Оглавление

Введение

Глава 1. Определение эпилепсии

1.1 Частота встречаемости и возраст начало эпилепсии

.2 Причины эпилепсии

.3 Провокация эпилептического приступа

.4 Международная классификация эпилепсии и эпилептических синдромов

.5 Проблемы личности больного эпилепсией

.6 Псевдоприступы

Глава 2.Статистика

.1 Опрос пациентов больных эпилепсией

Заключение

Список использованных источников

Приложение

эпилепсия приступ заболеваемость

Введение

Цель курсовой работы: Выявление проблемы заболеваемости эпилепсией взрослого населения на территории Росийской Федерации и нахождение возможных решений данной проблемы.

Объект:Взрослое население подвергнутое высокому риску развития эпилепсии и пациенты больные эпилепсией.

Предмет:Проблема возникновения заболевания эпилепсии.

Задачи курсовой работы:

а) закрепить, углубить и расширить теоретические знания;

б) овладеть навыками самостоятельной работы;

в) выработать умения формулировать суждения и выводы, логически последовательно и доказательно их излагать;

г) выработать умение публичной защиты;

д) подготовиться к более сложной задаче -выполнению дипломной работы.

Актуальность данной проблемы

Эпилепсия является распространенным заболеванием нервной системы ,так как в международной классификации болезней Х пересмотра (МКБ-10) излагается в классе VI «Болезни нервной системы»,раздел «Эпизодические и проксизмальные расстройства» (шифры G40-G47).Сложность проблемы в оказании помощи больным с эпилепсией заключается в том ,что многие больные имеют психические расстройства ,и лечение больных с неврологическими заболеваниями в этих случаях проводят психиатры. При изучении эпидемиологии не инфекционных заболеваний заболеваемость отражает число новых случаев заболевания в году на 100000 человек. Показатели заболеваемости эпилепсией в различных странах варьируются от 11 до 134/100000.Как показано на рис.1, заболеваемость эпилепсией в нашей стране является высокой и в динамике за 5 лет увеличилась на 38,3%.На рис.2 показана заболеваемость эпилепсией в различных регионах России в 2013 г.В этом году средняя заболеваемость в России состояла 95/10000. Заболеваемость эпилепсией за все годы мониторинга заболевания РЭЦ в России преобладает у мужчин по сравнению с женщинами (рис. 4).Это объясняется, по-видимому, преобладанием у мужчин травматической и токсической эпилепсии. На рис. 5 представлены показатели заболеваемости эпилепсией в различных возрастных группах (в исследование не включены больные детского и юношеского возраста). Наибольшая заболеваемость отмечена в группе 18-20 лет, затем она снижается в следующих возрастных группах и начинает повышаться в пожилом возрасте старше 60 лет. Наибольшая заболеваемость определяется в возрасте старше 70 лет. Это связано с ростом сосудистых и дегенеративных заболеваний головного мозга в старших возрастных группах.

В лечении эпилепсии в нашей стране принимают участие различные специалисты, которые оказывают первичную медицинскую помощь при обострении заболевания, интенсивную терапию при осложнении заболевания повторяющимися эпилептическими припадками, их сериями и эпилептическим статусом, а также амбулаторное обследование и лечение при хронизации эпилептического процесса.В табл. 1 показано участие специалистов на различных этапах оказания медицинской помощи при эпилепсии.Как представлено в табл. 2, оказание медицинской помощи при эпилепсии имеет в нашей стране свои национальные особенности. При развитии эпилептического припадка к больному, как правило, вызывается бригада интенсивной терапии станции скорой медицинской помощи, врач которой (в ряде городов фельдшер) проводит медикаментозную терапию для купирования припадка. В крупных городах функционируют специализированные неврологические бригады, которые направляются к больным с серией эпилептических припадков и эпилептическим статусом.Госпитализация больных проводится при первом в жизни эпилептическом припадке, серии припадков и эпилептическом статусе. В последних случаях больному оказывается помощь в реанимационном отделении или палатах интенсивной терапии неврологического отделения многопрофильной больницы или аналогичных отделениях психиатрической больницы. В эти же больницы помещаются больные с эпилептическими психозами.

Актуальной проблемой является развитие нейрохирургической помощи больным с резистентной эпилепсией, которая проводится в ограниченном числе городов. В нашей стране сложилась практика, что основная часть больных с эпилепсией во взрослом возрасте на амбулаторном этапе состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Это ведет к определенным социальным негативным последствиям, так как больные без психических расстройств зачастую отказываются от посещения психиатрического учреждения и от лечения. В дальнейшем это приводит к хронизации процесса, эпилептизации мозга и резистентной эпилепсии.

Глава1.Определение эпилепсии

Эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями (определение ВОЗ).

В основе эпилепсии лежит повышенная нейронная активность с высоковольтными гиперсинхронными разрядами (эпилептический очаг). При распространении разряда на весь мозг возникает генерализованный приступ; если разряд остается локальным, приступ имеет парциальный характер.

У детей различные судорожные состояния встречаются в 5-10 раз чаще, чем у взрослых, что, очевидно, связано с особенностями строения и функции головного мозга, с напряженностью и несовершенством регуляции метаболизма, лабильностью и тенденцией к иррадиации возбуждения, с повышенной проницаемостью сосудов, гидрофильностью мозга и пр. В происхождении эпилепсии основное значение имеет взаимодействие наследственной предрасположенности и поражения головного мозга. При большинстве форм эпилепсии отмечается полигенная наследственность, причем в одних случаях она имеет большую, в других - меньшую значимость. При анализе наследственности нужно учитывать прежде всего явные признаки болезни, придавая определенное значение и таким ее проявлениям, как мигрень,обмороки,заикание,учитывать характерологические особенности личности (конфликтность, злобность, педантизм, назойливость). К предрасполагающим факторам относятся органические церебральные дефекты перинатального или приобретенного (после нейроинфекций или черепно-мозговой травмы) характера. Факторами "риска" могут быть различные пароксизмальные состояния и судорожные приступы неэпилептического характера. К ним относятся судорожный синдром в структуре перинатальной энцефалопатии, фебрильные судороги и другие формы энцефалических реакций, судороги при метаболических нарушениях(гипогликемические,гипомагнезиальные, пиридоксинзависимые), спазмофилия и другие гипокальциемические состояния, аффективно-респираторные пароксизмы, эпилептическая активность на ЭЭГ при клиническом благополучии.

Патогенез эпилепсии включает ряд механизмов. Это прежде всего фокальность, которая характерна не только для парциальной эпилепсии, но и для первично генерализованных приступов. Наиболее часто генерализованные приступы возникают при очаговых поражениях медиобазальной височной и орбитофронтальной локализации. По мере прогрессирования заболевания формируется эпилептическая система и процесс распространяется на весь мозг.

Биохимические механизмы эпилепсии связаны с расстройством ионных, медиаторных и энергетических процессов, Так, ионные сдвиги ведут к повышению мембранной проницаемости и усилению в результате этого деполяризации нейронов, их сверхвозбудимости. Снижение запасов глюкозы и накопление молочной кислоты в ткани головного мозга во время приступа являются причиной ацидотических сдвигов; усугубляющих гипоксию и снижающих уровень фосфатных соединений. Перед приступом часто обнаруживается метаболический алкалоз. Способствуют также эпилептическому разряду угнетение ГАМК - и дофаминергических систем и повышение активности ацетилхолиновых и аспарагиновых медиаторов. Имеют значение и иммунологические реакции с образованием при повторных приступах противомозговых антител, циркуляторные расстройства и другие факторы, расширяющие зону поражения. Специфических патологоанатомических изменений при эпилепсии не находят. Вместе с тем эпилептический процесс может вызывать тяжелые дистрофические изменения и уменьшение количества ганглиозных клеток, прогрессирующий глиоз, особенно - в височных долях. Значительные изменения отмечаются в полушариях большого мозга, гиппокампе, подбугровой области, ретикулярной формации мозгового ствола.

Клиническая картина эпилепсии у детей имеет некоторые характерные особенности. К ним можно отнести полиморфизм и возрастную трансформацию приступов, высокий удельный вес абсансов, частоту абортивных форм, наличие синдромов, не встречающихся у взрослых (синдромы Веста, Леннокса-Гасто), нередкое развитие послеприступных симптомов очагового поражения мозга, быстрое развитие умственной отсталости при частых приступах.

1.1 Частота встречаемости и возраст начало эпилепсии

Независимо от этнических и географических признаков эпилепсия встречается у 1-2% людей. Это значит, что в России эта цифра равна 1,5-3 млн. Однако судорожные состояния бывают гораздо чаще. Примерно 5% людей имеют в своей жизни хоть один эпилептический приступ. Эти состояния наступают в результате провоцирующих причин, например при высокой температуре фебрильные судороги, при длительном хроническом алкоголизме судорожные абстинентные приступы, или при хронической наркомании - судороги, вызванные дефицитом наркотиков. Отсюда делаем вывод, что только 20% всех людей, которые в своей жизни имели хоть один приступ, заболевают эпилепсией. Получить точные цифры распространения эпилепсии очень сложно в связи с отсутствием единого учета, применением специалистами разных вариантов классификацией эпилепсии, а также с тем что этот диагноз часто специально или ошибочно не устанавливается и проходит под видом других диагнозов (эписиндром, судорожный синдром, различные пароксизмальные состояния, судорожная готовность, некоторые виды фебрильных судорог и т.п.), которые не учитываются общей статистикой эпилепсии.

Примерно у 75% людей с эпилепсией приступы появились в первые 20 лет жизни.

В течение первых двух лет жизни - 17%

дошкольный возраст - 13%

ранний школьный возраст - 34%

подростковый возраст - 13%

после 20 лет жизни - 16%

средний и старший возраст - 2-5%

1.2 Причины эпилепсии

«Причина этой болезни, как и прочих великих болезней, есть мозг.»

Гиппократ

«Вряд ли существует такое поражение головного мозга, которое не обладало бы свойством в известных условиях вызывать эпилепсию.»

Д. Колье

При достаточно сильных воздействиях эпилептическая активность, как один из способов реакции клеток головного мозга, может появиться у любого человека. Однако, у "здоровых" людей для этого необходимо достаточно сильное воздействие - например, алкогольная абстиненция или тяжелая черепно-мозговая травма. У маленьких детей способность клеток головного мозга реагировать избыточным возбуждением на раздражающий фактор выражена в большей степени, чем у взрослых, поэтому при высокой температуре у них может развиться эпилептический приступ. Примерно у 1-2% людей активность клеток головного мозга настолько велика что эпилептические приступы возникают сами по себе (спонтанно), без видимых причин.Причины развития эпилептической активности в головном мозге, к сожалению, пока недостаточно ясны, но предположительно связаны со строением мембраны клетки головного мозга, а также химическими особенностями этих клеток. Сложную гамму причин эпилептических приступов нельзя свести к какому-нибудь одному фактору. Примерно в 70% случаев причина приступов остается неизвестной, несмотря на специальное неврологическое обследование (ЭЭГ, КТ, ЯМР), так как отсутствуют явные или предполагаемые признаки основного заболевания мозга. Тогда говорят о самопроизвольной эпилепсии. При такой эпилепсии мы, по всей видимости, имеем дело с еще не исследованными химическими изменениями в мозге.

В других случаях эпилепсия возникает при явной или предположительной основной болезни мозга. В зависимости от того, в каком возрасте появились приступы, следует предполагать те или иные причины. Если они появились до 20 лет, то причиной скорее всего может быть повреждение мозга во время беременности и родов, чем например - опухоль мозга. Если эпилепсия наступила после 25 лет, то наиболее частой причиной, как правило, бывают опухоли мозга, а у пожилых людей - нарушения кровообращения мозга (инсульты). Установлено, что причиной очаговых приступов гораздо чаще бывает первичное нарушение функции одного или нескольких участков головного мозга, чем при генерализованных. Однако, при любых приступах необходимо провести тщательное обследование и установить причину их вызывающую.

Возможные причины возникновения эпилепсии

Перенатальные осложнения

Перинатальные осложнения являются основной причиной судорог у детей. Травмы как родовые, так и предродовые, вызывают гипоксию мозга (кислородное голодание мозга). В самом деле, большинство врожденных нарушений работы мозга связно с его кислородным голоданием. К счастью, в результате совершенствования акушерской техники риск подобных осложнений снижается. Однако некоторые эксперты считают, что 20% случаев эпилепсии подпадают под эту категорию.

Травма головы

Травмы головы являются причинами еще 5-10% случаев эпилепсии. Посттравматическая эпилепсия может последовать за травмой головного мозга в результате сильного ушиба, дорожно-транспортного происшествия, жестокого обращения с детьми, огнестрельного ранения и др. Посттравматические судороги иногда развиваются сразу после травмы, а иногда появляются через несколько лет. Эксперты полагают, что все, кто перенес травму головного мозга, приведшую к длительной потере сознания, имеют повышенную вероятность развития эпилепсии.

Эпилепсия очень редко возникает после незначительных травм головы. Все родители знают, что падения и ушибы - такая же неотъемлемая часть роста, как детские болезни, поэтому незачем жить в постоянном страхе, что ребенок может споткнуться. Кроме того, надо понимать, что не каждый эпилептический приступ вызывается падением. Однако следует иметь в виду, что дети очень ранимы. Даже сильное укачивание ребенка, особенно младенца, способно нанести вред его умственному и физическому здоровью и привести к эпилептических приступов или умственной отсталости. Если у вашего ребенка возникли судороги сразу или через несколько часов после травмы головы, вас сможет успокоить тот факт, что подобные приступы повторяются редко. Однако приступы, развившиеся через несколько месяцев или лет после повреждения мозга, повторяются намного чаще. Посттравматические приступы медленнее всего развиваются у детей. Они могут появиться даже через 25 лет после травмы головы.

Соматические и инфекционные заболевания

Повторные эпилептические приступы наблюдаются при многих болезнях, включая детский церебральный паралич. В этом случае нередко одна и та же травма головного мозга провоцирует и судороги, и сопутствующее заболевание. Рак, поражающий мозг, инфекции центральной нервной системы типа менингита и энцефалита, также могут вызвать повторные приступы.

Сосудистые заболевания тоже являются частой причиной эпилепсии эпилептическихх приступов. Иногда конвульсии - первый признак системной красной волчанки (наблюдаются приблизительно у 15% больных).

Опухоли и аномалии головного мозга

Около 35% опухолей мозга провоцируют повторные приступы. Однако сами опухоли мозга являются причиной менее чем 15% всех случаев приступов. У большинства людей с эпилепсией нет видимых аномалий мозга.

Артериовенозная дисплазия сосудов головного мозга - врожденный дефект, обычно приводящий к повторным судорогам. К сожалению, оперативное вмешательство в этом случае может спровоцировать эпилептические судороги.

Нарушение обмена веществ

Эпилепсию могут вызвать как наследственные нарушения обмена веществ, так и приобретенные, например, отравление свинцом. Это - причины 10% случаев эпилепсии.

Употребление пищи, богатой калориями (углеводов, жиров), может повлиять на метаболизм и спровоцировать судорожные приступы почти у каждого. И люди с диабетом, и без диабета при значительном повышении уровня сахара в крови иногда иметь эпилептические приступы. Они могут сопровождать также заболевания почек и печени. На индивидуальный судорожный порог влияют генетические факторы. Если вследствие метаболического расстройства приступы повторяются, может быть диагностирована эпилепсия, хотя такие проявления часто исчезают при успешном лечении основного заболевания.

Инсульт

При инсульте нарушается мозговое кровообращение, вследствие чего происходят краткосрочные или длительные расстройства речи, мышления и движения (в зависимости от того, какие участки мозга поражены). Возможно, из-за увеличения количества пожилых людей в этой возрастной группе стала чаще встречаться эпилепсия. Обычно инсульты не вызывают эпилептических приступов - только у 4-5% пациентов развиваются хронические приступы. Приступы, являющиеся следствием инсульта, обычно хорошо поддаются лечению антиэпилептическими препаратами.

Воздействие лекарств и инсектицидов

Приступы могут вызываться действием инсектицидов, наркотиков, например, кокаина (а также "ломкой") и прекращением употребления барбитуратов, бензодиазепинов (валиума, либриума, далмана), алкоголя и даже антиконвульсантов. Пропуск приема дозы прописанного вам антиэпилептического препарата (АЭП) также способен спровоцировать приступ.

Следует иметь в виду, что судорожные приступы возникают не только при злоупотреблении лекарствами. У индивидуумов с низким порогом их могут вызывать сильные нейролептики (например, аминазин, трехцикличные антидепрессанты (типа амитриптилина) и ингибиторы монаминоксидазы (ниаламид и др.), амидопирин, препараты группы пенициллина. Иногда взаимодействие антиэпилептических препаратов с другими лекарствами также провоцирует приступ.

Самопроизвольная (генуинная) эпилепсия

Это относится к тому случаю, когда нет никаких причин предполагать первичное заболевание мозга. К этой группе, кроме генерализованных приступов, относятся миоклонические приступы периода полового созревания, генерализованные ночные судорожные приступы, а также некоторые формы эпилепсии с миоклонически-астатическими очаговыми приступами.Другое название самопроизвольной эпилепсии - идиопатическая.

Эпилепсия и наследственность

Если у одного из родителей эпилепсия, то вероятность появления ее у их ребенка составляет около 6%, т.е. в 3 - 6 раз больше, чем для большинства людей. В то же время это говорит о том, что у 94% детей эпилепсии не будет. Если же эпилепсия у обоих родителей, то риск для ребенка увеличивается до 10 - 12%. Наиболее часто встречается эпилепсия у ребенка если у родителей эпилептические приступы имели не очаговый, а генерализованный характер.

Эти сведения носят обобщенный характер и в каждом конкретном случае могут быть дополнены во время консультации у врача эпилептолога или генетика. Следует учитывать, что наследуются особенности деятельности мозга, процессов возбуждения и торможения, повышенной готовности к пароксизмальным формам реагирования мозга на изменение внутренних и внешних факторов, а не сама эпилепсия. В большинстве случаев эпилепсия у детей проявляется гораздо раньше, чем у родителей. Например, если у матери эпилептические приступы с 15 лет, то у ее ребенка они могут появиться, например, в 5 лет.

.3 Провокация эпилептического приступа

Прекращение приема или снижение дозы препаратов

При отсутствии приступов в течение длительного времени некоторые люди считают возможным самостоятельно прекратить лечение или снизить дозу препаратов с целью избежать их побочных эффектов. В этих случаях часто бывает возобновление приступов в более тяжелом варианте, а нередко и развитие эпилептического статуса. Особенно опасно резкое прекращение приема препаратов группы фенобарбитала и бензодиазепина.

Нарушение режима сна

Иногда, если человек с эпилепсией заснет на 2-3 часа позже, у него может начаться приступ. Если он решит восполнить эти часы более поздним пробуждением, то это не только не поможет, а может навредить. Дело в том, что здесь важна не длительность сна, а его регулярность (одно и то же время засыпания и пробуждения). Если человек с эпилепсией не доспал, приступ может возникнуть во время более позднего пробуждения или внезапного пробуждения при вмешательстве кого-то из близких.

Употребление алкоголя

Состояния выраженного опьянения приводят к нарушениям режима сна, изменениям обмена веществ и снижению компенсаторных возможностей мозга. Чаще приступы появляются на следующий день после опьянения. Описывается специальная форма эпилепсии - алкогольная эпилепсия.

Стресс и сильные эмоции

Положительные или отрицательные стрессы довольно редко приводят к приступам. однако в каждом конкретном случае следует обратить внимание, нет ли связи между сильным возбуждением и приступом. Обязательно отмечайте это в календаре приступов и подробно расскажите своему лечащему врачу. Если причину, вызывающего стресс возбуждения, или собственное отношение человека к нему можно изменить, то количество приступов может уменьшиться. Знание причин приступов может оказаться важной информацией для проведения психотерапии.

Свет

Часто эпилептические приступы возникают непосредственно от конкретных раздражителей из внешней среды. Чаще всего причинами приступов могут стать очень контрастные световые раздражители по типу "светло-темно", появляющиеся, например: при езде по аллее, если солнце светит сбоку, или мимо забора, через который сбоку просвечивает солнце, на движущиеся на ветру листья дерева, отсвечивающиеся на солнце волны озера, ври взгляде на вращающиеся лопасти вертолета, мигание света на дискотеке, неисправный телевизор. При пользовании телевизором людям со светочувствительной формой приступов (фотосенситивная эпилепсия) следует учитывать следующее, что если изображение скачет, ни в коем случае не следует к нему приближаться, а отрегулировать его дистанционным устройством (или кому-нибудь из окружающих). Предпочтительней телевизор цветной, так как меньше черно-белых контрастов, вызывающих приступы. При приближении к телевизору, чтобы включить или выключить его, нужно закрыть один глаз рукой. Хорошо, когда при работающем телевизоре горит неяркий общий свет - это уменьшает контраст между светящимся экраном и помещением. При фотосенситивности могут помочь очки с затемненными защитными стеклами. Гораздо реже причиной приступов могут быть яркие разноцветные предметы или ярко освещенный текст, или картина.

Чтение

Чтение является очень редкой причиной приступов. Однако при длительном чтении (переутомлении), когда начинает болеть голова и появляются пятна перед глазами, следует прекратить это занятие, так как это может вызвать судорожный приступ.

Звук

Даже самые простые звуки: мотора, колокола, кваканье лягушек или окончание какого-то продолжительного звука вызывают приступы, но, безусловно, это очень редкие случаи.

Самопровакация приступов

Приступы, возникающие от внешних раздражителей, например от контрастного света, изображения или прикосновения, могут быть вызваны самим больным. Чаще всего это касается детей с задержкой психического развития, реже детей и взрослых с нормальным развитием. Определенную роль может здесь играть внутренняя потребность, сходная с "манией", вызвать приступ и, редко, приятными ощущениями во время предприступного состояния. Иногда люди с эпилепсией самопровоцируют их для снятия довольно тяжелого внутреннего дискомфорта, появляющегося перед приступом, а после приступа они могут испытывать состояние эмоционального подъема и психического комфорта.

Беременность

Если беременная продолжает принимать лекарства, а при приступе увеличивает дозу, то повышенного риска ухудшения состояния нет. Сама беременность не ухудшает течение эпилепсии. Во время беременности приступы могут усилиться, если эта женщина не принимает полностью дозу препарата, рекомендованного врачом, из-за опасения нанеси вред будущему ребенку или в результате нарушения режима сна.

Климат

Отмечено, что эпилепсия чаще встречается в странах с жарким и влажным климатом, а также, что при переезде людей с эпилепсией в регионы с более прохладным и сухим климатом частота приступов может уменьшаться.

Фазы луны и солнечная активность

Некоторые исследования показывают увеличение обращаемости к врачу по поводу приступов в периоды полно- и новолуния. Имеютсянаблюдения учащения приступов в период повышенной солнечной активности. Это связывают с изменением уровня функционального состояния мозга и ухудшением его компенсаторных возможностей, а также нарушениям метаболических процессов в организме, приводящих к снижению эффекта противоэпилептических препаратов.

Режим питания

Специфического влияния пищи на провокацию приступов не подтверждено. Однако имеются наблюдения указывающие на необходимость ограничить в еде чистые углеводы (особенно сахар), соль, некоторые специи, бобовые. Необходимо чтобы последний прием пищи был не позднее чем за два часа до сна. Следует избегать переедания и избыточного употребления жидкости. С целью предупреждения запоров, которые приводят самоотравлению организма и провокации приступов, необходимо употребление продуктов богатых клетчаткой. В упорных случаях запоров проводится клистеротерапия.

Лихорадка и вакцинацияНекоторые медики считают, что прививки (от дифтерии, столбняка и коклюша), которые обычно делаются новорожденным и маленьким детям, могут вызывать конвульсии. Доказательства этому, однако, неубедительны, и судороги, следующие за прививками, случаются редко. Известно, что высокая температура - обычный побочный эффект при вакцинации - у некоторых детей может вызвать судороги. Поэтому до вакцинации родители должны обсудить свои опасения с педиатром, особенно если в анамнезе - плохая реакция на прививки.

Сексуальная активность

Иногда встречается опасение, что в результате полового созревания и сексуальной активности, состояние человека с эпилепсией ухудшается не только в смысле собственного здоровья, но и в социальном плане. Мнение, что в результате любой сексуальной активности - мастурбации (онанизм) или половой жизни, приступы учащаются и самочувствие ухудшается, настолько же фальшиво, как и старо. С уверенностью можно сказать, что сексуальная активность абсолютно не вредна. Озабоченность, что психически неполноценные молодые люди, в результате сексуальной активности, могут оказаться в небезопасной ситуации, не лишена смысла. Поэтому, следует обратить внимание на то, чтобы сексуальная жизнь проходила, если это возможно, с постоянным партнером. Следует избегать стресса, вызванного нежелательной беременностью. Необходимо строго соблюдать режим сна и приема противосудорожных лекарств. Нужно найти компромисс между ограничением, сужающим жизнь человека с эпилепсией в обществе, и возможностью приобретения собственного опыта также в области секса.

Прочие причины

Довольно редко приступ может возникнуть при касании какой-то части тела, или при принятии ванны.Даже мысль во сне об известной причине приступа может вызвать этот приступ.Причиной приступа может быть испуг, например, неожиданный резкий звук, внезапное неожиданное движение. Несмотря на описанные примеры нет данных, указывающих на то, что в результате испуга могут появиться эпилептические приступы.Главное, необходимо знать, какие особенные причины могут вызвать приступ и старательно избегать их.Лечение эпилепсии может быть результативным лишь в том случае, когда можно избежать всех причин, вызывающих приступ

Самопроизвольное прекращение эпилептических приступов

Это возможно. Не все люди с эпилептическими приступами обращаются к врачу и остаются под его наблюдением. Это происходит обычно тогда, когда приступы прекращаются либо в результате лечения, или самопроизвольно, без лечения. Так как контакт с такими людьми теряется, информация о количестве случаев самоизлечения не является достаточно точной. После серии исследований, в которых были охвачены также и пациенты, которые не обращались к врачу, следует признать, что у значительной части этих людей, приблизительно у половины, после начального лечения или без него приступы прекращаются, даже без дальнейшего лечения. Это относится к большинству форм эпилептических приступов. Однако следует учитывать, что причины приступов разные, и поэтому рассчитывать на то, что именно у вас они пройдут без лечения, не стоит.

Узнайте мнение своего врача, изучите доступную информацию по эпилепсии, обратитесь в группу взаимопомощи - это поможет вам сделать правильный выбор тактики поведения. Почти все люди с эпилептическими приступами прошли период уверенности в возможности самопроизвольного прекращения приступов и имеют на ее счет собственное суждение. Они могут помочь вам не сделать ошибочного выбора.

Некоторые считают, что эпилептические приступы, которые начинаются в школьном возрасте, могут сами закончиться с завершением пубертатного периода. Действительно это так. Но причина не в том, что завершение периода полового созревания как-то влияет на приступы, просто процент излечившихся в большинстве своем падает на этот возраст. Ни в коем случае нельзя рассчитывать на то, что с достижением этого периода эпилепсия пройдет сама без лечения.

1.4.Международная классификация эпилепсии и эпилептических синдромов

Эпилепсия и синдромы с локализованными приступами

Идиопатические формы (начало приступов связано с возрастом):

Доброкачественная эпилепсия детей с центрально-височными (роландическими) пиками на ЭЭГ;

Эпилепсия детей с затылочными пароксизмами на ЭЭГ;

Первичная эпилепсия чтения.

Симптоматические формы:

Хроническая прогредиентная парциальная эпилепсия детей (синдром Кожевникова);

Синдромы со специфическими причинами провокации приступов (рефлекторная эпилепсия);

Лобно-, височно-, теменно-, затылочно-долевая эпилепсия.

Криптогенные формы (неопределенные формы)

Эпилепсия и синдромы с генерализованными приступами

Идиопатические (начало приступов связано с возрастом):

Доброкачественные семейные судороги новорожденных;

Доброкачественные судороги новорожденных;

Доброкачественная младенческая миоклоническая эпилепсия;

Эпилепсия с пикнолептическими абсансами (пикнолепсия, абсанс-эпилепсия детей);

Подростковая абсанс-эпилепсия;

Эпилепсия с импульсивными малыми приступами (подростковая миоклоническая эпилепсия);

Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими судорогами при пробуждении;

Другие формы генерализованной идиопатической эпилепсии;

Эпилепсия со специфическими провоцирующими факторами (рефлекторная и старт-эпилепсия).

Криптогенные или симптоматические формы (связанные с возрастом появления приступов):

Синдром Веста;

Синдром Леннокса-Гасто;

Эпилепсия с миоклонически-астатическими приступами;

Эпилепсия с миоклоническими абсансами.

Симптоматические формы:

Ранняя миоклоническая энцефалопатия;

Младенческая эпилептическая энцефалопатия с участками изоэлектрической ЭЭГ;

Другие симптоматические генерализованные формы эпилепсии;

Симптоматические генерализованные формы эпилепсии специфической этиологии (см. приложение).

Эпилепсия и синдромы,с неопределенными как фокальные или генерализонанные приступы

Вместе генерализованные и фокальные приступы:

Приступы новорожденных;

Тяжелая миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста;

Эпилепсия с длительными пик-волнами на ЭЭГ во время медленной фазы сна;

Cиндром афазии-эпилепсии (Ландау-Клеффнера);

Другие неопределенные формы эпилепсии.

Без определенных генерализованных и фокальных признаков (многие случаи генерализованных тонико-клонических судорог, которые по данным клиники и ЭЭГ нельзя отнести к другим формам эпилепсии данной классификации, а также многие случаи больших судорожных приступов во время сна).

Специальные синдромы

Ситуативные (случайные) приступы:

Фебрильные судороги;

Изолированные приступы или изолированный эпилептический статус;

Приступы, связанные исключительно с острым воздействием метаболических или токсических факторов, а также депривация (лишение) сна, алкоголь, лекарства, эклампсия и т.д.

.5 Проблемы личности больного эпилепсией

В настоящее время доказано, что эпилептические приступы могут появиться у людей любого возраста, из всех социальных слоев и при любом интеллектуальном уровне, и что эпилепсия часто не является болезнью, а тем более психической болезнью в привычном понимании этого слова.

Эпилептические приступы в абсолютном большинстве случаев можно контролировать с помощью лекарств, а иногда они проходят самостоятельно.

Люди с эпилепсией практически ничем не отличаются от людей без приступов. В обстановке эмоциональной поддержки другими людьми они живут нормальной полноценной жизнью. И, несмотря на это, у человека с эпилептическими приступами и его семьи могут возникнуть проблемы.

Проблемы личности:

снижение уровня самооценки;

депрессия;

трудности в поиске своего места в обществе;

необходимость примириться с диагнозом "эпилепсия";

возможность появления побочных эффектов медикаментозного лечения и осложнения приступов.

Проблемы в семье:

неприятие членами семьи диагноза "эпилепсия";

необходимость в длительной эмоциональной и материальной поддержке человека с приступами;

необходимость постараться не думать постоянно о болезни близкого человека;

необходимость соблюдать разумные меры предосторожности и не допускать гиперопеки;

необходимость генетической консультации;

необходимость помочь человеку с эпилепсией жить полноценной жизнью и вне семьи;

необходимость учитывать возрастные особенности психики человека с приступами;

возможность иметь свою семью и ребенка;

наличие побочных эффектов медикаментозной терапии во время беременности (опасность гипоксии плода);

опасность воздействия приступов у матери на нормальное формирование плода.

Проблемы между человеком и обществом:

- ограничение на некоторые виды трудовой деятельности;

дискриминация при обучении и трудоустройстве;

ограничение некоторых форм досуга и занятий спортом;

необходимость самоконтроля при приеме алкоголя;

запрещение вождения автомашины (можно водить машину, если нет приступов более двух лет);

необходимость преодоления предрассудков в обществе по отношению к эпилепсии и, особенно, представления об эпилепсии, как о психическом заболевании. Люди с эпилепсией и члены их семьи должны иметь время, чтобы поговорить друг с другом об эпилепсии, своих проблемах, переживаниях и интересах.

Эпилепсия не является психическим заболеванием!

Иногда эпилепсию называют психическим заболеванием. Этого понятия по отношению к эпилепсии следует избегать, так как оно ошибочно и вызывает предубеждение у людей.

Эпилепсия не является психическим заболеванием.

К психическим заболеваниям относятся депрессия, психозы с галлюцинациями и маниями, а также заболевания, сопровождающиеся снижением интеллекта и изменениями личности. Некоторые больные эпилепсией периодически бывают подвержены психозу, однако его следует рассматривать как временное осложнение. Также может произойти снижение интеллекта, но причина чаще не в эпилепсии, а в основном заболевании мозга.

Люди с эпилепсией без дополнительных на то причин, например, без атрофии мозга, имеют проблемы с психикой не чаще, чем остальные люди. Это касается, как детей так и взрослых. Прежде всего в ряду этих проблем стоят задержка психического развития и нарушения поведения. Такие люди должны отдавать себе отчет, что они могут отличаться от окружающих, что они несколько другие.

К сожалению, иногда со стороны своего окружения эти люди видят отчуждение, насмешку, что усугубляет их состояние. Если в основе заболевания эпилепсией не лежит патология мозга, больные обладают нормальным интеллектом. Если же эпилепсия является последствием тяжелой патологии мозга (травма, атрофия и др.), то именно заболевание мозга, а не сама эпилепсия способствует снижению интеллекта больного. Доказано, что сами приступы при достаточном лечении не ведут к снижению интеллекта. Проблемы риска появления изменений психики у человека с эпилепсией являются еще одним аргументом к более раннему лечению приступов, чтобы по возможности уменьшить последующие социальные трудности.

Расстройство личности

Обычно больным эпилепсией приписывают определенные черты характера. Бытует мнение, что эти больные медлительны, малоподвижны, мелочны, недоверчивы и не гибки. Другие утверждают, что они очень легкомысленны, непостоянны, рассеянны и безответственны. Эти мнения возникли из отдельных наблюдений за больными эпилепсией и содержат недопустимые обобщения. Нет никаких доказательств, что описанные выше черты характера наблюдаются только у людей с эпилептическими приступами. Поэтому не существует никаких отличительных черт характера у таких людей. Однако, не следует при этом забывать, что длительное лечение противосудорожными препаратами (барбитураты, бензодиазепины) наверняка могло способствовать изменению характера на более медлительный с нарушениями концентрации внимания и памяти, появлению раздражительности и суетливости.

Возможно, что повторяющиеся приступы с падениями и травмами головы могут привести к органическим изменениям мозга и определенной заторможенности и медлительности. Отсюда следует, что лечение приступов должно начинаться как можно раньше, так как это дает шанс на их прекращение в раннем этапе заболевания. Кроме того терапия должна проводиться оптимальным количеством препаратов, лучше всего одним препаратом и в минимальных эффективных дозах.

Расстройства личности являются наиболее частым симптомом нарушений психики, обнаруживаемых у людей с эпилепсией, и появляются они чаще всего у людей с эпилептическим очагом в височной доле.

В общем случае эти нарушения включают:

возрастные расстройства влеченией;

изменения сексуального поведения;

особенность, которую обычно называют "вязкостью";

повышенные религиозность и эмоциональную чувствительность.

Расстройства личности во всей своей полноте редко бывают выраженными даже у тех людей, которые страдают сложными парциальными приступами, обусловленными поражением височной доли. Большинство же людей с эпилепсией не страдают расстройствами личности, но у некоторых из них отмечаются расстройства, сильно отличающиеся от описанных ниже изменений личности.

Возможно, что из указанных личностных особенностей наиболее трудно описать вязкость, ригидность. Эта особенность личности оказывается настолько типичной, что она больше всего заметна в разговоре, который обычно бывает замедленным, серьезным, нудным, педантичным, перенасыщенным деталями за счет несущественных подробностей и обстоятельств. Слушающий начинает скучать, боится, что говорящий никогда вообще не доберется до нужного вопроса, хочет уйти от этого разговора, но говорящий человек не дает ему возможности осторожно и успешно выпутаться. Отсюда и возник термин "вязкость". Эта же особенность обнаруживается у человека с эпилепсией при письме и рисовании, и гиперграфия рассматривается некоторыми как кардинальное проявление данного синдрома. Тенденция к многословию, обстоятельности и чрезмерности, очевидная в разговоре, отражается и в письме этих людей. Некоторые люди с эпилепсией могут улучшить стиль общения, если сочувствующий слушатель укажет на их недостаток. Однако, у многих отсутствует критика к своим нарушениям, или они не воспринимают их как нарушения. Религиозность людей с эпилепсией часто бывает удивительной и может проявляться не только во внешней религиозной активности, но также в необычайной поглощенности моральными и этическими проблемами, размышлениями над тем, что хорошо и что плохо, в повышенном интересе к глобальным и философским проблемам.

Изменение в сексуальном повидении

Изменения в сексуальном поведении могут быть выражены в виде гиперсексуальности, нарушения сексуальных отношений, например, фетишизма, трансвестизма и гипосексуальности. Довольно редкими при эпилепсии являются повышенная сексуальная потребность - гиперсексуальность и нарушения сексуальных отношений. Несколько чаще отмечаются случаи изменения сексуальной ориентации - гомосексуальность.

Гипосексуальность встречается значительно более часто и проявляется как в общем понижении интереса к сексуальным вопросам, так и в снижении половой активности. Люди, у которых сложные парциальные приступы начались до пубертатного периода, могут не достигнуть нормального уровня сексуальности. Гипосексуальность может приводить к сильным эмоциональным переживаниям и затруднениям в образовании семьи. Унилатеральная височная лобэктомия, иногда успешно купирующая приступы, может оказывать удивительно сильное положительное влияние на повышение либидо. Эта операция, однако, применяется редко. Кроме того, при наличии гипосексуальности следует учитывать, что одной из основных причин ее могут быть противосудорожные препараты (барбитураты, бензодиазепины и др.), принимаемые длительное время. Однако у людей с эпилепсией, как и у других людей, причину сексуальных нарушений следует искать прежде всего в конфликтных ситуациях с партнером.

Ограничение самостоятельности

Достигнет ли человек с эпилепсией самостоятельности или утратит ее, зависит не только от формы эпилепсии и ее лечения, а, главным образом, от его самоадаптации. При частых приступах близкие из страха перед травмами будут ограничивать подвижность этого человека и избегать дополнительных факторов риска, как, например, езда на велосипеде или плавание. Опасение основано на том, что без присмотра и опеки случится приступ, и ему некому будет помочь. Отсюда рождается, безусловно, из самых лучших побуждений, часто преувеличенное стремление к постоянному присутствию сопровождающего. Этим опасениям нужно противопоставить факт, что большинство людей с эпилепсией не подвергается травмам. Следовало бы также взвесить, действительно ли постоянная опека уменьшает риск ухудшения состояния человека с эпилепсией, или сама приносит больший вред. Сомнительно, что свидетель приступа может предотвратить несчастный случай. Часто не хватает сил, чтобы поймать или удержать человека в приступе. Важным является то, чтобы общество, по возможности, было максимально информировано о существовании людей с эпилептическими приступами. Это поможет людям стать более милосердными и умелыми в оказании первой помощи при приступах.

Обратной стороной постоянной опеки является слабеющее чувство ответственности человека за самого себя. Сознание постоянного присмотра, присутствия другого лица уменьшает у человека с эпилепсией чувство ответственности за свои поступки, самостоятельности в принятии решений и правильной их оценки. Собственный опыт, даже ошибочный, укрепляет чувство уверенности в себе.

Поэтому нужно прийти к компромиссу между страхом за состояние и определенной свободой. Невозможно найти правило на все случаи жизни. Поэтому в каждом конкретном случае следовало бы в разговоре с врачом определить ограничения, характерные для данного человека с эпилепсией.

Деменция (интеллектуальная недостаточность)

Эпилептическая деменция характеризуется сочетанием интеллектуальной недостаточности (снижение уровня обобщения, непонимание переносного и скрытого смысла и т. д.) со своеобразными изменениями личности в виде крайнего эгоцентризма, выраженной инертности, тугоподвижности психических процессов, аффективной вязкости, т. е. склонности к длительной фиксации на эмоционально окрашенных, особенно отрицательных переживаниях, сочетания злопамятности, мстительности и жестокости по отношению к сверстникам и младшим детям с преувеличенной угодливостью, льстивостью, подобострастием ко взрослым, особенно врачам, медицинскому персоналу, педагогам. Интеллектуальная недостаточность и низкая продуктивность в умственной работе значительно усиливаются брадифренией, трудностью включения в любую новую деятельность, переключения с одной деятельности на другую, чрезмерной обстоятельностью мышления с "застреванием" на мелочах, которые даже в случае неглубокого дефекта абстрактного мышления создают впечатление неспособности выделить главные, существенные признаки предметов и явлений, как правило, страдает механическая память, но события, затрагивающие личные интересы больного, запоминаются лучше. Дети с эпилептической деменцией часто отличаются угрюмым фоном настроения, склонностью к взрывам аффекта и агрессии при недовольстве чем-либо. У детей дошкольного и младшего школьного возраста в поведении на первый план нередко выступает двигательная расторможенность, сочетающаяся с "тяжеловесностью" и угловатостью отдельных движений. Сравнительно часто, в том числе и у детей дошкольного возраста, наблюдается грубое расторможение сексуального влечения, проявляющееся в упорной и не скрываемой мастурбации, стремлении прижиматься к чьему-либо обнаженному телу, обнимать, тискать детей. Возможно садистическое извращение сексуального влечения, при котором дети получают удовольствие, причиняя боль кусают, щиплют, царапают и т. п.) окружающим. При возникновении злокачественно текущего эпилептического процесса в раннем возрасте в структуре слабоумия, как правило, имеется выраженный олигофреноподобный компонент, а глубина самого слабоумия может соответствовать имбецильности и даже идиотии. Отграничение такого олигофреноподобного варианта эпилептической деменции от олигофренического слабоумия возможно только при анализе всей клинической картины (включая эпилептические пароксизмы) и течения заболевания. Более или менее типичная описанная выше эпилептическая деменция имеется при начале заболевания у детей старше 3-5 лет.

Психозы

Психотическое состояние встречается более часто в межприступном периоде, однако еще чаще в межприступном состоянии наблюдаются расстройства личности. Описаны психозы, которые напоминают шизофрению, причем имеются данные о том, что психозы более часто наблюдаются у лиц с эпилепсией височной доли, чем при эпилепсии без локального очага или же с очагом, расположенным вне височной доли. Эти хронические шизофреноподобные психозы могут проявляться остро, подостро или иметь постепенное начало. Они обычно возникают только у больных, страдающих в течение многих лет комплексными парциальными приступами, источником которых являются нарушения в височной доле. Таким образом, продолжительность эпилепсии становится важным причинным фактором, обуславливающим психоз. Появлению психоза часто предшествуют изменения личности. Наиболее частыми симптомами таких психозов являются параноидный бред и галлюцинации (особенно слуховые галлюцинации) при ясном сознании. Может иметь место эмоциональное уплощение, однако часто больные сохраняют эмоциональную теплоту и адекватные аффективные переживания. Несмотря на то, что типичной особенностью шизофренических психозов являются нарушения мышления, при органическом типе нарушений мышления преобладают такие нарушения, как недостаточность обобщений или обстоятельности. Характер связи таких психозов с приступами часто остается неясным, у некоторых больных обострение психоза наблюдается тогда, когда приступы успешно купируются, но такой извращенный характер связи между этими явлениями необязателен. Реакции на лечение антипсихотическими веществами непредсказуемы. У большинства больных эти психозы отличаются от классических шизофренических психозов по нескольким важным аспектам. Аффект выражен слабее, и личность страдает меньше, чем при хронической шизофрении. Некоторые данные указывают на огромную важность органических факторов в возникновении таких психозов. Они возникают, как правило, лишь у тех больных, которые страдают эпилепсией много лет, и встречаются значительно чаще при эпилепсии с доминантным очагом в височной доле, особенно, если эпилептический фокус включает глубокие височные структуры доминантного (обычно левого) полушария. С течением времени эти люди начинают значительно более походить на больных с органическим поражением мозга, чем на больных хронической шизофренией, т. е. когнитивные нарушения у них преобладают над нарушениями мышления. Аффективные психозы или расстройства настроения, такие, как депрессия или маниакально-депрессивное состояние, наблюдаются не так часто, как шизофреноподобные психозы. В отличие от них, однако, аффективные психозы протекают эпизодически и более часто встречаются, когда эпилептический очаг находится в височной доле недоминантного мозгового полушария. О важной роли расстройств настроения при эпилепсии можно судить на основании большого числа суицидальных попыток у лиц, страдающих эпилепсией.

Депрессия

Может встречаться у людей с эпилептическими приступами в связи с:

чрезмерным беспокойством по поводу их необычного состояния;

ипохондрией;

чрезмерной чувствительностью.

Необходимо проводить различия между простой (реактивной) депрессией и депрессией, как самостоятельным заболеванием: реактивная депрессия - это реакция на обстоятельства; депрессия как болезнь - это депрессия, связанная с индивидуальными особенностями, эндогенная депрессия.

Причины депрессии у людей с эпилептическими приступами:

постановка диагноза "эпилепсия";

социальные, семейные, эмоциональные проблемы связанные, с эпилепсией;

продромальные явления депрессивного характера перед приступом (аура в виде депрессии);

депрессия, сопровождающая приступ;

депрессия после приступа;

постоянная депрессия в течение длительного периода после приступа.

Агрессия

Агрессивное поведение обычно встречается с одинаковой частотой как у людей с эпилепсией, так и в популяции. Больные эпилепсией способны на насилие точно в такой же степени, как и другие. Иногда этим больным приписывают повышенную раздражительность. Хотя довольно часто можно встречать людей без эпилепсии, но достаточно задиристых. А для людей, с эпилепсией с их трудной жизненной ситуацией, со скудными общественными контактами, одиночеством, ограничениями, а также глубоко обиженных окружающими, с их предубеждением и невежеством объяснимо, что иногда они могут быть раздражительны и сердиты на весь мир.

Кроме того, у человека с эпилептическими приступами могут быть дополнительные причины стать агрессивным:

если принимать к нему насилие или удерживать его во время приступа; в результате негативного отношения к этому человеку со стороны общества;

в предприступном или послеприступном периоде;

в течение приступа амбулаторного автоматизма или в период ауры;

при нарушении работы мозга после тяжелых приступов, ведущих к изменениям личности, или к психическому заболеванию; когда он отрицательно относится к лечению.

1.6 Псевдоприступы

Эти состояния намеренно вызываются человеком и внешне похожи на приступы. Они могут появляться с целью привлечь к себе дополнительное внимание или избежать какой-либо деятельности. Часто бывает трудно отличить истинный эпилептический приступ от псевдоприступа.

Псевдоприступы встречаются:

более часто у женщин, чем у мужчин;

у людей, в семье которых есть родственники с психическими заболеваниями;

при некоторых формах истерии; в семьях, где имеются трудности во взаимоотношениях;

у женщин с проблемами в сексуальной области;

у людей с отягощенным неврологическим анамнезом.

Клинические проявления псевдоприступов:

поведение во время приступа простое и стереотипное;

движения асимметричны;

избыточное гримасничанье;

дрожание вместо судорог;

иногда может быть прерывистое дыхание;

эмоциональный взрыв, состояние паники;

иногда крик; жалобы на головную боль, тошноту, на боли в животе, покраснение лица.

Но в отличие от эпилептических приступов при псевдоприступах нет характерной послеприступной фазы, очень быстрый возврат к нормальному состоянию, человек часто улыбается, редко бывают повреждения тела, редко бывает раздражительность, редко бывает больше одного приступа в течение короткого промежутка времени. Электроэнцефалография (ЭЭГ) является главным методом обследования, позволяющим выявить псевдоприступы.

Глава 2.Статистика

В табл. 2 приводятся сведения о больных с эпилепсией, состоявших на учете в различных лечебных учреждениях г.Прокопьевска в 2012-2013г.г.Как показано в табл. 2, в 2012 г.больные с эпилепсией без психотических расстройств составляли 51,97% от общего числа больных с эпилепсией. На учете в поликлиникахПрокопьевска у неврологов состояли только 547больных (14,44%) из этого числа больных,3331 (85,56%) из них фактически пребывали в психиатрических учреждениях не по профилю, так как им не требовалась психиатрическая помощь. Больные с эпилепсией без психотических расстройств составляют значимую часть(66,41%) структуры больных с эпилепсией в психоневрологических диспансерах (см. табл. 2).В связи с этим актуальной для нашей страны является перевод больных с эпилепсией без психотических расстройств для амбулаторного лечения в муниципальные поликлиники под наблюдение неврологов. С 2000 г.в России стала осуществляться программа организации специализированных кабинетов неврологов эпилептологов в поликлиниках административных округов с численностью населения более 1 млн. В настоящее время организовано 10 подобных кабинетов, для работы в которых неврологи прошли специализиацию по неврологии на кафедре неврологии ФУВ РГМУ и РЭЦ. За прошедшие годы на кафедре и в центре прошли специализацию по эпилептологии 132 врача из 18 регионов страны. В 1996 г. МЗ РФ был создан первый Российский эпилептологический центр. В последние годы региональные эпилептологические центры созданы в 17 регионах страны. Созданы такие центры в городе Москва,Ленинград,Воронеж,Уфа,Красноярск и других городах России. К сожалению эпилептологические центры на территории Кемеровской области отсутствуют,но в г.Кемерово насчитывается около 22-х специалистов эпилептологов на базе ГБ №13,ГКБ №2,ГБ№1 им.Горбунова,ЦРБ Кемеровского района и на базе других лечебных учреждений.

.1Опрос пациентов больных эпилепсией

Работая над курсовой работой, я провела анкетирование жителей города Прокопьевска,которые страдают эпилепсией.Данное анкетирование проводилось на базе ГБУЗ КО«Прокопьевская психбольница».

Целью анкетирования было, выяснить влияния частоты приступов на жизненные аспекты пациентов с эпилепсией.

Я попросила ответить больных на следующие вопросы:

Как часто у Вас бывают эпилептические приступы?

А)Меньше 1 раза в месяц

Б)Больше одного раза в месяц

В)Отсутсвуют уже в течение года

Является ли для Вас эпилепсия проблемой в формировании планов на будущее?

А)Да

Б)Нет

Нарушает ли по Вашему мнению эпилепсия стандарты жизни?

А)Да

Б)Нет

Является ли для Вас эпилепсия проблемой в социальной жизни?

А)Да

Б)Нет

Оказывает ли Ваше заболевание влияние на оплачиваемую работу?

А)Да

Б)Нет

Оказывает ли влияние на Ваше общее здоровье эпилепсия?

А)Да

Б)Нет

Ухудшает ли эпилепсия Ваше самочуствие?

А)Да

Б)Нет

Вызывает ли эпилептический приступ проблемы с половым партнером?

А)Да

Б)Нет

Нарушает ли эпилепсия Ваши отношения с членами семьи?

А)Да

Б)Нет

Нарушает ли эпилепсия Ваши отношения с друзьями?

А)Да

Б)Нет

Оценка влияния частоты приступов на жизненные аспекты пациентов с эпилепсией



Заключение

В соответствии с поставленными целями,было рассмотрено общее описание эпилептического синдрома и эпилепсии как болезни с разных точек зрения - медицинской и психологической. Это позволило расширить и углубить житейское представление об этой болезни, ограничивающееся только знанием о наличии судорожных припадков, т.е. позволило вывести понимание эпилепсии за рамки просто соматического заболевания.С точек зрения нейропсихологии и патопсихологии были рассмотрены разные виды нарушений функций, больных эпилепсией, что зачастую помогает различать местонахождение эпилептического очага, а также понимать мотивировку поступков больных эпилепсией. В результате работы над данным курсовой работой были сделаны следующие выводы:

Эпилепсия - сложное и неоднозначное явление. Она может либо быть врожденной, либо приобретенной в результате травмы. Причем до сих пор неизвестны причины возникновения генуинной (собственно эпилептической болезни) эпилепсии. Однако эпилепсия заключается не только в припадках, но она меняет всю личность больного, наделяя его эпилептоидным характером.

По итогом анкетирования было выявлено что:

Больные эпилепсией отмечающие отсутствие эпилептологических приступов в течение года имеют проблемы с партнером в 19%случаев,проблемы в семье 16%,проблемы в отношениях с друзьями 15%,в социальной жизни 26%,влияние на возможность оплачиваемой работы 23%,влияние болезни на общие здоровье 22%,на самочувствие 29%,проблемой в формировании планов на будущее имеют 33%,23% считаю что эпилепсия нарушает стандарты жизни.

Больные эпилепсией отмечающие мение 1 эпилептологического приступа в месяц имеют проблемы с партнером в 28%случаев,проблемы в семье 23%,проблемы в отношениях с друзьями 25%,в социальной жизни 39%,влияние на возможность оплачиваемой работы 33%,влияние болезни на общие здоровье 31%,на самочувствие 39%,проблемой в формировании планов на будущее имеют 44%,34% считаю что эпилепсия нарушает стандарты жизни.

Больные отмечающие более 1-го приступа в месяц имеют проблемы с партнером в 38%случаев,проблемы в семье 37%,проблемы в отношениях с друзьями 40%,в социальной жизни 57%,влияние на возможность оплачиваемой работы 54%,влияние болезни на общие здоровье 47%,на самочувствие 51%,проблемой в формировании планов на будущее имеют 63%,55% считают что эпилепсия нарушает стандарты жизни.

Список используемой литературы

1.Аскоченская ,Т.Ю. Нарушение психических процессов в начальной стадии эпилепсии [Текст]/Т.Ю. Аскоченская. -3-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа ,1990. - 21 с.

.Бадалян Л.О. Невропатология[Текст]/ Л.О. Бадалян. -2-е изд., перераб.- М.: Просвещение, 1987. - 317 с.

.Дзюба,С.В. Состояние когнитивных функций при эпилепсии [Текст]/С.В. Дзюба.-1-е изд. - М.:Феникс,1998. - 25 с.

.Жмуров,В.А. Общая психопатология[Текст]/ В.А. Жмуров .-1-е изд.- И.: Изд-во Иркутского университета, 1986 - 280 с.

.Зейгарник,Б.В. Патопсихология[Текст]/ Б.В. Зейгарник .- 2-е изд., стеретип. - М.: МГУ, 1986. - 287с.

.Лурия,А.Р. Нейропсихология памяти (нарушение памяти при глубинных поражениях мозга) [Текст]/ А.Р. Лурия.-2-е изд- М.: Педагогика, 1974. - 192 с

7.Лурия,А.Р. Основы нейропсихологии[Текст]/ А.Р. Лурия.-5-е изд.- М.: Академия, 2003. - 384 с.

.Микадзе,Ю.В. Нейропсихология [Текст]/ Ю.В. Микадзе.-3-е изд.-С-П.: Питер, 2008. - 288 с.

. Мисюк,Н.С. Справочник невропатолога поликлиники [Текст] / Н.С. Мисюк.-8-е изд.- М.: Беларусь, 1988. - 288 с.

. Медицинские книги и методические пособия [Электронный ресурс]- http://allmedbook.ru-AllMedBook.ru -медицинские книги скачать бесплатно(дата обращения:20.11.2014).

Приложение

Заболеваемость(на 100000 человек)



Рис. 1. Заболеваемость эпилепсией в России в 2010-2013 годах.

Заболеваемость (на 100000 человек)



Рис. 2. Заболеваемость эпилепсией в различных регионах России в 2013 г.

Заболеваемость (на 100000 человек)



Рис. 3. Заболеваемость эпилепсией (по данным психиатрических лечебных учреждений) в Северо-Кавказском регионе в 2010-2013 годах.



Рис. 4. Заболеваемость эпилепсией в России в зависимости от пола (2013 г.).



Рис. 5. Заболеваемость эпилепсией в России в различных возрастных группах (2013 г.).

Таблица 1. Этапы оказания медицинской помощи при эпилепсии взрослого возраста в России

Таблица 2. Больные с эпилепсией, состоящие на учете в лечебных учреждениях г.Прокопьевска(2013 г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лечебное учреждение | Эпилепсия с психозом и слабоумием | Эпилепсия без психологических растройств | Всего |
|  | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Психоневрологический диспансер | 1307 | 33,59 | 2024 | 51,97 | 3331 | 85,56 |
| Поликлиника | - | - | 547 | 14,44 | 547 | 14,44 |
| Всего | 1307 | 33,59 | 2571 | 66,41 | 3878 | 100,0 |

Таблица 3.Структура пролеченных больных эпилепсией в Российском эпилептологическом центре г.Москвы в 2012-2013 годах



Таблица 4. Противоэпилептические препараты, применяющиеся в России





Рис. 6. Частота применения (%)различных ПЭП в Российском

эпилептологическом центре.



Рис. 7. ПЭП, применяемые в Великобритании. PHT - фенитоин, CBZ -карбамазепин, VPA - вальпроаты,PB - фенобарбитал, PRM - примидон, VGB - вигабатрин, LTG - ламотриджин, ESM - этосуксимид.

Анкетирование

Как часто у Вас бывают эпилептические приступы?

А)Меньше 1 раза в месяц

Б)Больше одного раза в месяц

В)Отсутсвуют уже в течение года

Является ли для Вас эпилепсия проблемой в формировании планов на будущее?

А)Да

Б)Нет

Нарушает ли по Вашему мнению эпилепсия стандарты жизни?

А)Да

Б)Нет

Является ли для Вас эпилепсия проблемой в социальной жизни?

А)Да

Б)Нет

Оказывает ли Ваше заболевание влияние на оплачиваемую работу?

А)Да

Б)Нет

Оказывает ли влияние на Ваше общее здоровье эпилепсия?

А)Да

Б)Нет

Ухудшает ли эпилепсия Ваше самочуствие?

А)Да

Б)Нет

Вызывает ли эпилептический приступ проблемы с половым партнером?

А)Да

Б)Нет

Нарушает ли эпилепсия Ваши отношения с членами семьи?

А)Да

Б)Нет

Нарушает ли эпилепсия Ваши отношения с друзьями?

А)Да

Б)Нет