

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО  
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

## Реферат

На тему: Эпилепсия

Выполнила: ординатор 2 года обучения  
специальности «Психиатрия» Трифонова В.В.  
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2021

## Оглавление

|                                                    |   |
|----------------------------------------------------|---|
| 1. Введение.....                                   | 3 |
| 2. Определение.....                                | 3 |
| 3. Причины возникновения.....                      | 3 |
| 4. Классификация приступов.....                    | 4 |
| 5. Диагностика.....                                | 5 |
| 6. Лечение.....                                    | 6 |
| 7. Особенности характера у больных эпилепсией..... | 7 |
| 8. Заключение.....                                 | 8 |
| 9. Список литературы.....                          | 9 |



## 1. Введение

Согласно последним данным исследователей, эпилепсией во всем мире страдает 50 миллионов человек. По оценкам, в глобальных масштабах эпилепсия ежегодно диагностируется у пяти 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 быть более чем в два раза выше (139 случаев на 100 000 населения).

Поэтому проблема эпилепсии очень актуальна в наше время. Также в связи с тем, что общество боязливо и негативно относится к людям с эпилептическими приступами и их проблемами, опасаются их и стараются избегать. Причиной этому и то, что большинство людей не владеют достаточной информацией о данном заболевании и не умеют оказывать первую помощь при приступе.

## 2. Определение

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями. В основе эпилепсии лежит высокая нейронная активность с высоковольтными синхронными разрядами (эпилептический очаг). С патофизиологической точки зрения представляет тот, что описание эпилепсии, предложенное более 100 лет назад Джоном Хаглингстом Джексон, актуально и до сих пор, без каких либо ограничений. Эпилептический припадок возникает в результате внезапной быстрой и чрезмерной разрядки нейронов в сером веществе мозга, и если исходящий из ограниченного очага разряд охватывает весь мозг, выдавая его реакции, то появятся судороги. Так как разряд нейронов происходит очень быстро, то при генерализованном эпилептическом припадке с помощью одних клинических данных невозможно установить первичный очаг. Это удастся тогда, когда разряд происходит в ограниченном месте, или более медленно распространяется на остальное вещество мозга, проявляясь в специфической клинической симптоматике, и при определенных обстоятельствах в ЭЭГ. Для идентификации очага большое значение имеет точное описание первого приступа.

## 3. Причины возникновения

Примерно в 70% случаев причина приступа остается неизвестной, несмотря на специальное неврологическое обследование, так как отсутствуют явные или предполагаемые признаки основного заболевания мозга. В зависимости от того, в каком возрасте появились приступы, следует предполагать те или иные причины. Если они появились до 20 лет, то, скорее всего, может быть повреждение мозга во время беременности и родов, чем, например, опухоль мозга. Если эпилепсия наступает после 25 лет, то наиболее частой причиной, как правило, бывают опухоли мозга, а у пожилых людей нарушение кровообращения мозга (инсульты).

- Перинатальные осложнения являются основной причиной судорог у детей. Как родовые, так и предродовые травмы вызывают гипоксию мозга (кислородное голодание). В самом деле, большинство врожденных нарушений работы мозга связано с его кислородным голоданием.

- Травма головы является причиной 5-10% случаев эпилепсии. Посттравматическая эпилепсия может последовать за травмой головного мозга в результате сильного ушиба, дорожно-транспортного происшествия, жесткого обращения с детьми.



Посттравматические судороги иногда развиваются сразу после травмы, а иногда появляются через несколько лет.

- Соматические и инфекционные заболевания. Повторные эпилептические приступы наблюдаются при многих болезнях. Рак, поражающий мозг, инфекции ЦНС типа менингита и энцефалита, также могут вызвать повторные приступы.

- Нарушение обмена веществ. Эпилепсию могут вызвать как наследственные нарушения обмена веществ, так и приобретенные. Употребление пищи может повлиять на метаболизм и спровоцировать судорожные приступы почти у каждого.

- Наследственность. Если у одного из родителей эпилепсия, то вероятность ее появления у их ребенка составляет около 60%, то есть в 3-6 раз больше, чем для большинства людей. В тоже время это говорит о том, что у 94% детей эпилепсии не будут. 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.

#### **4. Классификация приступов**

Эпилептические приступы могут иметь различные проявления в зависимости от этиологии, локализации поражения, ЭЭГ-характеристик уровня зрелости нервной системы на момент развития приступа. В основе многочисленных классификаций лежат эти и другие характеристики. Однако с практической точки зрения имеет смысл выделять две категории:

##### **Первично-генерализованные приступы**

Первично-генерализованные приступы — двусторонние симметричные, без очаговых проявлений в момент возникновения. К ним относятся два вида:

##### **1. Тонико-клонические приступы (grand mal)**

В этом случае больной ощущает приближение приступа уже за несколько часов. Боль, внезапные изменения настроения и другое. Непосредственно перед приступом появляются ауры — необычные сенсорные и несенсорные восприятия (ложные восприятия). Больной скрипит зубами, беспокойно двигает конечностями, часто и интенсивно моргает глазами. Затем следуют галлюцинации, в том числе акустического происхождения. Далее впадает в состояние страха, часто возникает переживание того, что когда-то уже было. Это может усилиться до состояния типа сна. После аур следует конвульсии. С криком больной падает на землю без сознания, конечности судорожно застывают, челюсти сжаты, глаза закатываются. Этот период продолжается около 30 секунд, затем следует клоническая фаза. Ритмические судороги, язык вываливаются изо рта, мышцы лица судорожно искажаются. Слюновыделение становится очень интенсивным, изо рта капает белая пена. Обычно приступ длится не более пяти минут. Глубокий вдох и общее расслабление свидетельствуют о его окончании. Затем он медленно приходит в себя, полностью обессилен и вообще не помнит о происшедшем. Возможны последствия моторного (паралич), сенсорного (нарушение чувствительности) или психического происхождения.

Основное осложнение: эпилептический статус. Эпилептический статус — продолжительные приступы или приступы, повторяющиеся настолько часто, что между ними больной не приходит в сознание. Статус может возникать как осложнение эпилепсии или быть её манифестным проявлением, является жизнеугрожающим состоянием.



2. Абсансы (petit mal) — короткие периоды потери сознания.

Основные характеристики: абсенты, миоклонические симптомы (мышечные судороги) и акинез (неподвижность), которые изолированы и не встречаются вместе. Когда абсанс проходит, все кажется снова нормальным, больной не может об этом вспомнить, иногда этот эпизод ими вообще не замечается.

#### **Фокальные приступы**

1. Моторные - короткие подергивания где-либо в теле, конечности.
2. Сенсорные – проявляются парестезиями в каких-либо участках тела
3. Вегетативные – с ощущениями по типу сенестопатий вроде «шевелений в животе», сопровождающиеся тахикардией и чувством страха.
4. Когнитивные эквиваленты:
  - дисфория
  - помрачение сознания/фуга
  - психосенсорные нарушения

### **5. Диагностика**

#### *1. Электро-энцефалографические исследования*

Метод электроэнцефалографии (ЭЭГ) основан на регистрации т.н. биопотенциалов мозга. Излагая сущность метода простыми словами, можно сказать, что энцефалограф, это по сути обычный вольтметр, который измеряет разности потенциалов между различными точками кожи головы. Поскольку, как и все процессы в живой природе, потенциалы мозга меняются во времени, запись ЭЭГ традиционно представляется в виде кривой потенциал время. Выглядит это обычно как лист (или лента в зависимости от конструкции аппарата), заполненный несколькими заковыристыми кривыми — записями процесса с разных участков мозга.

**Среди методов регистрации ЭЭГ наиболее распространены :**

- Рутинная ЭЭГ
- Видео ЭЭГ мониторинг.

Обычный (рутинный) метод записи ЭЭГ предполагает не более 15 минут записи, и используется для массовых исследований. К сожалению, в ряде ситуаций он оказался не слишком информативен – слишком короткий период записи не всегда позволяет разглядеть патологическую активность. Однако очень часто встречаются ситуации, когда даже в случае тяжелой болезни изменения на ЭЭГ проявляются лишь на незначительный период времени – например в связи с засыпанием пробуждением пациента.

С появлением компьютерных технологий (КЭЭГ) закономерно появилась возможность выполнять более длительные записи — мониторинг ЭЭГ (от слова monitor – наблюдать). ЭЭГ мониторинг предполагает длительную от 1 до 12 часов и более непрерывной записи. Активность мозга регистрируется в разных функциональных состояниях – как при повседневной активности в бодрствовании так и во сне. Причем, по мнению большинства исследователей, в большинстве случаев именно запись сна обладает наибольшей информативностью.

#### *2. Компьютерная и магнито-резонансная томография (КТ и МРТ).*

Эти методы исследования относятся к так называемым нейровизуализирующим методам, то есть результатом исследования является изображение структур нервной системы.



Различия между этими методами существенны не столько для пациента сколько для врача, назначающего это исследование: если КТ для сбора информации использует рентгеновское излучение (лучше визуализируются плотные структуры: кости, сосуды), то МРТ использует переменное магнитное поле (лучше визуализируются более рыхлые структуры – паренхима головного мозга и т.п.).

*3. Анализы крови на ПАВ, а также электролиты (К, Са, Na) для дифференциальной диагностики.*

## **6. Лечение**

Эффективность медикаментозной терапии эпилепсии определяется не просто фактом подтверждения диагноза эпилепсии, но и определением конкретной формы заболевания – является ли оно проявлением наследственной или приобретенной патологии, являются ли приступы генерализованными или фокальными. Большинство доступных сегодня противосудорожных препаратов не имеют универсального эффекта, результат зависит от подбора препарата, наиболее эффективного при данном виде приступов. Следует учитывать, что у пациента могут наблюдаться не один, а несколько видов приступов.

Учитываются факторы, которые провоцируют приступы (алкоголь, недосыпание, и др.). Эффективность лечения возрастает, если параллельно медикаментозной терапии ограничить воздействие возможных провоцирующих факторов. Ранее традиционно необходимо было наличие как минимум 2-х неспровоцированных приступов, чтобы начать лечения. Сейчас считается, что лечение можно инициировать и после первого приступа, если дополнительные данные (неврологический статус, ЭЭГ, МРТ) указывают на высокую вероятность возникновения второго приступа.

Выбор противосудорожного препарата зависит не только от формы заболевания и типа приступов, учитываются возраст пациента, пол (репродуктивный возраст у женщин), сопутствующие заболевания, время возникновения приступов, имеющиеся медицинские противопоказания к тому или иному препарату, возможные побочные действия, лекарственные взаимодействия. Самые часто назначаемые противосудорожные препараты – ламотриджин, карбамазепин, депакин.

Хорошей практикой считается упор на монотерапию – врач стремится достичь эффекта на одном препарате, поскольку политерапия (комбинация разных препаратов) увеличивает риск побочных действий. Для контроля побочных действий увеличение дозировки происходит постепенно, обычно на протяжении 2-4 недель, зависит от конкретного препарата. В случае, если первый препарат оказывается недостаточно эффективным, принимается решение о постепенной замене его на другой препарат, эффективный для данного вида приступов. Если монотерапия вторым препаратом также неэффективна, пробуют комбинацию двух препаратов (дуотерапия). С учетом довольно большого выбора АЭП, назначение более двух противосудорожных препаратов считается целесообразным в очень небольшом числе случаев.

При недостаточной эффективности медикаментозной терапии, или возникновении побочных действий, часто используется определение уровня препарата в крови последующей корректировкой дозировки. Необходимо строго следить за предписанным интервалом приема препарата.

Целью лекарственной терапии является полное прекращение (полный контроль) приступов при отсутствии неприемлемых побочных эффектов. Для этого обычно используют следующее правило: отсутствие приступов на протяжении периода, превышающего в 3 раза средний межприступный интервал до начала терапии, но не менее года.



Даже при достижении полного прекращения приступов, необходимо продолжить противосудорожную терапию на протяжении длительного времени (обычно не менее 3-5 лет). Срок, на протяжении которого необходимо продолжать прием препаратов, зависит от формы эпилепсии у пациента, оценки вероятности возобновления приступов, решение принимается индивидуально, в каждом отдельном случае.

К сожалению, примерно в 30 процентов случаев медикаментозная терапия оказывается недостаточно эффективной. Тогда эпилепсия считается фармакорезистентной (рефрактерной) и следует рассмотреть возможность других, немедикаментозных методов лечения, в частности, хирургического лечения.

**Помощь при эпилептическом статусе** заключается в проведении комплекса неотложных лечебных мероприятий. При этом надо действовать быстро и энергично. Объем оказания первой помощи зависит от того, где случился эпилептический статус: на улице, в медицинском учреждении, на производстве, транспорте и т. д. Если статус развился дома, необходимо срочно вызвать машину скорой помощи. До приезда бригады скорой помощи больного следует повернуть на бок, чтобы не произошла аспирация легких слюной и рвотными массами, а также предотвратить западение языка. Первая медицинская помощь по возможности преследует цели:

1. купирование судорог;
2. обеспечение проходимости дыхательных путей, предупреждение развития асфиксии вследствие аспирации слизи и рвотных масс или западения языка;
3. поддержание сердечной деятельности;
4. борьба с отеком мозга.

Противосудорожные мероприятия начинаются с применения диазепама (седуксена, валлиума). Внутривенно вводят (20 мг) 2 ампулы — 4 мл 0,5% раствора седуксена вместе с 16 мл 40% раствора глюкозы. Если внутривенное вливание затруднено, то седуксен вводят внутримышечно. Внутримышечно делается также инъекция литической смеси: промедол — 1 мл 2% раствора, анальгин — 2 мл 25% или 50% раствора, димедрол — 2 мл 1% раствора, новокаин — 2 мл 0,5% раствора. В качестве дегидратационного средства используют фуросемид (лазикс) 1—2 мл 2% раствора внутримышечно. Из сердечных средств внутривенно (медленно!) вводят коргликон 1 мл 0,06% раствора или дигоксин 0,5—1 мл 0,025% раствора.

## **7. Особенности характера у больных эпилепсией**

Больным эпилепсией свойственны особые черты характера - эпилептический характер. При большой медлительности, тугой подвижности мышления и действий, они крайне возбудимы, взрывчаты, склонны предавать большое значение мелочам, застревать на деталях. Они чрезвычайно самолюбимы, эгоистичны, злопамятны, в тоже время мелочно-аккуратны, пунктуальны. Больные любят чистоту, порядок; их вещи, к которым они очень привыкают, должны стоять всегда на одних и тех же местах. Выполняя какую-либо работу они всё делают тщательно, кропотливо. Особенно показательны в этом плане их рисунки. Характерны изменения мышления. Мышление больных эпилепсией становится замедленным, инертным, вязким. Больной многословен, застревает на мелочах, с трудом переходят на другую тему. Темп речи медленный монотонный. Больные часто используют уменьшительно-ласкательные слова (миленькая мамочка, сладенький чаечек и т.д.). Аффекты, как и мышление вязки, раз возникнув, они не поддаются отвлечению, отсюда злопамятность и мстительность. Больные становятся холодными к окружающим, маскируя это иногда показательной нежностью, любезностью.



Придирчивы, мелочны, любят поучать других, выставляют себя борцами за справедливость. Обычно долго хранят воспоминания об обиде и при удобном случае стараются отомстить. В результате болезни у них страдает память. При неблагоприятном течении болезни могут до деталей помнить события прошлого, в то время, как смысл этих событий им уже не доступен. В то же время больные хорошо запоминают, все, что касается их лечения, очень подробно рассказывают о своей болезни, помнят названия прописанных лекарств, имена врачей и т.д. Если болезнь течет неблагоприятно, то развивается особое эпилептическое слабоумие. Больной теряет способность отличать главное от второстепенного, застревает на мелочах, так как для него, все одинаково важно. Мышление становится конкретно-описательным, резко снижается память, запас слов (олигофазия). Круг интересов сужается. Больные склоны к реакциям гнева, ярости. Больные с явлением слабоумия склонны собирать различные ненужные вещи, складывать их, заворачивать в узелки, прятать их, при этом они никогда не расстанутся с этими вещами, часто их перебирают.

Поэтому также необходимо подключение клинического психолога или психотерапевта для индивидуальной и групповой работы с больными. При психотических нарушениях (эпилептический психоз) необходимо лечение антипсихотиками у психиатра.

## **8. Заключение**

Эпилепсия - это хроническое заболевание головного мозга, возникающее при чрезмерной нейронной активности и сопровождающееся повторными приступами. На протяжении многих веков с эпилепсией были связаны мифы и суеверия. Однако при своевременной диагностике и правильном лечении большинство пациентов (до 70%) с эпилепсией имеют благоприятный прогноз. При регулярных посещениях врача и выполнении его предписаний можно достичь стойкой ремиссии и даже снятия диагноза, продолжая жить полноценной жизнью без потери её качества. 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.



## 9. Список литературы

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г.: Психиатрия. Национальное руководство, 2020.
2. Александровский Ю.А. - Психиатрия : национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп. 2018г.
3. Жмуров В.А. «Психиатрия. Энциклопедия.» М,2016г.
4. Карлов В.А. статья «Расстройства психики при эпилепсии», Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2014 год.
5. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. - Психиатрия. Учебник для вузов. 3-е издание. М., 2006.
6. Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018.
7. Михайлов В. А. Эпилепсия: стигматизация, качество жизни и реабилитация больных. Неврологический вестник 2007; вып.3: 135-136.
8. Усюкина М.В., Лаврущик М.В. статья « Психические расстройства при эпилепсии в современных классификациях», Российский психиатрический журнал, 2019 год.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО  
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.  
на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия  
Трифоновой В.В.

Тема реферата Эпипсиль

### Основные оценочные критерии

| №  | Оценочный критерий                                 | Положительный/отрицательный |
|----|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1  | Структурированность                                | +                           |
| 2  | Актуальность                                       | +                           |
| 3  | Соответствие текста реферата его теме              | +                           |
| 4  | Владение терминологией                             | +                           |
| 5  | Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | +/-                         |
| 6  | Логичность доказательной базы                      | +                           |
| 7  | Умение аргументировать основные положения и выводы | +                           |
| 8  | Источники литературы (не старше 5 лет)             | 8/5                         |
| 9  | Наличие общего вывода по теме                      | +                           |
| 10 | Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)            | 4 / хорошо                  |

Дата "24" марта 2021 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Трифопова В.В.