|  |  |
| --- | --- |
|  | Комитет по здравоохранению Санкт-ПетербургаГосударственное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Санкт-Петербургский медицинский колледж №1» |

 **Р Е Ф Е Р А Т**

 Эпилепсия

|  |
| --- |
| Выполнила: студентка 30 группы Лечебного отделенияДанилова Виктория |

2016

**План**

Введение……………………………………………………………………………..……….3

Глава 1. Эпилепсия……………………………………………………………………..…....4

* 1. Эпилепсия…………………………………………………………………….. .. …..4
	2. Этиология эпилепсии……………………………………………………………….4
	3. Патогенез эпилепсии………………………………………………………..............5
	4. Виды эпилептических припадков и клиника……………………………………...6
	5. Диагностика эпилепсии……………………………………………………………..7
	6. Дифференциальная диагностика эпилепсии………………………………………7

Глава 2. Лечение и профилактика эпилепсии…………………………………………..….9

 2.1. Лечение эпилепсии………………………………………………………................9

 2.2. Профилактика эпилепсии…………………………………………………………10

Заключение……………………………………………………………………….................11

Библиографический список……………………………………………………………..…12

**Введение**

 Термин «эпилепсия» (от греч. epilepsies, epilensia – схватывание), был впервые введен Гиппократом в трактате «О священной болезни». На протяжении многих веков заболевание рассматривалось с мистических позиций как наказание Божье, одержимость таинственной божественной либо, наоборот, демонической силой. Гиппократ пришел к выводу, что причины болезни не более таинственны, чем причины других заболеваний: «Эпилепсия есть болезнь мозга».

 Эпилепсия является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы. Ее распространенность в различных странах колеблется от 3 до 20 человек на 1000 населения. Число больных эпилепсией на планете, по данным Международной Лиги по борьбе с эпилепсией, составляет не менее 50 млн. человек, в Западной и Центральной Европе - 6 млн.; в России этим заболеванием страдает около полумиллиона людей. Эпилепсия может начаться в любом возрасте, но более чем у 50% больных первый припадок возникает до 20 лет, особенно часто в предпубертатном возрасте (7-12 лет).

 Учитывая большую распространенность данного заболевания, знание причин, видов и клиники, подходов к диагностике и лечение имеет большое значение не только для психиатров, но и для неврологов, педиатров.

 **Цель исследования**: подробное изучение эпилепсии.

 **Задачи**. Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

1. этиологию, патогенез эпилепсии;
2. клиническую картину, диагностику и дифференциальную диагностику данного заболевания;
3. лечение и профилактику эпилепсии.

**Глава 1. Эпилепсия**

* 1. **Эпилепсия**

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), **эпилепсия** – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами.

* 1. **Этиология эпилепсии**

 **Этиология.** Согласно современным представлениям, сформулированным выдающимся отечественным неврологом академиком С.Н. Давиденковым, в возникновении эпилепсии имеют значение три фактора:

1. Обусловленная наследственными или врожденными причинами предрасположенность к эпилепсии в виде повышенной пароксизмальной (судорожной) готовности головного мозга.
2. Неблагоприятные внешние воздействия, превращающие (реализующие) предрасположенность в болезнь.
3. Асфиксия при родах, внутриутробное воздействие неблагоприятных факторов на ребенка, родовые повреждения ЦНС, интоксикация алкоголем, гематомы.

Таким образом, неблагоприятные воздействия, чаще всего выступающие в виде ЧМТ (включая родовую), нейроинфекций (менингиты, энцефалиты и др.), сосудисто-мозговых заболеваний (преимущественно у людей пожилого возраста) могут вызывать эпилепсию не у всех, а только у предрасположенных к ней лиц. Если на основании анамнеза заболевания и дополнительных методов исследования (КТ, МРТ, ЭЭГ и др.) удается установить причину возникновения эпилепсии как самостоятельно текущего заболевания, следует говорить о **симптоматической эпилепсии.**

 В определенных случаях эпилепсия развивается без воздействия вышеуказанных внешних вредных факторов, но при отчетливом наследственном предрасположении, наличии того же заболевания у родителей.

 В тех случаях, когда причину заболевания установить не удается, а признаки первичного поражения головного мозга (клинические, нейрорадиологические – отсутствуют, заболевание рассматривают как **идиопатическую эпилепсию.** Данная этиологическая форма заболевание начинается исключительно в детском или пубертатном возрасте. Возникновение идиопатической формы эпилепсии в настоящее время объясняется только возможной наследственной предрасположенностью, которую в большинстве случаев связывают с геном BF и HLA хромосомы 6.

 Эпилептические припадки также могут быть одним из проявлений целого ряда заболеваний. Они нередко наблюдаются в остром периоде ЧМТ, при ОНМК, менингоэнцефалитах, САК, острых интоксикациях (в том числе алкогольных). Непосредственной причиной возникновения припадков в этих случаях является повреждение головного мозга и его отек.

 Очаговые и многоочаговые заболевания головного мозга с подострым и хроническим течением также могут сопровождаться эпилептическими припадками. Они являются одним из наиболее ранних и частых симптомов опухолей, абсцессов, паразитарных кист, артериовенозных мальформаций (аномалий, дефектов развития). Причиной развития припадков в таких случаях становится «раздражение» определенных участков мозга, что приводит к формированию очага патологической активности и возникновению очаговых нейронных разрядов.

 Вышеперечисленные случаи, когда появление припадков связано исключительно с внешним (экзогенным) фактором без какой-либо наследственной предрасположенности не относят к эпилептической болезни и рассматривают как **эпилептический синдром**, обусловленный текущим самостоятельным заболеванием.

 Эпилептические припадки (один или единичные) могут возникать также в ответ на экстремальные воздействия или ситуации и в таком случае (в отечественной специальной литературе) рассматриваются как клинические проявления **эпилептической реакции**.

 Таким образом, эпилептические припадки могут быть клиническим проявлением эпилептической реакции, эпилептического синдрома, эпилепсии (идиопатической или симптоматической).

* 1. **Патогенез эпилепсии**

 **Патогенез.** К настоящему времени на основании многочисленных экспериментальных и клинических исследований разработан ряд теорий патогенеза эпилепсии, важнейшим звеном которого является формирование *первичного эпилептического очага*.

Вследствие вышеописанных экзогенных воздействий в мозге больных эпилепсией образуются морфологические изменения, характеризующиеся гибелью нейронов, замещением их соединительной тканью, образованием кист, рубцов, спаечных процессов. Эти изменения приводят к грубым нарушениям метаболизма (обменных процессов) нейронов, находящихся вблизи очага поражения, что, в свою очередь, вызывает изменения биоэлектрической активности нервных клеток и формирование группы нейронов, продуцирующих чрезмерные очаговые нейронные разряды.

Эпилептический очаг, образуясь в коре и корково - подкорковых структурах головного мозга, в процессе своего функционирования захватывает все новые и новые его образования, вовлекает в патологический процесс противоположное полушарие (образование зеркальных очагов). Он оказывает дезорганизующее влияние на деятельность головного мозга в целом, вызывая с течением времени образование *эпилептических систем* и *эпилептизацию* мозга (т.е. вовлечение в патологический процесс всех его структур).

Эпилептический очаг, как принято считать, формируется в течение 3-5 лет.

* 1. **Виды эпилептических припадков и клиника**

**Виды эпилептических припадков и клиника.**

1. Парциальные (фокальные, локальные) припадки:
* Простые парциальные припадки - при сохраненном сознании в течение нескольких секунд или минут наблюдаются неярко выраженные судороги.
* Сложные парциальные припадки - характеризуются нарушением сознания, длящимся от нескольких секунд до нескольких десятков минут. Сложные парциальные припадки сопровождаются продолжением выполнения больным несложных движений на уровне автоматизма (жевание, ходьба). Больной дезориентирован, после припадка не помнит, что с ним происходило.
* Парциальные припадки с вторичной генерализацией (вторично генерализованные) – начинаются как простые и сложные парциальные, а затем трансформируются в тонико-клонические судороги.
1. Генерализованные припадки:
* Абсансы (малые припадки) – длятся в течение 10-20 секунд, сопровождаются выключением сознания и практически незаметными для окружающих мышечными подергиваниями, автоматизмами, вегетативными проявлениями.
* Миоклонические припадки - единичные кратковременные мышечные подергивания в течение нескольких секунд или серия сокращений мышц.
* Тонико-клонические припадки (большие припадки)– больной падает, в течение 10-20 секунд в результате повышения тонуса мышц сгибает, разгибает конечности, принимает вынужденное позы. Затем наступает клоническая фаза длительностью около 30 секунд, сопровождающаяся спазмами всего тела, тахикардией, артериальной гипертензией, гиперсаливацией (повышенное слюноотделение), гипергидрозом (повышенное потоотделение).
* Атонические (астатические) припадки - в течение кратковременного припадка у больного резко снижается тонус мышц, он падает на пол, теряет сознание.

**Эпилептический статус** – наиболее тяжелое проявление эпилепсии; состояние, при котором эпилептические припадки повторяются один за другим с короткими интервалами времени без восстановления сознания в межприступном периоде. Частота припадков колеблется от нескольких до 10 и более в течение часа.

 Причинами возникновения эпилептического статуса чаще всего бывают прекращение приема противоэпилептических лекарств, лихорадочные состояния, соматические заболевания, нарушения сна, прием алкоголя.

 При эпилептическом статусе после судорожных припадков быстро развивается сначала сопорозное, а затем коматозное состояние сознания, возникают расстройства дыхания, гемодинамики и гомеостаза (внутренней среды организма), вследствие чего создается серьезная угроза для жизни больного. Возникновение эпилептического статуса требует проведения срочных лечебных и реанимационных мероприятий.

* 1. **Диагностика эпилепсии**

**Диагностика.** В диагностике эпилепсии кроме учета клинической картины немаловажное значение уделяется инструментальным методам исследования:

* Электроэнцефалография – часто применяется в качестве мониторинга для обнаружения очагов эпилептической активности в головном мозге.
* Компьютерная томография головного мозга с контрастированием – позволяет исключить опухоль, кисту мозга.
* Магнитно-резонансная томография головного мозга – может выявить нарушение структуры вещества головного мозга или аномалию расположения сосудов.
	1. **Дифференциальная диагностика эпилепсии**

 **Дифференциальная диагностика.** Дифференциальный диагноз приходится проводить с истерией, при которой также наблюдаются иногда большие судорожные приступы. Но в отличие от эпилептического истерический припадок связан с волнением; полной потери сознания при нем не наблюдается; обычно припадок бывает только у бодрствующего; зрачковая реакция сохранена; язык не прикусывается; непроизвольного мочеиспускания не происходит; во время припадка больная часто плачет, стонет, разговаривает; судороги гораздо более полиморфны, чем при эпилепсии: часто наблюдается истерическая дуга (своеобразное положение больного - головой и пятками он касается постели, туловище изогнуто вперед наподобие дуги); припадок длится десятки минут, иногда полчаса и больше: послеприпадочного сна обычно не бывает; больные истерией редко ушибаются при падении, так как они успевают принять меры предосторожности. Эпилептические припадки стереотипны; у каждого больного они всегда протекают почти совершенно одинаково. Истерические припадки, наоборот, могут сильно варьировать даже у одного человека.

 Для эклампсии беременных характерны наличие беременности, высокое кровяное давление, отеки, белок в моче, отсутствие эпилептических припадков в прошлом. Надо иметь в виду, что иногда и при генуинной эпилепсии первый судорожный приступ возникает во время беременности.

 Малый припадок эпилепсии, если он сопровождается падением больного, может быть ошибочно принят за обморок. Распознавание базируется на том, что при обмороке обычно констатируется ухудшение пульса, ослабление дыхания, резкое побледнение лица. Развивается обморок не так внезапно, как petit mal, и длится дольше. Никогда он не сопровождается судорогами, непроизвольным мочеиспусканием, прикусыванием языка и последующим сном.

**Глава 2. Лечение и профилактика эпилепсии**

 **2.1. Лечение эпилепсии**

**Лечение.** При лечении эпилепсии можно выделить следующие направления:

1. Медикаментозная терапия - наиболее широко применяются две группы препаратов: вальпроаты (например, конвульсофин) и карбомазепины (например, финлепсин). Подбор препаратов и доз проводится индивидуально для каждого клинического случая эпилепсии.

Терапия противоэпилептическими средствами должная быть длительной, непрерывной, с комплексным применением противосудорожных, нейротропных, психоактивных препаратов, витаминотерапии. Постоянный прием препаратов позволяет исключить появление зон эпилептического возбуждения в головном мозге, которые приводят к припадкам, и дает возможность пациенту вести активный образ жизни с минимальными ограничениями (отказ от работы, сопряженной с открытым огнем, движущимися механизмами).

1. Хирургическое лечение - заключается в устранении морфофункциональных причин, вызывающих эпилепсию (например, артериовенозных мальформаций, зон с патологической возбудимостью) при недостаточном эффекте медикаментозной терапии:
* Множественные субпиальные трансекции - при проведении оперативного вмешательства хирургом вокруг зоны эпилептогенного очага производится несколько надсечек, что препятствует распространению патологической импульсации.
* Гемисферотомия – разделение полушарий головного мозга, что препятствует распространению возбуждения на весь головной мозг.
* Каллезотомия – осуществляется частичное рассечение волокон мозолистого тела, которое соединяет большие полушария мозга.
* Удаление очага эпилепсии в головном мозге - после электрокортикография (записи электроэнцефалограммы непосредственно с поверхности мозга), удаляются очаги с повышенной активностью.
* Передняя височная лобэктомия, гиппокампэктомия - удаления структур и областей мозга, соответствующих наиболее частой локализации эпилептогенного очага.
* Удаление опухоли, артериовенозной мальформации и других патологических образований.
* Самым эффективным на сегодняшний день считается такой метод лечения эпилепсии, как стимуляция блуждающего нерва. Путем раздражения блуждающего нерва можно снять возбудимость отдельных зон головного мозга, что помогает предотвратить наступления приступа. Такое лечение проводится с помощью специального прибора, который вшивается под кожу больного в районе шеи или ключицы. Этот метод не снимает необходимости медикаментозного лечения, но способствует увеличению эффективности принимаемых препаратов.
* Помощь при эпилептическом припадке заключается в защите больного от травм, предотвращении западения или прикусывания языка, восстановлении непроходимости дыхательных путей, а также введении противосудорожных, седативных препаратов, применении закиси азота.

* 1. **Профилактика эпилепсии**

 Меры первичной профилактики эпилепсии разработаны пока недостаточно. В связи с ролью генетических факторов в этиологии заболевания для его профилактики важно предотвратить брак двух лиц, страдающих эпилепсией, а также тщательно наблюдать за здоровьем детей в семьях с наследственной отягощенностью. Такие дети имеют повышенный риск развития эпилепсии.

 Вероятность манифестации судорожных явлений в этих случаях особенно велика во время соматических заболеваний, интоксикаций, черепно-мозговых травм; таким детям до 3 лет не рекомендуется делать профилактические прививки (исключая случаи особой эпидемиологической обстановки).

 К мерам первичной профилактики эпилепсии также относятся охрана здоровья беременной, охрана плода в пренатальном периоде, предупреждение родовых травм и инфекций в пренатальном и постнатальном периодах.

 Меры вторичной профилактики: рекомендуется избегать приема алкоголя, курения, крепкого кофе и чая, переедания, переохлаждения и перегревания, пребывания на большой высоте, а также других неблагоприятных воздействий внешней среды. Показаны молочно - растительная диета, длительное пребывание на воздухе, легкие физические упражнения, соблюдение режима труда и отдыха.

**Заключение**

 Углублённо изучив литературу по теме «Эпилепсия», цель и задачи работы были достигнуты. Полученные знания и умения в ходе написания реферативного сообщения - необходимые условия оказания квалифицированной медицинской помощи.

 Написав данное реферативное сообщение, лучше узнала о данном заболевании, а также полученные данные помогут применить их на практике.

**Библиографический список**

1. Н.Н.Бажанов, Л.А. Исаева, В.П.Гамов и др.; Справочник фельдшера. Под ред. А.А. Михайлова. – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: РИА «Новая волна», 2013. - стр.236-237, 252-253.
2. А.М. Спринц и др.; Нервные болезни: учебник для средних медицинских учебных заведений; под редакцией А.М. Спринца. – 2-е издание. – СПб.: СпецЛит, 2006. –стр.268-299.
3. <http://epilepsyinfo.ru/chtotakoe/informacija>
4. <http://www.nevromed.ru/patients/papers_pat/epi/epilepsiya_u_detey_i_podrostkov>
5. <http://www.assuta-clinic.com/Neurosurgery/EpilepsySurgery/>
6. <http://knowledge.allbest.ru/medicine/3c0a65635b2ac78a4c43b89421206d36_0.html>
7. <http://www.f-med.ru/nevrologia/epilepsy.php>
8. <http://hospital-israel.ru/epilepsiya/>
9. <http://surgeryzone.net/nevrologia/epilepsiya.html>