. Первая врачебная помощь

Противосудорожная терапия:

* Сульфат магния - 25% раствор 10-25 мл в/в или в/м;
* Седуксен (диазепам) - 10—20 мг на 20 мл 40% раствора глюкозы в/в;
* Барбитураты (гексенал, тиопентал до 1 г в сутки - 300-500 мг в/в, остальная доза - в/м);
* Фенобарбитал - ударная доза (15-20 мг/кг) вводится со скоростью, не превышающей 50-100 мг/мин., пока не будет достигнута высшая доза или не прекратятся судороги. За ударной дозой следует поддерживающая доза, составляющая 1-4 мг/кг/ день.

Снижение внутричерепного давления и уменьшение гидрофильности мозговой ткани:

* осмотические диуретики (Маннитол), Лазикс; Сульфат магния неоднократно;
* глюкокортикоиды - предпочтительнее дексаметазон.

**Литература**

* «Неотложные состояния в неврологии» Прокопенко С.В., Исаева Н.В., Можейко Е.Ю., Аброськина М.В., Нестерова Ю.В 2015 г.
* Клинические рекомендации «Эпилепсия и эпилептический статус у

взрослых и детей» 2020 г.

* Эпилепсии. Современные концепции и терапевтические подходы Зенков Л.Р. 2012 г.
* Общая неврология. Д. И. Чиж, Е. В. Петрова, Е. А Кокарева 2019 г.