

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

ФБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Министерство здравоохранения России

Кафедра Нервных болезней с курсом ПО.

Реферат На тему : БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА И ПАРКИНСОНОВСКИЙ СИНДРОМ.

Выполнила : клинический ординатор 1 года
обучения Михайлова Р.И.

Руководитель: Асс. Субочева С.А.

Красноярск 2022г.

Содержание

Введение.

Понятие эпилепсии, ее происхождение.

Распространенность эпилепсии у лиц различных возрастных групп.

Этиология и патогенез заболевания.

Классификация эпилептических заболеваний.

Клинические проявления эпилепсии.

Возрастные особенности заболевания.

Речевые дисфункции и эпилепсия.

Течение и исход эпилепсии.

Профилактика эпилепсии.

Современные принципы терапии эпилепсии.

Организация помощи больным эпилепсией.

Виды эпилептических припадков. Приемы оказания первой помощи при развитии эпилептического припадка.

Заключение.

Используемая литература.

Введение

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 XVIII 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.

Понятие эпилепсии, ее происхождение

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, 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.

Распространенность эпилепсии у лиц различных 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.

Этиология и патогенез заболевания

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 таких установить не удастся.

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 удастся.

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, глутаминовой 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.

Классификация эпилептических заболеваний

Общепринятой классификации эпилепсии до сих пор нет, что объясняется различными взглядами на ее этиологию и патогенез, хотя в послевоенные годы предпринимались огромные усилия специалистов разных стран по созданию систематики этого заболевания, которая могла бы стать приемлемой для большинства психиатров и невропатологов. К числу последних систематик относятся Международная классификация эпилепсии Международной лиги борьбы с эпилепсией (1989) и МКБ-10.

Начиная с 90-х годов наибольшее распространение во всех странах получила Международная классификация эпилепсии, принятая на конгрессе Международной лиги борьбы с эпилепсией в октябре 1989 г. в Нью-Дели, США. Приведем ее краткий вариант.

. Эпилепсия и эпилептические синдромы, связанные с определенной локализацией эпилептического очага (фокальная, локальная, парциальная эпилепсия)

.1 Идиопатическая локально обусловленная эпилепсия (связанная с возрастными особенностями)

.2 Симптоматическая локально обусловленная эпилепсия

.3 Криптогенная локально обусловленная эпилепсия

. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы

.1 Идиопатическая генерализованная эпилепсия (связанная с возрастными особенностями)

2.2. Генерализованная криптогенная или симптоматическая эпилепсия (связанная с возрастными особенностями)

.3. Генерализованная симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы

.3.1. Генерализованная симптоматическая эпилепсия неспецифической этиологии (связанная с возрастными особенностями)

.3.2. Специфические синдромы

. Эпилепсия и эпилептические синдромы, которые не могут быть отнесены к фокальным или генерализованным

3.1. Эпилепсия и эпилептические синдромы с генерализованными и фокальными припадками

.2. Эпилепсия и эпилептические синдромы без определенных проявлений, характерных для генерализованных или фокальных припадков

. Специальные синдромы

.1. Припадки, связанные с определенной ситуацией 4 2. Единичные припадки или эпилептический статус

В настоящее время применение приведенной классификации должно согласовываться с соответствующим разделом МКБ-10.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) Эпилепсия .0 Локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом

· Доброкачественная детская эпилепсия с пиками на ЭЭГ в центрально-височной области

· Детская эпилепсия с пароксизмальной активностью на ЭЭГ в затылочной области

G40.1 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками

· Приступы без изменения сознания

· Простые парциальные припадки, переходящие во вторично генерализованные припадки

G.40.2 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками

· Приступы с изменением сознания, часто с эпилептическим автоматизмом

· Комплексные парциальные припадки, переходящие во вторично генерализованные припадки

.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы

. Доброкачественная

омиоклоническая эпилепсия раннего детского возраста

онеонатальные судороги (семейные)

2. Детские эпилептические абсансы (пикнолепсия)

3. Эпилепсия с большими судорожными припадками (grand mal) при пробуждении

. Ювенильная

оабсанс-эпилепсия

омиоклоническая эпилепсия (импульсивный малый припадок, petit mal)

5.Неспецифические эпилептические припадки

оатонические

оклонические

омиоклонические

отонические

отонико-клонические

G40.4 Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов

1.Эпилепсия с

·миоклоническими абсансами

·миоклоно-астатическими припадками

2.Детские спазмы

3.Синдром Леннокса - Гасто

.Салаамов тик

.Симптоматическая ранняя миоклоническая энцефалопатия

.Синдром Уэста

G40.5 Особые эпилептические синдромы

.Эпилепсия парциальная непрерывная (Кожевникова)

2.Эпилептические припадки, связанные с

·употреблением алкоголя

·применением лекарственных средств

·гормональными изменениями

·лишением сна

· воздействием стрессовых факторов

При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

G40.6 Припадки grand mal неуточненные (с малыми припадками (petit mal) или без них) .7
Малые припадки (petit mal) неуточненные без припадков grand mal

G40.8 Другие уточненные формы эпилепсии

· Эпилепсия и эпилептические синдромы, не определенные как фокальные или генерализованные .9 Эпилепсия неуточненная Эпилептический статус .0 Эпилептический статус grand mal (судорожных припадков)

· Тонико-клонический эпилептический статус .1 Эпилептический статус petit mal (малых припадков)

· Эпилептический статус абсансов .2 Сложный парциальный эпилептический статус .8 Другой уточненный эпилептический статус .9 Эпилептический статус неуточненный

Данные классификации также имеют недостатки и, вероятно, по мере дальнейшего изучения эпилепсии будут совершенствоваться. Они, однако, сейчас способствуют взаимопониманию специалистов разных стран и развитию международного научного сотрудничества.

Клинические проявления эпилепсии

Клиническая картина эпилептической болезни полиморфна. Она складывается из продромальных расстройств, различных судорожных и бессудорожных 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.

Возрастные особенности заболевания

У детей и подростков, как и у больных зрелого возраста, можно наблюдать и генерализованные, и фокальные эпилептические приступы. Пароксизмальные состояния проявляются и у детей в разнообразных двигательных, сенсорных, вегетативно-висцеральных и психопатологических симптомах и синдромах.

Генерализованные припадки бывают у больных разного возраста, но клинические проявления приступов более или менее резко изменяются в зависимости от возраста больного - от онтогенетического этапа развития головного мозга. У детей школьного возраста пароксизмальные состояния мало отличаются от состояний, наблюдающихся у взрослых. В раннем и дошкольном возрасте клиническая картина пароксизмов имеет ряд особенностей, характерных для данной фазы развития.

К генерализованным припадкам относят большой судорожный припадок, малый припадок, миоклонические и акинетические приступы, эпилептический статус. У детей раннего и дошкольного возраста возникают и особые атипичные формы малых припадков, которых не бывает у старших детей и у взрослых. Такие припадки возникают без ауры, длятся лишь несколько секунд и обычно протекают сериями. В патогенезе этих форм большое место занимают аноксемические состояния в головном мозгу, обусловленные пренатальными или ранними постнатальными вредностями. Такая патогенетическая основа приступа особенно характерна для пропульсивных припадков, часто развивающихся на почве раннего органического поражения головного мозга.

Пропульсивные припадки возникают у детей в возрасте от 2 месяцев до 4 лет и выражаются в резком вздрагивании мышц и стремлении тела вперед. У 2-3-месячных детей пропульсивные припадки проявляются в стремительном наклоне головы вперед - «кивки»; в 6 месяцев они сменяются уже наклонами головы и туловища, в дальнейшем же могут выражаться в движениях вперед всего корпуса.

Наиболее плохим в прогностическом отношении является тип припадков, который называют «салаамовыми судорогами». Припадки стереотипны: больной наклоняет голову и туловище вперед, поднимает руки вверх и в стороны.

Ретропульсивные припадки начинаются у детей в возрасте 5-8 лет. Они характеризуются движениями головы и корпуса назад. По клиническим проявлениям они ближе к клинической форме, называемой «пикнолепсией», но они отличаются более резко выраженными двигательными расстройствами. Такие приступы, иногда продолжаясь в течение нескольких лет, не отражаются на работоспособности больного и не вызывают психической деградации.

Чаще у детей отмечаются простые адверсивные припадки, характеризующиеся резким поворотом головы, глаз и туловища в сторону, противоположную пораженному полушарию. Эти пароксизмы у детей обычно генерализуются в большой судорожный припадок.

Фокальные сенсорные припадки бывают у детей старшего возраста и характеризуются различной аурой - чувствительной, зрительной, слуховой, обонятельной. У дошкольников часто отмечаются припадки с абдоминальной аурой: чувством тошноты, желудочно-кишечными нарушениями, болями в животе и повышенной саливацией. У старших детей аура во многих случаях бывает в форме головокружений и других вестибулярных расстройств.

Наиболее резко выражены возрастные различия в клинической картине «психических пароксизмов» - дисфории, сумеречных состояний, психических автоматизмов.

У детей дошкольного возраста выраженные дисфории бывают редко. Они проявляются в приступах немотивированного плача, агрессивных действиях, часто в повышенной раздражительности, драчливости. Родители жалуются, что ребенок безо всякой причины становится упрямым, на всех злится, обвиняет и подозревает в чем-то недобром, грозит броситься под трамвай и пр. Такие состояния обычно длятся от нескольких часов до 2-3 дней. Нередко наблюдаются эйфорические состояния с чрезмерной подвижностью, но у детей дошкольного возраста их трудно отграничить от психопатоподобных состояний.

Речевые дисфункции и эпилепсия

Эпилептическая активность головного мозга может влиять на развитие речи у детей.

Наиболее часто встречаются следующие формы речевых расстройств: дислалия, дизартрия или стёртая форма дизартрии, расстройства голоса, моторная, сенсорная алалия, детская афазия, задержка речевого развития (ЗРР), общее недоразвитие речи при задержке психического развития (ЗПР), общее недоразвитие речи (ОНР I, II, III уровня), заикание, нарушение темпа и ритма речи.

Для парциальной формы эпилепсии характерными речевыми нарушениями являются расстройства по типу олигофазии. У больных снижается речевая активность, затрудняется способность к длительному речевому высказыванию. Обедняется, снижается способность к лексико-грамматическим построениям фразы. Ребенок с трудом выражает свои мысли, не может подобрать нужное слово, построить фразу, нередко употребляются слова с наибольшим количеством слогов: уменьшительно - ласкательные слова (кошечка, супчик), деепричастия (заглядевшись, работавши). Дети используют для выражения мыслей жесты, вводные слова, нарастает обеднение активного словарного запаса, усиливаются проявления амнестической афазии (не может назвать обычный предмет), где подсказка первой буквы или слога помогает называнию. Одно из частых расстройств - нарушение словесной памяти (амнестико - афатические нарушения). Больной не помнит задаваемых ему слов, не может пересказать прочитанный текст, в экспрессивной речи использует односложные выражения,

короткую фразу, речевой штамп. Олигофазии появляются в тяжелых случаях течения эпилепсии, как проявление прогрессивного, злокачественного течения болезни.

Наиболее грубые, тяжелые речевые нарушения - сенсо-моторные афазии, когда эпилептический очаг находится в левой височной и лобной областях. Заболевание начинается остро - нарушается понимание речи, экспрессивная речь становится маломодулированной, обедняется. Наиболее показательным является то, что детские афазии носят нестойкий характер, так как речевая функция к моменту начала приступов уже сформировалась. Примерно у каждого десятого пациента, страдающего эпилепсией, имеется заикание различной степени тяжести, тоно-клонического характера. Заикание имеет определенную зависимость от эпилептических приступов, чем чаще приступы, тем выраженнее заикание. Лечение эпилепсии в сочетании с логопедическими занятиями обуславливает коррекцию речевой функции, таким образом, определяется зависимость состояния речи от состояния эпилептической активности.

У больных с миоклонической формой эпилепсии в речевых нарушениях на первый план выступает выраженное нарушение темпа речи, слабость артикуляции, фонации. Речь в зависимости от тяжести течения заболевания, спотыкающаяся, прерывистая, голос тихий, дрожащий, затухающий, маломодулированный. Наблюдается клоническое или тоноклоническое заикание. При увеличении речевой нагрузки речь становится смазанной, прерывистой в начале, середине и конце фразы. Экспрессивная, спонтанная речь становится невозможной.

Из всего многообразия речевых нарушений при эпилепсии необходимо выделить речевые нарушения при малой форме эпилепсии, абсансной, которая характеризуется кратковременными, секундными отключениями сознания, и не всегда заметны для окружающих. По своим последствиям эта форма, как правило, наиболее благоприятна, и не несет разрушительных последствий для психики ребенка, его умственного и речевого развития. Речевое развитие этих детей, как правило, в норме или имеется легкая задержка.

Таким образом, при парциальной форме эпилепсии чаще наблюдается псевдобульбарная дизартрия, а у больных с миоклонической формой эпилепсии подкорковая (мозжечковая и гиперкинетическая формы). При лобной и височной локализации очага - амнестико-афатические нарушения. Общим является то, что экспрессивная речь больных остается относительно сохранной, хотя и обедненной по объему словаря и синтаксических конструкций. Разборчивость речи несколько снижена, замедлен темп речи. Дифференциация нарушений в основном наблюдается в начальной и развернутой стадии заболевания. При длительности заболевания более пяти лет на первый план выходит брадилалия, обеднение словарного запаса и синтаксических средств выражения мысли (олигофазия).

Определение характера речевых нарушений в зависимости от формы эпилепсии, в настоящее время имеет большое значение в связи с постоянным усложнением и дифференциацией

школьного обучения. Нарушения письменной речи (дисграфии) у детей, страдающих эпилепсией, являются распространенным речевым расстройством.

Логопедическая работа должна носить дифференцированный характер, учитывающий механизм нарушения речи, его симптоматику, структуру дефекта и психологические особенности ребёнка.

Течение и исход эпилепсии

Традиционные представления о том, что эпилепсия является хроническим заболеванием, характеризующимся постепенным нарастанием тяжести и частоты пароксизмов и углублением изменений личности, в последние десятилетия были пересмотрены. Установлено, что течение и исход эпилепсии весьма разнообразны. В части случаев болезненный процесс становится прогрессивным, а иногда заканчивается слабоумием. Однако наряду с тяжелыми случаями эпилепсии существуют и относительно благоприятные варианты с длительными ремиссиями, а иногда с практическим выздоровлением. В зависимости от темпа нарастания пароксизмальной активности и углубления психических изменений выделяли медленно и остро текущие формы; медленный, подострый, комбинированный и ремиттирующий типы течения; непрерывно-прогрессивный, ремиттирующий и стабильный тип течения.

Тяжесть эпилептической болезни определяется взаимодействием трех основных групп факторов:

-) локализацией и активностью эпилептического очага;
-) состоянием защитных и компенсаторных свойств организма, его индивидуальной и возрастной реактивностью;
-) влиянием факторов внешней среды.

Несомненно также, что течение болезни во многом определяется и временем ее начала, регулярностью и адекватностью антиэпилептического лечения и мер реабилитации.

Большое значение для формирования клинической картины и течения болезни имеет локализация эпилептического очага.

Течение эпилепсии в ряде случаев следует определенным закономерностям в смене пароксизмальных состояний. Нередко заболевание, манифестирующее большими судорожными припадками, в последующем видоизменяется: судорожные припадки сменяются бессудорожными пароксизмами различной психопатологической структуры.

Урежение больших судорожных припадков и бессудорожных пароксизмов сопровождается появлением острых психотических состояний типа сумеречных или онейроидного помрачения сознания вначале после припадка, а далее самостоятельно. В дальнейшем возможно появление в картине болезни затяжных психотических состояний аффективной или бредовой психопатологической структуры.

Данные многих авторов свидетельствуют о том, что течение эпилепсии на разных этапах может видоизменяться. О том или ином типе течения (прогредиентное, ремиттирующее, регрессиентное или стабильное) можно говорить лишь применительно к определенному этапу заболевания на конкретном отрезке времени.

Систематическое адекватное лечение может приостановить болезненный процесс с полным или частичным восстановлением социальной адаптации больного (терапевтическая ремиссия). Полная терапевтическая ремиссия определяется длительным отсутствием пароксизмальных расстройств и психических нарушений. При неполной ремиссии пароксизмы значительно урежаются при более или менее выраженных, но не углубляющихся изменениях личности.

Профилактика эпилепсии

При эпилептической болезни проводится первичная и вторичная профилактика.

Меры первичной профилактики эпилепсии разработаны пока недостаточно. В связи с ролью генетических факторов в этиологии заболевания для его профилактики важно предотвратить брак двух лиц, страдающих эпилепсией, а также тщательно наблюдать за здоровьем детей в семьях с наследственной отягощенностью. Такие дети имеют повышенный риск развития эпилепсии.

Вероятность манифестации судорожных явлений в этих случаях особенно велика во время соматических заболеваний, интоксикаций, черепно-мозговых травм; таким детям до 3 лет не рекомендуется делать профилактические прививки (исключая случаи особой эпидемиологической обстановки).

К мерам первичной профилактики эпилепсии также относятся охрана здоровья беременной, охрана плода в пренатальном периоде, предупреждение родовых травм и инфекций в пренатальном и постнатальном периодах.

Вторичная профилактика, т. е. предупреждение неблагоприятного течения и обострений заболевания, сводится в основном к стабилизации достигнутой терапевтической ремиссии.

При этом наряду с адекватным и систематическим лечением особое значение приобретают профилактика интеркуррентных заболеваний, забота о режиме и питании больного.

Следует уделять большое внимание трудоустройству больных, страдающих эпилепсией, при этом учитывая частоту припадков и время их появления. Редкие ночные припадки мало ограничивают трудоспособность больных, но этим больным следует запретить работу в ночное время. При дневных приступах с потерей сознания запрещается работать на высоте, у огня, в горячих цехах, на движущихся механизмах, транспорте, в охране, работа с промышленными ядами и связанная с материальной ответственностью. При частых припадках и снижении интеллекта больные получают вторую группу инвалидности.

При полной неспособности к труду и необходимости постоянного ухода назначается первая группа инвалидности.

Современные принципы терапии эпилепсии

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 недоминирующей 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.

Организация помощи больным эпилепсией

Помощь больным эпилепсией сводится к наблюдению и лечению в диспансере или, если необходимо, в стационаре. Заметим, что большинство исследователей призывают очень осторожно решать вопрос о госпитализации этих больных. Частая госпитализация суживает круг интересов больного, нарушает его связи с обществом, способствует развитию госпитализма и обострению негативных черт, особенно в недостаточно хорошо организованных стационарах.

Чрезвычайное внимание нужно уделять женщинам, страдающим эпилепсией во время беременности и родов. В этот период дозы противоэпилептических средств должны быть минимальными. Противопоказаний к гормональной терапии, нередко назначаемой акушерами, как правило, не бывает.

Бесспорными показаниями к прерыванию беременности, по мнению большинства исследователей, являются эпилептический статус и депрессии с суицидальными попытками.

Реабилитационные меры при эпилептической болезни разнообразны и направлены на восстановление социального и трудового статуса больного. Правильный выбор профессии и рода занятий с учетом индивидуальных особенностей и интересов или учебного заведения при стремлении и возможности продолжать образование, создание благоприятного психологического климата в семье и коллективе, занятия доступными для больного видами спорта способствуют решению индивидуальных реабилитационных задач.

Лечение больных эпилепсией (реабилитационные и профилактические мероприятия) в нашей стране проводится как психиатрами, так и неврологами. Но психотические состояния и нарушение поведения, естественно, подлежат психиатрическому лечению.

Большинство больных получают терапию амбулаторно, что позволяет обеспечивать стабильность их социального статуса. Лечение в стационаре обусловлено необходимостью купирования острых психических нарушений или эпилептического статуса, а также расстройств поведения. Длительное лечение в стационаре, как правило, необходимо при эпилептическом слабоумии, тяжелых личностных и поведенческих нарушениях.

Виды эпилептических припадков. 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:

- 1) При наличии опасности, устраните ее. Успокойте и усадите пострадавшего.
-) Когда потерпевший придет в себя, поведайте ему о случившемся, так как он может не знать о болезни, и это его первый припадок.
- 3) 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 продолжаться 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 припадков, 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 эпилепсии, клинические особенности заболевания, влияние эпилепсии на развитие речи, а также способы лечения и профилактики этого заболевания.

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:

- . Обязательное регулярное посещение своего лечащего врача;
- . Постоянное ведение календаря приступов;

- . Регулярный прием лекарственных препаратов;
- . Достаточный сон;
- . Избегание употребления алкоголя;
- . Избегание нахождения возле ярких мерцающих источников света;
- . Отказ от вождения автотранспорта до тех пор, пока не прекратятся приступы.

Используемая литература

1. 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.
- . Эпилепсии и судорожные синдромы у детей : Рук. для врачей / Под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой. - 2. изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 1999. - 653, [1] с. : ил., портр., табл.; 24 см.
- . Эпилепсия в нейрорепедиатрии : (коллективная монография) / [Студеникин В. М. и др.] ; под ред. В. М. Студеникина. - Москва : Династия, 2011. - 439 с. : табл.; 24 см.
- . 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.
- . Эпилепсия (продолжение). Возрастные особенности пароксизмальных состояний у детей / Научный центр психического здоровья РАМН [Электронный ресурс] - <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/52/chapter/14>