

ПРОСТЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРИПАДКИ

Максум Фасахович Исмагилов, Ольга Владимировна Василевская

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра неврологии, нейрохирургии и
медицинской генетики, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, nevrol@kgmu.kcn.ru*

Реферат. Приведена принципиальная схема современной классификации эпилептических припадков. Обращено внимание на этиологические факторы, диагностику клинических вариантов парциальных эпилептических припадков. Рассмотрены природа и особенности клинических проявлений простых парциальных вегетативных припадков. Дан алгоритм их лечения.

Ключевые слов: эпилепсия, парциальные эпилептические припадки, простые парциальные вегетативные припадки, диагностика и лечение.

ГАДИ ПАРЦИАЛЬ ВЕГЕТАТИВ ОЯН•КЛ•Р

М•гьсум Ф•ссах улы Исм•гыйлев,
Ольга Владимировна Василевская

Казан д•үлт медицина университеты, неврология,
нейрохирургия һ•м медицина генетикасы кафедрасы,
420012, Казан ш•һ•ре, Бутлеров урамы, 49,
nevrol@kgmu.kcn.ru

Эпилепсия оян•кл•рен заманча классификациял•үене•
принципаль схемасы т•къдим ител•. Парциаль эпилепсия
оян•кл•рене• клиник вариантлары диагностикасына,
этиологик факторларга игътибар бирел•. Гади парциаль
вегетатив оян•кл•рене• табигате һ•м үзенч•лекл•ре
өйр•нел•. Парциаль эпилепсия оян•кл•рене• д•валау
алгоритмы т•къдим ител•.

Төп төшенч•л•р: эпилепсия, парциаль эпилепсия
оян•кл•ре, гади парциаль вегетатив оян•кл•р, диагностика
һ•м д•валау.

ORDINARY PARTIAL VEGETATIVE SEIZURES

Maksum Fasakhovich Ismagilov,
Olga Vladimirovna Vasilevskaya

Kazan state medical university, chair of neurology,
neurosurgery and medical genetics, 420012, Kazan,
Butlerov street, 49, nevrol@kgmu.kcn.ru

A principal scheme of modern classification of epileptic seizures was presented. Attention was paid on etiological factors and diagnosis of clinical variants in partial epileptic seizures. Origin and peculiarities of clinical manifestations in ordinary partial epileptic seizures were considered. There was given an algorithm of treatment of partial epileptic seizures.

Key words: epilepsy, partial epileptic seizures, ordinary partial vegetative seizures, diagnosis and treatment.

Эпилепсия — это заболевание, которое характеризуется повторными припадками, вызываемыми чрезмерными нейронными разрядами, и сопровождается другими клиническими и параклиническими проявлениями. В 1989 г. была принята современная международная классификация эпилепсии, эпилептических синдромов и родственных заболеваний, проявляющихся эпилептическими припадками [1, 2]. В основу классификации положены два основных фактора — локализация (локализованные и генерализованные формы) и происхождение (а — симптоматические формы с четко установленной ролью структурных поражений мозга; б — криптогенные, где этот фактор выявляется косвенно, но не может быть доказан; в — идиопатические, при которых данные не выявляют изменений, и основное значение придается генетическому фактору).

В этиологии эпилепсии играют роль два основополагающих фактора: наследственность и органическое поражение мозга. Получены данные, что важнейшие механизмы эпилепсии, в частности дисбаланс тормозных и возбуждающих нейротрансмиттеров, в той или иной степени могут быть связаны с генетическими факторами [1, 6, 8, 10]. Структурные изменения головного мозга могут быть связаны с дизонтогенезом, антенатальными поражениями вследствие вирусных инфекций (краснуха, цитомегаловирус, герпетическая инфекция), токсемией беременных и др. Наиболее часты перинатальные повреждения мозга как интра- и постнатальная гипоксия, родовые травмы, неонатальные метаболические нарушения и инфекции.

В постнатальном периоде основное значение приобретают повреждения мозга в связи с черепно-мозговой травмой, инфекциями ЦНС, метоболическими и токсическими факторами [1, 3, 9]. При эпилепсии пожилых главными факторами риска

являются цереброваскулярные заболевания и опухоли мозга.

В клинической картине ведущее место занимают эпилептические припадки — приступы церебрального происхождения, характеризующиеся внезапным преходящим нарушением церебральных функций (двигательных, чувствительных, вегетативных, психических). Припадки различаются по своей этиологии и механизму. В международной классификации припадков выделяют два основных вида: генерализованные и парциальные. При генерализованных припадках наблюдается потеря сознания от нескольких секунд до 10 минут в зависимости от вида приступа.

патологического состояния: опухолей головного мозга, последствий мозгового инсульта, хронического употребления алкоголя, инфекций центральной нервной системы (энцефалиты, менингиты, абсцесс мозга), черепно-мозговых травм, антифосфолипидного синдрома, рассеянного склероза, недоразвития структур мозга в пре- и перинатальном периодах развития организма, который может быть увиденным на МРТ.

Парциальными называются припадки, клиническая структура которых, а также картина электроэнцефалограммы указывают на патологическую активацию изолированной группы нейронов в одном из полушарий головного мозга. Парциальные припадки могут перерастать

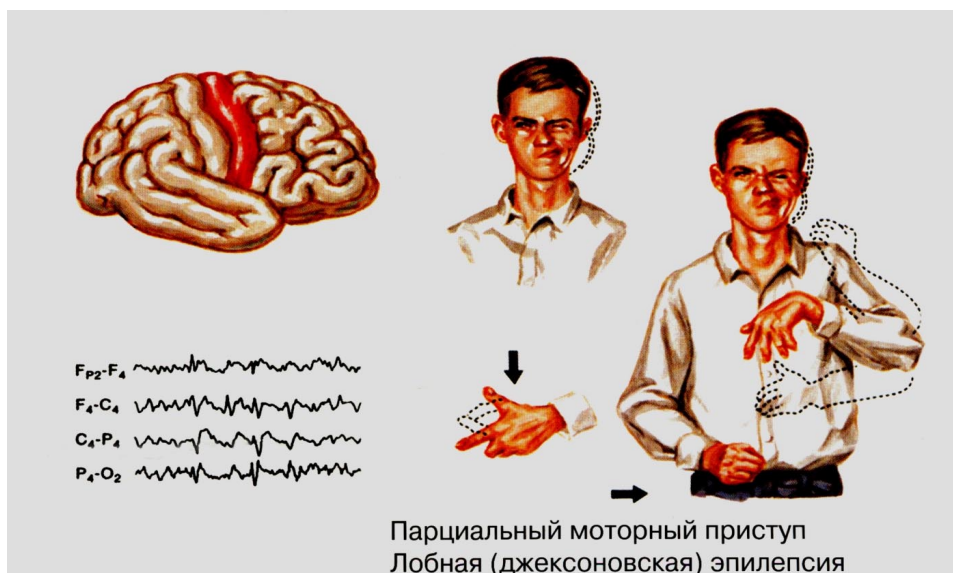


Рис.1. Парциальные моторные припадки.

Парциальные припадки возникают в любом возрасте и характеризуются фокальной эпилептической активностью. 80% эпилептических приступов у взрослых и 60% у детей относятся к парциальным. При парциальной эпилепсии формируется очаг с эпилептическими нервными клетками в одном полушарии. Эти клетки генерируют излишний электрический заряд. В ответ сохранившиеся антиэпилептические структуры образуют вокруг такого очага «защитный вал». До определенного момента судорожную активность удается сдерживать, но наступает такой момент, когда эпилептические разряды прорываются в виде первого приступа. Следующий приступ, скорее всего, не заставит себя ждать, так как «дорожка» уже проложена. Такой очаг с эпилептическими клетками формируется чаще всего на фоне какого-либо заболевания или

в общем — вторично-генерализованные припадки. Клинические проявления приступов служат маркером топике эпилептического очага. При простых парциальных припадках сознание сохранено, проявление приступов достаточно элементарно [1, 5, 7]. Так, при очагах в двигательной коре припадки обычно характеризуются очаговыми клоническими и тоническими судорогами, соответственно топике расположения очага — **моторный джексоновский припадок** (рис.1). Очаги в премоторной коре проявляются сочетанным отведением глазных яблок и головы с последующими их клоническими подергиваниями — **адверсивный припадок**. Часто эти судороги вторично генерализуются. При наличии очага в нижней трети передней центральной извилины у больных наблюдается **оперкулярный припадок**, т.е. насильственные



Рис. 2. Парциальные сенсорные припадки.

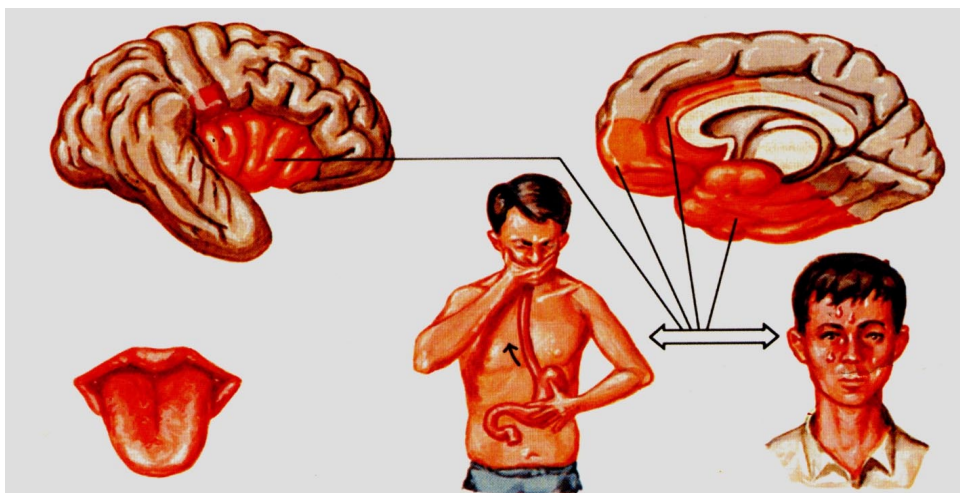


Рис. 3. Парциальные вегетативные припадки.

движения в мышцах нижней половины лица, чаще в губах. При наличии эпилептического очага в задней центральной извилине у больного появляются фокальные парестезии соответствующей локализации — **сенсорный джексоновский припадок**. Простые парциальные зрительные припадки при очагах в затылочной коре характеризуются элементарными зрительными феноменами (искры яркого света, зигзаги и др.). Простые слуховые припадки при очагах в проекционной слуховой коре проявляются элементарными звуковыми феноменами (посторонний шум). Соответственно при локализации эпилептического очага в обонятельной и вкусовой коре возникают элементарные обонятельные (неприятный запах) или вкусовые феномены (рис.2).

Парциальные припадки с вегетативными симптомами обычно вызываются эпилептическими очагами, расположенными в орбито-инсуло-темпоральной области (рис. 3), и проявляются различными вегетативными симптомами (внезапно возникают сердцебиение, потоотделение, урчание в животе и т.п.), которые могут сочетаться с изменениями на электроэнцефалограмме.

Простые парциальные вегетативные пароксизмы являются относительно редкими и достаточно сложными для диагностики. Клиническая картина данных пароксизмов у каждого больного своя: может быть тахикардия, повышение АД, одышка, гипергидроз, гиперсаливация, слезотечение и т.д. Выделяют несколько вариантов вегетативных пароксизмов:

дигестивные (фаринго-оральные, абдоминальные, эпигастральные), кардиальные (боли в области сердца «эпилептическая грудная жаба», повышение АД, тахикардия), дыхательные (приступы одышки — «эпилептическая астма»), зрачковые (расширение зрачка — «зрачковая эпилепсия») и др.

понимает, где он находится, что с ним происходит, и в это время вступить с ним в контакт невозможно. Парциальные вегетативные припадки характеризуются теми же признаками, что и другие эпилептические припадки, — кратковременностью, стереотипностью их проявлений у одного и того же больного.

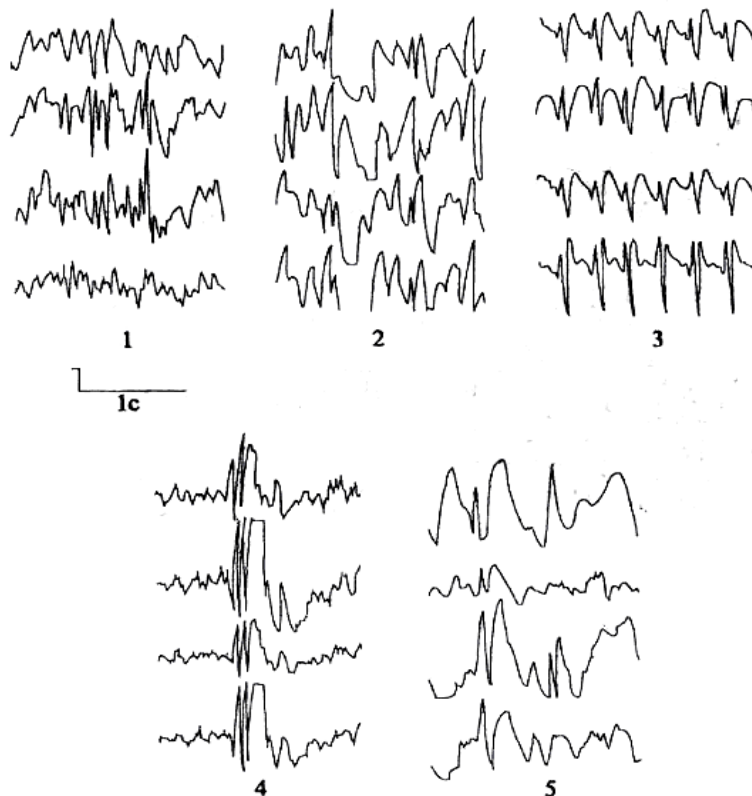


Рис. 4. Основные типы эпилептиформной активности [5]:

1 — спайки; 2 — острые волны; 3 — комплексы *спайк-волна*; 4 — комплексы *множественные спайки-волны*; 5 — комплексы *острая волна — медленная волна*.

Фаринго-оральные эпилептические припадки проявляются гиперсаливацией, часто в сочетании с движением губ, языка, облизыванием, глотанием, жеванием и т.д. **Абдоминальные эпилептические припадки** характеризуются резкими болями в области живота, возможно с рвотой. **Эпигастральные эпилептические припадки** сопровождаются различными ощущениями в эпигастральной области (урчание в животе, рвота). Абдоминальные и эпигастральные припадки чаще наблюдаются у детей в возрасте от трех до семи лет и могут происходить на фоне оглушения сознания, поэтому воспоминания о них неотчетливы, они протекают как элемент комплексного (сложного) парциального припадка. При сложном парциальном приступе наблюдается нарушение сознания (частичная потеря), когда человек не

вегетативно-висцеральные припадки, как и другие простые эпилептические припадки, могут трансформироваться в генерализованные, т.е. речь идет о вторично-генерализованных припадках. Именно последним может предшествовать «симптом-сигнал» — аура (дуновение) — ощущения различного характера, возникающие у больных в начале припадка. Различают сенсорные, моторные, речевые, психические и вегетативные ауры. Вегетативная аура наиболее многообразна: это различные неприятные ощущения в области сердца (кардиальная аура), органов живота (абдоминальная аура), чувство нехватки воздуха или остановки дыхания. Аура длится доли секунды и является единственным и ярким воспоминанием, которое впоследствии сохраняется у больного о припадке. Аура всегда указывает на фокальное начало припадка.

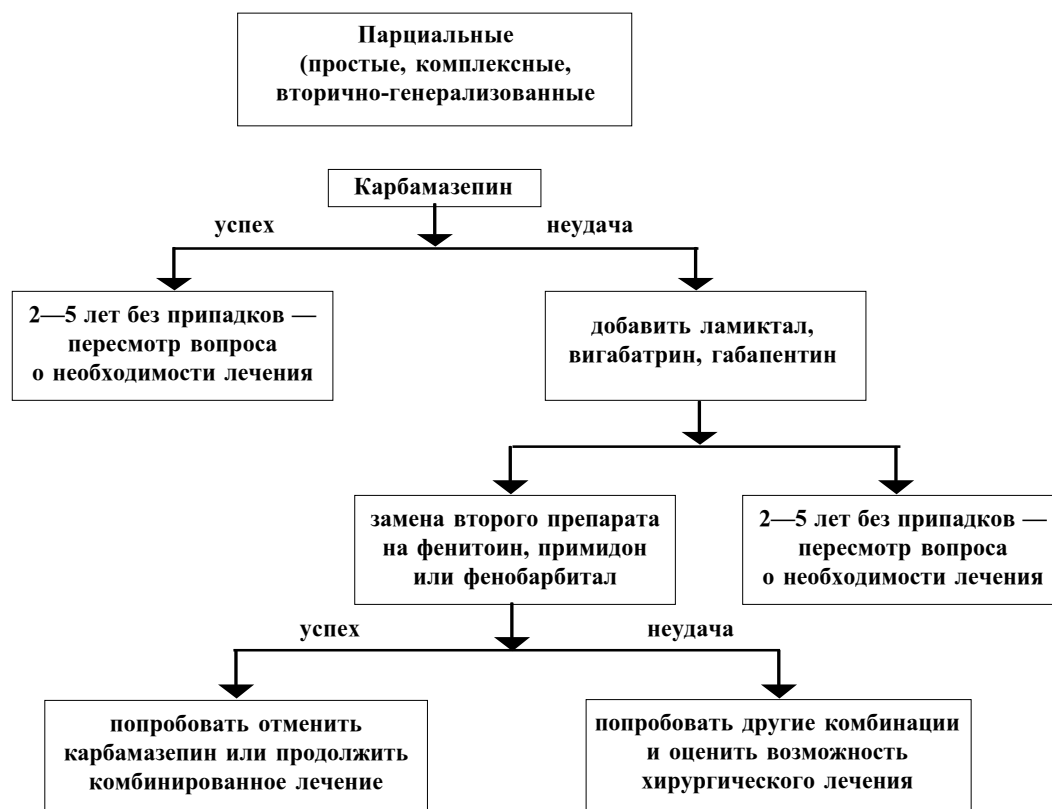


Рис. 5. Схема лечения парциальных припадков (простых, комплексных, вторично-генерализованных) [6].

В литературе описана так называемая **диэнцефальная, или гипоталамическая, эпилепсия** [4], характеризующаяся вегетативными или вегетовисцеральными пароксизмами, длящимися от нескольких десятков минут до нескольких часов и более, с кратковременной потерей сознания и тоническими судорогами. Приступы клинически отличаются от эпилептического припадков, при нем не удается зарегистрировать характерные комплексы эпилептической активности, эти приступы не поддаются воздействию противосудорожных препаратов. Поэтому в настоящее время правомерность выделения диэнцефальной эпилепсии исследователями поставлено под большое сомнение [1].

Большая роль в диагностике парциальных вегетативных эпилептических припадков, как и при других видах, отводится наблюдению за происходящими припадками и анамнестическим сведениям о них. Важнейшее значение имеет электроэнцефалография (ЭЭГ) [1, 3, 5, 10], которая может выявить в межприступном периоде эпилептическую активность (рис.4). Однако при обычных условиях записи эпилептическая активность обнаруживается только у 40% больных. Поэтому применяются различные методы

провокации (ритмическая световая стимуляция, гипервентиляция, суточная депривация сна, регистрация во время сна и др.), которые существенно увеличивают частоту выявления эпилептической активности. С учетом того факта, что очаг при вегетативных пароксизмах располагается в глубинных отделах мозга, отсутствие эпилептической активности при электроэнцефалографии не исключает эпилепсии. В подобных ситуациях следует прибегать к видеомониторингу. Простые вегетативные пароксизмы, как и другие парциальные припадки, чаще встречаются при органических поражениях мозга, поэтому в комплексной диагностике больных необходимо проведение нейровизуализации (КТ и МРТ головного мозга).

Дифференциальную диагностику простых парциальных вегетативных пароксизмов следует проводить прежде всего с вегетативными кризами, сопровождающимися паническими пароксизмами [5], которые проявляются массой различных ощущений: головной болью, несистемным головокружением, тахикардией, одышкой, чувством нехватки воздуха, подъемом АД и др. Все это сопровождается чувством страха (обычно страхом смерти), тревоги, беспокойства. Гипервентиляционный синдром, который часто

развивается при панических атаках, протекает с тоническими судорогами — «карпопедальным спазмом» — по типу руки акушера.

Главным диагностическим критерием простых вегетативных эпилептических припадков является их строгая стереотипность (клиническая картина припадков у больного не меняется от припадка к припадку), тогда как при панических атаках приступы редко бывают похожи друг на друга. Кроме того, панические атаки более продолжительны по сравнению с эпилептическими припадками.

Вегетативные эпилептические пароксизмы следует отличать от вегетативно-сосудистого **обморока**, при котором больной теряет сознание не сразу, а постепенно: вначале темнеет перед глазами, появляется неустойчивость, общая слабость, тошнота, гипергидроз, лицо бледнеет, пульс слабеет, могут быть миоклонии. Обморок развивается в определенных условиях: в душном помещении, при медицинских манипуляциях, испуге и т.д.

Лечение простых парциальных вегетативных припадков не отличается от терапии других локализованных форм эпилептических припадков, алгоритм которых представлен на рис. 5 [1, 6, 8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни нервной системы: руководство для врачей [под ред. Н.Н. Яхно]. — М., 2007. — Т.2. — С. 208—245.
2. Бурд, Г.С. Международная классификация эпилепсии и основные направления лечения // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — 1995. — Т. 3. — С. 4—12.
3. Вейн, А.М. Панические атаки / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева, А.Б. Данилова. — СПб: Институт медицинского маркетинга, 1997 — 304
4. Давиденкова-Кулькова, Е.Ф. Диэнцефальная эпилепсия. — Медгиз, 1958. — 292 с.
5. Зенков, Л.Р. Лечение эпилепсии. — М.: Медицина, 2001. — 229 с.
6. Зенков, Л.Р. Современное лечение эпилепсии. — М.: Медицина, 2003. — 320 с.
7. Крамер, Г. Семиология приступов. В сб.: Эпилептология в медицине XXI века. — М., 2009. — С. 133—139.
8. Мухин, К.Ю. Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия / К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин. — М.: Арт-Бизнес-Центр, 2000. — 319 с.
9. Савченко, Ю.Н. Нейрохирургическая коррекция в комплексном лечении заболевания / Ю.Н. Савченко, А.Ю. Савченко. — Омск, 2007. — 425 с.
10. Студеникин В.М. Локализационно-обусловленные формы эпилепсии у детей и их лечение / В.М. Студеникин, В.И. Щелковский, С.В. Балканская // Лечащий врач. — 2008. — Т. 5. — С. 32—34.

Поступила 30.04.09.

