***Оглавление***

Введение

1. Психические расстройства

1.1 Симптомы психических заболеваний

1.2 Виды психических болезней. Шизофрения

1.3 Маниакально-депрессивный психоз

2. Эпилепсия

2.1 Эпилепсия у разных возрастных групп

2.2 Происхождение, этиология и патогенез

2.3 Клиника

2.4 Лечение

2.5 Виды и приемы оказания первой помощи при развитии эпилептического припадка

Заключение

Список литературы

***Введение***

Актуальность данной темы заключается в том, что психические заболевания гораздо более распространены, чем это принято считать. А все дело в том, что многие психически больные люди не считают себя таковыми, а если даже догадываются о каком-то неблагополучии, то панически боятся показываться психиатру. Все это, безусловно, связано с устаревшими традициями: психиатрия долго являлась одним из методов устрашения и обуздания, как больных, так и инакомыслящих. Многие века представления людей о расстройствах психической деятельности формировались на основе мистических и религиозных источников. Естественнонаучное понимание психических болезней как болезней мозга было высказано первоначально древнегреческими философами и врачами, но оно долго сосуществовало с суеверными представлениями. Так, в Древнем Риме считали, что сумасшествие насылается богами, и в некоторых случаях его рассматривали как знак избранности (например, эпилепсию называли священной болезнью). В средние века в Европе психозы считались порождением дьявола. Лечение душевнобольных "изгнанием беса" проводилось священнослужителями. Некоторых душевнобольных сжигали, считая их ведьмами и колдунами. Первые дома призрения душевнобольных создавались при монастырях, а больные содержались в смирительных рубашках и цепях "для обуздания дьявола". На Руси душевнобольных называли как "одержимыми" (дьяволом), так и "блаженными" (от слова "благо"); среди юродивых было много психических больных. Призрение душевнобольных также осуществлялось в монастырях, а лечение - "изгнание беса" - в церкви.

В современном мире наука, или область клинической медицины, изучающая причины возникновения, признаки и течение психических болезней, а также разрабатывающая способы их предупреждения, лечения и восстановления психических способностей заболевшего человека, носит название психиатрии.

Психиатрия как медицинская дисциплина возникла в конце 18 века. В это время врачи начали выступать против жестокости по отношению к беспокойным больным, стали применять лекарства, изучать естественные причины болезни, а из разнообразных проявлений психических расстройств выделять группы симптомов, относящихся к тому или иному заболеванию. За последнее столетие психиатрии достигла значительных успехов. Поддаются лечению многие формы психических болезней, в том числе считавшиеся ранее неизлечимыми. Разработаны методы восстановления социального статуса (семья, профессия) лиц, перенесших тяжелые психозы, которые раньше приводили к стойкой инвалидности. Изменился облик психиатрических больниц - они не имеют ничего общего с "сумасшедшими домами", многократно описанными в художественной литературе. Однако, несмотря на прогресс психиатрии, при некоторых психических болезнях она пока способна лишь уменьшить интенсивность болезненных расстройств, замедлить их развитие, но не излечить болезнь. Объясняется это тем, что природа психических процессов в норме и при патологии еще полностью не раскрыта.

В данной работе будут детально рассмотрены три вида психических заболеваний, а именно: эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Выбор именно данных заболеваний зависел от тех характерных признаков, свойственных психически больным. Представляется интересным рассмотреть каждую болезнь в отдельности, а также все три в сравнении, делая вывод о полной противоположности всех трех заболеваний. Также будут приведены основные симптомы психических болезней, возможные пути лечения, а так же виды и приемы оказания первой помощи при эпилептическом припадке. В заключении будут подведены основные итоги.

эпилепсия психическое расстройство припадок

# ***1. Психические расстройства***

Проблема психических расстройств - одна из важнейших проблем в современном мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) число людей, страдающих психическими расстройствами, составляет в среднем 200-300 миллионов, и оно постоянно растёт. Таким образом, перед психологами встаёт проблема исследования ненормального поведения и отличия его от нормы. В России данный вопрос приобрёл популярность несколько лет назад, что связано со сменой политического и общественного строя. Психические заболевания (душевные болезни, психозы) - это болезни, характерные только для человека. Проявляются они разнообразными расстройствами психической деятельности, как продуктивными, то есть возникающими сверх обычной психической деятельности, так и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также общими изменениями личности. Психические болезни, или расстройства психической деятельности человека, какой бы природы они не были, всегда обусловлены нарушениями работы головного мозга. Но не всякое нарушение приводит к психическим заболеваниям. Известно, например, что при некоторых нервных заболеваниях, несмотря на то, что повреждающий процесс локализуется в головном мозге, психических расстройств может и не быть.

Популярная медицинская энциклопедия под редакцией Б.В. Петровского указывает, что причины психических заболеваний разнообразны. Среди них существенную роль играют наследственные факторы, в частности в происхождении олигофрении, психопатии, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и шизофрении. Однако возникновение и развитие психоза в ряде случаев обусловлены сочетанием наследственного предрасположения с неблагоприятными внешними факторами (инфекциями, травмами, интоксикациями, травмирующими психику ситуациями).

Причиной психических заболеваний также служат интоксикации, травмы головы, болезни внутренних органов, инфекции. С интоксикациями, например, связаны хронический алкоголизм, наркомании; среди инфекционных заболеваний, вызывающих психозы, - энцефалиты, сифилис мозга, бруцеллез, токсоплазмоз, сыпной тиф, некоторые формы гриппа.

В происхождении неврозов и реактивных психозов основную роль играют психические травмы, которые иногда только провоцируют наследственную предрасположенность к болезни.

В происхождении психических заболеваний определенную роль играет комбинация причинных факторов с индивидуальными особенностями человека. Например, не у всех лиц, страдающих сифилисом, развивается сифилитический психоз, и только у небольшого числа больных атеросклерозом сосудов головного мозга возникает слабоумие или галлюцинаторно-бредовый психоз. Развитию психического заболевания в этих случаях могут способствовать предшествующие основной болезни травмы мозга, бытовые интоксикации (от алкоголя), некоторые болезни внутренних органов, наследственная отягощенность психическим заболеванием.

Пол и возраст также имеют определенное значение в развитии психических болезней. Так, например, психические расстройства у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. При этом у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин - маниакально-депрессивный психоз и инволюционные (предстарческие) психозы, депрессии.

Как многообразно действие причинных факторов, так многообразны формы и типы психических заболеваний. Одни из них возникают остро и носят переходящий характер (острые интоксикационные, инфекционные и травматические психозы). Другие же развиваются исподволь и протекают хронически с нарастанием и углублением тяжести нарушения (некоторые формы шизофрении, старческие и сосудистые психозы). Третьи, обнаруживаясь в раннем детстве, не прогрессируют, вызванная ими патология устойчива и в течение жизни больного существенно не изменяется (олигофрения). Ряд психических заболеваний протекает в форме приступов или фаз, оканчивающихся полным выздоровлением (маниакально-депрессивный психоз, некоторые формы шизофрении).

Еще одна группа заболеваний, которые не являются истинно психическим заболеваниям. К ним относят неврозы (хронические расстройства нервной системы, возникшие под воздействием стрессов) и акцентуации (то есть обострение или выпячивание определенных черт) характера. Отличия между психопатиями и акцентуациями характера заключаются в том, что последние имеют менее выраженный характер, позволяющий адаптироваться в обществе, со временем акцентуированные черты характера могут сгладиться. Акцентуации характера чаще всего развиваются в период становления характера ("острые" черты характера у подростков никого не удивляют).

Таким образом, существующее предубеждение о роковом исходе психических заболеваний не имеет достаточных оснований. Эти заболевания не однородны по диагнозу и прогнозу; одни из них протекают благоприятно и не приводят к инвалидности, другие - менее благоприятно, но все же при своевременно начатом лечении дают значительный процент полного или частичного выздоровления. Следуют предостеречь против представления о психических заболеваниях как о явлениях позорных, которых надо стесняться. Именно с этими заблуждениями связаны несчастные случаи с психически больными, а также проявление запущенных форм психозов, с трудом поддающихся лечению.

# ***1.1 Симптомы психических заболеваний***

Наиболее частыми симптомами психических болезней являются галлюцинации, бред, навязчивые состояния, аффективные расстройства, расстройства сознания, расстройства памяти, слабоумие.

***Галлюцинации.*** Одна из форм нарушения восприятия окружающего мира. В этих случаях восприятия возникают без реального раздражителя, реального объекта, обладают чувственной яркостью и неотличимы от существующих в реальности предметов. Встречаются зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и осязательные галлюцинации. Больные в это время действительно видят, слышат, обоняют, а не воображают, не представляют.

***Иллюзии.*** Это искаженные восприятия реально существующих предметов. Подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и вкусовые. Примерами зрительных иллюзий могут служить следующие явления: висящий в комнате халат принимается за человека, куст в лесу - за кого-то зверя. К слуховым иллюзиям относится, например, такое явление, когда шум падающих капель воспринимается как отдельные слова или фразы. Главным образом возникают у больных инфекционными болезнями, при отравлениях, а также у физически ослабленных людей.

***Бред.*** Это ложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующего повода. Оно не поддается разубеждению, несмотря на то, что все противоречит действительности и всему предшествующему опыту больного. Бред противостоит любому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. По содержанию бред различают: бред величия (богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства, гениальности, влюбленности), бред преследования (отравления, обвинения).

***Навязчивые состояния.*** Непроизвольно и непреодолимо возникающие мысли, представления, страхи, воспоминания, сомнения, влечения, движения, болезненный характер которых осознается, критически оценивается, с некоторыми субъект постоянно борется. Характерно для больных шизофренией.

***Аффективные расстройства.*** Это расстройства, связанные с нарушением настроения. Их разделяют на маниакальные и депрессивные состояния. (См. раздел Маниакально-депрессивный психоз).

***Расстройства сознания***. Это преходящие кратковременные (часы, дни) нарушения психической деятельности, для которых характерны частичная или полная отрешенность от окружающего, различные степени дезориентировки в месте, времени, окружающих лицах, нарушения мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений, полное или частичное запамятованные событий, происходящих в период расстроенного сознания.

***Расстройства памяти.*** Это выражается в снижении способности запоминать, сохранять и воспроизводить факты и события. Полное отсутствие памяти называется амнезией.

***Расстройства мышления.*** Различают некоторые виды: ускорение (мышление настолько ускорено, что больные не успевают выразить мысли словами, маниакально-депрессивный психоз), замедление (в сознании надолго задерживается какое-либо представление, маниакально-депрессивный психоз), вязкость (подробное описание ненужных деталей, задержка в переходе к главному, эпилепсия), резонерство (ненужные рассуждения, пустое мудрствование, шизофрения), разорванность (отдельные слова или части фраз).

# ***1.2 Виды психических болезней. Шизофрения***

***Шизофрения*** - часто встречающееся в психиатрической практике психическое заболевание с нарастающим эмоциональным оскудением и расстройством мышления при формально сохраненной памяти.1 название заболевания "шизофрения" в переводе с греческого означает "расщепление" психики.

В разных странах число больных шизофренией колеблется от 0,15 до 1-2%. Сложность выделения шизофрении объясняется разнообразием клинической картины заболевания. Причина шизофрении до настоящего времени не известна. Получены убедительные данные о значении наследственного предрасположения. Имеет значение слабость нервных клеток, которая развивается вследствие отравления продуктами нарушенного обмена веществ (главным образом белкового обмена).

***Клиническая картина****.* В зависимости от формы шизофрении наблюдаются различные проявления расстройства психики - бред, галлюцинации, возбуждение, обездвиженность и другие стойкие изменения, прогрессирующие по мере развития болезни.

Первые симптомы не вполне специфичны: сходные расстройства могут быть и при других психических болезнях. Однако в последующем наступают стойкие изменения психики или, как их иначе называют, изменения личности. Они-то и характерны для шизофрении. Тем не менее степень их выраженности зависит от формы, этапа (раннего или позднего) течения болезни, темпа ее развития и от того, течет ли болезнь непрерывно или с улучшениями (ремиссиями).

На самых ранних этапах болезни, как правило, еще до возникновения выраженных проявлений психоза, эти стойкие и все нарастающие изменения психики выражаются в том, что больные становятся малоразговорчивыми, необщительными, замыкаются в себе; они теряют интерес к своей работе, учебе, к жизни и делам своих близких, друзей. Больные нередко удивляют окружающих тем, что ими овладевает интерес к таким областям знаний и к таким занятиям, к которым они ранее не испытывали никакого влечения (философия, математика, религия, конструирование). Они становятся равнодушными к многому из того, что раньше их волновало (семейные и служебные дела, болезнь близких), и, напротив, повышено чувствительными к пустякам. Одни больные при этом перестают уделять внимание своему туалету, становятся неопрятными, вялыми, опускаются; другие напряжены, суетливы, куда-то уходят, что-то делают, о чем-то сосредоточено думают, не делясь с близкими тем, что их в это время занимает. Нередко на задаваемые им вопросы отвечают длинными путанными рассуждениями, бесплотным мудрствованием, лишенным конкретности. Подобные изменения у одних больных наступают быстро, у других исподволь, незаметно. У одних эти изменения, нарастая, составляют основное в картине болезни, у других скорее возникают другие симптомы, то есть развиваются различные формы заболевания.

Учитывая разнообразие проявлений болезни, диагноз шизофрения может поставить только врач-психиатр. Своевременная постановка диагноза необходима для правильного и успешного лечения и создания больному щадящих условий труда и быта.

***Лечение.*** Несмотря на то, что причина болезни неизвестна, она поддается лечению. Современная психиатрия располагает широким выбором лечебных методов (медикаментозных, психотерапевтических, трудотерапевтических), позволяющих воздействовать на шизофрению. Сочетание этих методов с системой мер по восстановлению трудоспособности и способности к активной жизни в коллективе дает возможность добиться длительного отсутствия проявлений болезни. Больные шизофренией вне обострений сохраняют трудоспособность, могут жить в семье, находясь под регулярным наблюдением психиатра. О состоянии больного, о возможности амбулаторного лечения или о необходимости госпитализации, о сроках пребывания в больнице может следить только врач. Оценка состояния больного как им самим, так и его родственниками часто ошибочна.

***Особенности личности больных.*** Для больных шизофренией характерна утрата единства психической деятельности: стремления, действия, чувства утрачивают связь с реальной действительностью, возникает неадекватность чувств, сменяющаяся снижением эмоциональности, холодностью, тупостью. Появляется отгороженность, отрыв от реальности, погружение в мир собственных переживаний. Постепенно больные становятся малоактивными, бездеятельными, вялыми, безынициативными, иногда проявляют активность и инициативу, направляемую болезненными переживаниями. Нарастает неряшливость, чудаковатость, эгоизм, жестокость. Возникает эмоциональное оскудение с безразличием к родным, собственной судьбе, исчезают прежние интересы и привязанности. Больные вынуждены прерывать учебу, становятся безынициативными на работе, у них часто снижается трудоспособность, усиливается апатия. На отдаленных этапах болезни появляются бредовые расстройства в виде бреда изобретательства, реформаторства, ревности, иногда в сочетании с элементами идей преследования; возникает также абсурдный бред величия фантастического содержания.

# ***1.3 Маниакально-депрессивный психоз***

**Маниакально-депрессивный психоз** - периодически возникающий психоз, проявляющийся приступами (стадиями) мании или депрессии.1 Этиология заболевания недостаточно выяснена. Придается значение наследственной отягощенности данным заболеванием, а к предрасполагающим моментам относятся психические травмы и соматические заболевания. Заболевание обычно возникает в зрелом возрасте, чаще болеют женщины.

***Клиническая картина***. Одна из особенностей этого заболевания - это повторяемость маниакальных и депрессивных приступов. Эти приступы могут протекать и повторяться в различных вариантах: маниакальные могут сменяться депрессивными без светлого промежутка или между маниакальным и депрессивным приступами бывает светлый промежуток, продолжающийся от нескольких дней до нескольких лет. Продолжительность приступов самая разная. Они могут продолжаться от 2 до 10 месяцев. Чаще заболевание начинается с депрессивного приступа. Иногда в клинической картине преобладают только маниакальные или только депрессивные приступы.

Вторая особенность заключается в том, что светлый промежуток между фазами характеризуется восстановлением психического здоровья. Больные обычно ведут себя так же, как и до заболевания.

Третья особенность состоит в том, что как бы тяжело ни протекали приступы, как бы часто они не повторялись, деградации личности никогда не развивается.

**Маниакальная фаза**. У больных отмечается веселое настроение, повышенное стремление к деятельности. Они за все берутся, вмешиваются во все дела, составляют смелые проекты, стремятся их осуществить, добиваются приема у "ответственных лиц". Нередко больные переоценивают свои возможности: например, не имея никакого отношения к медицине, предлагают свои методы лечения. Иногда эта переоценка принимает характер бредовых высказываний.

Для больных в маниакальной фазе характерна повышенная сексуальность. Находясь вне больницы, они часто вступают в случайные связи. Также в маниакальной фазе больные много говорят, но их не всегда можно понять. Вследствие ускоренного течения представлений речь иногда становиться настолько быстрой, что внешне может производить впечатление разорванности: больные пропускают отдельные слова и фразы. Сами они говорят, что у них язык не успевает высказывать все мысли. В связи с этим больные много говорят, голос у них становиться хриплым. Назойливость таких больных раздражает окружающих.

Часто наблюдается повышенная отвлекаемость внимания. Ни одного дела больные не доводят до конца; спят очень мало, иногда 2-3 часа в сутки, и совершенно не чувствуют усталости. Настроение у них обычно веселое, но иногда они бывают гневливые, легко вступают в конфликт.

**Депрессивная фаза**. Больные в депрессивном состоянии все воспринимают в мрачных тонах, постоянно испытывают чувство тоски. Говорят они обычно медленно, тихим голосом, большую часть времени сидят, опустив голову, движения резко замедлены.

У больных меняется отношение к близким и родным. Возможны бредовые высказывания, чаще всего это бред самообвинения. Больные утверждают, что все их поступки были лишь обманом, который всем приносил непоправимый вред. Иногда больные приходят к заключению, что им не стоит жить, покушаются на самоубийство, отказываются от пищи.

В последние десятилетия клиническая картина маниакально-депрессивного психоза потерпела определенные изменения, в частности преобладающими стали депрессивные состояния, а маниакальные - относительно редкими. Наряду с типичными депрессивными состояниями часто встречаются так называемые маскированные депрессии. Для них характерны не столько тоскливое, сколько угнетенное, унылое настроение, появление множества соматических жалоб (неопределенные боли в сердца, желудочно-кишечного тракта), бессонница, сон без ощущения отдыха.

***Лечение.*** При обнаружении признаков заболевания необходима срочная госпитализация, где лечение проводится с применением лекарственных препаратов, назначенных специалистом.

# ***2. Эпилепсия***

***Эпилепсия -*** хроническая болезнь, характеризующаяся судорожными припадками, определёнными изменениями личности, иногда прогрессирующими до слабоумия. Эпилепсия как болезнь была известна еще в Древнем Египте, а также в античном мире. Гиппократ в трактате "О священной болезни" привел яркое описание эпилептического припадка и его предвестников (ауры), а также отметил наследование этого заболевания. Он предполагал связь эпилепсии с поражением мозга и возражал против распространенного в то время мнения о роли таинственных сил в происхождении болезни.

В средние века отношение к эпилепсии было двойственным - с одной стороны, эпилепсия вызывала страх, как заболевание, не поддающееся лечению, с другой стороны - она нередко ассоциировалась с одержимостью, трансами, наблюдавшимися у святых и пророков. Тот факт, что многие великие люди (Сократ, Платон, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка и др.) страдали эпилепсией, послужил предпосылкой для распространения теории, что эпилептики - люди большого ума. Однако впоследствии в ХVIII веке эпилепсия нередко стала отождествляться с сумасшествием и больные эпилепсией госпитализировались в психиатрические больницы.

Лишь в 1849, а затем в 1867 году в Англии и Германии были организованы первые специализированные клиники для больных эпилепсией.

В более позднее время в нашей стране изучению эпилепсии уделяли большое внимание отечественные психиатры С.С. Корсаков (1893), П.И. Ковалевский (1898, 1902), А.А. Муратов (1900) и др., а в последние десятилетия эпилепсию ученые изучают очень широко и многопланово с привлечением современных эпидемиологических, генетических, нейрофизиологических, биохимических методов исследования, а также методов современной психологии и клинической психиатрии.

# ***2.1 Эпилепсия у разных возрастных групп***

На сегодняшний день эпилепсия считается одним из наиболее распространенных заболеваний в неврологии. Заболеваемость эпилепсии составляет 50-70 случаев на сто тысяч человек, распространенность - 5-10 заболеваний на тысячу человек (0,5 - 1%). Не менее одного припадка в течение жизни переносят 5% населения, у 20-30% больных заболевание является пожизненным.

У 70% пациентов эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте и по праву считается одним из основных заболеваний педиатрической психоневрологии. Наивысшие показатели заболеваемости отмечаются в первый год жизни, минимальные - между 30-40 годами и затем в позднем возрасте они вновь возрастают. Распространенность эпилепсии среди взрослых составляет 0,1-0,5 %.

У 75 % пациентов первый приступ эпилепсии развивается до 18 лет, в 12-20 % случаев судорожные явления носят семейный характер. Очевидно, это связано с особенностями строения и функции головного мозга детей и подростков, с напряженностью и несовершенством регуляции метаболизма, лабильностью и тенденцией к иррадиации возбуждения, с повышенной проницаемостью сосудов, гидрофильностью мозга и пр.

Существенных различий в частоте эпилепсии у мужчин и женщин нет.

# ***2.2 Происхождение, этиология и патогенез***

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (далее ВОЗ) эпилепсия - это хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, сопровождающимися различными клиническими и параклиническими проявлениями.

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 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.

Такие состояния наступают в результате провоцирующих причин, например при высокой температуре, 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, a 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.

В большинстве случаев эпилепсию рассматривают как полиэтиологичное заболевание. У больных значительно чаще, чем в среднем в популяции, в анамнезе можно обнаружить рождение в условиях патологически протекавших беременностей и родов у матери, тяжелые инфекционные заболевания, травмы головы и другие экзогенные трудности. В. Пенфилд и Т. Эриксон (1949) считали черепно-мозговую травму основной причиной эпилепсии, А.И. Болдырев (1984) находил большое количество случаев заболевания, вызванных инфекционными болезнями. Вместе с тем установить непосредственную связь с каким-либо экзогенным фактором не всегда представляется возможным, поскольку начало заболевания может быть отставлено от первичного поражения мозга на несколько месяцев и даже лет. Кроме того, в большом проценте случаев даже тяжелые травмы мозга протекают без последующего развития эпилептической симптоматики, что не позволяет связать тяжесть органического повреждения мозга и вероятность возникновения эпилепсии. Важно отметить, что даже при самом тщательном сборе анамнеза не менее чем в 15 % случаев таковых установить не удается.

Достаточно противоречивые точки зрения существуют и относительно наследственной передачи эпилепсии. Известно, что среди ближайших родственников больных эпилепсией заболеваемость выше, чем в популяции (около 4 %). Однако семейные случаи заболевания редки. Примером семейного наследования может быть синдром доброкачественных неонатальных судорог. Фактически можно говорить только о передаче наследственной предрасположенности к заболеванию. В среднем вероятность рождения ребенка, страдающего эпилепсией, у здоровых родителей составляет только 0,5 %.

Во многом неясным остается и патогенез заболевания. Связь судорог с локальным органическим рубцовым процессом в мозге ("эпилептогенным очагом") можно установить лишь при парциальных припадках. При генерализованной судорожной активности очагов в мозге обнаружить не удается.

Возникновение судорог нередко связывают с изменениями в общих обменных процессах в организме и мозге. Так, факторами, провоцирующими припадки, считают накопление ацетилхолина в мозге, увеличение концентрации ионов натрия в нейронах, нарастающий алкалоз. Эффективность при эпилепсии средств, увеличивающих активность ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты) - рецепторов, указывает на роль дефицита ГАМК в возникновении судорог.

В последние годы находят тесную взаимосвязь между обменом ГАМК, глютаминовой кислоты и миграцией ионов натрия в нейроне, что позволяет считать нарушения в этой системе одной из причин припадков.

В качестве одного из механизмов действия противоэпилептических средств называют их способность вызывать дефицит фолиевой кислоты, однако введение в организм фолиевой кислоты извне обычно не приводит к учащению пароксизмов.

# ***2.3 Клиника***

Клиническая картина эпилептической болезни полиморфна. Она складывается из продромальных расстройств, различных судорожных и без судорожных пароксизмов, изменений личности и психозов (острых и хронических).

При эпилептической болезни различают продромальный период болезни и продром пароксизмального состояния.

Продромальный период болезни включает различные расстройства, которые предшествуют первому пароксизмальному состоянию, т.е. манифестации болезни в наиболее типичном проявлении.

Обычно за несколько лет до первого пароксизмального приступа наблюдаются эпизодические приступы головокружения, головных болей, тошноты, дисфорические состояния, нарушения сна, астенические расстройства. У отдельных больных отмечаются редкие абсансы, а также выраженная готовность к судорожным реакциям на воздействие различных экзогенных вредностей. В некоторых случаях выявляется и более специфическая для эпилепсии симптоматика - преобладание полиморфных изменчивых бессудорожных пароксизмальных состояний, имеющих ряд особенностей. Чаще всего это кратковременные миоклонические подергивания отдельных мышц или групп мышц, малозаметные для окружающих, нередко без изменений сознания и приуроченные к определенному времени суток. Эти состояния нередко сочетаются с кратковременными ощущениями тяжести в голове, головными болями определенной локализации, парестезиями, а также вегетативными и идеаторными бессудорожными пароксизмами. Вегетативные пароксизмы проявляются внезапными затруднениями дыхания, изменением ритма дыхания, приступами сердцебиения и т.д. Идеаторные пароксизмы чаще всего имеют характер насильственных мыслей, ускорения или замедления мышления. По мере развития болезни, описанные в продромальном периоде проявления, становятся все более выраженными и частыми.

Продромы пароксизмов непосредственно предшествуют развитию эпилептического припадка. По мнению большинства исследователей, они встречаются в 10 % случаев (у остальных больных припадки развиваются без явных предвестников). Клиническая картина продрома приступов неспецифична, с широким диапазоном симптомов. У одних больных продолжительность продрома составляет несколько минут или несколько часов, у других она равна суткам и более. Обычно продром включает в себя астенические расстройства с явлениями раздражительной слабости и упорную головную боль, разную по характеру, интенсивности и локализации.

Пароксизму могут предшествовать приступообразные аффективные расстройства: периоды легкой или более выраженной депрессии с оттенком неудовольствия, раздражительности; гипоманиакальные состояния или отчетливо выраженные мании. Нередко в продроме больные испытывают тоску, ощущение надвигающейся и неотвратимой беды, не находят себе места. Иногда эти состояния выражены менее отчетливо и исчерпываются чувством дискомфорта: больные жалуются на легкое беспокойство, тяжесть на сердце, ощущение, что с ними должно произойти что-то неприятное. Продром пароксизмов может включать в себя сенестопатические или ипохондрические расстройства. Сенестопатические явления выражаются в неопределенных и разнообразных ощущениях в голове, различных частях тела и внутренних органах. Ипохондрические расстройства характеризуются излишней мнительностью больных, повышенным вниманием к неприятным ощущениям в теле, своему самочувствию и отправлениям организма. Больные, склонные к самонаблюдению, по продромальным явлениям определяют приближение пароксизма. Многие из них принимают меры предосторожности: остаются в постели, дома, стараются быть в кругу своих близких, чтобы припадок прошел в более или менее благоприятных условиях.

# ***2.4 Лечение***

Этиологически обоснованного лечения эпилепсии нет, базисными терапевтическими средствами являются противосудорожные препараты.

В лечении эпилепсии выделяют 3 основных этапа:

· выбор и применение наиболее эффективного и хорошо переносимого вида терапии;

· становление терапевтической ремиссии, ее закрепление и предупреждение любых обострений заболевания;

· проверка стойкости ремиссии снижением дозы лекарств до минимума или полной отменой противоэпилептических средств.

Полагают, что хирургическое вмешательство в первую очередь показано при симптоматической эпилепсии, вызванной локальными нарушениями, например опухолью. Хирургическое лечение так называемой височной эпилепсии в настоящее время распространено достаточно широко, особенно при неэффективности лекарственной терапии. Положительный эффект операция дает при условии обнаружения четкого очага, преимущественно в переднем отделе не доминирующей передней доли. Операция состоит в иссечении передней и средней части пораженной височной доли, миндалевидного ядра, гиппокампа и производится только на одной стороне. В резистентных к терапии случаях эпилепсии иногда применяют стимуляцию мозжечка через электроды, вживленные в передние отделы его полушарий.

# ***2.5 Виды и приемы оказания первой помощи при развитии эпилептического припадка***

Эпилептические припадки бывают *малые* и *большие.*

Малым эпилептическим припадком называют кратковременное нарушение в работе головного мозга, которое приводит к временной потере сознания.

*Признаки и симптомы малого припадка:*

· Временная потеря сознания;

· Дыхательные пути остаются открытыми;

· Дыхание нормальное;

· Пульс в норме;

При малом припадке также наблюдаются конвульсивные движения отдельных мышц и "невидящий" взгляд у пострадавшего.

Такой припадок заканчивается также внезапно, как и начался. При этом пострадавший может продолжать прерванные действия, еще не осознавая того, что с ним произошел припадок.

*Первая помощь при малом эпилептическом припадке:*

Ш При наличии опасности, устраните ее. Успокойте и усадите пострадавшего.

Ш Когда потерпевший придет в себя, поведайте ему о случившемся, так как он может не знать о болезни, и это его первый припадок.

Ш Если у пострадавшего припадок случился впервые, посоветуйте ему обратиться к врачу. Большой эпилептический припадок представляет из себя внезапную потерю сознания, которая сопровождается сильными конвульсиями конечностей и всего тела. Признаки и симптомы большого эпилептического припадка:

· Начало припадка - возникновение ощущений, близких к эйфорическим (непривычный запах, звук, вкус), окончание припадка - потеря сознания;

· Дыхательные пути свободны;

· Пульс в норме;

· Возможна остановка дыхания, но недолгая;

В большинстве случаев пострадавший падает на пол без чувств, его тело начинает биться в конвульсиях. Может произойти потеря контроля за физиологическими отправлениями. Лицо бледнеет, затем становится синюшным. Язык прикушен. У зрачков пропадает реакция на свет. Может происходить выделение пены изо рта. Припадок может продолжатся от 20 секунд до двух минут.

*Первая помощь при большом эпилептическом припадке:*

· Постарайтесь обезопасить больного, чтобы он не нанес себе вреда при падении.

· Освободите пространство вокруг потерпевшего, и подложите что-либо мягкое ему под голову.

· Расстегните одежду на груди и шее потерпевшего.

· Не нужно удерживать пострадавшего. Не пытайтесь разжать ему зубы, если они стиснуты.

· Когда судороги прекратятся, переведите пострадавшего в безопасное положение.

· Оказывая первую помощь, обработайте пострадавшему все травмы, которые он мог получить во время припадка.

· Госпитализация потерпевшего после прекращения припадка, необходима если: это был первый припадок; припадков было несколько подряд; у потерпевшего имеются повреждения; пострадавший не приходил в сознание более 10 минут.

# ***Заключение***

В данной работе удалось раскрыть понятие психические расстройства. Наиболее частыми симптомами психических болезней являются галлюцинации, бред, навязчивые состояния, аффективные расстройства, расстройства сознания, расстройства памяти. В отдельности разобрали основные психические заболевания, выявили причины и методы лечения. Причины возникновения психических заболеваний разнообразны: от наследственной предрасположенности до травм. Как многообразно действие причинных факторов, так многообразны формы и типы психических заболеваний. В наше время психиатрия больше не занимается карательным функциями, поэтому не стоит бояться консультации психиатра, ведь он может реально помочь больному, страдающему психическим заболеванием.

Полностью разобрали такое заболевание как эпилепсия, ее клинические особенности заболевания, а также способы лечения и профилактики. Эпилепсия бывает у многих людей и не мешает их плодотворной и полноценной жизни. Предпосылкой этому являются регулярные посещения врача, а также соблюдение следующих назначений и режима.

В заключение приводим семь основных правил, способствующих предотвращению и облегчению протекания приступов:

Ш Обязательное регулярное посещение своего лечащего врача;

Ш Постоянное ведение календаря приступов;

Ш Регулярный прием лекарственных препаратов;

Ш Достаточный сон;

Ш Избегание употребления алкоголя;

Ш Избегание нахождения возле ярких мерцающих источников света;

# ***Список литературы***

1. Вартанян М.Е. биологическая психиатрия. Генетика психических заболеваний. М.: Знание, 1983.

2. Галина Романенко Психические заболевания [Электронный ресурс]. - режим доступа http://www.ill.ru/news. art. shtml? c\_article=3083 <http://www.ill.ru/news.art.shtml?c\_article=3083> (дата обращения: 9.03.2015)

. Генералов Василий Олегович; [Место защиты: Рос. гос. мед. ун-т]. - Москва, 2010. - 44 с.

. Лисицын Ю.П. / История медицины: учебник для студентов медицинских вузов / Ю.П. Лисицын. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 393 с.: ил., портр., факс.; 22 см.

. Медицина, 1987. - 336 с.: ил. - (Учеб. лит. Для учащихся мед. училищ)

. Популярная медицинская энциклопедия. М.: Советская энциклопедия, 1987. - 704 с.: ил.

. Справочник фельдшера. Мн.: Беларусь, 1983. - 656 с

. Сам себе доктор: Семейная энциклопедия. Мн.: Беларусь, 1994. - 383 с

. Справочник фельдшера. М.: Медицина, 1975. - 664 с

. Уманский К.Г. Невропатология для всех. М.: Знание, 1985. - 176с.

. Харчук С.М., Молчанов Д.А., "Лечение эпилепсии по принципам доказательной медицины", "Здоровье Украины", 23/1 12.2006

. Эпилепсия и структурные повреждения мозга: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук: 14.01.11/Генералов Василий Олегович; [Место защиты: Рос. гос. мед. ун-т]. - Москва, 2010. - 44 с.

. Энциклопедия молодой женщины. Мн.: Беларусь, 1989. - 480 с.