# ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

1. Ф.И.О.:
2. Пол: женский
3. Домашний адрес:
4. Возраст: 26 лет
5. Семейное положение: разведена
6. Образование: средне-специальное
7. Профессия: продавец продуктовых товаров
8. Дата поступления в стационар:

# Причины поступления

Больная поступила в отделении планово, по настоянию своей родной сестры для уточнения диагноза и подбора лечения.

# ЖАЛОБЫ

Больная жалуется на наличие припадков с судорогами в ночное время, во время сна. Сама больная их не помнит, говорит со слов родственников.

Жалуется на плохой сон, "трудно заснуть".

Головные боли в лобной области, часто переходящая в виски, боль ноющая. Анальгетиками на снимается, проходит сама через разные промежутки времени (от нескольких часов до нескольких дней).

# анамнез заболевания

Считает себя больной с 13 лет (1989 год), когда впервые случился ночной судорожный припадок. До этого днем у ней произошло сильное эмоциональное событие, она сильно расстроилась и ночью у нее произошел припадок. Сама во время приступа на ничего не помнит. Но со слов родственников ночью резко начались судороги, захватившие все тело, появилась белая пена из рта. Приступ продолжался 2-3 минуты и резко прекратился. После припадка она пришла в сознание, почувствовала сильную головную боль, общую слабость. Последующие 2 дня она проспала.

Второй приступ возник через 2 года, в 15 лет (1991 год). Картина судорожного припадка повторилась и не отличалась от первого припадка: он произошел в ночное время, ему предшествовало сильное эмоциональное состояние (днем в семье прошел конфликт), длительность припадков 2-3 минуты, резкое начало и конец.

В 1992 году по рекомендации наблюдающего психиатра больная была направлена в клиники НИИПЗ для уточнения диагноза и подбора лечения. Там больная провела 1,5 недели и была выписана с диагнозом – эпилепсия. Больной был назначен фенобарбитал.

В последующие года частота судорожных припадков увеличилась, они могли идти через 2-3 недели. Приступы также могли идти один за другим (до 2 раз) – "тяжелые приступы". После таких припадков больная чувствовала очень сильную слабость, сильные головные боли, сон после них составлял 2–3 дня. Таких припадков за 13 лет болезни произошло 4. Головная боль стала появляться в межприпадочный период, боль не снималась анальгетиками.

Последний судорожный припадок возник ночью 22 сентября 2002 года перед ним днем в семье произошел конфликт. После этого припадка, по настоянию родной сестры больная была госпитализирована в психиатрическую больницу для уточнения диагноза и подбора лечения.

# семейный анамнез.

Родилась в 1976 году в семье первым ребенком. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами, в 6 лет пошла в школу. Первые 3 класса училась только на 5, последующие классы успеваемость снизилась до удовлетворительной (со слов больной в классе было около 30 учеников и каждому ученику уделялось мало внимания). Закончила 9 классов средней школы.

Среди сверстников не выделялась, в 13 лет попала компанию. И чтобы не быть "белой вороной" начала курить и выпивать "как все". Отец злоупотреблял алкоголем, бил детей. В семье были частые конфликты, уходила из дома на несколько дней к друзьям. После смерти мамы (1993 год), на нее легли обязанности воспитания своих младших сестер и братьев, ведения хозяйства.

В 20 лет вышла замуж. В 21 год родилась дочка. В 22 года развелась с мужем. После окончания лицея работала не по специальности, устроилась работать продавцом продуктовых товаров в магазине, сменила несколько мест работ, до осени 2001 года. Когда она устроилась на 6 месячные курсы бухгалтера. В настоящее время нигде не работает.

# СОматический статус

t-36,8 С, пульс 80, частота дыхания 22, А/Д - 100/80 мм Hg. Рост 160 см, телосложение нормостеничное, вес 54 кг.

Видимые слизистые обычного цвета. Лимфатические узлы не видны и не пальпируются. Тип дыхания - грудной . ЧД - 22 в мин. Дыхание спокойное, ритмичное, глубокое.

# Психический статус

Сознание сохранено. Полностью ориентирована во времени, месте и "Я". Внешне больная опрятна, подобрана. Поведение спокойное, дружелюбное как к врачу так и к соседям по палате. Пациентка контактна для беседы.

Во время беседы не напряжена, спокойна. Полностью понимает вопрос. Адекватно отвечает на него.

Находится в хорошем настроении, соответствует эмоциональному содержанию беседы. Эмоционально контактна. Речь не замедлена, точно отвечает на поставленные вопросы. Речь последовательна, предложения логичны, грамматически построены правильно, со смыслом. Мышление не изменено: понимает смысл поговорок, общих понятий. Тревог и страхов не высказывает. Внимание не изменено. Память сохранена. Существует только амнезия припадочного периода – конградная амнезия. Интеллект соответствует возрасту.

Больная рассматривает свое состояние как болезнь. Понимает необходимость лечения. Проводит связь между заболеванием и избиениями в детстве отцом. Хочет вылечится, и вырастить дочь.

Психический статус классифицируется как не измененный.

# Неврологический статус

Неврологический статус характеризуется наличием эпилептических абортивных больших припадков, возникающих в ночное время.

# Дифференциальная диагностика.

# Обоснования диагноза

Данные клинические проявления могут присутствовать при следующих состояниях:

* Истерия
* Эпилептиформные припадки при органических поражениях головного мозга
* Эпилепсия

Судорожные припадки в данном клиническом случае возникают в ночное время, и связанны с эмоциональным переживанием – это может проявляться во всех трех дифференцируемых диагнозах. Но сама форма припадка, состояние перед ним, различается. Так при эпилепсии и эпилептиформных припадках, припадок имеет пароксизмальный характер, как начало так и конец, короткую продолжительность. При истерии характерно демонстративное поведения больных, и появление припадка связано с какой либо внешней причиной, чего в данном клиническом случае нет. Припадки при истерии могут иметь различную продолжительность, а в данном случае припадки имели одинаковые клинические проявления на протяжении 13 лет существования болезни. Все эти данные исключают из дифференциального ряда диагноз истерический судорожный припадок.

Дифференциальная диагностика данного клинического случая с эпилептиформными припадками при органических заболеваниях затруднена, в связи с малым количеством лабораторных данных о наличии органического поражения ЦНС (церебрального процесса). Но по анамнезу – отсутствие каких либо травм, интоксикаций организма, по клинике - отсутствии психических проявлений органического поражения ЦНС, характерных для психоорганического синдрома: астения, эмоциональные нарушения, вегетативные нарушения, нарушения памяти и мышления. И также одинаковость прошедших припадков, для органики характерно, хоть и медленное, но утяжеление припадков, в связи с ростом и распространением церебрального процесса, позволяет исключить из дифференциального из ряда эпилептиформные припадки при органических поражениях головного мозга.

Оставшийся в дифференциальном ряду диагноз эпилепсия подходит по всем критериям эпилепсии. Для точной постановки диагноза эпилепсия по МКБ 10 необходимо выполнить электроэнцефалографию (ЭЭГ), т.к. она является одним из критерием постановки диагноза. Но по клиническим проявлениям, анамнезу можно поставить следующий диагноз:

**G40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия с припадками типа grand mal**

# обоснование лечения

Основное лечение будет направлено на предотвращение появления новых эпилептоидных припадков, посредством применения антиконвульсионных лекарств в виде монотерапии, и смене лекарств при непереносимости препарата, или выраженных побочных свойств. Фармакотерапия проводится до конца жизни.

При ***генерализованных судорожных припадках у больных с идиопатической эпилепсие,*** которые имеются в данном клиническом случае средством первой очереди выбора является вальпроат (депакин). Обычно применяется натриевая соль вальпроевой кислоты – депакин, конвулекс, апилепсин, ацедипрол и др. или кальциевая соль (конвульсарт).

Принимать ацедипрол внутрь во время или сразу после еды. Начинать с приема небольших доз (800 мг/сут), постепенно увеличивая их в течение 1 - 2 нед до достижения терапевтического эффекта (2,5 г/сут); затем подбирают индивидуальную поддерживающую дозу. Однако следует помнить, что при увеличении доз иногда возникают ограничения, обусловленные проявлением побочных эффектов в виде седации, прибавки веса, тремора еще до достижения максимальных доз. Преимуществом вальпроата является то, что он в отличие от карбамазепина не вызывает индукции ферментов печени и его можно назначать вместе с другими препаратами, в частности с ламотриджином. Иногда при приеме вальпроатов наблюдаются побочные действия: увеличение массы тела, желудочно-кишечные расстройства, выпадение волос.

  Препарат второй очереди это карбамазепина – в дозе 500 мг в сутки. Основные неблагоприятные явления при приеме этого препарата: головокружение, атаксия (неустойчивость при ходьбе), нистагм и др., которые значительно менее выражены при применении ретардных форм (финлепсин-ретард 200 мг, 400 мг, тегретол 200 мг, 400 мг).

При непереносимости или неэффективности этих препаратов средствами следующей очереди выбора могут быть фенитоин и барбитураты: фенобарбитал, майсолин (гексамидин, примидон).

 Фенитоин (дифенин, дилантин) применяют в дозе 250 мг в сутки. Основные неблагоприятные явления схожи с таковыми у карбамазепина. Кроме того, фенитоин часто вызывает гиперплазию и кровоточивость десен.

Следует также сказать, что добиться результатов при назначении антиконвульсантов, адекватных форме эпилепсии и типу припадков, можно только при применении должных дозировок, корригируемых контролем уровня препарата в крови

В добавок противосудорожной терапии ежегодно проведение комплексных терапий: мочегонная, общеукрепляющая, улучшающая мозговое кровообращение, ноотропна терапия.

# Экспертиза

Больной не рекомендована работа около движущихся механизмов, на высоте, вождение транспорта, работа с агрессивными средами. Наличие с ночных пароксизмамов расширяет выбор возможных профессий. Работа по имеющимся специальностям: фермер, бухгалтер не противопоказана. Лечение амбулаторное. При ухудшении состояния: утяжеление припадков, повышении частоты – стационарное лечение и направление на МСЭК по вопросу присвоение инвалидной группы.

Такт как у больной присутствую только ночные пароксизмы, и в остальное время у нее не наблюдается никаких других проявлений эпилепсии: изменение личности, сознания, аффективные расстройства, то считаю пациент в судебной практике при совершении правоправных действий вменяем.

# Прогноз

В целом из-за раннего начала болезни (13 лет), наличие в анамнезе эпилептических статусов может говорить о неблагоприятном прогнозе.

Для более точного прогнозирования развития заболевания необходимо проведение всестороннего обследования больной, для выявления положительных или отрицательных прогностических признаков.

# рекомендации

Больной рекомендовано:

1. Наблюдение у участкового психотерапевта.
2. Соблюдение приема назначенных лекарственных средств.
3. Соблюдение диеты (уменьшение употребления воды, не употреблять крепких напитков, чая, кофе; ограничение белковой пищи с замещением на молочно растительную)