

УДК 159.9.072	UDC 159.9.072
ОСТРЫЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ	ACUTE SYMPTOMATIC ATTACKS
Алиева Элина Юрьевна	Alieva Elina Yurievna
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Каменева Елена Сергеевна – канд. мед. наук	Kameneva Elena Sergeevna – MD
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Рапацкий Константин Николаевич – канд. мед. наук	Rapatskiy Konstantin Nikolaevich – MD
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Статья посвящена вопросам изучения отличительных признаков острых симптоматических приступов от эпилептических. В ходе проведенных исследований пришли к выводу, что пациентам с острыми симптоматическими приступами следует назначать противоэпилептическую терапию во время острой фазы основного заболевания, что позволяет предотвратить последующие острые симптоматические приступы. При длительном лечении прием противоэпилептических препаратов, как правило, не предусмотрен.	The article is devoted to problems of the distinctive features of acute symptomatic seizures from epileptic ones. During the study, it was concluded that patients with acute symptomatic seizures should be prescribed antiepileptic therapy in the acute phase of the underlying disease that can prevent subsequent acute symptomatic seizures. In the long-term treatment, antiepileptic drugs course is usually not provided.
Ключевые слова: ОСТРЫЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ, ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ, ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ	Key words: ACUTE SYMPTOMATIC SEIZURES, EPILEPTIC SEIZURES, ANTICONVULSANT THERAPY

Введение

Приступы, возникающие в тесной временной взаимосвязи с поражением головного мозга и не повторяющиеся после того, как провоцирующее состояние или фактор были обращены вспять или устранены, следует рассматривать как острые симптоматические. Они отличаются от неспровоцированных приступов и эпилепсии тем, что риск их повторения намного ниже и отсутствует постоянная предрасположенность к возникновению дальнейших приступов.

К важным причинам появления острых симптоматических приступов у взрослых являются заболевания, вызывающие структурные повреждения головного мозга (ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, черепно-мозговая травма или энцефалит), и факторы, не влияющие на структурную целостность мозга (нарушения обмена веществ и интоксикации).

Приступы считаются острыми симптоматическими, если они возникают в течение 24 ч при наличии тяжелого метаболического нарушения, в течение семи дней – после острого структурного повреждения головного мозга (нарушение мозгового кровообращения или черепно-мозговая травма), или дольше, если подтверждают свидетельства продолжающегося процесса, нарушающего целостность центральной нервной системы (ЦНС).

Для острых симптоматических приступов при метаболических нарушениях были предложены пороговые значения, согласно которым вероятна причинно-следственная связь между приступом и нарушением обмена веществ (уровень натрия в сыворотке крови <115 мг/ммоль/л).

В случаях острых симптоматических приступов, вызванных деструктивными поражениями головного мозга, пациенты подвергаются значительному риску развития эпилепсии, но у большинства из них не бывает неспровоцированных припадков.

Острые симптоматические приступы возникают реже, чем неспровоцированные. Частота возникновения острых симптоматических приступов зависит от проявления заложенных в их основе патологий.

Определенные состояния, такие как вирусный или аутоиммунный энцефалит, церебральный венозный тромбоз, связаны с особенно высоким риском острых симптоматических приступов.

Приступы, которые являются проявлением нейродегенеративного заболевания, такого как деменция Альцгеймера, называют прогрессирующими симптоматическими приступами. Острые симптоматические приступы, причина которых не является ни преходящей, ни обратимой, считают постоянным и прогрессирующим состоянием. В таких случаях диагноз эпилепсии может быть окончательно поставлен после второго приступа, но может быть установлен после первого приступа, если существуют доказательства риска рецидива, превышающего 60 %. Приступы, возникающие при большинстве опухолей головного мозга, являются прогрессирующими симптоматическими, если опухоль головного мозга не может быть полностью удалена и приступы не исчезнут. Например, у пациента, у которого первый приступ является проявлением менингиомы, он может быть оценен как острый симптоматический, если опухоль полностью удалена и дальнейших приступов нет. Определение «острые симптоматические приступы» может быть обосновано только ретроспективно. При рассеянном склерозе приступ следует считать острым симптоматическим, если он возникает при первых признаках или в течение семи дней после рецидива.

Ситуация менее ясна в контексте лишения сна. Длительное недосыпание потенциально может спровоцировать приступ у человека без какой-либо базовой предрасположенности к развитию припадков. Однако недосыпание – типичный провоцирующий фактор при идиопатической генерализованной эпилепсии.

Лекарства, интоксикации и приступы, связанные с алкоголем

Приступы могут возникать как в результате приема определенных лекарств, так и после их отмены. Наиболее распространенными лекарствами, вызывающими приступы, являются антидепрессанты (бупропион, циталопрам, венлафаксин, тримипрамин, амитриптилин, мапротилин), нейролептики (клозапин, хлорпромазин, кветиапин), антигистаминные препараты (димедрол) и анальгетики (трамадол и мефенамовая кислота). Однако общий риск возникновения приступов при приеме этих препаратов, особенно по сравнению с их широким использованием, кажется низким, и не следует препятствовать их применению при необходимости.

Высказано предположение, что некоторые антибиотики для внутривенного введения сопряжены с повышенным риском развития острых симптоматических приступов, включая цефалоспорины четвертого поколения (особенно цефепим), карбапенемы (имипенем) и ципрофлоксацин, преимущественно при приеме в высоких дозах и у пациентов с почечной недостаточностью, поражениями головного мозга или существующей эпилепсией.

Приступы, связанные с отменой лекарств, чаще всего возникают при приеме бензодиазепинов и барбитуратов.

Приступы в результате употребления алкоголя являются распространенной причиной острых симптоматических припадков. Некоторые исследования показывают, что до трети всех госпитализаций, обусловленных приступами, связаны с алкоголем. Причиной возникновения приступов является алкогольная абстиненция, однако они могут возникать при тяжелой алкогольной интоксикации. Приступ алкогольной абстиненции подозревается у пациента с хроническим злоупотреблением алкоголем в анамнезе и недавно уменьшенным его потреблением. У пациента через 7–48 ч после последнего употребления алкоголя возникает генерализованный тонико-клонический приступ наряду с типичными симптомами абстиненции (тре-

мор, потливость и тахикардия). Следует соблюдать осторожность при отнесении приступа, связанного с алкоголем, и отличными от его употребления причинами – травма головы, эпилепсия, инсульт. У пациентов часто выявляют метаболические нарушения. Европейскими рекомендациями рекомендованы нейровизуализация головного мозга и электроэнцефалограмма (ЭЭГ) в очевидных случаях первого приступа, связанного с алкоголем.

Выводы

Для успешного лечения острых симптоматических приступов в первую очередь необходимо определить, является ли приступ острым симптоматическим. Незамедлительно провести диагностику для выявления основной патологии. Информация из истории болезни пациента и результаты физического и неврологического осмотра позволят выдвинуть гипотезу о том, что приступ может быть вызван острой симптоматической причиной. Затем следует провести дополнительное обследование с помощью стандартных лабораторных анализов и визуализации головного мозга, а также такие исследования, как ЭЭГ и/или люмбальная пункция. После постановки диагноза необходимо оперативно лечить основное заболевание – внутривенный тромболизис и механическую тромбэктомия при ишемическом инсульте, ацикловир при герпетическом энцефалите, антикоагулянты при тромбозе церебральных вен.

Пациентам с острыми симптоматическими приступами следует назначать противосудорожные препараты (ПЭП) во время острой фазы основного заболевания, поскольку это может предотвратить последующие острые симптоматические приступы. В длительном лечении ПЭП, как правило, нет необходимости, после острого симптоматического приступа его следует уменьшить в течение недель и месяцев.

Список литературы

1. Риск неспровоцированного приступа после острого симптоматического припадка: влияние эпилептического статуса / *D. C. Hesdorffer, G. Logroscino, G. Cancino, J. F. Annegers* // Hauser – WA. 1998.
2. *Jennett B.* Остаточные риски развития приступов после травмы / *B. Jennett, D. Teather, S. Bennie*, 1973.
3. *Ruffmann C.* Препараты от эпилепсии: систематический обзор / *C. Ruffmann, G. Bogliun* // *Beghi E.* – 2006.
4. *Хаузер В. А.* Определения первых приступов, а также заболеваемость и смертность во всем мире / *В. А. Хаузер, Э. Беги* // Эпилепсия. – 2008. – № 49(s1). С. 8–12.
5. Частота первых эпилептических приступов / *П. Джаллон, М. Гумаз, С. Хенггели, А. Морабиа*, 1997.