

Неэпилептические пароксизмы.

Выполнила к/о Храмайкова С.В.

Неэпилептические пароксизмальные расстройства: классификация (К.Ю. Мухин, 2014)

- **Физиологические феномены**: миоклонус сна, вздрагивания, нормальные поведенческие акты, «привычки», «задумки» и пр.
- **Пароксизмальные эпизоды, связанные с нарушением со стороны ЦНС**: головокружение, тики, энурез, заикание, мигрень, ТИА, пароксизмальные нарушения сна, парестезии, дискинезии, синкопальные состояния пр.
- **Пароксизмальные эпизоды, связанные с нарушениями соматогенного генеза**: кардиогенные, ЖКТ (синдром Сандиффера), электролитные и метаболические расстройства и пр.
- **Психогенные неэпилептические пароксизмы** (избегать «конверсионные»)
- **Симуляция и синдром Мюнхгаузена**



- Синкопальные состояния
 - Вагovasальные
 - Кардиальные
 - Аффективно-респираторные
 - Неясные синкопы у маленьких детей

- **Психогенные и частично психогенно обусловленные нарушения**

- Психогенные припадки
- Стимулирующие припадки
- Гипервентиляционный синдром
- Дневные сновидения
- Тики
- Двигательные стереотипы (яктации) и «ритуалы»

- **Нарушения связанные со сном**

- Ночные кошмары
- Сомнамбулизм

- **Миоклонии и сходные состояния**

- Эссенциальные миоклонии
- «Вегетативные миоклонии»
- Физиологические вздрагивания во сне
- Синдром «танцующих глаз»

- **Мигрени и мигреноподобные состояния**

- Осложнённая мигрень
- Дисфреническая мигрень
- Абдоминальная мигрень, или циклическая рвота
- Альтернирующая гемиплегия с дистонией
- Доброкачественный пароксизм головокружения
- Доброкачественная пароксизмальная кривошея

- **Экстрапирамидные двигательные нарушения и подобные состояния**

- Пароксизмальный хореоатетоз
- Пароксизмальный дистонический хореоатетоз

- **Другие редкие дифференциальные диагнозы**

- Ложная эпилепсия
- Гиперэксплексия
- Неэпилептическая болезнь испуга при мозговых нарушениях
- Sandifer – синдром
- Нарколепсия
- Кивательный спазм

Фебрильные судороги

- это эпизоды развернутых или abortивных генерализованных припадков, обусловленных лихорадкой, как специфическим провоцирующим фактором, реализующим предрасположенность к возникновению судорог.
- Они проходят, не оставляя следа. Длительное лечение не требуется, только симптоматичное.

Этиологические факторы:

- Генетическая предрасположенность
- Перинатальная патология
- Гипертермия
- Наличие вирусемии и метаболических нарушений

Фебрильные судороги

□ Простые (80-90%)

- единичные эпизоды
- короткая продолжительность менее 15 мин.
- генерализированные тонико-клонические, тонические, клонические судороги
- у нормально развивающихся детей, без очаговой неврологической патологии.

□ Сложные (10-20%)

- продолжительность более 15 мин.
- повторяемость в течении 24 часов
- фокальный характер
- на фоне неврологических нарушений
- после ФС нередко транзиторные неврологические расстройства.

Стратегия терапии (Knudsen, 1996)

□ Терапия острого эпизода ФС

- Ректальное введение раствора диазепама.
- Применение других бензодиазепинов (лоразепам, клоназепам)

□ Профилактика в течении 24 часов после приступа

- Диазепам (раствор для ректального введения, суппозитории, перорально)
- Другие бензодиазепины

□ Интермиттирующая профилактика

- Диазепам (раствор для ректального введения, суппозитории, перорально)
- Другие бензодиазепины

□ Длительная терапия

- Вальпроат натрия
- Фенобарбитал (2-3 мг/кг/сутки, от 2-3 месяцев до 1 года и более)
- Карбамазепин (финлепсин)

Длительная терапия при простых ФС не проводится, кроме тяжёлых ФС и частых рецидивах; проводится при сложных ФС.

□ **Терапия острого периода**

- Препаратом первой очереди выбора для купирования ФС является диазепам, назначаемый в виде раствора для ректального введения либо в/в в дозе 0,5 мг/кг.
- Применяются также лоразепам (ативан) – 0,005 – 0,20 мг/кг, фенобарбитал – 10-20 мг/кг в/в.

□ **Интермиттирующая профилактика**

Может быть успешной лишь при ее своевременном начале, т.е. при первых признаках лихорадки, либо – воспалительного заболевания:

- Антиперетики: ацетоминофен, ибупрофен.
- Антиконвульсанты: ректальный диазепам 0,2 – 0,5 мг/кг; оральные диазепам 0,5 мг/кг.

Показания для госпитализации (ФС, 1-ый припадок)

- Возраст у детей до 6 мес. и после 5 лет
- Продолжительные ФС (>30 мин.), не купирующиеся антиконвульсантами
- Повторные ФС в течении 1-го лихорадочного периода
- Подозрение на органическую патологию ЦНС (опухоль, гематома, энцефалит, менингит)
- Тяжёлое общее состояние ребёнка, обусловленное основным заболеванием (бактериальная или вирусная инфекция)

Диспансерное наблюдение

Рекомендуется осмотр невролога через 2-3 дня, а затем через 1 месяц после приступа ФС, затем – 2 раза в год. ЭЭГ исследование проводится после приступа ФС, далее – 1 раз в год.

Вакцинация живой полиомиелитной вакциной целесообразно проводить не ранее 1 месяца с момента последнего приступа ФС. Вакцинацию против кори – не ранее 6 месяцев, вакцинация АКДС – не рекомендуется. Необходимо прививать вакциной АДС-м через 6 месяцев. У детей с поражением ЦНС за 7-10 дней до вакцинации рекомендуется профилактический приём ФБ, диакарба в возрастных дозах.

Вопрос о снятии с активного наблюдения решается через 2 года после последнего приступа ФС у детей старше 5 лет, детям младшего возраста необходимо диспансерное наблюдение до 5 лет (даже при отсутствии неврологической патологии, эпилептиформных и изменений на ЭЭГ).

Аффективно-респираторные припадки

- Это приступы апноэических судорог, возникающих при плаче. На высоте заходящегося плача развивается апноэ, цианоз кожи, реже тонические или тонико-клонические приступы. Иногда только кратковременно выключается сознание, напоминая простые абсансы.
- Механизм судорог – аноксический
- Характерны для детей 6 месяцев – 3 года, склонных к истерическим реакциям.
- Припадки провоцируются различными психоэмоциональными раздражителями - испугом, гневом, недовольством.
- Встречаются у 70% детей.

Синкоп (обморок)

Дифференциальная диагностика обморока и эпилептического припадка

Клинические признаки	Обморок	Припадок
Связь с положением тела	Имеется	Отсутствует
Время возникновения	Днем	Днем или ночью
Кожные покровы	Бледные	Цианотичные или нормальные
Продромальные явления (аура)	Часто продолжительны	Отсутствуют или кратковременны
Судороги	Редко	Часто
Застывание, автоматизмы, стереотипные движения	Отсутствуют	Возможны
Травма во время приступа	Редко	Часто
Недержание мочи	Редко	Часто
Спутанность после приступа	Редко	Часто
Головная боль после приступа	Редко	Часто
Очаговые неврологические симптомы	Отсутствуют	Возможны
Признаки дисфункции сердечно-сосудистой системы	Часто	Обычно отсутствуют
Изменения ЭЭГ	Редко	Часто

□ Внезапная потеря сознания неэпилептической природы вследствие диффузного снижения мозгового метаболизма, вызванного главным образом кратковременным уменьшением мозгового кровотока.

3 стадии обморока:

1. пресинкопе

- слабость,
- шум в ушах,
- потемнение в глазах,
- потливость

2. потеря сознания с падением;

3. выход из обморока.

Психогенный припадок (псевдообморок)

- Препредрасполагают:
 - определенные особенности личности, когда имеется тенденция к самовыражению в форме «конверсионных симптомов»,
 - предрасположенность к обморокам, бывавшим в прошлом,
- т.к. внезапное падение внешне производит впечатление очень серьезного симптома.
- Падение выглядит как произвольный «бросок» на пол;
- Больной «приземляется» на руки.
- При попытке открыть глаза больному врач ощущает активное сопротивление со стороны век пациента.

Для постановки диагноза некоторым таким пациентам не менее важной, чем помощь кардиолога, является помощь квалифицированного психиатра.

Дифференциальная диагностика с истерическим припадком

Критерии	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенное припадок
Аура	Как правило	Отсутствует
Инициальный крик	Всегда	Отсутствует
Падение	В любом месте	“Щадящее”
Цианоз лица	Отмечается	Не бывает
Мимические реакции	Однообразны	Выразительны
Реакция зрачков на свет	Отсутствует	Сохранена
Прикус языка	Как правило	Не бывает
Непроизвольное мочеиспускание	Как правило	Не бывает
Пирамидная симптоматика	Отмечаются	Не бывает
Контакт во время припадка	Не возможен	Возможен
Последовательность фаз	Отмечается	Отсутствует
Длительность припадка	Секунды-минуты	До часов
Постприпадочная олигофазия	Выявляется	Отсутствует
Стереотип развития	Отмечается	Отсутствует
Постприпадочная амнезия	Полная	Частичная

Неотложная помощь при истерическом припадке

- Избыточная неожиданная отвлекающая стимуляция рефлекторных полей:
 - громкий окрик,
 - хлопок,
 - пощечина,
 - обливание холодной водой и т.д.

Вазодепрессорный (нейрокардиогенный, вазовагальный) обморок

□ Составляет около 50% всех синкопальных состояний в подростковом и молодом возрасте.

□ Провоцирующие факторы:

- Эмоциональные реакции
- Пребывание в душном помещении
- Длительное стояние
- Прием алкоголя и др.

□ В основе обморока лежит патологический кардиоваскулярный рефлекс:

Снижение венозного возврата к сердцу при вставании или при длительном стоянии активирует симпатическую систему, что приводит к форсированному сокращению желудочков и раздражению механорецепторов в крупных сосудах и стенке левого желудочка, в ответ тормозится активность симпатической системы и резко активизируется блуждающий нерв, что приводит к вазодилатации и брадикардии, которые вызывают резкое падение АД.

Лечение

- Деактуализация страха перед приступом
- Дозированные физические нагрузки, укрепление мышц ног
- Бетта-блокаторы – пропранолол 10-40мг 3-4 р в сутки – блокируют форсированное сокращение сердца в ответ на падение АД
- Ингибиторы обратного захвата серотонина – флуоксетин 5-10 мг в сут.

Гиперчувствительность каротидного синуса

- Относительно редкое состояние, в основном встречается у пожилых мужчин, страдающих артериальной гипертензией и атеросклерозом сонных артерий.
- Обморок провоцирует ношение тугого воротничка или поворот головы
- Активация блуждающего нерва
- Масса каротидного синуса в норме вызывает брадикардию, избыточная реакция может стать причиной обморока

Синдром гиперчувствительности каротидного узла

- Диагноз подтверждают надавливанием на каротидный синус во время регистрации электрокардиограммы или электроэнцефалограммы.
- Пробу следует проводить крайне осторожно в связи с риском развития длительной асистолии.
- Методом ультразвуковой доплерографии необходимо убедиться в проходимости сонной артерии в месте сдавления, в противном случае существует риск отрыва эмбола от локальной бляшки или риск провокации острой окклюзии сонной артерии при ее субтотальном стенозе, что в 50% случаев сопровождается тромбозом средней мозговой артерии.

Кардиогенные обмороки

- Наиболее опасный вариант обмороков
- Часто возникают в связи с нарушением ритма(при СССУ, блокадах)
- Приступы чаще возникают в предутренние часы и провоцируются физической нагрузкой
- Обмороки вследствие желудочковых тахи- ли брадиаритмий могут возникать внезапно, без продромальных синдромов, при падении больной может получить травму.

Вертебрально-базилярная недостаточность

- Редко
- Потере сознания часто сопутствуют стволовые симптомы (двоение, головокружение, атаксия, нистагм, дизартрия) или гемипарез.
- При стенозирующем поражении позвоночных артерий обморок может быть спровоцирован длительным переразгибанием головы
- Синдром подключичного обкрадывания – окклюзия одной из подключичных артерий проксимальнее отхождения позвоночной.
- Базилярная мигрень

Ситуационные обмороки

- Никтурические обмороки – обычно развиваются у пожилых мужчин при ночном мочеиспускании. В происхождении имеет значение ортостатический компонент, но главным образом рефлекторная активация блуждающего нерва и торможение симпатической системы в момент мочеиспускания
- Обморок при акте дефекации – в связи с натуживанием повышается внутригрудное давление и уменьшение венозного возврата

Миастенический криз

- это внезапно развившееся критическое состояние у больных миастенией, которое свидетельствует не только о количественном, но и о качественном изменении характера процесса.

Патогенез криза: уменьшение плотности холинорецепторов постсинаптической мембраны и изменение функционального состояния рецепторов и ионных каналов.

Проявляется:

- различной степенью угнетения сознания,
 - тревога, возбуждение, двигательное беспокойство,
 - спутанность и утрата сознания.
- выраженными бульбарными нарушениями,
- нарастающей дыхательной недостаточностью,
 - вначале дыхание становится частым, поверхностным, с включением вспомогательных мышц,
 - далее - редким, прерывистым.
 - развиваются явления гипоксии с гиперемией лица, сменяющейся цианозом.
 - затем полная остановка дыхания,
- резкой слабостью скелетной мускулатуры.
- тахикардия до 150-180 в минуту, гипертензия, далее гипотония, брадикардия, аритмии.
- саливация, потоотделение.
- может сопровождаться непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией.

Беттолепсия

гр. betto- кашель

- для пароксизмальные состояния, которые возникают на высоте кашля и характеризуются нарушением сознания, иногда тоническими судорогами.

□ При затяжном кашле возникает:

- венозный застой в системе верхней полой вены,
- повышение внутриплеврального давления, замедление легочного кровотока,
- уменьшение наполнения левого желудочка кровью, брадикардия,
- раздражения рецепторов синокаротидной и аортальных рефлексогенных зон, дыхательных путей.

} ГИПОКСИЯ
МОЗГА

□ **не более 2%** всех пароксизмов.

□ у лиц старшего возраста – при хронических заболеваниях легких.

□ в молодом возрасте – при повышенной чувствительностью каротидного синуса, либо при функциональной недостаточности механизмов, поддерживающих постуральный тонус.

□ у детей – на высоте кашлевого пароксизма при коклюше.

Беттолепсия. Клиническая картина:

- Предвестников нет.
- Кашель => гиперемия лица => цианоз лица => набухание шейных вен.
- Потеря сознания (до 1 минуты) возникает в течение первой минуты от начала кашля.
- С потерей сознания кашель прекращается, лицо становится бледным.
- Судорог обычно не наблюдается (иногда возможны тонические судороги).
- Нет прикуса языка и непроизвольного мочеиспускания.
- Возвращение сознания и выход из припадка быстрые.

Неотложная помощь

- Убрать из полости рта больного инородные предметы,
- Обеспечить приток свежего воздуха,
- Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами.
- Нашатырный спирт на тампоне.
- Применить приём – сдавление основания носовой перегородки двумя пальцами
- Медикаментозно:
 - Кофеин бензоат натрия 10% - 1 мл подкожно или внутривенно;
 - Кордиамин 1- 2 мл подкожно;
 - Атропина сульфат 0,1% – 0,5- 1 мл подкожно или внутривенно.

Код по МКБХ*(1)

Нозологические единицы

R55 Обморок (синкопе) и коллапс

1. Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния**1.1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления*(2)	Усредненный показатель кратности применения
B01.044.001	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1

1.2. Лабораторные методы исследования**1.3. Инструментальные методы исследования**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,9	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,9	1
A12.09.005	Пульсоксиметрия	0,9	1

1.4. Иные методы исследования**2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением****2.1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста****2.2. Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием****2.3. Лабораторные методы исследования****2.4. Инструментальные методы исследования****2.5. Иные методы исследования**

2.6. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения

2.7. Методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных препаратов	0,5	2
A1109.007	Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	0,9	1
A11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0,5	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	0,5	2
A23.30.042	Медицинская эвакуация	0,9	1
A24.01.001	Применение грелки	0,1	1
A24.01.003	Применение пузыря со льдом	0,1	1

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата*(3)	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД* (4)	СКД* (5)
B05CX	Другие ирригационные растворы	Декстроза	0,3	мл	400	400
C01CA	Адренергические и дофаминергические средства	Фенилэфрин	0,5	мг	25	25
N05BA	Производные бензодиазепина	Диазепам	0,1	мг	10	10
V03AN	Медицинские газы	Кислород	0,9	л	240	240