

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом реабилитации ПО

РЕФЕРАТ Тема: Эпилепсия

Выполнил

Врач ординатор каф нервных болезней

Зенкова М.А.

ЭПИЛЕПСИЯ

Клинические проявления

Продромальный период болезни – достаточно длительный период времени (возможно несколько лет), предшествующий первому пароксизмальному состоянию. В этот период возможны приступы недомогания, расстройства сна, головные боли, головокружения, чувство общего дискомфорта, расстройства настроения с раздражительностью, вспыльчивостью. Реже возможны разнообразные бессудорожные пароксизмы – подергивание отдельных мышц, внезапное затруднение дыхания, сердцебиение, ускорение или замедление мышления и пр.

Продромы пароксизмов — предшествуют эпилептическому припадку (примерно в 10% случаев) в течение нескольких дней — состояние недомогания, разбитости, аффективных расстройств, головных болей и пр.

Основные признаки пароксизма:

- Внезапно возникают и прекращаются,
- Относительно кратковременны,
- Стереотипность,
- Периодичность

СУДОРОЖНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ

1. Большой судорожный припадок (grand mal). Фазы развития: аура — тоническая фаза — клоническая фаза — фаза помрачения сознания.

АУРА — кратковременное изменение сознания, во время которого у больного возникают разнообразные расстройства (чувствительные, эмоциональные и пр.) — непосредственно предшествует судорожному припадку (длится несколько секунд) .

Классификация аур (Пенфилд, 1954)

1. Висцеросенсорная аура (эпигастральная) — неприятное, болевое ощущение из эпигастральной области распространяется вверх, больной ощущает «удар» и теряет сознание.

1. Висцеромоторная аура:

- зрачковая — изменение ширины зрачка, независимо от освещения, сразу после чего развивается припадок;

- сосудистая — чередование покраснения и побледнения кожных покровов с ощущением жара или озноба;

- желудочно-кишечная — урчание, боли в животе, усиление перистальтики;

- пиломоторная аура — появление «гусиной кожи», поднимание волос на коже;

- мигательная аура — частые мигательные движения.

3. Сенсорная аура:

- соматосенсорная — разнообразные сенестопатические проявления;

- зрительная — внезапное ухудшение зрения, вплоть до слепоты;

- слуховая — аказмии;

- обонятельная — ощущение различных запахов;

- приступы внезапных головокружений;

4. Импульсивная аура — разные двигательные акты: ходьба, бег, насильственный крик, пение, brutальное поведение, реже эпизоды эксгибиционизма, клепто- и пироманйческие акты.

4. Психическая аура:

- галлюцинаторная (со зрительными, ярко окрашенными галлюцинациями);

- идеаторная (с расстройством мышления, «перерывами мыслей»);

- с нерезким помрачением по типу онейроида (с аффектом страха, метаморфопсиями, фантастическим восприятием);
- аура с ощущением «уже виденного» и «никогда не виденного».

Иногда припадок ограничивается аурой, но чаще вслед за аурой развивается судорожная фаза припадка. Отмечается потеря сознания, тоническое сокращение всех мышц, падение больного с пронзительным криком, вытягиваются руки и ноги, сжимаются челюсти, синееет лицо, учащается пульс и повышается артериальное давление, зрачки расширяются и не реагируют на свет. Нередко происходят непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Длится тоническая фаза 30—60 секунд, на смену ей приходит клоническая фаза с быстрыми сокращениями и расслаблениями поперечнополосатых мышц. Больной периодически всхрипывает, изо рта выделяется слюна. Клоническая фаза длится 2-3 минуты. Постепенно судороги стихают, наступает коматозное состояние, переходящее в сопор. Сознание проясняется постепенно, судорожный и коматозный периоды амнезируются.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС

— непрерывно следующие друг за другом большие epileптические припадки, больные не приходят в сознание, длительно сохраняются кома, сопор или оглушение. Продолжительность от нескольких часов до нескольких суток. Часто epileптический статус сопровождается гипертермией, падением артериального давления, учащением пульса, гипергидрозом и др. сомато-вегетативными симптомами. При длительном течении epileптического статуса возможно наступление смерти в связи с нарастающей гипоксией и отеком мозга.

МАЛЫЕ ПРИПАДКИ (PETIT MAL)

— группа пароксизмов, отличающихся отсутствием судорожного компонента. Чаще встречаются в детском возрасте и характеризуются большим разнообразием.

Выделяют подгруппы:

А. типичные малые припадки,

Б. миоклонические,

В. акинетические

А. Типичные малые припадки — возникают у детей с 4 лет, наиболее часто с 7—15 лет, после пубертата обычно проходят:

1. Простой абсанс — внезапное, кратковременное выключение сознания (несколько секунд) — застывший взгляд, может быть ритмическое подергивание глазных яблок, век. Больные не падают.

2. Сложный абсанс — отличается от простого — изменением тонуса тех или иных групп мышц (лица, шеи, рук), «отвисает челюсть», «падает рука»; — двусторонним вздрагиванием мышц; — вегетативными нарушениями (бледность кожи, упускание мочи и пр.).

3. Пикнолептический припадок — кратковременное выключение сознания, бледность лица, слюнотечение и разно образные ретропульсивные (направление назад) движения — закатывание глазных яблок, запрокидывание головы, забрасывание рук и пр.

Случаи с частыми (до 50 раз в день) пикнолептическими припадками называют пикнолепсия — имеет относительно доброкачественное течение, чаще в возрасте 6—8 лет).

Б. Мноклонические (импульсивные) припадки — возникают чаще в возрасте 9—17 лет, у взрослых редки. Проявляются внезапным двусторонним вздрагиванием (как при испуге) или толчком в группах мышц (чаще плечевого пояса), при этом больные часто роняют предметы. Приступы чаще в виде «залпов» или серий (по 5—20 подряд) с часовыми (1—3) интервалами, в утреннее время. Провоцируются такие припадки недостаточным сном, резким пробуждением, алкоголем.

В. Акинетические (пропульсивные) припадки — встречаются в основном до 4 лет, чаще у мальчиков, ночью. Характерны разнообразные, направленные вперед движения — головы, туловища, всего тела (из-за внезапного ослабления мышечного тонуса).

Разновидностью являются:

- кивки (серия кивательных движений головой);
- клевки (резкие наклоны головы вперед вплоть до ударов);
- салаам-припадки — движения больного напоминают поклоны при мусульманском приветствии, (наклон вперед, голова падает вниз, а руки разводятся в стороны) — без падения;
- при «молниеносном припадке», в отличие от салаам-припадка — больные падают.

ОЧАГОВЫЕ (ФОКАЛЬНЫЕ) ПАРОКСИЗМЫ

Адверсивный судорожный припадок (связан с локализацией эпилептического очага в коре лобной или височной извилины) — характерно начало: поворот тела вокруг оси (вначале насильственный поворот глазных яблок, затем в ту же сторону голова, корпус), и больной падает. Затем наступает клоническая фаза, как при большом припадке.

Парциальный (Джексоновский) припадок: (обычно локализация очага в передней центральной извилине) тоническая и клоническая фазы ограничены лишь определенной группой мышц (редко происходит генерализация припадка). Чаще вовлекаются мышцы рук (с кисти переходит на предплечье, плечо), ног (со стопы переходит на голень, бедро), лица (перекашивается рот, а затем вся мускулатура соответствующей половины лица). Нередко Джексоновские припадки возникают сериями и заканчиваются вялыми параличами.

Тонические постуральные судороги (локализация очага в стволовой части мозга) — мощная тоническая судорога, вследствие чего возникает опистотонус, задержка дыхания, цианоз, потеря сознания. На этом припадок завершается (клонической фазы нет).

БЕССУДОРОЖНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ

А. Протекающие с помрачением сознания:

1. Сумеречное расстройство сознания — характерно внезапное начало и завершение («транзиторность»), глубокая дезориентировка в окружающем, развитие галлюцинаций и острого бреда, выраженный аффект тоски, злобы, страха, а также неистовое возбуждение — либо внешне упорядоченное поведение. Воспоминания о перенесенном полностью отсутствуют.

2. Амбулаторные автоматизмы — автоматизированные действия при полной отрешенности больного от окружающего:

— оральные автоматизмы (приступы жевания, причмокивания, облизывания, глотания);

— ротаторные автоматизмы (вращательные движения на одном месте);

— фуги (кратковременное состояние амбулаторного автоматизма — 1—2 мин.; больные бросаются бежать, снимают одежду и пр., приходя в себя, не могут понять, почему привлекли внимание окружающих);

— трансы (больные проезжают свою остановку, проходят мимо дома и пр.).

3. Особые (сновидные) состояния — с фантастическим грезоподобным бредом и частичной амнезией.

Б. Протекающие без помрачения сознания:

1. Психопатологические состояния, соответствующие ауре, — но без последующего развития припадка.

2. Аффективные пароксизмы (эпизодически возникающие состояния дисфории — тоскливоозлобного поведения с агрессией, либо депрессия).

3. Катаlepsия — внезапное снижение мышечного тонуса на резкий раздражитель (испуг, яркий свет, внезапный крик и пр.).

4. Нарколепсия — начинается внезапно с непреодолимой сонливости — больной засыпает в самом неудобном положении: во время еды, ходьбы.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Основными чертами психики больных эпилепсией являются — тугоподвижность, инертность, вязкость всех психических процессов, склонность к детализации, застреванию на мелочах, обстоятельность, трудность переключения, невозможность выделить главное и пр. Затрудняется накопление нового опыта, значительно снижается память. Обращает внимание эмоциональная сфера, характеризующаяся аффективной инертностью, вязкостью (накоплением отрицательных эмоций) и взрывчатостью. Свойственна также злопамятность, мстительность, эгоцентризм, агрессивность. Нередко встречается ханжеская слащавость, подобострастность, угодливость, сочетание повышенной чувствительности, ранимости (дефензивности) с недоброжелательностью, злобностью. «С молитвой на устах и с камнем за пазухой».

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

— могут возникать вне связи с судорожным припадком, непосредственно предшествуя ему, либо вслед за ним.

а. Острые эпилептические психозы с помрачением сознания — по типу сумеречного состояния сознания (до нескольких суток), либо эпилептического онейроида.

б. Острые эпилептические психозы без помрачения сознания — острые параноидные состояния.

в. Хронические психозы — паранойяльные, галлюцинаторно-параноидные, парафренические, кататонические.

Классификация эпилептических пароксизмов (П. М. Сараджишвили, 1969)

I. Генерализованные (общие) припадки:

а) большие судорожные припадки;

б) малые припадки (абсансы, миоклонические припадки, акинетические припадки);

в) эпилептическое состояние.

II. Очаговые (фокальные) припадки:

а) двигательные припадки: джексоновские, адверсивные, жевательные, тонические постуральные, миоклонические);

б) чувствительные (сенсорные) припадки: соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, приступы головокружения;

в) психические припадки, пароксизмальные нарушения психики: кратковременные психозы, сумеречные сноподобные состояния, дисфории; эпилептические психозы;

г) автоматизмы;

д) вегетативно-висцеральные припадки;

е) речевые припадки (припадки потери артикуляции, собственно афатические припадки);

ж) рефлекторные припадки.

Общепринятой классификации эпилепсии нет, что объясняется разнообразием взглядов на ее этиологию и патогенез. Одни исследователи ограничиваются разделением эпилепсии на генуинную и симптоматическую:

—термин «генуинная эпилепсия» обозначает эпилепсию без выясненной этиологии (или предположительно наследственного происхождения — с наличием в клинике генерализованных больших или малых припадков и специфических (склонных к нарастанию) изменений личности;

— понятие «симптоматическая эпилепсия» включает случаи заболевания, возникающего на основе остаточных явлений органических заболеваний головного мозга с выясненной этиологией (чаще — травмы, инфекции), с наличием фокальных припадков и неспецифических изменений психики по типу психоорганического синдрома.

Наряду с этим в последние годы показано отсутствие принципиальных отличий как в симптоматике, так и в динамике случаев заболевания, относимых к генуинной и симптоматической эпилепсии. В большой части случаев генуинной эпилепсии при тщательном обследовании удастся выявить экзогенный фактор.

В клинической практике выделяют:

1. Эпилепсию — как самостоятельную нозологическую форму.
2. Эпилептиформные синдромы:
 - а) при текущих органических заболеваниях головного мозга (опухоль, нейросифилис и др.);
 - б) при резидуальных энцефалопатиях — обусловленных отдаленными последствиями мозговых травм, инфекций и пр.
3. Эпилептические реакции (чаще у детей раннего возраста).

ТЕЧЕНИЕ И ФОРМЫ ЭПИЛЕПСИИ

Течение и исход эпилепсии чрезвычайно разнообразны. При неблагоприятном течении процесс может быть прогрессирующим и нередко заканчивается слабоумием. Наряду с этим существуют и относительно благоприятные варианты течения — с длительными ремиссиями, а иногда — практическим выздоровлением. Выделяют несколько вариантов течения болезни: непрерывно-прогрессирующий, интермиттирующий, стабильный (Сухарева Г. Ё., 1965).

Тяжесть эпилептической болезни определяется рядом факторов:

1. Локализацией и активностью эпилептического очага.
2. Состоянием защитных и компенсаторных свойств организма, индивидуальной и возрастной реактивностью.
3. Влиянием внешнесредовых факторов.

Естественно, важное значение имеют время дебюта болезни, регулярность лечения и реабилитационные мероприятия.

Выделяют некоторые клинические формы—эпилепсии:

а. Височная эпилепсия (эпилептический очаг в височной доле мозга) — начинается с выраженной ауры с последующим бессудорожным пароксизмом — разные варианты сумеречного помрачения сознания. Сопровождается наиболее глубокими изменениями личности.

б. Дизэнцефальная (вегетативная) эпилепсия — пароксизмам "предшествует продром, (часы — сутки) в виде дисфорического фона настроения, головной боли, усиления жажды и аппетита. Начало самого пароксизма — неопределенный страх, тревога. Собственно пароксизм представлен вегетативными расстройствами — озноб, гиперемия или бледность кожи, слюно- и слезотечение, шум в ушах, изменение артериального давления, одышка и пр. Завершается — выраженным гипергидрозом, задержкой или учащенным мочеиспусканием, позывом на дефекацию, сонливостью, повышением аппетита и жаждой.

в. Рефлекторная эпилепсия — судорожные и бессудорожные пароксизмы возникают вследствие раздражения зрительных, слуховых, обонятельных анализаторов, интерорецепторов внутренних органов. Пароксизм провоцируется воздействием звука определенной силы, высоты и тембра; определенной яркостью света или игрой светотени; специфическим запахом.

г. Латентная эпилепсия — (биоэлектрическая) — имеется определенный очаг в мозге, регистрируемый электроэнцефалографически, при клиническом отсутствии пароксизмов.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ

Наследственный фактор:

По данным С. Н. Давыденкова (1960), частота прямой передачи эпилепсии потомкам в 10 раз выше частоты спорадической заболеваемости. Ряд авторов считает, что наследуется не само заболевание, а только предрасположение к нему, включающее — пониженный порог судорожной готовности, а также возможно своеобразные эпилептоидные черты характера. Наряду с «наследственной предрасположенностью» большое значение придают «приобретенному предрасположению», которое связано с внутриутробным и постнатальным экзогенно-органическим повреждением головного мозга (инфекции, травмы). В части случаев (5—25%) этиологический фактор установить не удастся.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ

Патогенез эпилепсии включает в себя церебральное звено и общесоматические звенья.

В церебральном механизме основное место занимают:

Эпилептогенный очаг — локальное поражение мозга (например, рубец), — которое является источником перевозбуждения окружающих нейронов, приобретающих способность производить фокальные эпилептические разряды.

Эпилептический очаг — группа нейронов, вовлеченных в фокальный эпилептический разряд. В его развитии ведущая роль принадлежит периодическому возникновению гиперсинхронизации биопотенциала группы нейронов. В этом случае говорят об «эпилептизации» нейронов в очаге. На электроэнцефалограмме появляется характерное колебание (комплексы пик-волна).

Наиболее часто эпилептические очаги локализуются в ретикулярной формации передних отделов ствола мозга («центрэнцефалические пароксизмы»), а также в височных долях больших полушарий головного мозга («височные пароксизмы»). Эпилептический очаг не обязательно совпадает по локализации с эпилептогенным очагом.

Общесоматические механизмы: у больных эпилепсией отмечаются различные нарушения метаболизма: расстройство белково-азотистого обмена с накоплением в организме аммонийных оснований, нарушения водно-солевого обмена в связи со сдвигом в соотношении альбуминов и глобулинов в сыворотке крови, изменения углеводного обмена и. пр.

Установлены изменения мозгового метаболизма: нарушения обмена биогенных аминов со снижением содержания норадреналина и серотонина, ГАМК; — при частых припадках; повышение содержания ацетилхолина в эпилептическом очаге перед припадком.

Отмечены сдвиги в деятельности эндокринного аппарата — нарушение функции коры надпочечников в предсудорожном периоде (понижение содержания кортикостерона и гидрокортизона, при повышении содержания дезокенкортикостерона).

Часть исследователей считает, что для патогенеза эпилепсии характерна высокая лабильность показателей обмена веществ с резкими отклонениями их от средних величин. Сделана попытка объяснить некоторые звенья патогенеза эпилепсии, изучая аутоиммунные процессы (локализацию эпилептогенного очага связывают с преобладанием антигенной активности конкретных структур).

Вопрос о первичности во взаимоотношении церебрального и общесоматических механизмов остается открытым.

Патоморфология церебральных нарушений характеризуется прежде всего разрастанием нейроглии (глиоз) в коре больших полушарий (особенно в 1-м слое — краевой глиоз Шаслена), которое сопровождается гибелью корковых нейронов.

Наряду с этим отмечается фиброз мозговых оболочек и сосудистых стенок; дисплазия пирамидных клеток, наличие эмбриональных клеток Кахала в 1-м слое коры и гетеротопия нейронов со смещением их в белое вещество. При височной эпилепсии часто отмечается склероз аммонова рога.

ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагностические критерии эпилепсии:

1. Повторяющиеся пароксизмальные расстройства (большие и малые судорожные припадки, психические эквиваленты, психомоторные и вегето-висцеральные пароксизмы).
2. Характерные изменения личности.
3. Признаки эпилептической активности на ЭЭГ.
4. Свойственная эпилепсии динамика пароксизмальных расстройств и психических изменений.

Несомненную диагностическую ценность имеют генетические данные.

Иногда представляет трудность разграничение эпилептической болезни от истерии.

Дифференциальный диагноз истерического и эпилептического припадка: при истерическом припадке отсутствуют типичные для эпилептических судорожных припадков четко выраженная клоническая и тоническая стадии; отмечается большая экспрессия, театральность движений и поз, усиление судорожных движений в присутствии людей; сохранены зрачковые реакции и реакции на болевые ощущения. После истерического припадка часто бывают парезы, параличи, контрактуры, явления астазии-абазии, афонии, икота, отрыжка, полиурия, анурия, тахикардия — нехарактерные для эпилептического припадка, который заканчивается либо сном, либо двигательным возбуждением, олигофазией.

В диагностике эпилепсии большое место занимает ЭЭГ, которая помогает в ряде случаев обнаружить не только соответствующие пароксизмам изменения электрической активности, но и локализацию эпилептогенного очага.

Характерны следующие изменения ЭЭГ: комплексы пик-волна, высокоамплитудные медленные волны, гиперсинхронные разряды. Скрытые нарушения электрической активности можно выявить при функциональных нагрузках (световая стимуляция, гипервентиляция и пр.).

ЛЕЧЕНИЕ

Основными терапевтическими средствами лечения эпилепсии являются — противосудорожные. Основные принципы-лечения заключаются в следующем:

1. При установлении диагноза эпилепсии следует начинать лечение немедленно, т. к. каждый большой припадок, серия припадков, 'эпилептический статус (особенно у детей) вызывает тяжелые и необратимые изменения головного мозга.

2. Первоначально назначаемые препараты выбирают в соответствии с характером приступов и особенностями течения болезни.

3. Дозы препарата зависят от частоты и тяжести приступов, локализации эпилептического очага, возраста и массы тела больного, индивидуальной переносимости.

4. Лечение начинают с общепринятой дозы препарата. При необходимости дозу постепенно повышают до достижения максимального терапевтического эффекта (полное прекращение и значительное урежение припадков). Начинать лечение с комбинации препаратов нежелательно.

5. Больной должен принимать лекарства ежедневно, регулярно, непрерывно в течение длительного времени.

6. Больному и его близким необходимо четко объяснить необходимость лечения и его особенности.

7. При положительном эффекте (препарат не рекомендуется менять 3—5 лет) заменяют тогда, когда индивидуально максимальные дозы, применяемые достаточно долго, не дают терапевтического эффекта, или если возникают выраженные побочные явления.

Заменяют препарат постепенно — «скользящая замена», т. е. по частям заменяют другим медикаментом в эквивалентной дозе.

8. Дозу препарата уменьшают очень осторожно, постепенно, под контролем ЭЭГ.

9. Следует регулярно контролировать состояние лимфатических узлов, кожи, печени, селезенки, исследовать неврологический статус, речь, состояние сознания, каждые 3—6 мес. следует делать анализы крови и мочи. Контроль ЭЭГ желателен 1 раз в 6 месяцев.

В лечении больных выделяют 3 этапа (Ремезова Е. С, 1969):

1. Выбор и применение оптимального вида терапии.
2. Становление терапевтической ремиссии, ее закрепление, предупреждение обострений.
3. Проверка стойкости ремиссии снижением дозы до минимума или полной отменой.

ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМОВ

Дегидратационная терапия (при признаках гипертензионного синдрома). Применяют диуретики, чаще диакарб по 0,25 (утром) в течение 3 дней, 4-й день — перерыв в целях профилактики гипокалиемии. Одновременно с диакарбом нужно назначать 1—3 раза в день панангин либо аспаркам по 0,3 X 1 раз в день после еды. Можно назначить верошпирон 0,025x3 р. в день либо триампур 1тX2—3 р. в день, фуросемид 1/2—1 тх2 р. в неделю.

Все диуретики назначаются утром! Для уменьшения ликворной гипертензии проводятся повторные спинномозговые пункции.

Рассасывающая терапия. Чаще используют экстракт алоэ, «ЗЦБС по 1 мл п/к через день № 30 (противопоказаны при тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, гипертонии, беременности более 7 мес, острых желудочно-кишечных расстройствах); стекловидное тело по 2 мл п/к ежедневно №20 (противопоказано при инфекционных и острых воспалительных заболеваниях, сердечной недостаточности, циррозе печени); лидаза. Названные препараты чередуют, как правило, через 4 месяца.

Противосудорожная терапия

Фенобарбитал (люминал) — табл., порошки по 0,05 и 0,1 г, разовая доза взрослых- 0,025;—0,1гх3 р. Доза 0,1 г обладает снотворным действием; 0,15—0,2гх3 р. в сутки вызывает хроническое тормозное состояние в деятельности больших полушарий головного мозга. Люминал в качестве основного ингредиента входит в состав многочисленных смесей (табл. Кармановой; порошки Серейского; пилюли Андреева;- смесь Воробьева и пр.). Наибольший эффект оказывает при лечении развернутых судорожных припадков.

Гексамидин — табл. 0,125 и 0,25 г; разовая доза 0,125— 0,25 г; суточная доза 0,5—0,75 г; максимальная доза 1,5 г/сутки.

Обладает сильным антиконвульсивным действием в отношении больших судорожных припадков, эффективен при миоклонических припадках. Хорошо комбинируется с люминалом (или смесью его содержащей).

Начинают лечение гексамидином взрослым (первые 3 дня) с 1/4 табл. 1 —3 р. в сутки, затем дозу увеличивают. При длительном приеме возможны осложнения — снижение антитоксической функции печени вплоть до развития токсического гепатита. При иктеричности склер и других признаках желтухи необходима замена препарата. Необходимо периодически исследовать кровь на билирубин. Противопоказан при заболеваниях печени, почек, кроветворных органов.

Бензонал — пор., табл. 0,05 г (детская упаковка), 0,1 г (для взрослых); разовая доза 0,1—0,15 г; суточная доза 0,3— 0,45 г (максимально 0,6 г).

Эффективен при фокальных и клонических конвульсиях, в сочетании с люминалом может быть использован в лечении полиморфных пароксизмов. Больные хорошо переносят препарат, даже при длительном приеме не оказывает токсического влияния.- Редко возникают аллергические реакции. При передозировке возможно появление общей заторможенности, вялости, головокружения, неустойчивости походки, дизартрии.

Дифенин — пор., табл. 0,1 г; разовая доза 0,05—0,1 г; суточная доза 0,15—0,3 г (максимально 0,6 г).

Показан при тонико-клонических припадках, диэнцефальных и смешанных формах пароксизмов. В отличие от люминала не оказывает снотворного эффекта — оказывает положительным эффект на больных с замедленностью речи и двигательных актов. При длительном приеме нередко вызывает симптомы интоксикации: стоматит, дерматит, реже поражение печени и почек. Из-за выраженной щелочной реакции препарат следует принимать во время или после еды, лучше в капсулах. Частое осложнение — гиперплазия десен и разрушение зубов (десны закрывают зубы, кровоточат). В этом случае необходим уход за полостью рта, массаж десен, прием витамина «С» и кальция глюконата. При многолетнем приеме возможно усиление роста волос на ногах, явления глоссита, язык напоминает «географическую карту», часты запоры — поэтому рекомендуется прием пищи, богатой клетчаткой. Полезны — отварная свекла, сырая морковь, огурцы, яблоки, сливы, абрикосы.

Галодиф — табл. 0,1 г, суточная доза 0,1х3 раза, обладает отчетливым антиконвульсивным действием (сильнее бензонала), показан при тонико-клонических судорогах. Необходимо осторожно назначать препарат при заболеваниях печени.

Дифенил — табл. содержат по 10 мг проциклидина гидрохлорида и 25 мг фенобарбитала (взрослым) и 6 мг и 20 мг (детям); средняя суточная доза взрослым — 3 таблетки, детям до 3 лет — 1/2—1,5 табл., 8—14 лет — 3 таблетки.

Препарат хорошо сочетается с другими антиконвульсантами — эффективен при астатических приступах. Противопоказан при глаукоме.

Малиазин — драже 0,025. г и 0,1 г; разовая доза 0,1 —0,15 г; суточная 0,3—0,4 г (взрослым), детям до 12 лет суточная доза 0,025 г.

Хорошо купирует тонико-клонические, abortивные приступы. Улучшает психическое состояние больных — становятся спокойнее, упорядоченнее. Противопоказан при тяжелых нарушениях функции печени, почек, сердца, эндокринных желез.

Метиндион — табл. 0,25 г; назначается по 1—2 табл. 3—4 раза в день.

Обладает седативным и слабым противосудорожным действием. Показан на раннем этапе заболевания. Можно назначать при abortивных приступах, повышенной раздражительности, колебаниях настроения. Препарат не токсичен, можно назначать детям, беременным, пожилым людям. При частых припадках применяют 5%-ный раствор в амп. по 10 мл в/м, в/в.

Препараты брома: в прошлом столетии и в начале нашего века были основными средствами лечения эпилепсии.

Натрия бромид — рекомендуется в качестве вспомогательного противозэпилептического средства, особенно при повышенной возбудимости ЦНС. Назначают в течение 2—3 месяцев 1—2%-ный р-р по 1 ст. ложке 3 раза в сутки. Показан при неустойчивом настроении, раздражительности, с целью усиления действия антиконвульсантов. Противопоказание — активный туберкулез.

Бура — добавляется к противосудорожным средствам в дозе 0,1—0,2 г 2—3 раза в сутки при тонических судорогах (при преобладании тонической фазы). В качестве осложнения может быть диарея, которая с уменьшением дозировки исчезает.

Препараты, действующие в основном на бессудорожные формы пароксизмов

Карбамазепин (финлепсин, тегретол) — табл. 0,2 г; разовая доза 0,1—0,3 г (макс. 0,4 г), суточная доза 0,3—0,6 г (макс. 1,2 г).

Особенно эффективен при психомоторных приступах — показан больным с височными пароксизмами (в структуре которых отмечаются сенсорные и моторные ауры), положительно влияет на психическое состояние — тонизирует, активизирует больных, как бы смягчает эпилептические черты характера, отмечается его антидепрессивное действие, устраняет ипохондрическую фиксацию. Препарат хорошо переносим, в редких случаях возможно появление аллергических проявлений: кожная сыпь, зуд.

Депакин (конвулекс) — табл, капс. 0,15 и 0,3 г; разовая доза 0,15 и 0,3 г, суточная доза 0,45—0,9 г (макс. 1,2 г); конвулекс выпускают также во флаконах по 100 мл (1 мл содержит 50 мг препарата).

Препараты хорошо купируют простые и сложные абсансы, вегетативные пароксизмы, психомоторные припадки. Отмечается положительный эффект на психическое состояние больных.

Хлоракон — табл. 0,25 г, на прием 0,5—1,5 г, суточная доза до 5 г.

Показан при височных пароксизмах. Малотоксичен, рекомендуется детям и беременным.

Этосукцимид — эффективное средство для лечения больных с малыми припадками.

Пикнолепсин — капе, (оригинальная упаковка 40 и 100 шт.), р-р по 150 мл; суточная доза в капе. 1,5 г, 1 чайная ложка = 0,25 г в-ва.

Показан при пикнолептическом варианте малых припадков, абсансах.

Суксилеп — капе. 0,25 г (упаковка 150 капсул), раствор 50 мл (во флаконе), 15 капель содержат 0,25 г действующего начала; суточная доза 3—6 капсул.

Показан при малых ретропульсивных припадках и абсансах.

Морфолеп — табл. 0,25 и 0,5 г; разовая доза 0,25—0,5 г, суточная доза до 1,5 г.

Показан при псевдоабсансах, кратковременных психомоторных приступах.

Пуфемид — табл. 0,25 г; разовая доза 0,25—0,5 г, суточная доза 0,75—1,5 г.

Близок по действию к пикнолепсину. Показан при абсансах, малых и психомоторных приступах.

Феназепам — табл. 0,0005 г, 0,001 г (упаковка по 50 таблеток) .

Наряду с транквилизирующим обладает антиконвульсивным, действием, снижает мышечный тонус. Назначается для лечения гиперкинезов, тиков, ригидности мышц. Применяется как дополнительное противозепилептическое средство, особенно если в структуре припадка имеются страх, тревога, вегетативные компоненты.

Фенибут — табл. 0,1 и 0,25 г; амп. 10 мл. 2,5%-ного р-ра; разовая доза 0,25—0,3 г (после еды), суточная доза 0,75 г 3 раза.

Применяется при бессудорожных приступах, аффективной напряженности, дисфориях, психомоторных пароксизмах.

Фалилепсин — табл. по 0,1 г; суточная доза 0,3—0,4 г.

Влияет на судорожные формы припадков, полиморфные пароксизмы, но не купирует психомоторные приступы. Плохо переносим при резидуально-органических поражениях ЦНС.

Лекарственные смеси:

Смесь М. Я. Серейского: № 1, № 2, № 3, основным их ингредиентом является фенobarбитал (соответственно 0,05—0,07—0,1 г):

фенobarбитал 0,05—0,07—0,1

бромурал 0,2—0,2—0,3

кофеин бензоат натрия 0,015—0,02—0,03

папаверина гидрохлорид 0,02—0,03—0,03

кальция глюканат 0,25—0,25—0,25

Назначается по 1 порошку 3 раза в день.

Вместо смеси Серейского используют таблетки:

«Паглюферал» — 1, 2, 3:

«П-1»: фенobarбитал 0,025 г,

бромизовал 0,1 г,

кофеин бензоат натрия 0,0075 г,

папаверина гидрохлорид 0,015 г

глюканат кальция 0,25 г,

«П-2»: фенobarбитал 0,035 г, остальные ингредиенты соответствуют
«П-1»

«П-3»: фенobarбитал 0,05 г,

бромизовал 0,15 г,

кофеин натрия бензоат 0,01 г,

папаверина гидрохлорид 0,02 г,

глюканат кальция 0,25 г

«Глюферал»:

кальция глюконат 0,2 г.

фенobarбитал 0,025 г

кофеин бензоат натрия 0,005 г

бромизовал 0,07 г

Смесь С. П. Воробьева: № 1, № 2, № 3:

гексамидип или 0,125—0,25—0,5

(фенobarбитал) 0,05—0,05—0,1

дифенин 0,05—0,1—0,1

никотиновая кислота 0,03—0,06—0,06

глутаминовая кислота 0,5—1,0—1,5

спазмолитин 0,1—0,15—0,2

(или апрофен) 0,01—0,015—0,02

кофеин чистый 0,015—0,02—0,02

кофеин чистый 0,015—0,02—0,02

глюкоза 0,3—0,3—0,3

Назначается по 1 порошку 3 раза в день. № 1 — при редких припадках;
№ 2 — при частых (более 5 в. месяц); № 3 — при тяжелых резистентных к
лечению формах эпилепсии. ,

Пилюли Андреева:

стрихнина нитрат 0,05/0,06, фенобарбитал 5,0/7,0, бромурал
3,0,глутаминовая к-та 30,0, экстракт валерианы

Назначается по 1 пилюле 2—3 раза в день после еды.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Первая медицинская помощь 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.

Назначается:

1. 4 мл 0,5% -ного раствора седуксена вместе с 16 мл 40% -ного р-ра глюкозы в/в медленно

2. промедол 1 мл 2%-ного р-ра

анальгин 2 мл 25—50%-ного р-ра

димедрол 2 мл 1%-ного р-ра

новокаин 2 мл 0,5%-ного р-ра в/м—литическая смесь

через 2 часа в/м вводят 2 мл 0,25%-ного р-ра дроперидола

С целью дегидратации:

фуросемид (лазикс) 1—2 мл 2%-ного р-ра в/м

Сердечные средства:

коргликон 1 мл 0,06%-ного р-ра или дигоксин 0,5—1 мл 0,025%-ного р-ра в/в медленно.

Одновременно проводится туалет полости рта. Между коренными зубами следует пройти тонким или средним тимоновским резиновым или пластмассовым катетером, отсосать из полости рта и глотки желудочное содержимое и слизь, очистить носовые ходы. Между коренными зубами вставить роторасширитель и открыть рот. Язык захватить языкодержателем за кончик и вывести наружу. Затем повторно резиновой трубкой или широким, катетером пройти более глубоко в полость рта и отсосать оставшуюся слюну и рвотные массы. После окончательной очистки полости рта и носоглотки вставить воздуховод (желательно проволочный) — проводится за корень языка, чтобы последний не западал, после этого снимают языкодержатель и роторасширитель.

Повторно седуксен применяют через 1,5—2 часа (не более 6—8 мл в сутки); литическую смесь через 3—4 часа не более 4 раз в сутки).

Для снятия отека мозга применяют в/в фуросемид по 2—4 мл или смесь маннитола (30г) с мочевиной (30г) в равных количествах из расчета 0,5 г на 1 кг массы больного. Эти препараты смешивают в 140 мл 10%-ного р-ра глюкозы или сахарозы и вводят медленно со скоростью 40 капель в 1 минуту. Таким же путем можно ввести 200 мл 20%-ного р-ра манитола. В качестве дезинтоксикационных средств используют реополиглюкин 200—400 мл или гемодез 100—200 мл в/в капельно.

При необходимости в/в медленно вводят препараты барбитурового ряда: 40 мл 2,5%-ного р-ра гексенала или тиопентала натрия или 5—10 мл 4%-ного р-ра амитала натрия.

При затруднении в/венного вливания готовят 10%-ный раствор гексенала (1 г сухого вещества растворяют в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида) в/м по 5 мл в каждую ягодицу.

В клинических условиях при повторении припадков применяют ингаляционный наркоз в сочетании с гексеналом или тиопенталом натрия.

При некупирующихся судорогах добавляют оксибутират натрия — ГОМК (доза определяется из расчета 100—150 мг на 1 кг массы тела. Одна ампула — 10 мл 20%-ного р-ра содержит 2000 мг). Вводят в/в капельно, медленно (можно вводить его на 5%-ном р-ре глюкозы). Противопоказания — гипокалиемия! С целью ее предупреждения применяют калия хлорид 0,5%-ный р-р на 5%-ном р-ре глюкозы (100—200 мл).

В условиях реанимационного отделения мероприятия проводят с участием анестезиолога и реаниматолога. Через желудочный зонд в зависимости от типов припадков вводят разные противоэпилептические средства — препараты барбитурового ряда (фенобарбитал 0,1г; гексамидин 0,25 г), диазепам 0,01г; карбамазепин 0,2—0,4г; дифенин 0,1г.

Применяют пролонгированный эндотрахеальный наркоз, лучше закистью азота с кислородом (2: 1), который сочетают с дробным введением миорелаксантов курареподобного ряда — тубокурарин, листенон.

Во время ингаляционного наркоза проводят ЭЭГ-контроль. Прекращение пароксизмальных разрядов на ЭЭГ происходит при достижении второго-третьего уровня хирургической стадии наркоза по Гведелу. При отсутствии на ЭЭГ пароксизмальной активности через 2—3 часа наркоз прекращают и больного переводят на спонтанное дыхание.

При обтурационном расстройстве дыхания: используются радикальные методы дыхательной реанимации: трахеостомия и искусственная вентиляция легких (ИВЛ), последняя эффективна как метод борьбы с интракраниальной гипертензией, центральной гипертермией и для коррекции кислотно-основного равновесия крови. ИВЛ проводят на фоне миорелаксантов.

Для лечения острой интракраниальной гипертензии используют осмотические диуретики — маннитол, мочевины, глицерин (пер ос 30—50 мл 4—6 раз в сутки, запивают фруктовым соком); в сочетании с салуретиками, в частности, с 50 мг этакриловой кислоты (урегита) и 20—30 мг лазикса.

С целью более равномерного снижения внутричерепного давления при затянувшемся статусе используют кортикостероиды: в/м вводят 1—2 мл преднизолона (30—60 мг).

Для устранения отека мозга с успехом применяют ингибиторы протеиназ (контрикал, трасилол). Контрикал по 10000—3000 ЕД в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в капельно в течение 4 часов (2—4 суток).

Трасилол в/в-25000 ЕД через каждые 12 часов. С целью предотвращения угнетения дыхания в/м вводят 1—2 мл кордиамина или 1 мл сульфамфеназида.

При признаках артериальной гипертензии: показаны вазодилататоры: папаверин 1—2 мг на 1 кг массы тела в/м (можно сочетать с дибазолом или сульфатом магния).

При резкой гипертензии: ганглиоблокаторы короткого действия - пентамин 5%-ный р-р 0,5—1 мг в 20,0 мл 40%-ного р-ра глюкозы — медленно! Арфонад 0,1—0,2 мг на 1 кг массы больного — 80—100 мл в 5%-ном р-ре глюкозы или изотонического р-ра натрия хлорида.

В случае выраженной гипертензии, вызванной острой сердечно-сосудистой недостаточностью, показано назначение

сердечных гликозидов: строфантин, коргликон

прессорных аминов: мезатон, фетанол, норэпинефрин

кортикостероиды:

При нарушениях сердечного ритма: препараты калия, обзидан, новокаиномид

Для нормализации тонуса мозга: применяют эуфиллин в/в 10 мл 2,4%-ного р-ра, который также стимулирует дыхание и обладает противоотечным действием.

Для поддержания гомеостаза необходима коррекция

кисотно-основного баланса водно-солевого обмена температуры тела катаболических процессов в мозговой ткани

При ацидозе применяют: 4%-ный р-р бикарбоната натрия 3,66%-ный р-р трнсамииа

При алкалозе: хлорид калия, тутафазин АІК

Для нормализации клеточного электролитного баланса применяют р-ры ионов калия: панангин 60—80 мл в сутки, либо поляризующую смесь: 150 мл 20%-ного р-ра глюкозы, 50 мл 4%-ного р-ра хлорида калия, 10—12 ЕД инсулина

Антипирическая терапия:

проводится комплексно:

а. Физические методы охлаждения (прикладывание на магистральные сосуды и голову льда, обтирание тела растворами спирта и эфира, включение вентиляторов).

б. В/м или в/в применение литических коктейлей, содержащих антипиретики: 2—5 мл 25%-ного р-ра анальгина или 5 мл 4%-ного р-ра амидопирин с добавлением 10 мл 0,5% р-ра новокаина, 2 мл димедрола, 0,5 мл 0,1%-ного р-ра атропина. Смесь вводят повторно с интервалом 4—6 часов.

Помимо спинномозговой пункции и выпуска ликвора в случае некупирующего статуса проводят ПЭГ (медленно, дробными порциями 5—10 мл вводят 30—70 см³ воздуха с выведением 20—30 мл цереброспинальной жидкости).

При неэффективности активных реанимационных мероприятия используется краниocereбральная гипотермия с помощью аппаратов «Холод-2», «Флюидотерм» (добиваются снижения температуры на поверхности мозга до 30° С, определяемой в наружном слуховом проходе, где она на 1,5° С выше).

Нейрохирургическое оперативное вмешательство заключается в трепанации черепа (костно-пластической или резекционной), с последующим иссечением эпилептически активной зоны в пределах функциональной допустимости.

При невозможности ее удаления проводится локальное охлаждение мозга путем орошения его хлорэтилом.

Лечение психических эквивалентов припадков

Купирование психомоторного возбуждения, развивающегося при дисфории, сумеречном помрачении сознания:

в/м 2 мл 2,5%-ного р-ра -аминазина вместе с 3,0 мл 0,25%-ного р-ра новокаина вместе с в/м введением 2 мл кордиамина;

либо: в/м 2 мл 2,5%-ного р-ра тизерцина вместе с 3—5 мл 0,25%-ного р-ра новокаина;

или сочетание: в/м 2—5 мг галоперидола и 25 мг (1 мл) тизерцина;

при затяжных сумеречных состояниях:

в/м аминазин чередовать с седуксеном через 10—12 часов.

Лечение дисфорических состояний:

а. С возбуждением, агрессией: аминазин 50 мг, тизерцин 50 мг, мажептил 5—10 мг, трифтазин 5—10 мг.

б. С депрессивным оттенком: показано сочетание антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин, триптезол) с не большими дозами нейролептиков на ночь.

в. С аффективной напряженностью: галоперидол 0,75—3мг х3 раза в сутки; вместе с корректором (циклодол, паркопал).

При эпилептическом паранонде с синдромом Кандинского:

галоперидол в/м, быстро 1,5—3мг х3 раза в день 0,6—1 мл 0,5%-ного р-ра.

При слабо выраженных аффективных нарушениях: показан седуксен, тазепам, элениум и пр.

по 1/2—1 тХЗ р. в день феназепам 0,5г х3 раза в сутки

Для улучшения окислительно-восстановительных процессов, особенно при задержке умственного развития, снижения памяти, интеллекта, рекомендованы ноотропы.

Диета

1. Ограничение жидкости.

2. Устранение спиртных напитков (алкоголь — основной из факторов, провоцирующих припадки).

3. Не разрешаются: острые блюда, солености (сельдь, кильки, соленые помидоры, огурцы, капуста, грибы и пр.); специи — уксус, хрен, перец, горчица. Не рекомендуется пища с избытком азота (фасоль, горох, бобы), копчености, трудно перевариваемая пища. Необходимо избегать переедания, оно провоцирует приступы!

Меню должно быть разнообразным — с достаточным количеством клетчатки, овощей, фруктов (что препятствует запорам). Полезны натошак вареная свекла и ее сок, чернослив.

Показана молочно-растительная диета, но без полного исключения мяса и др. белковосодержащей пищи (применять которые следует в виде отварных блюд). Пища должна быть богата витаминами.

Психотерапия

Гипнотерапия показана в комплексе с другими медикаментозными средствами — улучшает общее состояние, смягчает аффективную напряженность.

Психотерапия предполагает влияние не только на патологические проявления, но и на личность больного, на внутреннюю картину болезни, на социальные установки — отношение к труду, окружающим.

Лечебная физкультура

Заболевание эпилепсией само по себе не является противопоказанием для лечебной физкультуры, которая проводится в форме утренней гимнастики, в виде подвижных игр. Показаны ходьба на лыжах, теннис, городки, волейбол. Противопоказаны — бокс, борьба и т.п. Вопрос о беге, плавании — решается индивидуально.

Многочисленные наблюдения показывают, что активная деятельность препятствует наступлению припадков. В период напряженной деятельности создаются новые доминантные очаги возбуждения, которые по законам отрицательной индукции подавляют активность эпилептического очага. Виды упражнений, длительность занятий зависят от возраста, физической подготовки, тренировки и др. индивидуальных особенностей.

Трудовая терапия

Необходим рационально подобранный, дозированный труд, являющийся и лечебным фактором, нормализующим нарушенные нейродинамические процессы и соотношения, он препятствует психической деградации личности. Трудовая терапия проводится в ЛПМ (лечебно-производственные мастерские), ЛПК (лечебно-производственные комбинаты), дневных стационарах при психиатрических больницах и диспансерах.

Профилактика

Первичная: меры, направленные на предупреждение эпилепсии. Важным является предотвращение брака 2-х лиц, страдающих эпилепсией, а также тщательное наблюдение за здоровьем детей в семьях с наследственной отягощенностью (есть опасность проявления заболевания при интоксикациях, соматических заболеваниях, черепно-мозговых травмах) — также детям до 3 лет не, рекомендуется делать профилактические прививки. Меры по охране здоровья беременной, профилактика травм, инфекций в перинатальном периоде.

Вторичная: предупреждение обострений — сводится к подбору оптимальной поддерживающей терапии, забота о режиме труда, отдыха и пр. Во время беременности и родов у больных эпилепсией дозы противоэпилептических препаратов д. б. минимальными. Обязательным показанием к прерыванию беременности являются эпилептический статус и депрессии с суицидальными попытками.

Прогноз

В целом достаточно благоприятный, исключая случаи злокачественных вариантов с эпилептическими состояниями с нарастающим слабоумием. Вовремя начатое лечение, подбор оптимальных терапевтических доз и схем, как правило, приводят к стабилизации болезни, изменения личности могут быть минимальными (либо отсутствовать).

Трудовая экспертиза

Больным эпилепсией запрещено работать около движущихся, механизмов, на высоте, транспорте. Больные без выраженных и глубоких изменений личности имеют право поступать в вузы — филологического, исторического, математического, экономического и др. профилей.

Инвалидность при нетрудоспособности или ограничение трудоспособности устанавливают в соответствии с особенностями течения болезни, это зависит как от глубины и выраженности изменений личности, частоты и характера пароксизмов, так и от профессии и степени ограничения трудоспособности больного.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Диагноз эпилепсии сам по себе не предопределяет судебной экспертной оценки. Одни и тот же больной может быть вменяем в межприступном периоде и невменяем в период пароксизма либо психотического состояния. Если правонарушение совершено в сумеречном состоянии сознания — больные невменяемы.

При дисфории судебно-экспертная оценка зависит от ее глубины. Выраженность ее и несоответствие действий обычному поведению больного исключает вменяемость.

Во время острых и хронических психозов (с бредом, галлюцинациями) больные невменяемы. При наличии изменений личности вменяемость определяется их выраженностью и характером.

Военно-врачебная экспертиза

Проводится на основании приказа министра обороны СССР № 260 от 9 сентября 1987 года. Статья 2 — предусматривает генуинную эпилепсию с большими или малыми припадками, психическими эквивалентами или специфическими изменениями личности. При наличии частых припадков (более 3 в год) или психических эквивалентов судорожных припадков, а также прогрессирующих нарушений психики медицинское освидетельствование проводится по п. «а». При единичных редких припадках (не более 2—3 в год) без эквивалентов и других характерных для эпилепсии психических изменений годность к военной службе определяется по п. «б». В тех случаях, когда единственными заметными проявлениями болезни являются слабо выраженные или редко возникающие малые припадки или специфические расстройства настроения, вопрос о годности к военной службе освидетельствуемых решается только после стационарного обследования и в зависимости от полученных результатов (данные клинического и параклинического исследований, наблюдения за ними, количество малых припадков или частота дисфории, подтверждающих или опровергающих анамнез, принимается постановление о годности или негодности к военной службе). Если в результате стационарного обследования будет установлено, что малые припадки или специфические расстройства настроения являются следствием генуинной эпилепсии, то постановление по п. «а» или «б» статьи 2 Расписания болезней. При этом следует иметь в виду, что у этих лиц в течение последних 5 лет припадки не наблюдались при отсутствии противосудорожной терапии. В отношении призывников, которые, по данным лечебно-профилактического учреждения, где они состоят на учете, постоянно принимают противосудорожные препараты, выносится постановление на основании п. «б» ст. 2. Расписания болезней. Симптоматическая эпилепсия и другие формы пароксизмально возникающих приступов (нарколепсия, каталепсия и др.) к этой статье не относятся. В этих случаях медицинское освидетельствование производится по основному заболеванию: например, по ст. 9 или 12, если судорожный

синдром возник в результате травмы мозга; по ст. 5, 6 или 11 Расписания болезней, если приступы каталепсии или нарколепсии связаны с одной из форм перенесенного энцефалита, и т. д.

Значение изучения эпилепсии для врача общего профиля

Судорожный припадок является общепатологической универсальной реакцией мозга и всего организма на самые разнообразные вредности — инфекции, интоксикации, травмы, психические потрясения и др. Патологический процесс может локализоваться в самом мозгу и обуславливать его судорожную готовность или поражать ту или иную систему организма (заболевания поджелудочной железы, калькулезный холецистит, колиты, тромбофлебиты и др.) и также приводить к формированию судорожного синдрома. Вот почему каждый пациент с пароксизмальными состояниями, независимо от того, к врачу какой специальности он обратился, должен всесторонне и тщательно быть обследованным. Каждый врач должен при курации больного с судорожным состоянием решить для себя по меньшей мере две задачи — первая — является ли данное судорожное состояние эпилептической реакцией, эпилептиформным синдромом или одним из клинических выражений эпилептической болезни? Эпилептическая реакция возникает обычно в экстремальных ситуациях — гипертермия, обезвоживание организма, боль и др. Обычно не имеет тенденции к повторению. Эпилептический синдром является одним из клинических проявлений подостро или хронически текущего церебрального или другого заболевания — опухоль мозга, паразитарные заболевания, СПИД, ревматизм, диабет и др.

Эпилептическая болезнь — хроническое заболевание всего организма с полиморфными клиническими проявлениями — большие судорожные припадки, малые, психические пароксизмы, хронические психические расстройства. Эта болезнь может обуславливать специфические изменения личности и приводить даже к слабоумию.

Лечение больных эпилепсией обычно проводят невропатологи и психиатры. При психоневрологических диспансерах работают кабинеты эпилептолога, где получают бесплатное лечение наиболее тяжело больные эпилепсией.

Вторая — следует помнить, что больные эпилепсией могут нуждаться в помощи хирурга, стоматолога, терапевта и др. Не отказывайте в помощи этим и без того глубоко страдающим и несчастным людям, будьте к ним милосердны и внимательны.