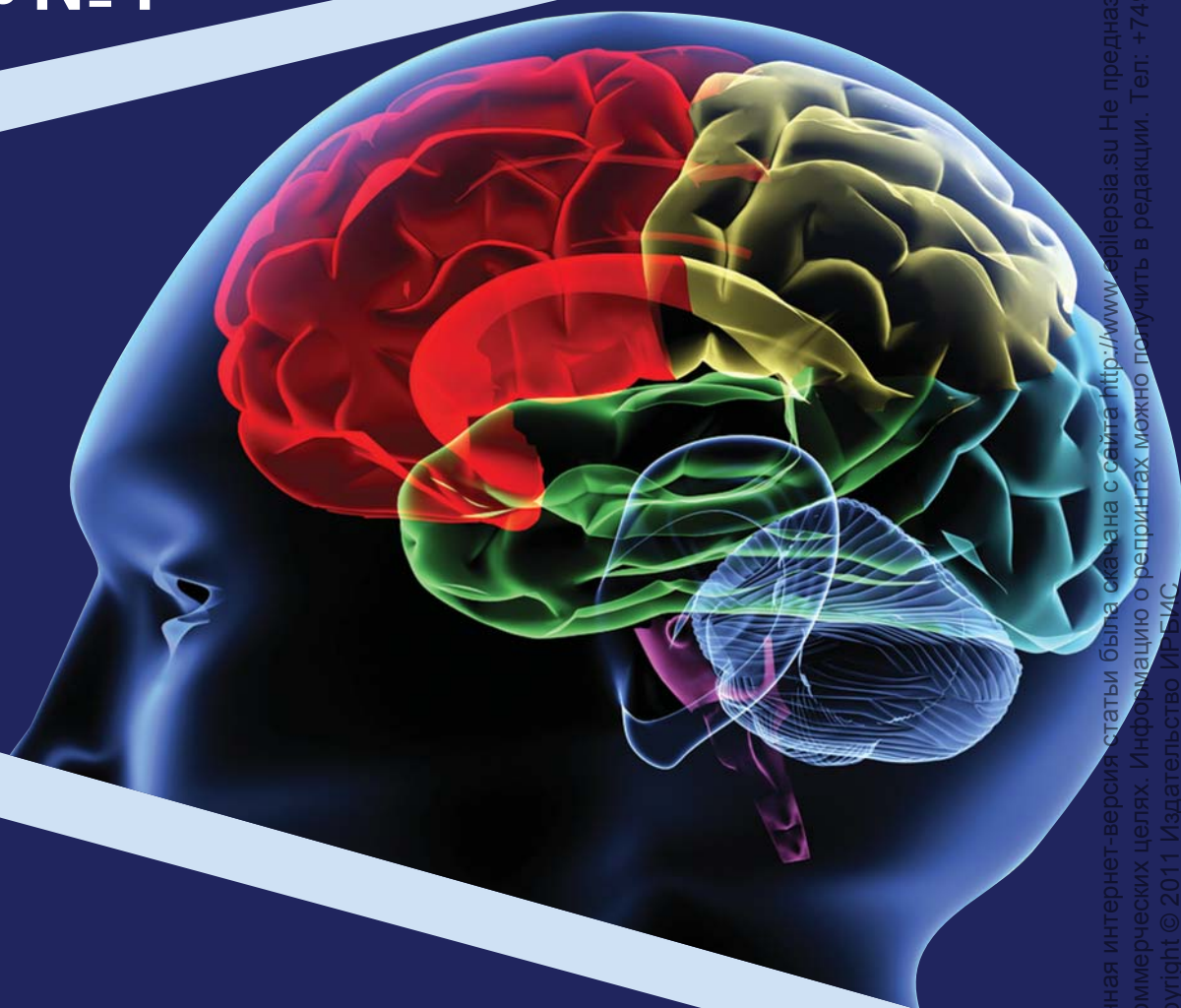


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН и Минздравсоцразвития России
Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2011 Том 3 №4



Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов
и изданий ВАК

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: info@irbis-1.ru
Copyright © 2011 Издательство ИРБИС

ОСТРЫЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ СУДОРОЖНЫЕ ПРИСТУПЫ

Вайчене-Магистрис Н.

Кафедра неврологии, Литовский Университет медицинских наук, Каунас

Острые симптоматические судорожные приступы (ОССП) являются эпизодами, возникающими в тесной временной взаимосвязи с острыми повреждениями ЦНС, которые могут иметь метаболический, токсический, структурный, инфекционный или воспалительный характер. Временной период обычно определяется как первая неделя после острого патологического состояния, но может быть короче или длительнее. Такие судорожные приступы также называются реактивными, спровоцированными, индуцированными или ситуационно обусловленными судорожными приступами. Для проведения эпидемиологических исследований обязательно точное определение, поэтому Международная противосудорожная лига рекомендует использовать термин - острые симптоматические судорожные приступы [ILAE Commission on Epidemiology; Subcommission on Definitions of Acute Symptomatic Seizures. *Epilepsia* 2010; 51(4): 671-675].

Эта тема актуальна в первую очередь потому, что ОССП встречаются часто. Врачи разных специальностей сталкиваются с такими пациентами, и не всегда понятно, какой специалист несёт ответственность за пациента. Правильность лечения зависит от своевременного определения патологии, лежащей в основе судорог. Смертность среди пациентов с ОССП выше в 3-10 раз, чем среди пациентов с неспровоцированными судорожными приступами.

В чем ОССП отличаются от эпилепсии? Непосредственная причина этих судорожных приступов может быть четко определена: имеется близкая связь с причиной по времени и четкая биологическая связь, т.е. острое нарушение целостности мозга или метаболического гомеостаза. ОССП не обязательно характеризуются повторяемостью. Хотя ОССП являются фактором риска по развитию эпилепсии, они не являются эпилепсией, т.к. эпилепсию определяет неспровоцированные повторяющиеся приступы.

ОССП встречается почти так же часто, как и эпилепсия. Данные эпидемиологических исследований, проведенных в Рочестере, Миннесоте в период 1940-1980 гг., показали, что частота встречаемости ОССП

составляет 29-39 случаев на 100000 населения в год. ОССП составляют почти 40% всех случаев фебрильных судорог, а учитывая и фебрильные судороги - около 55% всех судорожных приступов. ОССП чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Новорожденные, дети до 1 года и пожилые люди подвержены спровоцированным приступам наиболее часто.

Самыми частыми причинами ОССП являются: цереброваскулярные болезни, черепно-мозговая травма, инфекции, синдром отмены лекарств и алкоголя, метаболические расстройства, лихорадка у детей раннего возраста

ОССП при цереброваскулярных заболеваниях. 15-30% всех ОССП связаны с цереброваскулярными заболеваниями. Частота возрастает с возрастом (особенно после 75 лет). Чаще встречаются среди мужчин (в 3-4 раза чаще). Частота выше при геморрагическом инсульте (включая кровоизлияние при артерио-венозных мальформациях). Общий риск развития эпилепсии после инсульта с последующими ОССП составляет примерно 15% (в два раза чаще, если ОССП развились на ранней стадии).

ОССП при черепно-мозговой травме (ЧМТ). Судорожные приступы в течение первой недели после ЧМТ (включая внутричерепные нейрохирургические вмешательства) рассматриваются как связанные с травмой и обозначаются как острые симптоматические. По данным популяционных исследований в развитых странах, ОССП, связанные с ЧМТ, составляют 5-15% среди всех случаев ОССП. 6% ЧМТ сопровождаются ОССП. При злоупотреблении алкоголем в 2-3 раза увеличивается риск ранних судорожных приступов. Частота ранних судорожных приступов также возрастает в зависимости от степени тяжести ЧМТ: при отсутствии признаков внутричерепной патологии риск ранних ОССП составляет 5%; при внутричерепном кровоизлиянии - 10%, у выживших после проникающих военных ЧМТ - 50%. Ранние судорожные приступы после ЧМТ ассоциированы с последующим повышенным риском развития эпилепсии у взрослых, но не у детей.

ОССП при инфекциях ЦНС. При инфекциях ЦНС су-

дорожные приступы расцениваются как острые симптоматические, если они возникают в то же время, что и инфекция (подтвержденная клиническими и лабораторными данными) и не рецидивируют после окончания острой стадии инфекции. Могут отмечаться в течение более 7 дней. Судорожные приступы вызываются повреждением паренхимы, интоксикацией, паразитемией, лихорадкой, метаболическими нарушениями. Самыми частыми инфекциями, при которых возникают судороги, являются: бактериальный менингит (плохой прогноз при инфекции, вызванной *Streptococcus pneumoniae*), энцефалит (в основном герпетический), нейроцистицеркоз – до кальцификации цист (при наличии паразитов судорожные приступы классифицируются, как ОССП), ВИЧ-инфекция и др.

Судорожные приступы при гипоксии мозга. Судорожные приступы, возникающие в течение 1-й недели аноксической энцефалопатии следует классифицировать как ОССП, пока не будут получены дополнительные данные.

Судорожные приступы, вызванные метаболическими/токсическими расстройствами. Проблема на стыке внутренней медицины, педиатрии и неврологии. ОССП могут быть вызваны поражением внутренних органов, нарушениями электролитного баланса, применением лекарств и синдромом отмены, токсинами и др. Существует три механизма судорожных приступов при метаболических заболеваниях: изменения внутриклеточной осмолярности; истощение запасов веществ, необходимых для поддержания клеточного метаболизма и функции мембраны; внутриклеточное накопление токсических веществ.

Судорожные приступы при электролитных нарушениях. Судорожные приступы могут быть единственным симптомом острого и/или тяжелого расстройства электролитного баланса. Быстро развивающиеся электролитные нарушения чаще вызывают судорожные приступы, чем формирующиеся постепенно. Судорожные приступы особенно часто наблюдаются у пациентов с нарушениями обмена натрия (гипонатриемией или гипернатриемией), гипокальциемией, гипомagneзиемией.

Нарушения баланса натрия и осмолярности вызывают угнетение ЦНС с энцефалопатией – отек мозга, судороги и развитие вклинения ствола мозга. Гипокальциемия и гипомagneзиемия вызывают нейрональное возбуждение в ЦНС с судорожными приступами.

Судорожные приступы при нарушениях метаболизма глюкозы. Судороги чаще наблюдаются при острой гипогликемии у пациентов, получающих лечение сахароснижающими средствами. Парциальные судорожные приступы в ночные или ранние утренние часы могут наблюдаться при инсулиноме. Гипогликемия является частой причиной судорог у новорожденных. Гиперосмолярная кома с судорожными при-

ступами может быть проявлением некетолической гипергликемии. Диабетический кетоацидоз не провоцирует судорожных приступов, по-видимому, из-за антиконвульсивного эффекта кетоза (на этом эффекте основан принцип лечения кетогенной диетой).

Судорожные приступы при злоупотреблении химических веществ. Механизмы судорожных приступов при злоупотреблении химических веществ могут быть прямые (например, интоксикация, синдром отмены) и не прямые – такие как инфекция ЦНС, ЧМТ, метаболические расстройства (гипонатриемия, гипокальциемия, гипогликемия, почечная недостаточность) и др.

Судорожные приступы при синдроме отмены алкоголя. Судорожные приступы, связанные с отменой алкоголя, можно предположить при анамнезе хронического злоупотребления алкоголем и анамнезе текущего употребления алкоголя с недавним уменьшением его приема. Судорожные приступы должны отмечаться в течение 7-48 часов после последнего приема алкоголя. Возможны генерализованные тонико-клонические судороги в сочетании с другими симптомами отмены (тремор, гипергидроз, тахикардия). Очаговое начало приступа указывает на возможность внутричерепного повреждения, и требует дополнительного исследования.

Судорожные приступы при употреблении алкоголя. Употребление чрезмерно больших количеств алкоголя ведёт к интоксикации ЦНС. Существуют противоречивые мнения по поводу того, связан ли риск судорожных приступов у алкоголиков с токсическим действием этанола или непрямыми механизмами (ЧМТ, инфекция, инсульт, метаболические нарушения).

Судорожные приступы при злоупотреблении психотропными препаратами. Высокая вероятность развития ОССП возникает при употреблении психостимуляторов – кокаин, крэк (если найдены метаболиты в крови или моче). При употреблении амфетаминоподобных средств, MDMA (“экстази”) вероятность развития ОССП также велика. Однако при употреблении героина, марихуаны, вероятность ОССП низка или равна нулю. Судорожные приступы при употреблении седативных и снотворных средств развиваются в течение 24 часов после прекращения приема средств короткого действия (бензодиазепины), и в течение нескольких дней после прекращения приема препаратов длительного действия.

Фебрильные судороги. Фебрильные судороги (ФС) – эпизоды у детей раннего возраста, связанные с повышением температуры тела (более 38,5°C) без признаков внутричерепной инфекции и других подтвержденных причин. Распространенность ФС составляет 3 – 8 % среди детей в возрасте до 7 лет. ФС являются самой частой причиной ОССП среди детей раннего возраста. Этиологическими факторами является сочетание лихорадки, незрелости мозга и наследственной предрасположенности.

ОССП в неонатальном периоде. В течение 24 часов после рождения основными причинами ОССП являются перинатальная асфиксия или кровоизлияние, гипогликемия, сепсис (включая менингит), синдром отмены (употребление матерью алкоголя, снотворных, барбитуратов), пиридоксин зависимые судороги, применение матерью местных анестетиков. В возрасте 24-72 часов к вышеперечисленным причинам добавляются метаболические нарушения, гипокальциемия, гипербилирубинемия. В возрасте 1 неделя ещё добавляются судороги, вызванные герпетической инфекцией.

ОССП в пожилом возрасте. Наиболее частыми при-

чинами развития ОССП в пожилом возрасте являются острые цереброваскулярные нарушения, синдром отмены алкоголя, электролитные расстройства, синдром отмены лекарств (например, бензодиазепинов), печеночная недостаточность, токсические состояния (например, уремия) и наличие сочетания нескольких причин.

Заключение. Частота встречаемости острых симптоматических судорожных приступов почти так же высока, как и эпилепсии. Своевременное распознавание влияет на принятие важных решений в отношении диагноза, лечения, прогноза, профилактики и социально-психологических последствий.

Жизнь с эпилепсией – это гораздо больше,
чем перерыв между приступами

Для пациентов, рефрактерных к текущей терапии¹

- Дополнительная уверенность в контроле над приступами²
- Высокий уровень удержания на терапии³

ВИМПАТ®
лакосамид

1. Ahmad Beydoun, Joseph D'Souza. Lacosamide: pharmacology, mechanisms of action and pooled efficacy and safety data in partial-onset seizures. Expert Rev. Neurother. 9(1), 33-42 (2009).
2. Rosenfeld W, Rudd D, Hebert D, Dory P. Lacosamide efficacy is independent of concomitant AED treatment. Poster presented at the American Epilepsy Society 62nd Annual meeting, December 5-8, 2008, Seattle, WA.
3. Cross S.A. et al Drugs 2009; 69(4):449-459.