



Продолжение. Начало в № 3 «Ветеринарный Доктор», март 2008 г.

Принципы клинической классификации, диагностики и терапии эпилептиформных приступов у собак

А.В. ХОХЛОВ, гл. ветврач, ветеринарная клиника «МиГ», г. Москва

Клинические признаки эпилептиформных приступов

Клиническая картина эпилептиформных приступов (ЭП) может быть различной даже у одного животного, что создает дополнительные трудности при диагностике. В основу клинической характеристики приступов был положен характер мышечных судорог, регулярность и частота повторяемости приступов, их форма.

Характер мышечных судорог при приступе

Мышечные судороги при ЭП могут проявляться двояко: во-первых, можно наблюдать длительное повышение мышечного напряжения (тонические судороги), во-вторых, могут возникать следующие друг за другом быстрые, короткие сокращения и расслабления мышц (клонические судороги). Последние, в свою очередь, могут принимать как правильный, так и хаотичный характер. В первом случае возникают регулярные интенсивные размашистые движения, во втором — беспорядочные сокращения разных групп мышц, не вызывающие относительно правильных движений. Кроме того, мышечные судороги могут иметь смешанный характер (клонико-тонические судороги) и проявляться как повышением мышечного напряжения, так и быстрой сменой сокращений и расслаблений мышц.

При преобладании тонической составляющей отсутствуют размашистые мышечные движения, а при преобладании клонической составляющей развивается заметная двигательная активность.

Регулярность и повторяемость приступов

Апериодические (спорадические) приступы можно наблюдать с длительными перерывами, достигающими нескольких месяцев или лет. Они редко бывают спонтанными, чаще провоцируются внешними факторами, например внезапной сенсорной стимуляцией, фазами луны, половым или иным возбуждением и т.д. Интервала между одиночными припадками достаточно для полноценного восстановления поведенческого и неврологического статуса животного. В противном случае говорят о повторяющихся приступах.

Повторяющиеся приступы чаще развиваются спонтанно и регулярно, с относительно небольшими интервалами (от нескольких часов при обострении до нескольких недель). Группа таких припадков с укороченными интервалами имеет название кластера (зачастую переходного состояния от одиночных приступов к эпилептиформному статусу (ЭСт), но может существовать и самостоятельно). В случае статуса приступы всегда проявляются в виде группы СП, обычно с нарастанием

или затуханием интенсивности мышечных судорог при каждой следующей группе приступов.

ЭСт является наиболее тяжелой формой проявления судорожного синдрома. Он может возникать спонтанно, вследствие ритмической сенсорной стимуляции или иных провоцирующих факторов, а также быстрой отмены или смены принимаемых антиконвульсантов (абстинентный ЭСт). Обычно ЭСт начинается кластером с прогрессирующим сокращением интервала между следующими друг за другом приступами. В некоторых случаях начало внезапное, с минимальной длительностью интервалов между приступами.

Особым случаем развития ЭСт является абсансный статус, проявляющийся резким учащением сложных абсансов (до нескольких сотен в течение суток), следующих с очень коротким интервалом. Поскольку абсанс, даже сложный, относится к бессудорожным приступам, он протекает очень быстро, в течение 2-3 минут и быстрее, и может повторяться с очень высокой частотой.

Одиночный судорожный приступ:

— возникновение преимущественно во сне, но возможно и при пассивном или активном бодрствовании;

— возникновение отсроченных (продромальной стадии) или непосредственных (ауры) пред-



вестников в виде очаговой (автоматизмов, миоклонии) или общемозговой симптоматики (девиации поведения);

— выключение сознания во время приступа, кроме психомоторных эквивалентов;

— клонико-тонические судороги, быстро возникающие после начала приступа; возможны бессудорожные приступы и психомоторные эквиваленты;

— выраженные вегетативные индексы (гиперемия, цианоз, тахипноэ, тахикардия, гипертермия, саливация, мидриаз, гипертензия);

— умеренные полидипсия и гиперфагия по завершении приступа;

— произвольный диурез и дефекация;

— возможны следовые мышечные боли, кратковременная следовая очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика.

Судорожный кластер:

— укороченные интервалы между СП;

— укорочение или отсутствие ауры при последующих СП;

— полное выключение сознания во время приступов;

— выраженные вегетативные индексы, в том числе и в интервале между приступами;

— генерализованные клонико-тонические, реже парциальные или тонические судороги; психомоторные эквиваленты и бессудорожные приступы встречаются редко;

— длительное психомоторное возбуждение, девиация поведения в интервале между приступами, сознание полностью не восстанавливается;

— длительная следовая очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика после завершения кластера;

— выраженные полидипсия и гиперфагия по завершении кластера;

— возможны острые мышечные боли, развитие парезов и параличей;

— произвольный диурез и дефекация наблюдаются только после первых приступов.

Эпилептический статус:

— крайне короткие интервалы между приступами, не более 5-10 минут;

— полное выключение сознания во время статуса, часто переходящее в длительные сопор и кому;

— выраженные вегетативные индексы, длительно сохраняющиеся после выхода из статуса;

— ослабление объективных симптомов приступа; судороги проявляются в виде незначительных подергиваний отдельных групп мышц, конечностей, глаз, но чаще сохраняются выраженные вегетативные индексы;

— острые мышечные боли, возможны спинальные парезы и параличи;

— полидипсия и снижение аппетита после завершения статуса;

— возможна длительная следовая энцефалопатия в виде острой общемозговой неврологической симптоматики;

— возможен летальный исход, прогноз ухудшается при увеличении длительности статуса и/или у пожилых животных.

Абсантный статус:

— двигательная заторможенность (ступор) и гиподинамия;

— ареактивность, снижение мышечного тонуса;

— умеренные вегетативные индексы;

— довольно интенсивная саливация без образования пены;

— крайне высокая частота приступов и продолжительность статуса (от нескольких часов до нескольких суток).

Форма эпилептиформных приступов

ЭП могут быть судорожными и бессудорожными, парциальными и генерализованными.

При судорожных ЭП обязательно развиваются насильственные некоординированные движения или напряжения мышц разной степени выраженности. Симптоматические парциальные приступы, как правило, являются результатом структурных изменений коры голо-

вного мозга вследствие перинатальной энцефалопатии, нейротропных инфекций, ЧМТ и локальных нарушений кровообращения. На основании дополнительных исследований (КТ, МРТ, смещение М-эха, ЭЭГ) определяют локализацию первичного очага возбуждения. Чаще фокус пароксизмальной активности локализуется в передне-центральной и теменно-височной областях, реже — в затылочной, задне-центральной и теменной областях.

Первичные и вторично-генерализованные большие ЭП всегда сопровождаются внезапной потерей сознания, интенсивной судорожной активностью, возможны произвольные мочеиспускание, дефекация, а также кратковременное апноэ с последующим восстановлением нормального дыхания.

В отличие от бессудорожных приступов во время больших ЭП высок риск получения травм. Припадку нередко предшествует длительный продромальный период и короткая аура. В продромальном периоде возможны существенные изменения характера поведения животного: обычно наблюдают приступы неспровоцированного страха, гиперреактивность и склонность к двигательному возбуждению, но иногда развиваются подавленное состояние, гипореактивность и гиподинамия. В фазе ауры животное прекращает текущую деятельность и замирает в неподвижности, продолжая реагировать на внешние раздражители, если в этот период удается переключить внимание животного, то можно избежать развития приступа.

При бессудорожных приступах отсутствуют заметные мышечные судороги, что, однако, не отрицает возможности кратковременного выключения сознания и риска развития вторично-генерализованных приступов. К факторам, провоцирующим их развитие (в том числе абсансов), относят депривацию сна, ритмическую фото- и фоностимуляцию, эмоциональное напряжение. Генерализо-