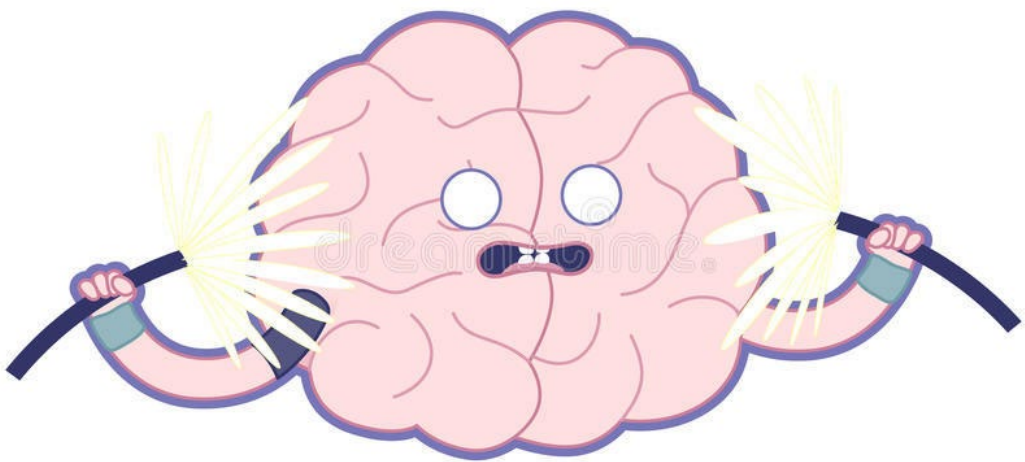


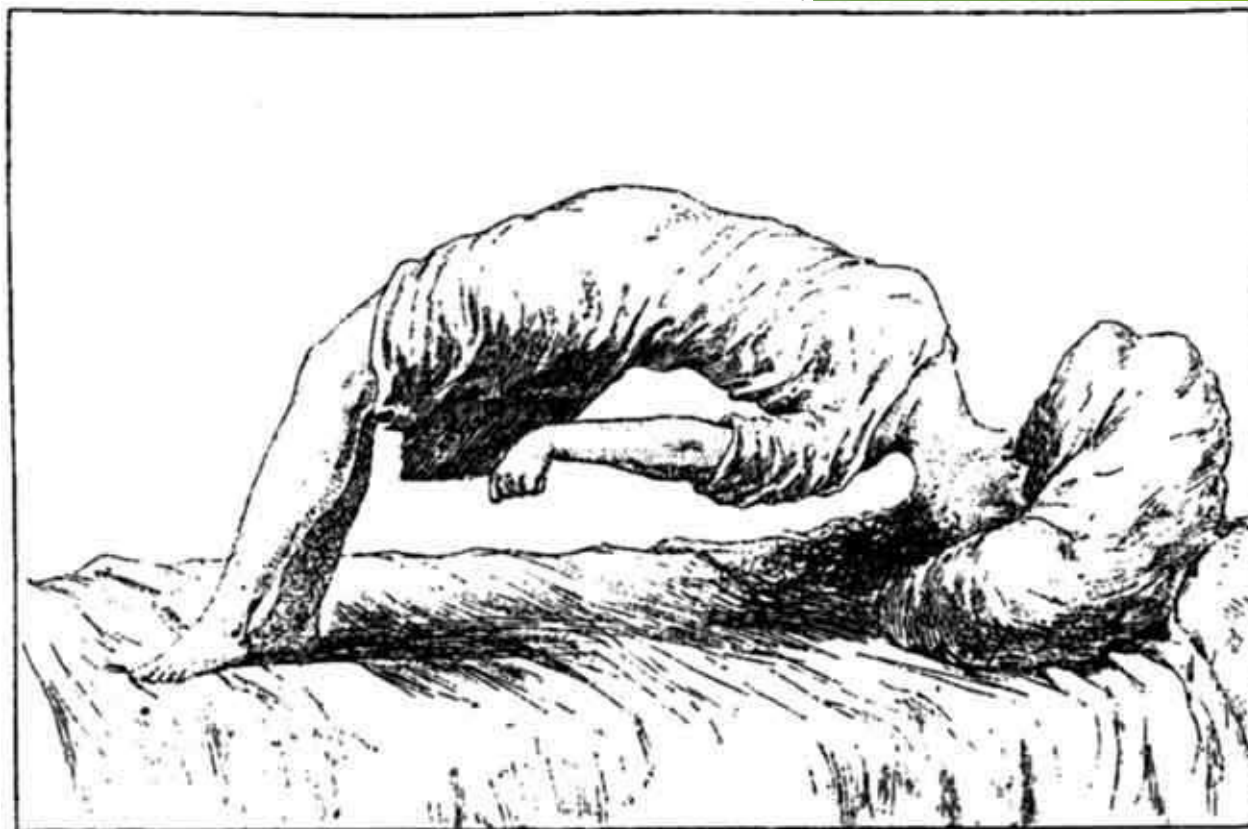


Лекція 4. Сучасний стан проблеми епілепсії. Етіологія та патогенез епілепсії

Полтавський державний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

План лекції:

1. Історія
2. Етіологія
3. Патогенез
4. Класифікація
5. Клініка
6. Диференційний діагноз
7. Діагностика
8. Лікування



Епілепсія

- ▶ хронічне психоневрологічне захворювання головного мозку, що характеризується судомними та безсудомними пароксизмальними розладами;
- ▶ типовими змінами особистості і мнестично-інтелектуальної сфери, що може досягати ступеня деменції;
- ▶ можливістю розвитку гострих і затяжних психозів на віддалених етапах хвороби.
- ▶ Близько 1% людей по всьому світу (65 мільйонів) хворі на епілепсію

Історія

- ▶ Згадки про епілепсію зустрічаються в працях Гіппократа написаних більше ніж 2000 років тому.
- ▶ Назва «епілепсія» походить від грецького слова, що означає «володіти, захоплювати».
- ▶ Довгий час серед людей існувало містичне уявлення про епілепсію. В античній Греції епілепсія асоціювалася з чаклунством і магією і називалася "священної хворобою".
- ▶ З іншої точки зору вважалося, що на хворих лежить прокляття богів, а напади- це розплата богів за грішне життя, тому з'явилася назва «падучий дьявол», «падуча хвороба».
- ▶ В давній Греції та Римі епілепсія вважалася заразною хворобою.
- ▶ Той факт, що багато великих людей (Сократ, Платон, Магомет, Пліній, Юлій Цезар, Петрарка, імператор Карл V) страждали на епілепсію, послужив передумовою для поширення теорії, що епілептики - люди великого розуму.

Етіологія

Ідіопатична

Симптоматична

Криптогенна

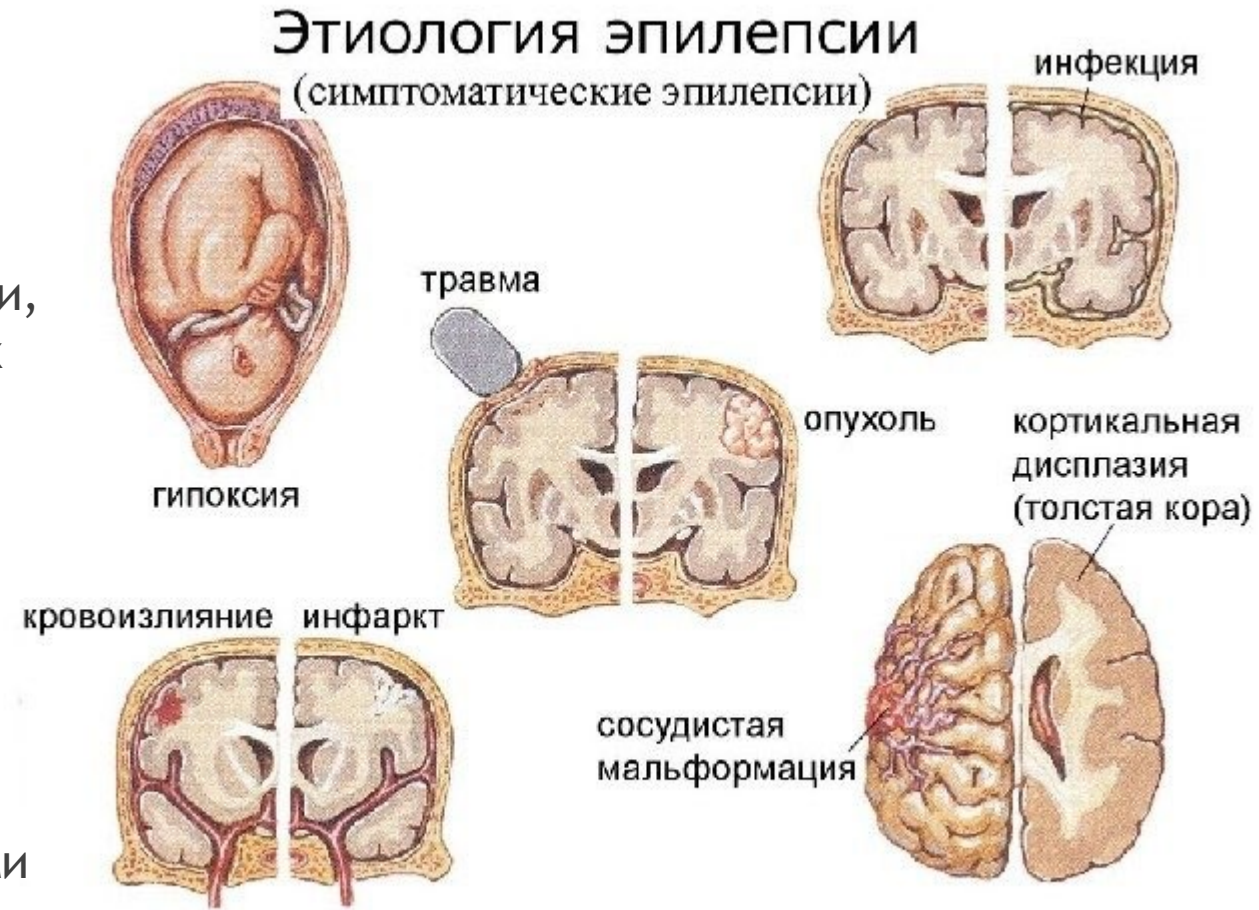


Ідіопатична

- ▶ Характеризується відсутністю захворювань та ушкоджень мозку.
- ▶ Їй властива генетична схильність. Схильність до хвороби пов'язана з генами BF і HLA 6-й хромосоми. Успадковується за аутосомно-домінантним типом з неповною пенетрантністю.
- ▶ Лімітований вік дебюту захворювання - переважно у дітей і підлітків;
- ▶ Відсутність змін у неврологічному статусі;
- ▶ Нормальний інтелект;
- ▶ Збереження основного ритму на ЕЕГ;
- ▶ Відносно сприятливий прогноз з досягненням терапевтичної ремісії в більшості випадків.

Симптоматична

- ▶ Нейроінфекції: (вірусні і бактеріальні менінгіти, менінгоенцефаліти, енцефаліти при загальних інфекційних захворюваннях).
- ▶ ЧМТ.
- ▶ ГПМК за ішемічним чи геморагічним типом.
- ▶ Гіпоксія (до пологів, під час пологів, після пологів).
- ▶ Порушення розвитку головного мозку в період вагітності (в тому числі викликані генетичними факторами).
- ▶ Пухлини та аномалії (артеріовенозна дисплазія судин) головного мозку.



Криптогенна епілепсія

- ▶ Причина захворювання залишається прихованою, неясною.
- ▶ По мірі розвитку нових можливостей діагностики епілепсії (наприклад, нейровізуалізації) більшість видів криптогенних епілепсій буде переведено в розряд симптоматичних.

Патогенез

- ▶ В основі будь-якого нападу покладена аномальна і дуже висока електрична активність нервових клітин головного мозку, внаслідок якої виникає розряд.
- ▶ При цьому можливі три результати:
 - ▶ 1) розряд може припинитися в межах його виникнення;
 - ▶ 2) він може поширитися на сусідні відділи мозку і припинитися, зустрівши опір;
 - ▶ 3) він може поширитися на обидві півкулі головного мозку і лише потім припинитися.
- ▶ Напади, що виникають в перших двох випадках, називають парціальними, в останньому ж випадку говорять про генералізований напад.



Рис. 2. Парціальний епілептичний приступ: епілептичні імпульси локалізуються в одному очагу

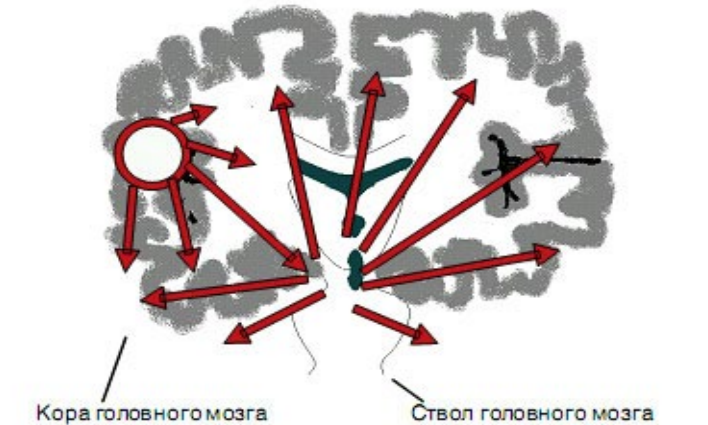


Рис. 3. Парціальний епілептичний приступ з вторинною генералізацією: локальні епілептичні імпульси настільки сильні, що поступово охоплюють весь мозок

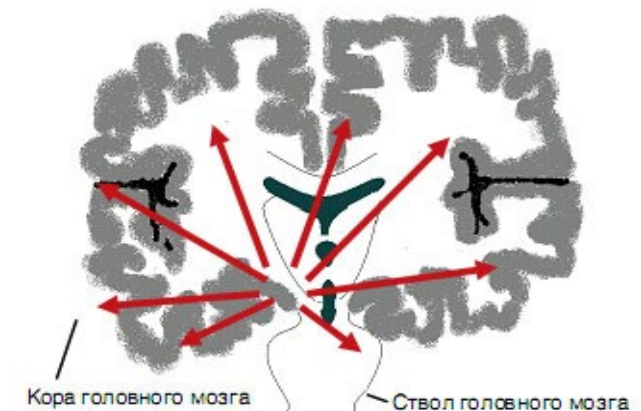


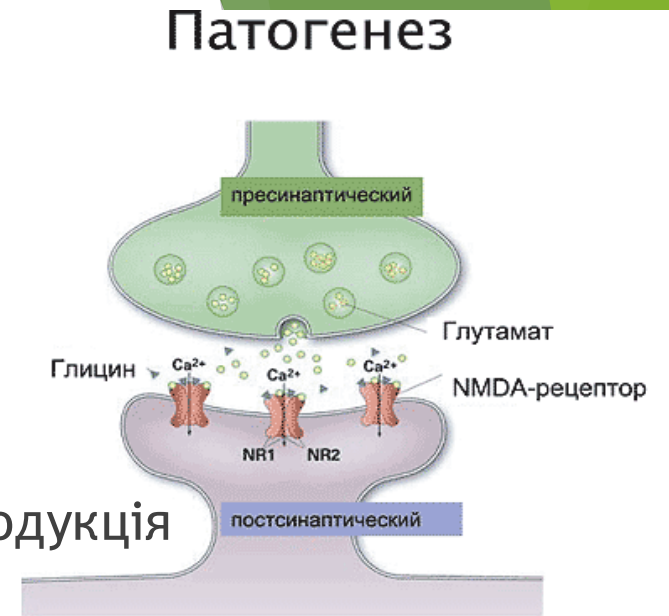
Рис. 4. Генералізований епілептичний приступ: імпульси охоплюють два півкулі

Патогенез

- ▶ Виділяють чотири послідовні фази нейрофізіологічних і нейроморфологічних змін:
- ▶ 1. Утворення епілептогенного вогнища(зони деструкції). Морфологічно він характеризується загибеллю нейронів, порушенням архітекτονіки.
- ▶ 2. Продукція надмірних нейронних розрядів.
- ▶ 3. Повторні епілептичні розряди призводять до глибоких змін метаболізму головного мозку. Формується замкнута патологічна система - епілептичний мозок. Специфічною властивістю епілептичного процесу є агресивність епілептичного вогнища по відношенню до відносно збереженого субстрату мозку, що дозволяє підпорядковувати собі нові ділянки.
- ▶ 4. Завершення формування епілептичної системи супроводжується порушенням обмінних і нейромедіаторних процесів, мікроциркуляції в головному мозку.

Розлади нейромедіації (в першу чергу глутамат і ГАМКергічної системи) можуть бути первинним патогенетичним механізмом епілепсії.

- ▶ 1.Порушення синтезу нейромедіаторів - гіперпродукція збуджуючих або зниження синтезу гальмівних медіаторів.
- ▶ 2.Неадекватне вивільнення нейромедіаторів в синаптичну щілину.
- ▶ 3. Зміна чутливості рецепторів - підвищення чутливості збуджуючих і зниження чутливості до рецепторів гальмівних медіаторів.
- ▶ 4.Пошкодження рецепторів збуджуючих і гальмівних медіаторів.
- ▶ 5.Порушення видалення нейромедіаторів з синаптичної щілини.



Wandinger et al., 2010, Journal of Neuroimmunology

Класифікація за МКХ-10

Епілепсія - G 40

- ▶ • Локалізована (фокальна, парціальна) ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми з судомними нападами з фокальним початком G40.0
- ▶ • Локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з простими парціальними нападами G 40.1
- ▶ • Локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з комплексними парціальними судомними нападами G40.2
- ▶ • Генералізована ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми G 40.3
- ▶ • Інші види генералізованої епілепсії та епілептичних синдромів G 40.4
- ▶ • Особливі епілептичні синдроми G 40.5

(Продовження)

- ▶ • Напади grand mal неуточнені (з малими нападами [petit mal] або без них)G 40.6
- ▶ • Малі напади [petit mal] неуточнені без нападів grand mal G 40.7
- ▶ • Інші уточнені форми епілепсії G 40.8
- ▶ • Епілепсія неуточнена G 40.9
- ▶ Епілептичний статус G 41
- ▶ Когнітивні та мнестичні розлади внаслідок епілепсії (F02.803)
- ▶ Психотичні розлади внаслідок епілепсії(F05.12, F05.82, F05.92)
- ▶ Психічні розлади внаслідок ураження або дисфункції головного мозку (епілепсії) (F06.02, F06.12, F06.22, F06.302, F06.322, F06.63, F06.83)
- ▶ Специфічні розлади особистості та поведінки внаслідок епілепсії (F07.83)

**Таблиця 2. Класифікація типів епілептичних
нападів ILAE, 2017 (розширена версія)**

Вогнищевий початок		Генералізований початок	Невідомий початок
З усвідомленням	З порушенням усвідомлення	Моторні: • тоніко-клонічні • клонічні • тонічні • міоклонічні • міоклоно-тоніко-клонічні • міоклоно-атонічні • атонічні • епілептичні спазми Немоторні (абсанс): • типові • атипові • міоклонічні • міоклонія повік	Моторні: • тоніко-клонічні • інші моторні Немоторні (абсанс)
Моторний початок: • автоматизми • атонічні • клонічні • епілептичні спазми • гіперкінетичні • міоклонічні • тонічні Немоторний початок: • вегетативні • припинення діяльності • когнітивні • емоційні • сенсорні			Некласифіковані
Від вогнищевих до білатеральних тоніко-клонічних			

Подписано в печать 25.10.2004
Формат 60/90
Лист. №177

Класифікація в залежності від локалізації епілептичного вогнища

скронева

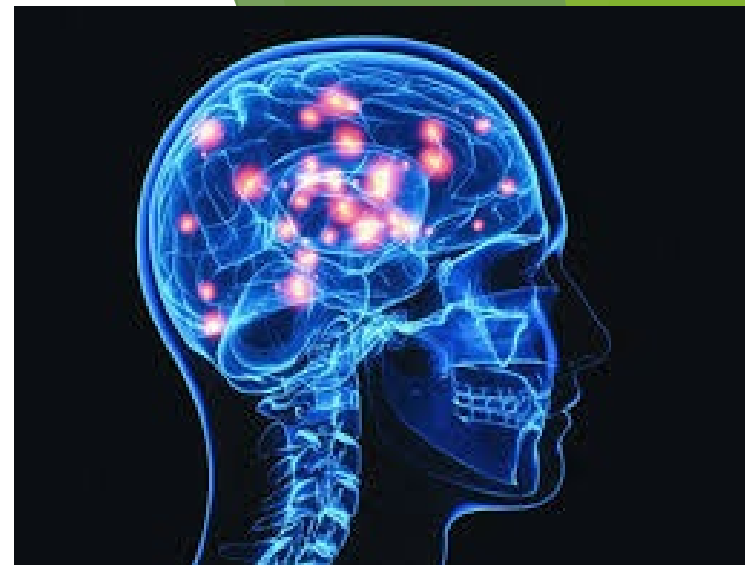
лобна

потилична

тім'яна

Клініка

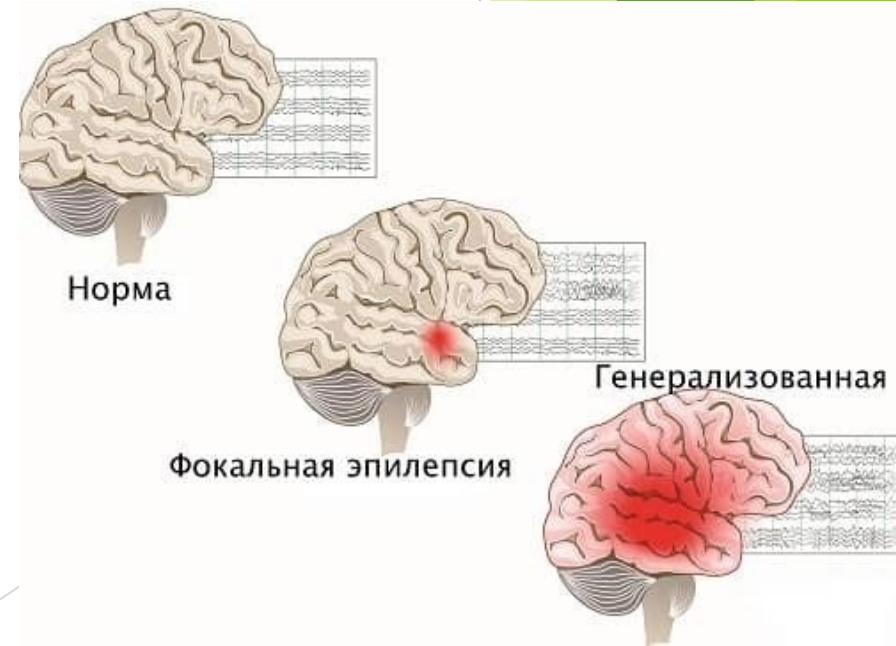
- ▶ 1. Епілептичні напади.
- ▶ 2. Транзиторні психічні розлади.
- ▶ 3. Хронічні епілептичні психози.
- ▶ 4. Зміни особистості і інтелекта.



Генералізований епілептичний напад:

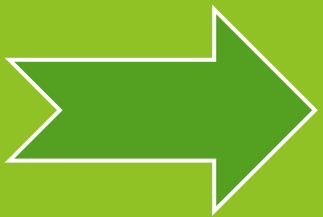
- ▶ на ЕЕГ під час нападу - двохсторонні синхронні й симетричні епілептичні розряди, які виходять із стовбурових відділів головного мозку; з виключенням свідомості.

- ▶ Стадія аури
- ▶ Стадія тонічних судом
- ▶ Стадія клонічних судом
- ▶ Післянападний сон



Аура-

- Це короткочасне потьмарення свідомості при якому виникають різноманітні синестопатичні , деперсоналізаційні, афективні, галюцинаторні розлади, що залишаються в пам'яті хворого, в той час як те, що відбувається навколо нього не сприймається і не запам'ятовується.



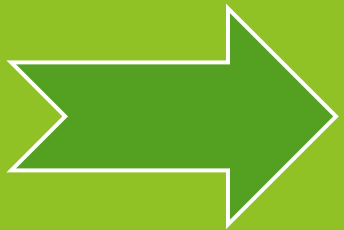
Сенсорна

- (соматосенсорна: відчуття оніміння, поколювання, розтягнення)
- (зорова: фотопсії, погіршення зору)
- (слухова: акозми)
- (нюхова: відчуття неприємних запахів, приємних запахів)



Психічна

- Ідеаторна («закупорка» думок, поява думок з-зовні, насильницькі думки, провали у пам'яті)
- галюцинаторна
- з явищами деперсоналізації-дереалізації
- З явищами Déjà Vu і Jamais vu
- З легким порушенням свідомості



Вісцеральна

- Епігастральна
- Кардіальна
- Респіраторна
- Судинна



Імпульсивна

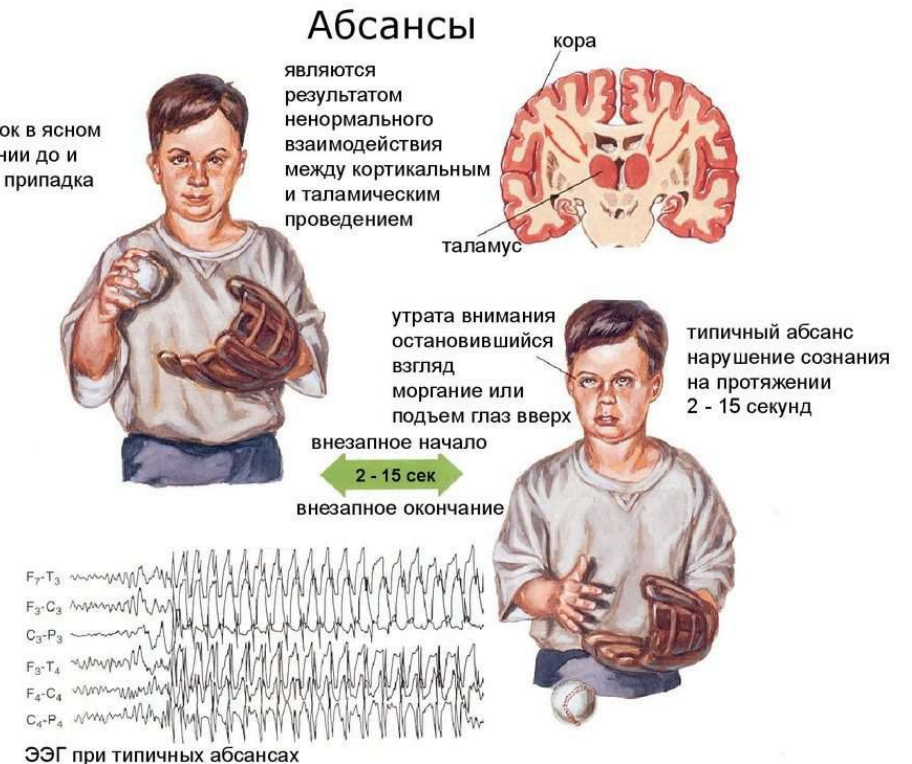
- Насильницькі хотьба чи біг
- Насильницьке співання пісень, крик
- Збудження з агресивними тенденціям

Генерализованные тонико-клонические припадки



Немоторний генералізований напад

- ▶ Типовий абсанс - раптовий початок, переривання поточної діяльності, відсутній погляд, можливе короткочасне відхилення очей вгору. Зазвичай пацієнт НЕ відповідає, коли до нього звертаються. Тривалість від кількох секунд до півхвилини з дуже швидкою нормалізацією стану. Хоча результат ЕЕГ не завжди доступний, на ньому можна побачити генералізовані епілептиформні розряди під час нападу. Абсанс за визначенням є нападом з генералізованим початком. Це слово не є синонімом відсутнього погляду, який також може спостерігатися при нападах з вогнищевим початком.
- ▶ Атиповий абсанс- абсанс із більш вираженими змінами тону, ніж типовий абсанс, або абсанс не раптовим початком/припиненням, часто супроводжується повільними, нерегулярними, генералізованими спайк-хвилями на ЕЕГ.



Епілептичний статус -

Аномальные
электрические
импульсы

Эпилептический статус



Припадки происходят каждые
30 минут

- ▶ судомний напад тривалістю більше 30 хв або повторювані напади без повного відновлення свідомості між нападами. Нерідко супроводжується підвищенням температури тіла, збільшенням ЧСС, падінням АТ, різкою пітливістю та іншими соматовегетативними симптомами. Підвищується вміст сечовини в сироватці крові, з'являється білок в сечі.
- ▶ При тривалому статусі можливий летальний випадок у зв'язку з наростаючою гіпоксією і набряком мозку.

Причини виникнення епістатусу:

- ▶ епілепсія (як правило, порушення регулярності прийому протиепілептичних препаратів);
- ▶ черепно-мозкова травма;
- ▶ пухлина або інше об'ємне утворення мозку;
- ▶ запальні захворювання мозку і його оболонок;
- ▶ гостре порушення мозкового кровообігу;
- ▶ рубцево-спайкові порушення церебральної ликвородинаміки;
- ▶ дисметаболічні стани (алкогольна абстиненція, діабет, порфірія, гостра надниркова або тиреоїдна недостатність, уремія, еклампсія, гостра гіпоглікемія та ін.);
- ▶ отруєння;
- ▶ загальні інфекції, особливо з важкою інтоксикацією і гіпертермією.

Невідкладна допомога при епістатусі. Цілі:

- ▶ припинення судом;
- ▶ забезпечення прохідності дихальних шляхів, попередження асфіксії внаслідок аспірації слизу, блювотних мас або западання язика;
- ▶ підтримання серцевої діяльності;
- ▶ боротьба з набряком мозку.

Невідкладна допомога

Медикаментозні препарати:

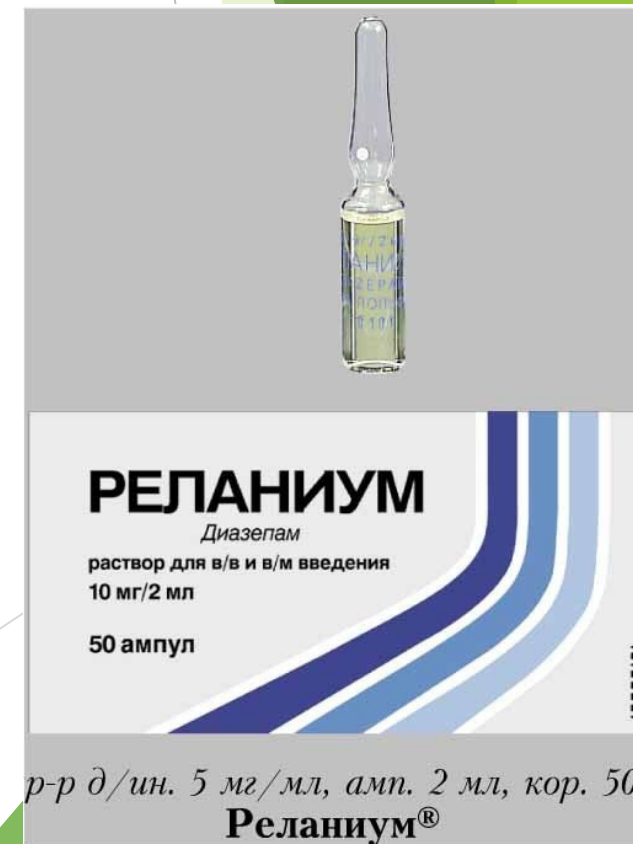
- ▶ Першої черги: бензодіазепіни - діазепам (седуксен, реланіум, сибазон), лоразепам; препарати вальпроєвої кислоти - конвулекс.
- ▶ Другої черги: натрію оксибутират і дифенін (фенітоїн)
- ▶ Третьої черги: інгаляційний наркоз сумішшю закису азоту з киснем; барбітурати - гексенал і натрію тіопентал



КРОК 1

Клінічна картина розгорнутого нападу → препарати «першої черги» в / в повільно

- ▶ Діазепам (седуксен, реланіум, сибазон) 2-4 мл в 10 мл розчину NaCl 0,9% в/в повільно
- ▶ Лоразепам 4 мг (2 мг / хв) в/в одноразово. Володіє більш тривалою дією (близько 12 год).
- ▶ Можливе використання препаратів вальпроєвої кислоти в/в
- ▶ Конвулекс 0,5-1,0 мг / кг в / в повільно в вигляді болюса або інфузійно



КРОК 2

- ▶ Через 10 хв після введення протисудомних препаратів першої лінії судоми не припиняються → ті ж препарати в колишніх дозах в / в повторно:
- ▶ Діазепам (седуксен, реланіум, сибазон) 2-4 мл в 10 мл розчину NaCl 0,9% в/в повільно
або
- ▶ Лоразепам 0,1 мг / кг (2 мг / хв) в / в одноразово
або
- ▶ Конвулекс 0,5-1,0 мг / кг в / в повільно в вигляді болюса або інфузійно

КРОК 3

- ▶ Статус не купірується через 20 хв після повторного призначення препаратів → використання ЛП «другої черги»:
- ▶ Натрію оксибутират 20% - 10 мл в / в повільно (1-2 мл за хвилину) або інфузійно в 50-100 мл NaCl 0,9%. Дія препарату у ослаблених пацієнтів настає через 7 - 10 хвилин при використанні дози 50-70 мг / кг.
- ▶ Дифенін (фенітоїн) 15-20 мг / кг в/в під контролем частоти пульсу. Разова доза може становити 50-100 мг /кг, вводити не швидше 50 мг/хв

КРОК 4

- ▶ Статус не купірується через 15 хв після призначення препаратів «другої черги» - до використання заходів «третьої черги»: інгаляційне введення кисню і натрію тіопенталу або гексеналу.
- ▶ Інгаляційний наркоз сумішшю закису азоту з киснем у співвідношенні 2: 1 з використанням наркозних апаратів.
- ▶ Гексенал 1-2% - 1-2 мл спочатку в/в зі швидкістю 1 мл/хв, при відсутності протягом 30-40с побічних явищ - додаткова кількість розчину. Загальна доза становить 0,5-0,7 г (8-10 мг/кг).
- ▶ Натрію тіопентал 2% - 20-30 мл в/в повільно (1-3 мг / кг).
- ▶ У рідкісних випадках, при найбільш важких і тривалих формах статусу здійснюється переведення хворих на ШВЛ з попереднім введенням міорелаксантів

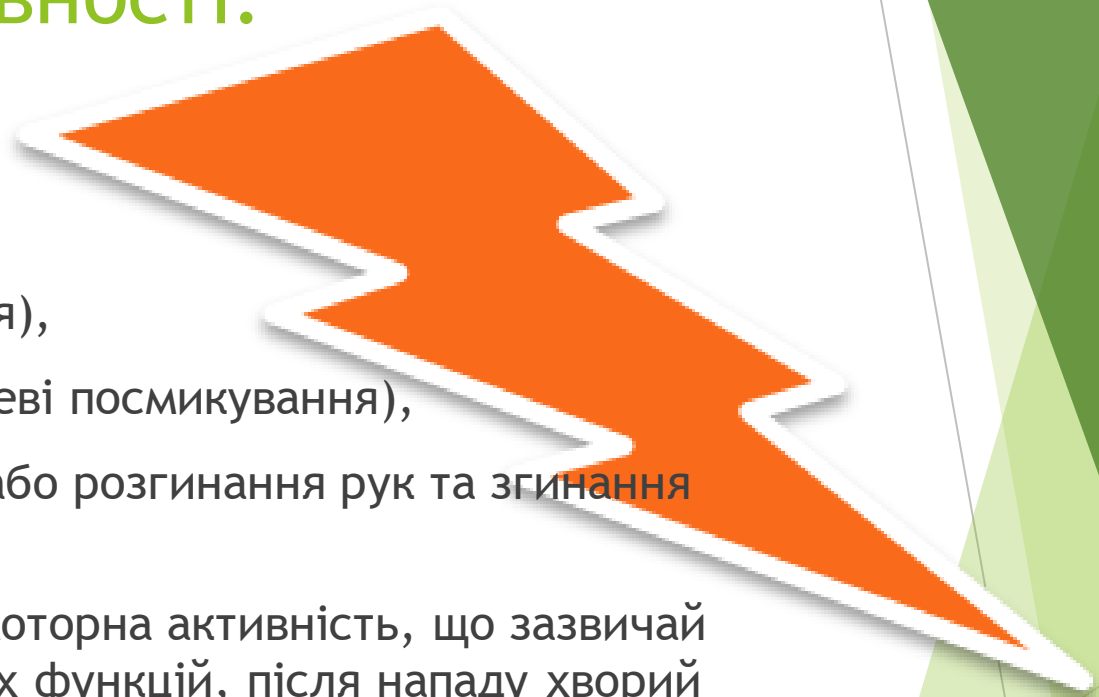
Парціальні епілептичні напади:

- ▶ Виникають внаслідок вогнищевих нейронних розрядів з локалізованої ділянки кори однієї півкулі (на ЕЕГ - патологічна активація ізольованою групи нейронів в одній з півкуль), можуть протікати без порушення свідомості (прості) або з порушенням свідомості (комплексні), у міру поширення розряду прості парціальні напади можуть переходити в комплексні, а прості і комплексні трансформуватися у вторинно генералізовані судомні напади.
- ▶ Парціальні напади переважають у 60% хворих на епілепсію.



З вогнищевим моторним початком відносять такі види активності:

- ▶ атонічні (вогнищевавтрата тону),
- ▶ тонічні (тривале вогнищеве напруження),
- ▶ клонічні (вогнищеві ритмічні посмикування),
- ▶ міоклонічні (нерегулярні, короткі вогнищеві посмикування),
- ▶ епілептичні спазми (вогнищеві згинання або розгинання рук та згинання тулуба),
- ▶ автоматизм (більш-менш скоординована моторна активність, що зазвичай спостерігається при порушенні когнітивних функцій, після нападу хворий зазвичай (але не завжди) не пам'ятає про події. Часто нагадує довільні рухи та може представляти невідповідне продовження попередньої рухової активності).



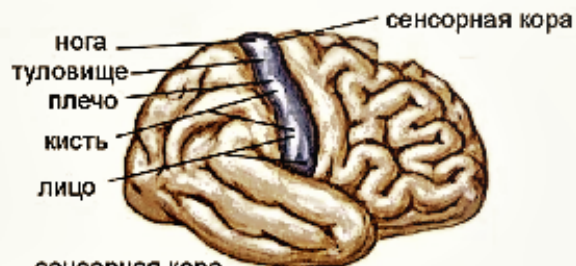
Вогнищева немоторна епілепсія

- ▶ Вогнищеве коротке припинення діяльності часто спостерігається на початку багатьох нападів, і його важко визначити, тому при вогнищевому припиненні діяльності має залишатися домінуючою ознакою впродовж всього нападу.
- ▶ Вогнищеві (автономні) вегетативні напади проявляються відчуттями в області шлунку, відчуттям тепла або холоду, почервонінням, пілоерекцією (мурашки по шкірі), серцебиттям, сексуальним збудженням, зміною дихання або іншими вегетативними проявами.
- ▶ Вогнищеві когнітивні напади можна розпізнати, коли пацієнт демонструє або скаржиться на порушення мовлення, мислення або порушення вищих кіркових функцій під час нападів, коли ці симптоми домінують під час нападу. Дежа-вю (Deja vu), жаме-вю (jamais vu), галюцинації, ілюзії та нав'язливі думки є прикладами індукованих аномальних когнітивних явищ.
- ▶ Вогнищеві емоційні напади проявляються в вигляді емоційних змін, в тому числі виникнення страху, занепокоєння, збудження, гніву, параної, задоволення, радості, захоплення, сміху (желастичні) або плачу (дакристичні)

Когнітивні	Емоційні або афективні	Моторні
Акалькулія	Ажитація	Джексонівський
Афазія	Гнів	Дизартрія
Галюцинації	Задоволення	Дискоординація
Дежа-вю або жаме-вю	Параноя	Дистонічний
Дисоціація	Плач (дакристичний)	Параліч
Дисфазія	Сміх (геластичний)	Парез
Забування	Страх	Поворот
Ілюзії	Тривожність	Поза фехтувальника (фігура 4)
Нав'язливі думки	Автономні	Сенсорні
Порушення пам'яті	Асистолія	Вестибулярний
Порушення реагування	Блідість	Зоровий
Порушення уваги	Брадикардія	Нюховий
Автоматизми	Гіпер/гіповентиляція	Слуховий
Агресія	Ерекція	Смаковий
Біг(нерівний)	Зміна дихання	Соматосенсорний
Кліпання очима	Нудота або блювання	Відчуття холоду-жару
Вокалізація/мова	Пілоерекція	Латералізація
Педалювання	Почервоніння	Ліворуч
Оральнo-лицеві	Серцебиття	Праворуч
Персеверація	Тахікардія	Двобічно
Посмикування тазу	Шлунково-кишкові прояви	
Роздягання		
Мануальні		
Сексуальні		
Хитання головою		
Хода		
загальні дескриптори поведінки при вогнищевих нападах		

Простые парциальные припадки (фокальные моторные и соматосенсорные припадки)

дополнительная моторная кора



сенсорная кора
также организована
соматотопически

онемение и
покалывание

типичное положение
контралатеральной
руки

голова и глаза
поворачиваются
в сторону,
противоположную
очагу

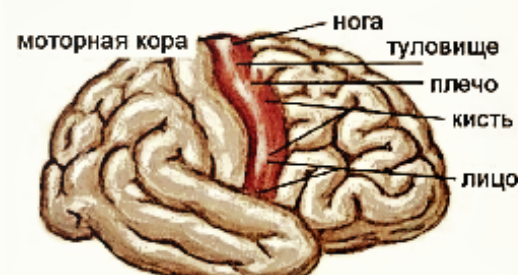


простой парциальный припадок,
берущий начало в дополнительной
моторной коре

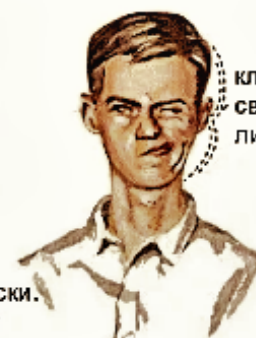
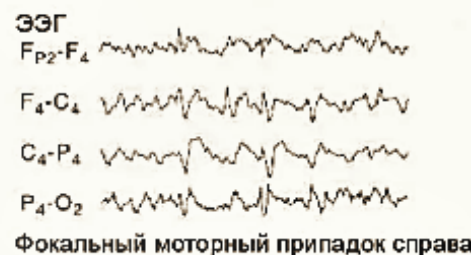


сенсорные симптомы распространяются
по типу джексоновского марша

Простые парциальные припадки (фокальные моторные припадки с джексоновским маршем)



Моторная кора организована соматотопически.
Часть тела, вовлеченная в припадок, может
помочь локализовать эпилептический очаг



припадок сначала
вовлекает часть коры,
иннервирующую лицо

распространяется,
вовлекая часть коры,
иннервирующую кисть

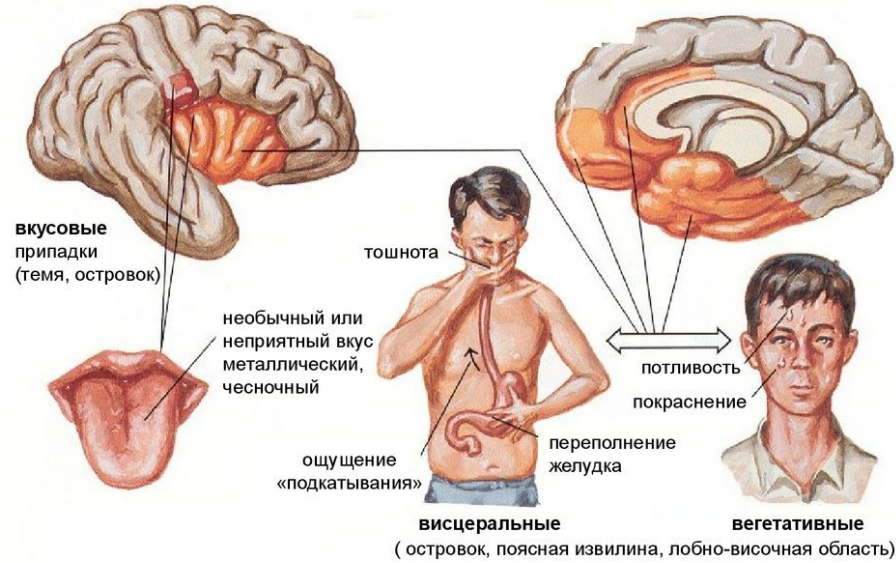
распространяется,
вовлекая часть коры,
иннервирующую плечо

После припадка может сохраняться парез (паралич Тодда)

Простые парциальные припадки (сенсорные припадки)



Простые парциальные припадки (сенсорные вкусовые, висцеральные и вегетативные припадки)



Комплексные парциальные припадки (психомоторные автоматизмы)



Транзиторні психічні розлади

1. Дисфорії

2. Сутінкове
помутніння свідомості

3. Епілептичні
психози

Дисфорія -

- ▶ гіпотимія, що поєднується одночасно зі злістю, тривогою і страхом.

(Хворі напружені, дратівливі, прискіпливі, конфліктні, можуть здійснювати руйнівні дії);

- ▶ Залежно від структури афекта :
 - ✓ експлозивна
 - ✓ тривожна
 - ✓ меланхолійна



► Сутінкове потьмарення свідомості характеризується:

- раптовим початком та кінцем
- дезорієнтацією
- відчуженістю від навколишнього світу
- фрагментарністю мислення
- афективними розладами (страх, туга, злість)
- після- повною амнезією

Форми

проста

параноїдна

деліріозна

онейроїдна

дисфорична

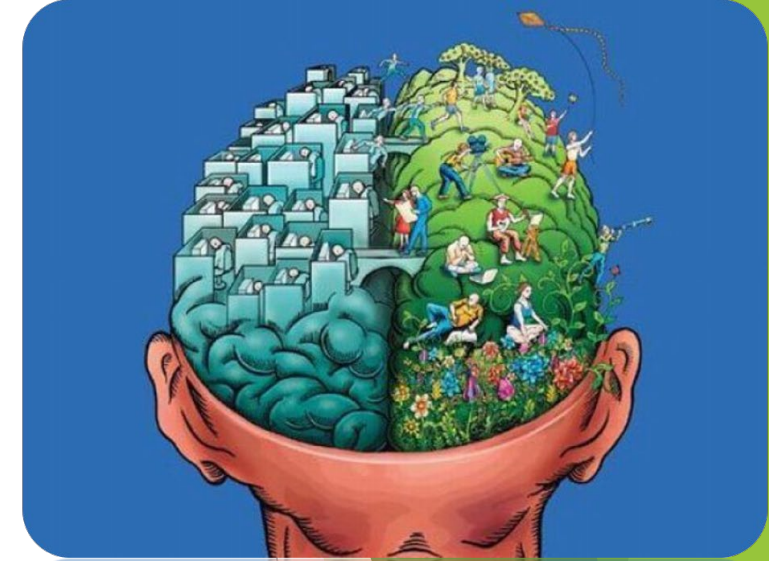
Різновиди:

- ▶ Амбулаторний автоматизм. Хворі на цей розлад здійснюють автоматизовані дії і руху: без мети блукають, переходять вулиці, кудись прямують, щось купують. Тривалість - до декількох днів.
- ▶ Фуга - раптове і короткочасне рухове збудження у формі елементарних рухів або дій (роздягання, біг і ін.), яке супроводжується сутінковим затьмаренням свідомості. Тривалість - декілька хвилин.
- ▶ Транс- тривалий амбулаторний автоматизм з елементарною орієнтацією у нескладних ситуаціях.
- ▶ Сомнабулізм - блукання у нічний час, що амнезується.

Епілептичні психози

Класифікація:

- ▶ По відношенню до нападів:
 - іктальні
 - постіктальні
 - інтеріктальні
- По характеру початку:
 - приховані
 - гострі
- По стану свідомості:
 - з ясною свідомістю
 - з затьмареною свідомістю
- По тривалості:
 - короточасні
 - хронічні
- По реакції на лікування:
 - курабельні
 - резистентні



Гострі епілептичні психози

► із затьмаренням свідомості:

- зтяжні сутінкові стани (зазвичай після серії тоніко-клонічних нападів тривають до декількох діб, супроводжуються галюцинаторними переживаннями, маренням, агресією, руховим збудженням);
- епілептичний онейроїд (екстаз, захоплення, страх, зорові, слухові галюцинації фантастичного змісту на тлі загальмованості);
- епілептичний делірій (з розладом предметної орієнтації, з яскравими зоровими галюцинаціями, маренням переслідування, страхом, гнівом і відповідною поведінкою);

► без затьмарення свідомості:

- гострий параноїд (гостре чуттєве марення зі слуховими і зоровими галюцинаціями страхітливого характеру, збудженням, агресивністю, руйнівними діями, втечею від уявних переслідувачів);
- гострі афективні психози (дисфоричні психози) (епілептична депресія (тривога, ажитація, ідеї самозвинувачення); епілептична манія (ейфоричне або екстатичне тло, ідеї переоцінки особистості);



Хронічні епілептичні психози:

- ▶ паранояльні (марення повсякденного змісту зі звичайною фабулою - відносини, отруєння, шкоди, іпохондричний, релігійний на тлі тривожно-злобного або екстатично-захопленого афекту);
- ▶ галюцинаторно-параноїдні (характеризується поєднанням маячних ідей із зоровими і слуховими галюцинаціями, іноді релігійного змісту, з яскравістю, чуттєвою забарвленістю. Характерні конкретні за змістом, наочні і одноманітні маячні ідеї переслідування, впливу, величі з параноїдним сприйняттям та інтерпретацією навколишнього, почуттям страху, тривоги.);
- ▶ парафренні (мегаломанічні маячні ідеї часто релігійного змісту на тлі екстатично-захопленого афекту);
- ▶ кататонічні (з переважанням ступору з негативізмом, мутизмом, імпульсним збудженням, придуркуватою поведінкою, кривляннями, стереотипіями).

При тривалому перебігу захворювання з'являються такі риси в характері хворого, як:

- злопам'ятність,
- мстивість,
- педантизм,
- егоцентризм,
- інфантилізм



- Хворий стає:
- образливим
- агресивним
- наростає дратівливість.



- Дратівливість і агресія ростуть пропорційно опору, який отримує хворий. У той же час при відсутності опору пацієнт швидко заспокоюється.



Емоції

- Емоції хворого , що страждає на епілепсію, тьмяні і одноманітні. Він ніби не встигає відреагувати на зміни, що відбуваються. Настрій піддається коливанням - від похмурого і дратівливого до збудженого і радісного.



У розмові звертає на себе увагу

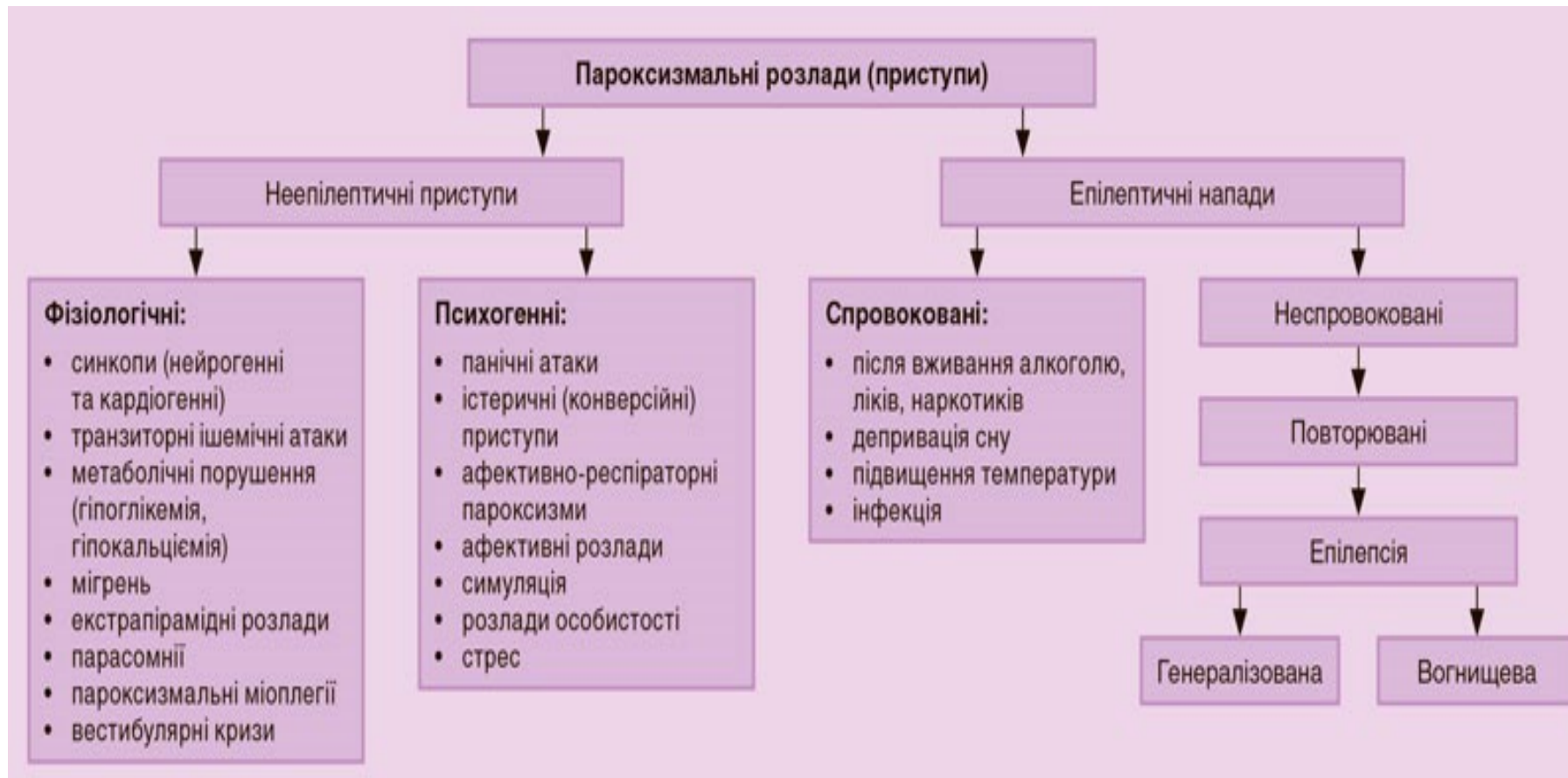
- деталізація і докладний опис того, що відбувається. Мислення стає в'язким, знижуються комбінаторні здібності, людина може повторювати одну фразу, одні і ті ж рухи, розвивається монотонність і розірваність мови. Знижується пам'ять. Хворий не може відрізнити головного від другорядного, перебільшено уважний до дрібниць. Насилу висловлює свою думку. У розмові часто зустрічаються витіюваті чудернацькі фрази.



Епілептична (концентрична) деменція

- ▶ Тугорухливість психічних процесів (їх уповільнення і схильність до «застрявання») призводить до прогресивного ослаблення пізнавальних здібностей за рахунок:
 - Втрати здатності відділяти істотне від несуттєвого (хворий «грузне в дрібницях»).
 - Погіршення здатності до запам'ятовування,
 - Зростаючої вузькості суджень (чому сприяє збільшуваний егоцентризм),
 - Труднощі накопичення нового досвіду
 - Поєднується з млявістю, пасивністю, байдужістю до навколишнього, бракує словникового запасу, наростає олігофазія.

Діагностичний алгоритм при диференціації епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів

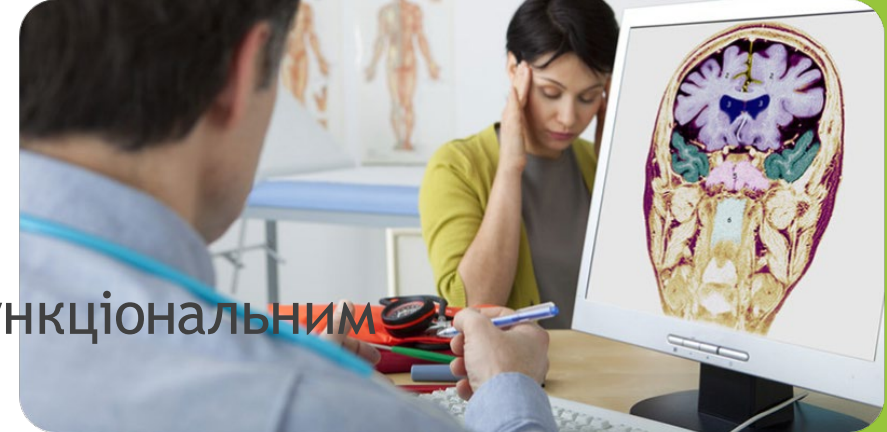


Дифференційний діагноз з істерією

Показатели	Эпилепсия	Истерия
Начало	Внезапно	Психогенное
Сознание	Выключено	Аффективно сужено
Падение	Как подкошенный	Осторожно
Зрачки	Не реагируют на свет	Реагируют
Длительность	4—5 мин	30 и более
Время возникновения	В любое время суток	В присутствии людей
Повреждения	Прикус языка, упускание мочи	—
Движения	Фазные	Выразительные, размашистые, демонстративные
После припадка	Оглушение, сон	Плач, рыдания, смех

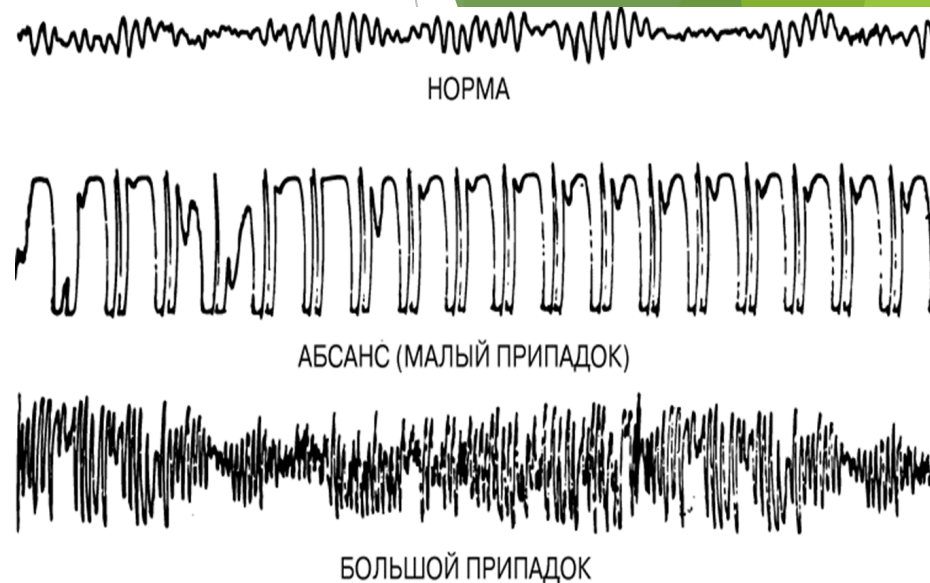
Діагностика епілепсії

- ▶ Електроенцефалографія (в т.ч. з функціональним навантаженням)
- ▶ Серологічне обстеження крові і ліквору на сифіліс і віруси дозволить підтвердити або виключити інфекційну патологію ЦНС
- ▶ Лабораторні дослідження (аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові); аналіз сечі (білок, глюкоза, мікроскопія, кетони, домішки крові); біохімію (електроліти, білок, сечовина, імуноглобуліни, кальцій, трансамінази, лужна фосфатаза, білірубін, сечовина, глюкоза, креатинін, амілаза, церулоплазмін, молочна кислота)
- ▶ Магнітно-резонансна томографія (МРТ)
- ▶ Комп'ютерна томографія (КТ) - в даний час визнається адекватним тільки для виявлення пухлин головного мозку;
- ▶ Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ)



Типові зміни на ЕЕГ при епілепсії

- ▶ Гострі хвилі
- ▶ пік- хвилі (spike)
- ▶ пік-хвиля (spike) - повільна хвиля
- ▶ Зустрічаються у 15-20% всіх хворих на епілепсію.
- ▶ В інших випадках не вдається виявити «специфічних» феноменів на ЕЕГ



Лікування (перша допомога)



ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ЕПІЛЕПТИЧНОМУ НАПАДІ



Лікування

- ▶ Лікування пацієнтів з епілепсією починають з монотерапії препаратом першої лінії вибору.
- ▶ Ефективність лікування оцінюють через 3 місяці після досягнення терапевтичної дози препарату. Оцінка ефективності протягом меншого періоду часу не дозволяє визначити ефективність ПЕП, і призводить до частой їх зміни і розвитку вторинної фармакорезистентності.
- ▶ При неефективності першого ПЕП в якості монотерапії, призначають інший препарат першої лінії вибору у вигляді монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відміняється перший неефективний ПЕП.



Таблиця 4.3. Застосування ПЕП залежно від типу нападів

Тип нападу	1-ша лінія	2-га лінія	Можливість застосування	Протипоказані для застосування
Генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні	Вальпроєва кислота Ламотриджин	Карбамазепін Леветирацетам Оскарбазепін Топірамат Фенобарбітал	Габапентин Прегабалін Фенітоїн	За наявності абсансів, міоклоній, підозра на ЮМЕ: габапентин, карбамазепін, оскарбазепін, прегабалін, фенітоїн
Міоклонічні	Вальпроєва кислота Леветирацетам Топірамат	Клоназепам	Ламотриджин Пірацетам Фенобарбітал	Габапентин Карбамазепін Оскарбазепін Прегабалін Фенітоїн Підозра на ЮМЕ: ламотриджин
Абсанси	Вальпроєва кислота	Клоназепам Ламотриджин Леветирацетам	Топірамат	Габапентин Карбамазепін Оскарбазепін Прегабалін Фенітоїн
Парціальні	Вальпроєва кислота Ламотриджин Леветирацетам Карбамазепін Оскарбазепін Топірамат	Фенітоїн	Габапентин Клоназепам Прегабалін Фенобарбітал	
Вторинно генералізовані	Вальпроєва кислота Ламотриджин Карбамазепін Оскарбазепін Леветирацетам Топірамат	Фенітоїн	Габапентин Прегабалін Клоназепам Фенобарбітал	
Недиференційовані	Вальпроєва кислота Топірамат	Ламотриджин Леветирацетам	Фенобарбітал	

Добові дози ПЕП, зареєстрованих в Україні:

- ▶ Кислота вальпроєва 500-3000 (1000) мг/добу
- ▶ Карбамазепін 400-2000 (600-800) мг/добу
- ▶ Фенобарбітал (бензобарбітал) 60-240 (120) мг/добу
- ▶ Фенітоїн 100-700 (300) мг/добу
- ▶ Ламотриджин 100-800 (200-400) мг/добу
- ▶ Топірамат 100-1000 (200-400) мг/добу
- ▶ Клоназепам 2-8 (2-4) мг/добу
- ▶ Габапентин 1200-4800 (2400) мг/добу
- ▶ Прегабалін 150-600 (300-450) мг/добу
- ▶ Леветирацетам 1000-4000 (2000-3000) мг/добу
- ▶ Окскарбазепін 300-2400 (900-1200) мг/добу
- ▶ У дужках вказані середні добові дози ПЕП.



Таблиця 4.4. Препарати та їх дозування, що застосовуються для лікування психічних і поведінкових розладів при епілепсії

Назва препарату	Дозування
Антипсихотики	
Оланзапін*	5-25 мг/добу
Рисперидон*	0,5-6 мг/добу
Кветіапін*	500-600 мг/добу
Амісульприд*	50-800 мг/добу
Антидепресанти	
Сертралін*	25-100 мг/добу
Циталопрам*	10-40 мг/добу
Пароксетин*	10-30 мг/добу
Есциталопрам*	5-20 мг/добу
Венлафаксин*	75-225 мг/добу
Снодійні	
Зопіклон	3,75-15 мг/добу
Золпідем	5-10 мг/добу
Залеплон	5-10 мг/добу

Примітки: Не рекомендовано: клозапін*, трициклічні антидепресанти*; * – рівень доказовості С.

Хірургічне лікування

- ▶ До резекційних операцій належать: передня скронева лобектомія, селективна амигдалогіпокампектомія, топектомія, гемісферектомія.
- ▶ До функціональних хірургічних втручань відносять: каллозотомію, множинну субпіальну транссекцію, різноманітні стреотаксичні втручання, включаючи радіохірургічні, а також електростимулюючі операції (стимуляція блукаючого нерва, глибинна мозкова стимуляція, хронічна коркова та мозочкова стимуляція).

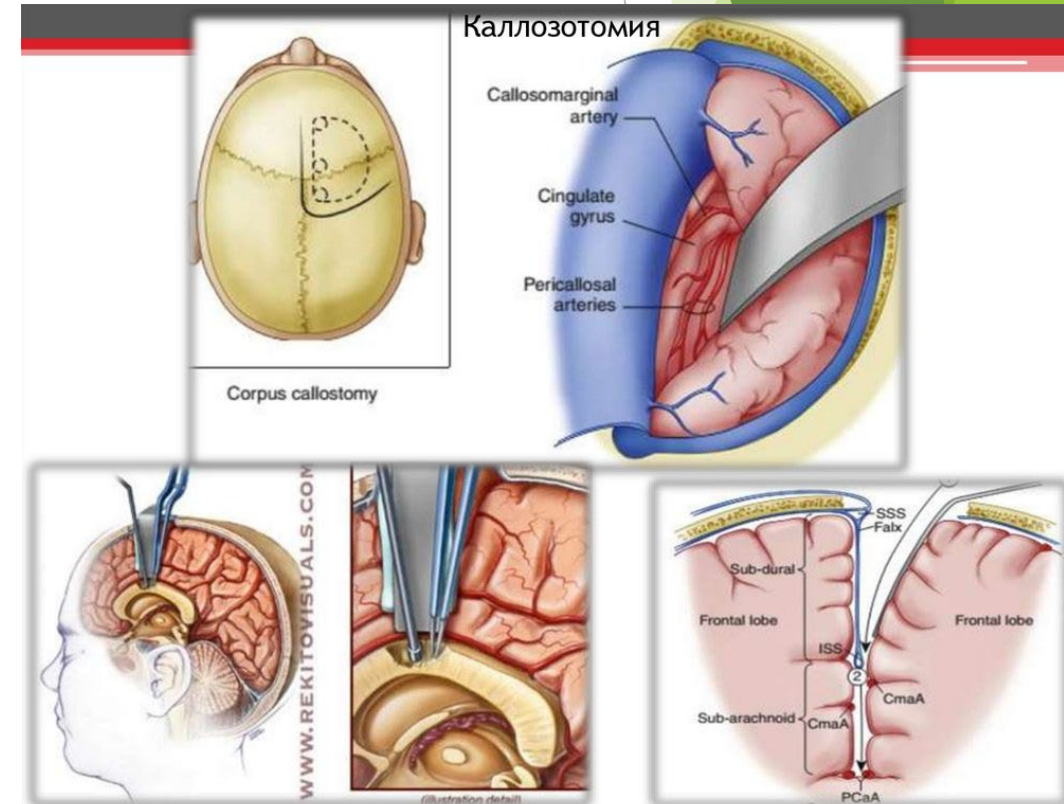
Резекція вогнища

Цель:

- удаление первичного эпилептогенного фокуса, включая зону морфологического поражения;
- отключение эпилептогенного фокуса от других структур мозга, которые принимают активное участие в распространении эпилептической активности, даже при неполном удалении первичного фокуса;
- уменьшение общего числа нейронов с измененной биоэлектрической активностью;

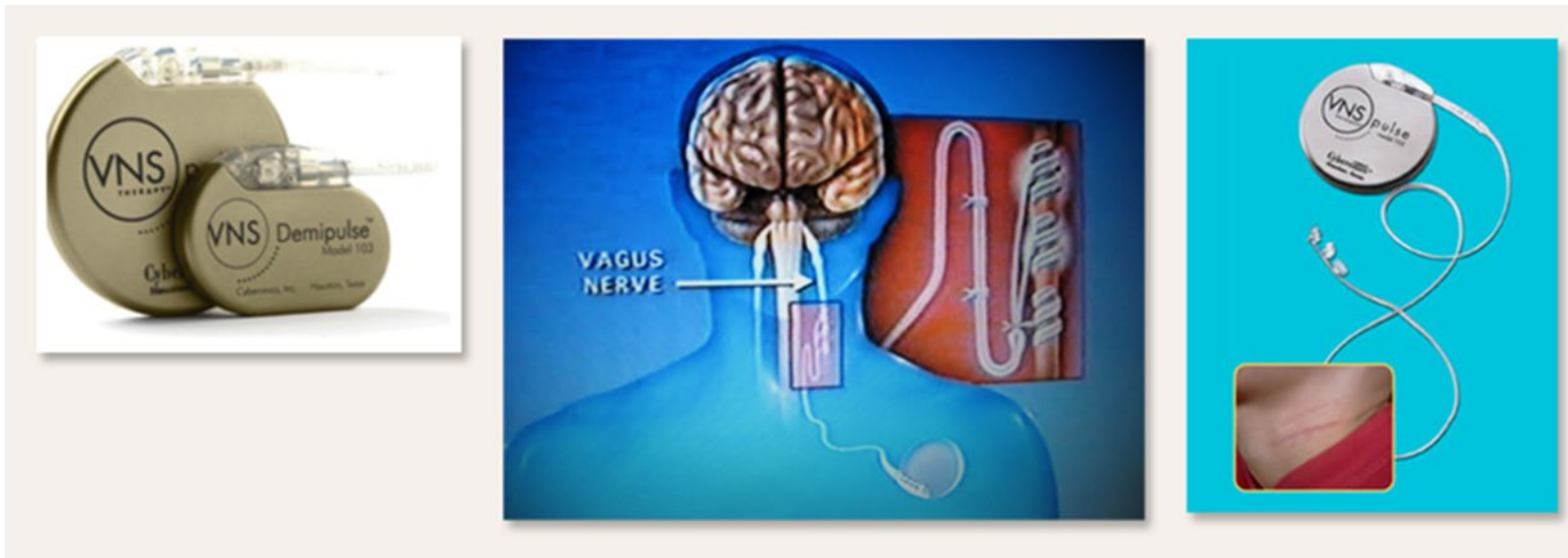
Каллозотомія

- ▶ Мета: попередження поширення епілептичної активності з однієї півкулі в іншу за рахунок переривання нервових зв'язків, задіяних в генералізації епілептичної активності.
- ▶ Ускладнення: синдром роз'єднання півкуль



Стимуляція блукаючого нерва

- Хірургічно процедура полягає в накладенні електрода на блукаючий нерв в області шиї між загальною сонною артерією і внутрішньою яремною веною



Контрольні запитання

- ▶ Назвіть основні причини виникнення симптоматичної епілепсії
- ▶ Назвіть основні ланки патогенезу епілепсії
- ▶ Назвіть принципи класифікації епілепсії
- ▶ Назвіть клінічні прояви генералізованої епілепсії
- ▶ Назвіть основні клінічні прояви парціальної епілепсії
- ▶ Охарактеризуйте психічні порушення при епілепсії
- ▶ Які методи діагностики епілепсії?
- ▶ Назвіть принципи лікування епілепсії.

