**«ЭПИЛЕПСИЯ: СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»**

***Автор: Перфильева Анна Владимировна,***

***студентка краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»***

***Руководитель: Масловская Елена Сергеевна, преподаватель***

**Эпилепсия** – состояние, характеризующееся повторными (более двух) эпилептическими приступами, не спровоцированными какими-либо немедленно определяемыми причинами.

Эпилепсия – заболевание головного мозга, определяемая любым из следующих условий:

1) по крайней мере, два неспровоцированных (или рефлекторных) приступа, с интервалом > 24 ч;

2) один неспровоцированный (или рефлекторный) приступ и вероятность повторения приступов, близкая к общему риску рецидива (≥ 60%) после двух спонтанных приступов в последующие 10 лет;

3) диагноз эпилептического синдрома, (≥ 60% - следует трактовать как высокую вероятность рецидива).

Эпилептический статус – состояние пролонгированного приступа или повторяющихся приступов, в интервалах между которыми состояние больного не возвращается к исходному.

Эпилептический приступ представляет собой временное нарушение сознания, сопровождающееся двигательными, чувствительными, вегетативными, психическими нарушениями.

**Этиология**

* Генетическая предрасположенность.
* Травмы, включая ЧМТ.
* Гипоксия или травма в родах, недоношенность.
* ОМНК.
* Новообразования головного мозга.
* Малярия, нейроцистицеркоз, менингит, энцефалит.
* Асфиксия различного генеза (закупорка инородным телом, утопление, повешение).
* Алкоголизм.
* Наркомания.

Приступы провоцируются зрительными стимулами (мигающий свет, мелькание), музыкой с усиленным ритмом, напряженной мыслительной деятельностью, определенными едой или движениями, телесными ощущениями, чтением, горячей или холодной водой, резкими звуками, интоксикацией, лихорадкой (фебрильные судороги). Однако во многих случаях для развития приступа триггер не требуется.

**Классификация**

В зависимости от локализации очага:

* фокальными (очаг в одном полушарии)
* генерализованными (распространение патологического возбуждения по нескольким структурам головного мозга).

Судорожные приступы эпилепсии могут быть:

* парциальными (судорожные подергивания части тела)
* генерализованные (общий судорожный приступ).

Различают несколько проявлений эпилепсии:

* идиопатическую эпилепсию, при которой различного типа припадки — основное и главное проявление заболевания,
* эпилептический синдром, когда припадки являются одним из симптомов другого заболевания.

**Клинические симптомы**

В клинической картине эпилепсии выделяют три периода:

1. иктальный (период приступа),
2. постиктальный (постприступный)
3. интериктальный (межприступный).

В постиктальном периоде возможно полное отсутствие неврологической симптоматики (кроме симптомов заболевания, обусловливающего эпилепсию — черепно-мозговая травма, геморрагический или ишемический инсульт и др.).

Выделяют несколько основных видов ауры, предваряющей сложный парциальный приступ эпилепсии:

* вегетативную,
* моторную,
* психическую,
* речевую
* сенсорную.

К наиболее частым симптомам эпилепсии относятся: тошнота, слабость, головокружение, ощущение сдавления в области горла, чувство онемения языка и губ, боли в груди, сонливость, звон и/или шум в ушах, обонятельные пароксизмы, ощущение комка в горле и др. Кроме того, сложные парциальные приступы в большинстве случаев сопровождаются автоматизированными движениями, кажущимися неадекватными. В таких случаях контакт с пациентом затруднен либо невозможен.

Вторично-генерализированный приступ начинается, как правило, внезапно. После нескольких секунд, которые длится аура (у каждого пациента течение ауры уникально), пациент теряет сознание и падает. Падение сопровождается своеобразным криком, который обусловлен спазмом голосовой щели и судорожным сокращением мышц грудной клетки.

Далее наступает тоническая фаза приступа эпилепсии, названная так по типу судорог. Тонические судороги — туловище и конечности вытягиваются в состоянии сильнейшего напряжения, голова запрокидывается и/или поворачивается в сторону, контралатеральную очагу поражения, дыхание задерживается, набухают вены на шее, лицо становится бледным с медленно нарастающим цианозом, челюсти плотно сжаты. Продолжительность тонической фазы приступа — от 15 до 20 секунд.

Затем наступает клоническая фаза приступа эпилепсии, сопровождающаяся клоническими судорогами (шумное, хриплое дыхание, пена изо рта). Клоническая фаза продолжается от 2 до 3 минут. Частота судорог постепенно снижается, после чего наступает полное мышечное расслабление, когда пациент не реагирует на раздражители, зрачки расширены, реакция их на свет отсутствует, защитные и сухожильные рефлексы не вызываются.

Наиболее распространенные типы первично-генерализированных приступов, отличающихся вовлечением в патологический процесс обоих полушарий мозга — тонико-клонические приступы и абсансы. Последние чаще наблюдаются у детей и характеризуются внезапной кратковременной (до 10 секунд) остановкой деятельности ребенка (игры, разговор), ребенок замирает, не реагирует на оклик, а через несколько секунд продолжает прерванную деятельность. Пациенты не осознают и не помнят припадков. Частота абсансов может достигать нескольких десятков в сутки.

**Диагностика**

Диагностирование эпилепсии должно основываться на данных анамнеза, физикальном обследовании пациента, данных ЭЭГ и нейровизуализации (МРТ и КТ головного мозга). При установлении эпилептического характера пароксизма проводится четырех этапная диагностика, которая включает: описание клинической картины, определение типа припадка, установление формы или синдрома, уточнение этиологии.

Диагностикой эпилепсии занимаются неврологи и эпилептологи. Основным методом обследования пациентов с диагнозом «эпилепсия» является ЭЭГ, которая не имеет противопоказаний. ЭЭГ проводят всем без исключения пациентам в целях выявления эпилептической активности.

Современные методы компьютерного анализа ЭЭГ позволяют определить локализацию источника патологической биоэлектрической активности. При проведении ЭЭГ во время приступа эпилептическая активность регистрируется в большинстве случаев, в интериктальном периоде ЭЭГ нормальная у 50% пациентов. На ЭЭГ в сочетании с функциональными пробами (фотостимуляция, гипервентиляция) изменения выявляют в большинстве случаев. Необходимо подчеркнуть, что отсутствие эпилептической активности на ЭЭГ (с применением функциональных проб или без них) не исключает наличие эпилепсии. В таких случаях проводят повторное обследование либо видеомониторинг проведенной ЭЭГ.

В диагностике эпилепсии наибольшую ценность представляет МРТ головного мозга, проведение которой показано всем пациентам с локальным началом эпилептического припадка. МРТ позволяет выявить заболевания, повлиявшие на провоцированный характер приступов (аневризма, опухоль) либо этиологические факторы эпилепсии (мезиальный темпоральный склероз).

В ряде случаев (пациенты преклонного возраста) необходимо проведение дополнительных исследований: биохимический анализ крови, осмотр глазного дна, ЭКГ.

**Лечение эпилепсии**

Медикаментозное лечение противоэпилептическими препаратами (ПЭП) является основным методом терапии эпилепсии. В большинстве случаев лечение должно начинаться сразу после установления диагноза «Эпилепсия» за исключением некоторых возрастзависимых синдромов детского возраста с редкими приступами. Цель лечения – достижение стойкой ремиссии заболевания без каких-либо значимых побочных эффектов (нервно-психических, соматических и др.); обеспечение профессиональной и социальной адаптации пациентов; сохранение оптимального качества жизни.

**Консервативная терапия**

Все методы лечения эпилепсии направлены на прекращение приступов, улучшение качества жизни и прекращение приема лекарственных средств (на стадии ремиссии).

Показаниями к госпитализации являются: впервые в жизни развившийся эпилептический приступ, эпилептический статус и необходимость хирургического лечения эпилепсии.

Одним из принципов медикаментозного лечения эпилепсии является монотерапия. Препарат назначают в минимальной дозе с последующим ее увеличением до прекращения приступов. В случае недостаточности дозы необходимо проверить регулярность приема препарата и выяснить, достигнута ли максимально переносимая доза.

Применение большинства противоэпилептических препаратов требует постоянного мониторинга их концентрации в крови. Лечение Прегабалином, Леветирацетамом, Вальпроевой кислотой начинают с клинически эффективной дозы, при назначении Ламотриджина, Топирамата, Карбамазепина необходимо проводить медленное титрование дозы.

Лечение впервые диагностированной эпилепсии начинают как с традиционных (Карбамазепин и Вальпроевая кислота), так и с новейших противоэпилептических препаратов (Топирамат, Окскарбазепин, Леветирацетам), зарегистрированных для применения в режиме монотерапии. При выборе между традиционными и новейшими препаратами необходимо принять во внимание индивидуальные особенности пациента (возраст, пол, сопутствующая патология). Для лечения неидентифицированных приступов эпилепсии применяют Вальпроевую кислоту.

При назначении того или иного противоэпилептического препарата следует стремиться к минимально возможной частоте его приема (до 2 раз/сутки). За счет стабильной концентрации в плазме препараты пролонгированного действия более эффективны. Доза препарата, назначенная пожилому пациенту, создает более высокую концентрацию в крови, чем аналогичная доза препарата, назначенная пациенту молодого возраста, поэтому необходимо начинать лечение с малых доз с последующим их титрованием. Отмену препарата проводят постепенно, учитывая форму эпилепсии, ее прогноз и возможность возобновления приступов.

**Хирургическое лечение**

Хирургическое удаление эпилептогенной ткани мозга (кортикальная топэтомия, лобэктомия, гемисферэктомия, мультилобэктомия); селективная операция (амигдало-гиппокампэктомия при височной эпилепсии); каллозотомия и функциональное стереотаксическое вмешательство; вагус-стимуляция.

Существуют строгие показания к каждому из вышеперечисленных хирургических вмешательств. Их проведение возможно только в специализированных нейрохирургических клиниках, располагающих соответствующей техникой, и при участии высококвалифицированных специалистов (нейрохирурги, нейрорадиологи, нейропсихологии, нейрофизиологи и др.).

**Список литературы**

1. Клинические рекомендации – Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей – 2022 – Утверждены Минздравом РФ

2. Колягин В.В. Эпилепсия: монография. / Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013 – 232 с.

3. Новикова Л.Б. Эпилепсия: клиника, диагностика, лечение, медико-социальная Э 71 экспертиза: уч. пособие / Сост.: Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, А.Г. Сафина, Р.М. Галимова – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 – 64 с.

4. Эпилепсия - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://neuro-rostov.ru/chto-lechim/epilepsiya/ (Дата обращения 12.05.2023)