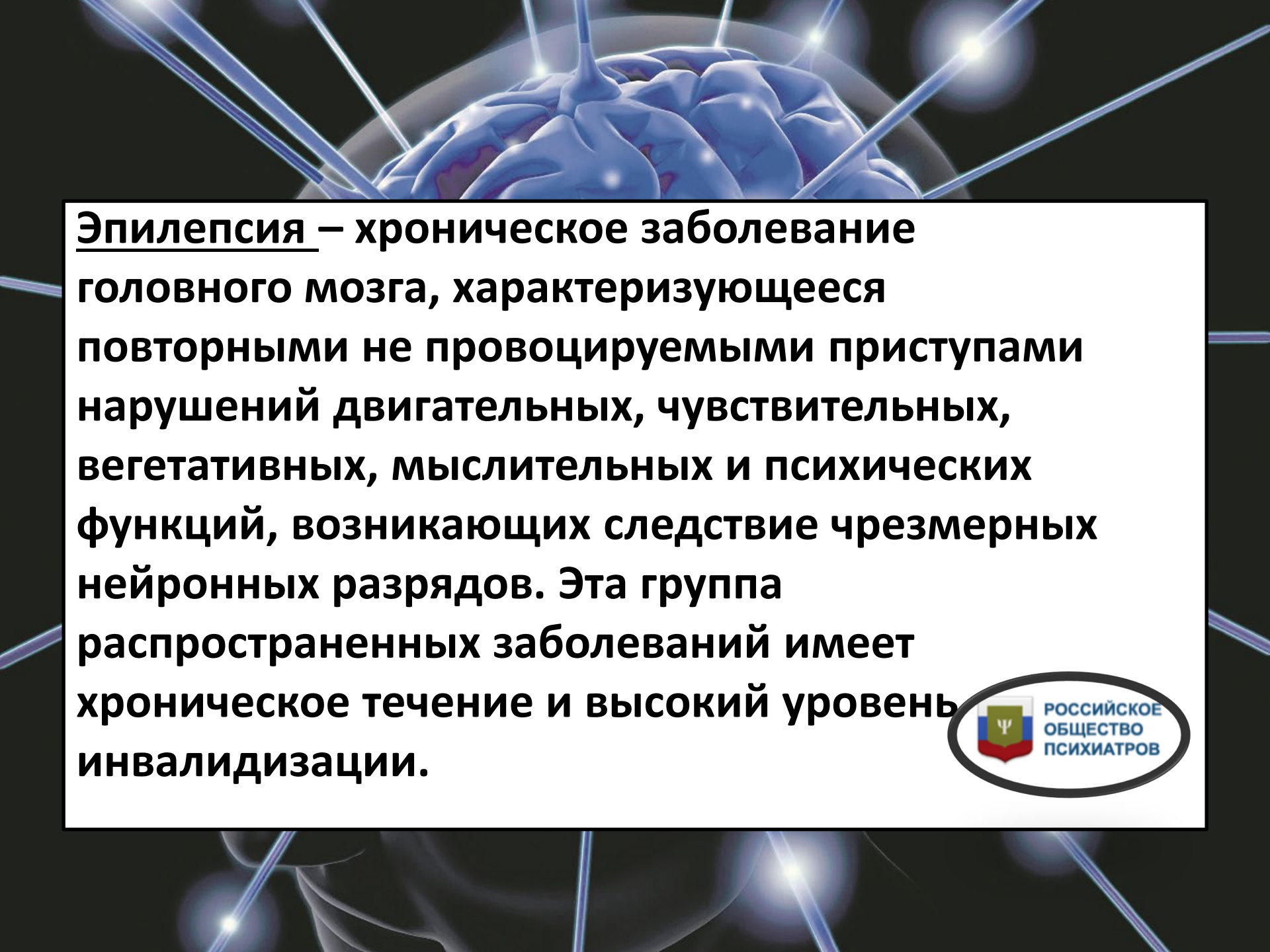


**Тема: Атрофические
психические расстройства.**

«Эпилептический припадок можно сравнить с бурей, происходящей в голове. Обычно она начинается как шквальный порыв ветра в одном конкретном участке мозга, что проявляется в аномальной электрической активности в этой области. В начале припадка электрическая активность по непонятным причинам значительно усиливается и, быстро набирая силу, распространяется на соседние, нормальные участки, так что там тоже возникает интенсивная электрическая активность. Вскоре мозг начинает мигать как испорченный игровой автомат, а в результате возникает одна из самых пугающих разновидностей приступов, какие только можно наблюдать у человека».





Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными не провоцируемыми приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций, возникающих вследствие чрезмерных нейронных разрядов. Эта группа распространенных заболеваний имеет хроническое течение и высокий уровень инвалидизации.



Классификация эпилепсии МКБ - 10

G40.0 Локализованная (фокальная, парциальная) идиопатическая эпилепсия.

Включаются: доброкачественная детская эпилепсия детская эпилепсия с пароксизмальной активностью на ЭЭГ в затылочной области

G40.1 Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эписиндромы с простыми парциальными припадками.

Включаются: приступы без изменения сознания простые парциальные припадки, переходящие во вторичногенерализованные.

G 40.2 Локализованная симптоматическая эпилепсия с комплексными парциальными судорожными припадками.

Включаются: приступы с изменением сознания, часто с эпилептическими автоматизмами комплексные парциальные припадки, переходящие во вторично - генерализованные.

G 40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия .

G 40.4 Другие виды генерализованной эпилепсии .

Классификация эпилепсии МКБ - 10

G 40.5 Особые эпилептические синдромы.

Включаются: эпилепсия парциальная непрерывная эпилептические припадки, связанные с употреблением алкоголя эпилептические припадки, связанные с употреблением лекарственных средств эпилептические припадки, связанные с гормональными изменениями эпилептические припадки, связанные с лишением сна эпилептические припадки, связанные с воздействием стрессовых факторов .

G 40.6 Припадки grand mal неуточненные с малыми припадками или без них.

G 40.7 Малые припадки неуточненные без припадков grand mal.

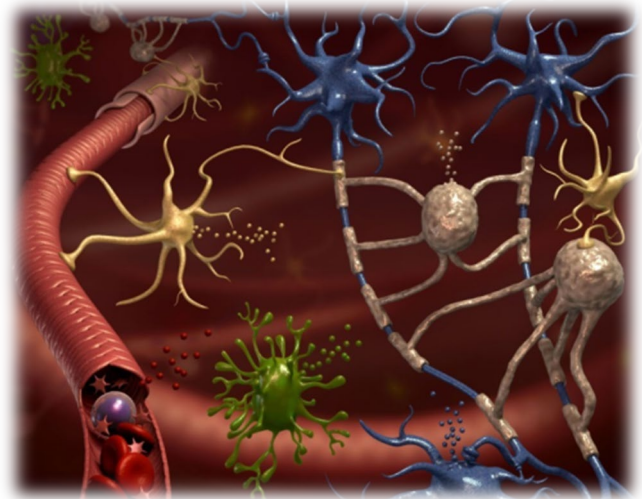
G 40.8 Другие неуточненные формы эпилепсий.

Включаются: эпилепсия и эпилептические синдромы, не определенные как фокальные или генерализованные.

G 40.9 Эпилепсия неуточненная

Этиология эпилепсии

- Наследственная предрасположенность
- Перинатальная травма
- ЧМТ
- Острые энцефалиты
- Сосудистые и дегенеративные заболевания
- Метаболические нарушения
- Лихорадка
- Алкоголь
- Психогенные явления
- Рефлекторные явления



Стадии эпилепсии



- 1. Стадия ауры : 15 -20 секунд**
- 2. Стадия тонических судорог: 10-20 секунд**
- 3. Стадия клонических судорог: 30 секунд**
- 4. Послеприступный сон: 2 - 3 часа**

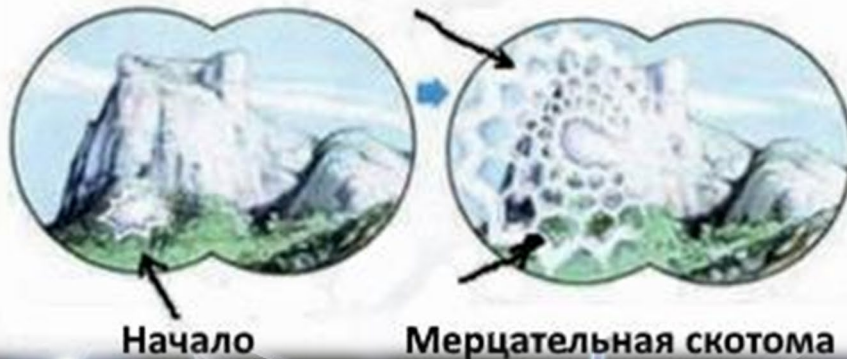
Стадии эпилепсии

Аура - любое ощущение или переживание, регулярно предшествующее эпилептическому приступу или являющееся самостоятельным приступом.

Выделяют несколько основных видов ауры: обонятельную (височная доля), вегетативную, моторную, психическую (теменно-височная доля), речевую и сенсорную.

Повторяющиеся друг за другом ауры - пикнолепсия.

Зрительна аура - блики и искажения –





Вегетативные
симптомы («аура»):
сужение поля зрения



«Аура»:
покалывание
или онемение
конечностей



«Аура»:
приступы страха,
повышенная
раздражительность



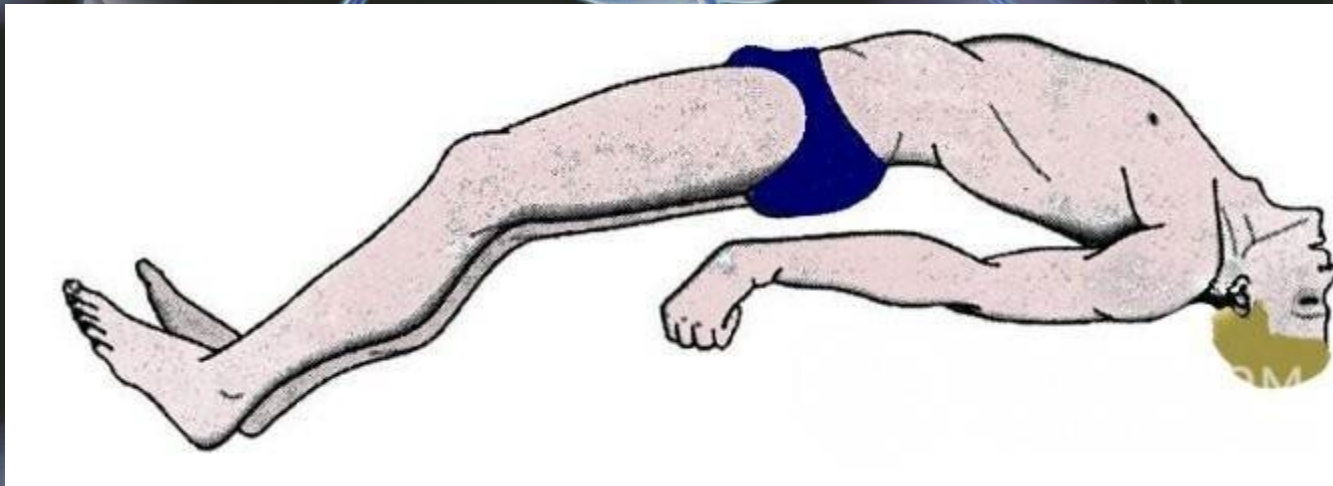
«Аура»: повышенная
чувствительность
к свету, запахам, шумам



«Аура»: искажение формы
предметов, серая гамма
окружающего пространства

Стадии эпилепсии

Затем больной теряет сознание и падает, как подкошенный. Падение с громким криком (спазм голосовой щели и судорожное сокращение мышц грудной клетки). Судороги *тонические*: туловище и конечности напряжены, голова запрокидывается, дыхание задерживается, вены на шее набухают, лицо становится мертвенно бледным, с постепенно нарастающим цианозом, челюсти судорожно сжаты - 15—20 с.



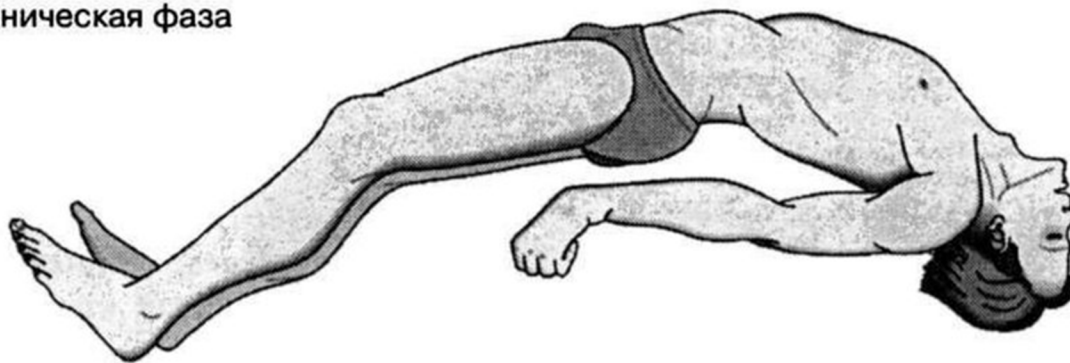
Стадии эпилепсии

Затем *клонические* судороги - толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища - до 2—3 мин, дыхание хриплое, шумное (скопление слюны и западение языка), изо рта выделяется пена, цианоз медленно проходит. Частота клонических судорог уменьшается, по окончании их наступает общее мышечное расслабление. На раздражители не реагирует, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, сухожильные и защитные рефлексy не вызываются, нередко отмечается непроизвольное мочеиспускание.

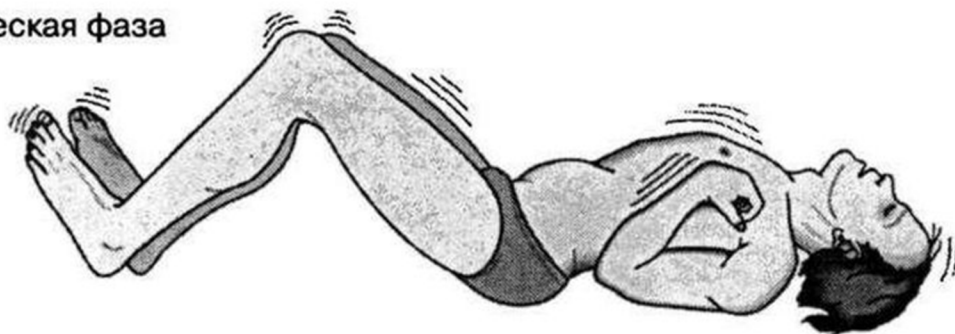


Стадии эпилепсии

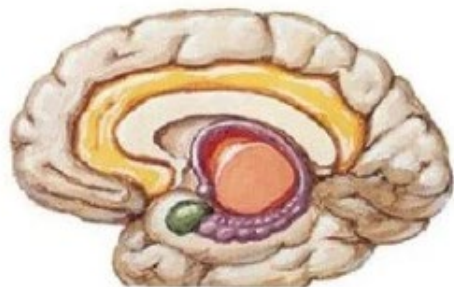
Тоническая фаза



Клоническая фаза



Комплексные парциальные припадки (психомоторные автоматизмы)



большинство автоматизмов берут начало в височной или лобной долях и вовлекают лимбические или паралимбические структуры



жевание,
причмокивание
губами

повторная, кажущаяся целенаправленной
активность: одевание и раздевание,
застегивание пуговиц



пациент бессознательно продолжает начатое дело



хлопание или
потирание ладонями



«скатывание пилюль»

Стадии эпилепсии

Далее глубокий сон, затем разбитость, вялость, сонливость, о припадке ничего не помнят.



Классификация психических расстройств при эпилепсии:

- ❖ Преиктальные
- ❖ Иктальные
- ❖ Интериктальные
- ❖ Постиктальные



Преиктальный период:

- Эпизодические приступы головокружений
- Головная боль
- Тошнота
- Нарушение сна
- Вегетативные проявления
- Дисфорическая или гневливая депрессия
- Гипоманиакальные состояния
- Дисфорические состояния
- Сенестопатические, ипохондрические расстройства
- Интеллектуальный дефицит выражается в недоступности абстрактных задач, снижении способности к обобщениям.
- Внешняя социальная адаптация происходит на достаточно низком уровне.

Диагностические признаки иктальных психических расстройств:

- **Расстройство сознания**
- **Внезапность возникновения и окончания**
 - **Стереотипность**
 - **Автономность**
- **Кратковременность протекания**
- **«Фотографическое» тождество симптомов**
 - **Немотивированность**
- **Полная или частичная амнезия пароксизма;**
 - **Наличие постприступного периода с ощущением чуждости содеянного**

Дисмнестические припадки

Дисмнестические припадки – искажение сложных восприятий внешнего мира, собственного тела и психических процессов при ненарушенном узнавании объектов восприятия. Включают расстройства «схемы тела», явления «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», сноподобные состояния (“dreamy states”).



Психомоторные припадки

- а) Автоматизмы еды – жевание, глотание, облизывание;**
- б) Мимические автоматизмы;**
- в) Вербальные автоматизмы;**
- г) Автоматизмы жестов – потирание рук, лица, растегивание одежды;**
- д) Речевые автоматизмы – звуки, слоги, бессвязные слова;**
- е) Автоматизмы, фуги, трансы –непроизвольная двигательная активность с совершением автоматизированных действий.**

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное помрачение сознания характеризуется внезапно возникающим психомоторным возбуждением, аффектом тоски, злости, страха, гнева; могут отмечаться галлюцинации, бредовая интерпретация и восприятие окружающего, полная дезориентировка с совершением нецеленаправленных, автоматизированных действий, амнезия, отношение как к чему-то чуждому.



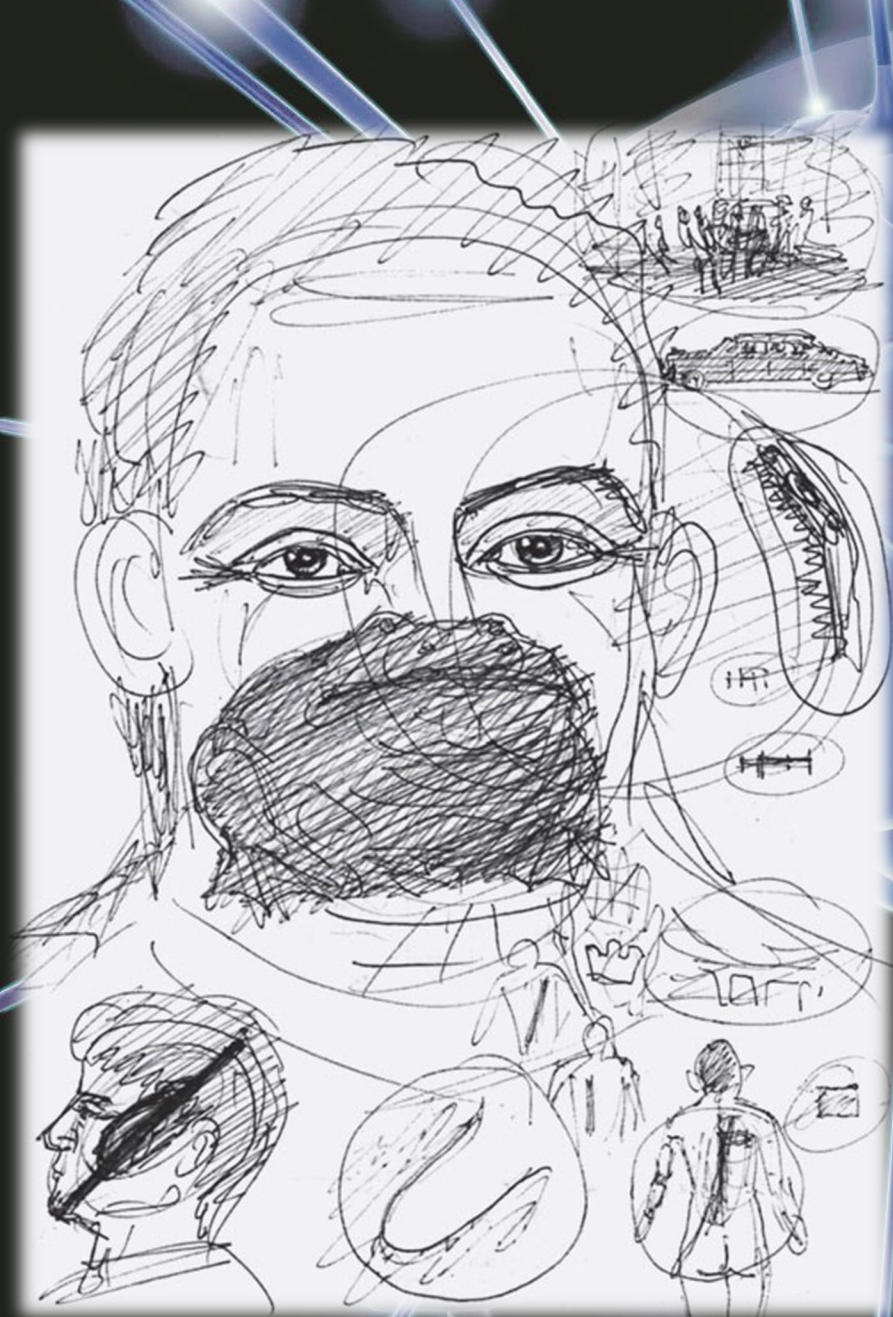
Иктальные аффективные расстройства

Иктальные аффективные расстройства характеризуются аффектом тревоги, страха или паники, реже - депрессии и мании. Эти феномены длительностью несколько секунд, реже минут являются проявлением простых парциальных припадков(аура), либо начальным этапом сложных парциальных припадков.

Пароксизмально возникающие депрессивные состояния сопровождаются тревогой, страхом, немотивированным возбуждением с агрессией и аутоагрессией. Реже отмечаются пароксизмы радости, блаженства, “кайфа, эйфоричности”, удовольствия, необычной безграничной любви к окружающим. При наличии пароксизмальной дисфории отмечается злоба, агрессия, гнев, ярость на фоне тоскливого настроения, жестокости в отношении даже самых близких людей.

У ряда больных психопатологическая картина аффективных пароксизмов соответствует клинике “панических атак”, когда больные испытывают чувство панического страха смерти, сопровождающегося состоянием растерянности, крушения окружающего, что сочетается с вегетативными проявлениями (сердцебиением, звоном в голове, гипергидрозом лица и ладоней, тахикардией, ощущением нехватки воздуха).





При идеаторных пароксизмах возникает навязчивая насильственная мысль, идея. В период пароксизма больной не может самостоятельно, по своей воле прервать, прекратить действие, как бы застревает на одной или нескольких мыслях, хотя и понимает всю его никчемность, нелепость в данной ситуации. По выходе из данного пароксизма больной не может понять, что с ним происходило.



Соматосенсорные пароксизмы характеризуются элементарными сенсорными ощущениями, возникают без соответствующего раздражителя, протекают обычно на фоне ясного сознания, отличаются тягостными ощущениями (парестезиями) в различных частях тела, в том числе и тактильными галлюцинациями. Больные ощущают ползание мурашек, прохождение тока, жжение, покалывание, онемение, иногда болевые ощущения и т.д. в какой то определенной части тела или по всему телу.

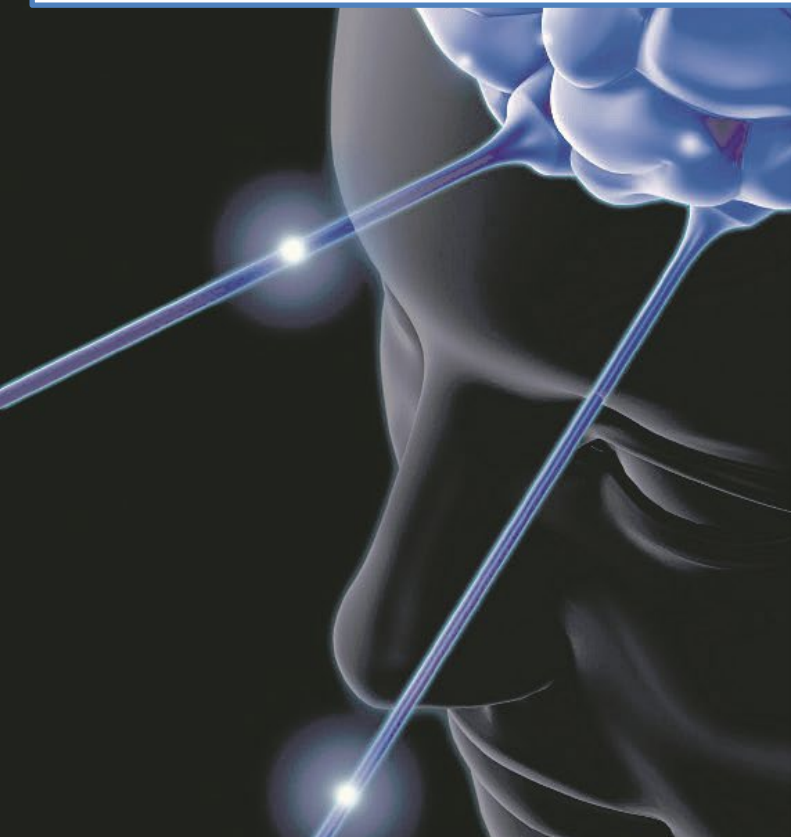
Иллюзорные и галлюцинаторные пароксизмальные состояния характеризуются различными по фабуле и степени выраженности нарушениями восприятия в виде кратковременных, изолированных, элементарных простых слуховыми, зрительными, обонятельными галлюцинаций и иллюзий.

В ряде случаев галлюцинации носят устрашающий характер элементарного содержания (различные силуэты, фигуры, лица), что приводило нередко к совершению ауто- и гетероагрессивных поступков.



При наличии вегето-висцеральных пароксизмов отмечаются вегетативные нарушения в виде учащенного дыхания, тошноты, рвоты, абдоминальных и головных болей, головокружения. При преобладании вегетативных нарушений у больных отмечается внезапная гиперемия лица, похолодание конечностей, ощущение озноба, жажда и полиурия, повышенное потоотделение, тахикардия с ощущением сердцебиения и повышением артериального давления, возбуждение, сменяющееся через 1-3 минуты слабостью, вялостью, сонливостью.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ У ДЕТЕЙ: СИНДРОМ ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ



Эпилептические психозы

Различают:

- а) Острые психозы, включающие непароксизмальные психотические состояния с помрачением сознания (эпилептический онейроид и сумеречные состояния сознания);
- б) Острые психотические состояния без помрачения сознания (аффективные, галлюцинаторные, паранойяльные и галлюцинаторно-параноидные);
- в) Хронические эпилептические психозы с полиморфной психотической симптоматикой, которые в литературе последних десятилетий обозначаются как хронические шизофреноподобные.

Интериктальные эпилептические ПСИХОЗЫ

При наличии эпилептического психоза в форме галлюциноза отмечаются яркие зрительные, слуховые галлюцинации в виде окликов по имени, непонятного гула, звуков, голосов, нередко осуждающего и императивного характера; реже - обонятельные, тактильные галлюцинации. Отличительной особенностью галлюцинаций является их конкретный, однообразный характер; на фоне ясного сознания в ряде случаев выявлялась бредовая трактовка галлюцинаций при отсутствии доминирующих бредовых расстройств.



Интериктальные эпилептические психозы

Для диагностики бредового (шизофреноподобного) расстройства в связи с эпилепсией необходимо наличие бреда, ясного сознания, в единичных случаях – галлюцинаций.

При наличии паранойяльного психоза отмечаются несистематизированные бредовые идеи (ревности, отношения, преследования, ущерба, ипохондрического содержания).

Психотическая симптоматика при эпилепсии характеризуется яркостью, чувственной окрашенностью.

Парафренный психоз подразумевает наличие псевдогаллюцинаций, симптома открытости мыслей и других явлений психического автоматизма с чувством овладения.

Характерным признаком является грандиозность бредовых идей, ригидность мыслительных процессов, лабильность эмоциональных реакций, что отличает эпилептические психозы от психотических расстройств иной этиологии.

Интериктальные эпилептические психозы

При депрессивном психотическом расстройстве
в связи с эпилепсией отмечаются суточные
колебания настроения с усилением тревожно
депрессивного настроения утром,
неусидчивость, двигательное беспокойство на
фоне выраженной астении; периоды
пониженного настроения, сопровождающиеся
тоской, суицидальными мыслями, идеями
самообвинения, малоценности.

Интериктальные эпилептические ПСИХОЗЫ

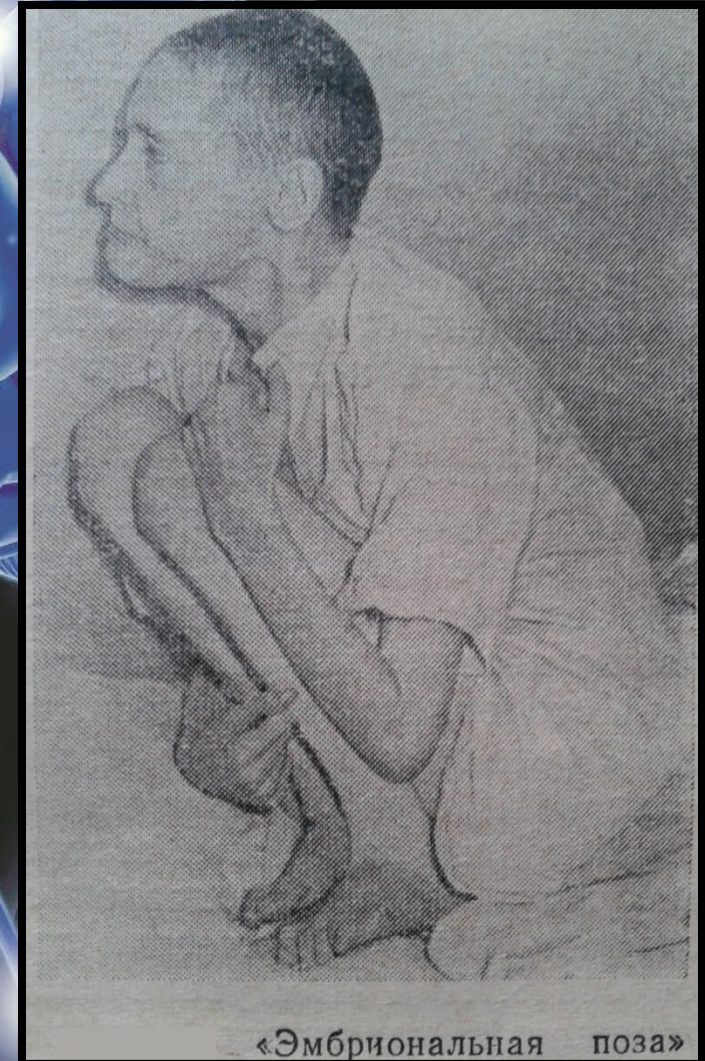
При диагностике психотического маниакального расстройства в связи с эпилепсией констатируются периоды “подъема, повышенной энергии, прилива сил”, эйфоричность; сочетание повышенной активности с раздражительностью, брутальностью; у ряда больных выявляются непреодолимые влечения к алкоголю, бродяжничеству, поджогам, половым эксцессам.

Отличительной особенностью эпилептических аффективных психозов является значительное присутствие дисфорических компонентов в структуре как депрессивных, так и маниакальных психозов.



Интериктальные эпилептические ПСИХОЗЫ

Кататонические психозы при эпилепсии возникают относительно редко. В клинической картине преобладают субступорозные состояния с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявляются пуэрильно дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхоталией, ответами «мимо».



«Эмбриональная поза»

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией

Критерии МКБ – 10:

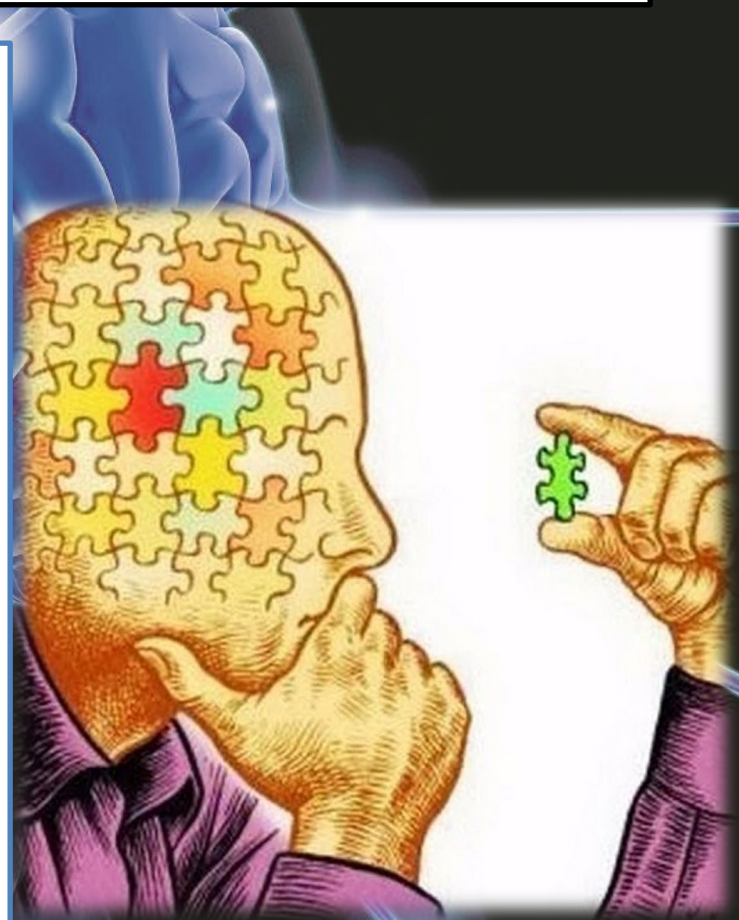
- 1. Значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;**
- 2. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злости и агрессии;**
- 3. Когнитивные нарушения;**
- 4. Расстройства мышления – выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость, гиперграфия .**
- 5. Расстройства влечений**

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией

Изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами расстройств – эксплозивно-эпилептоидным с паранойяльными чертами (аффективная взрывчатость, импульсивность, злопамятность, склонность к гневливо-злобным реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным с преимущественно глишроидными (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) проявлениями.

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией

Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, нагляднообразного мышления.



Изменение личности при эпилепсии

Особенности аффекта выражаются в таких типичных для больных эпилепсией личностных особенностях, как эгоцентризм, злопамятность, мстительность, злобность, брутальность.

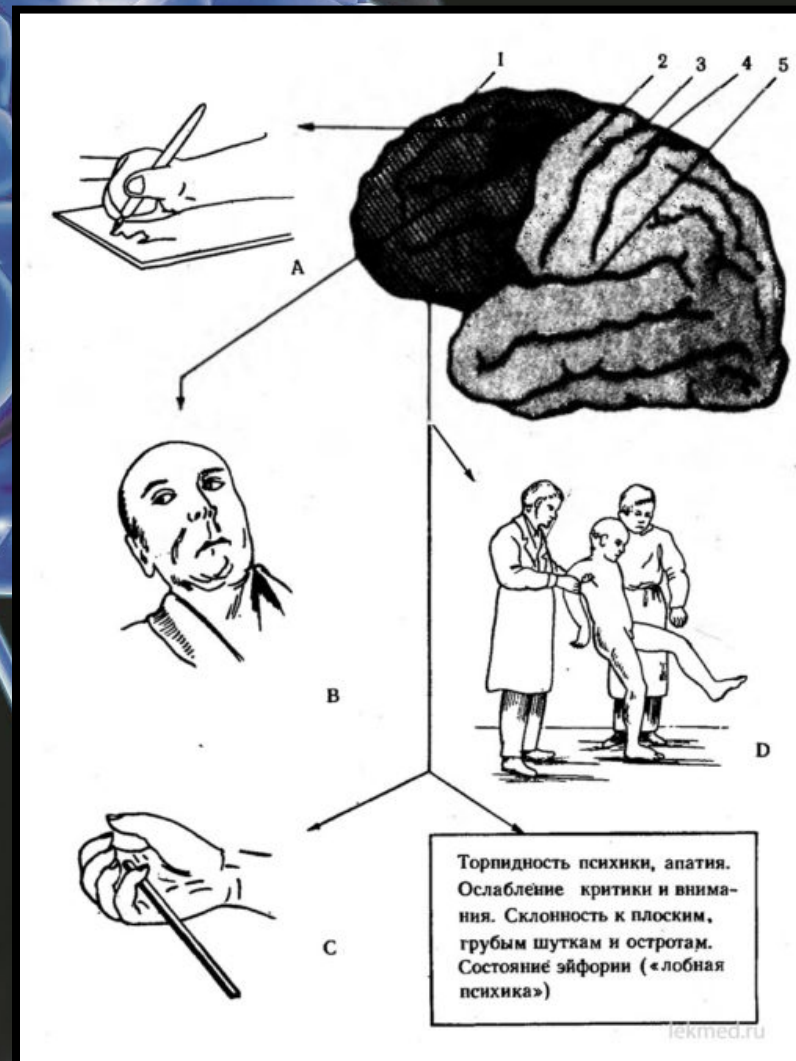
По мере прогрессирования заболевания больные все более утрачивают гибкость, подвижность, становятся мелочными, своенравными, властными, иногда - приторно учтивыми, слащавыми, угодливыми, льстивыми, но при этом эгоцентричными.

Подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм проявляется в виде скрупулезной любви к порядку, дисциплине, мелочам.



Изменение личности при эпилепсии

У части больных отмечается гиперсоциальность в виде чрезвычайной прилежности, основательности, добросовестности, а также чрезмерное стремление к правдолюбию и справедливости; склонность к банальным и назидательным поручениям. Обращает на себя внимание отсутствие чувства юмора.



Изменение личности при эпилепсии

Характерным признаком является гиперграфия (стремление все записывать, ведение дневников), почерк- мелкий, буквы закругленные.

В характере отмечаются такие не свойственные больным ранее особенности, как настороженность, ощущение недоверчивого отношения окружающих к себе, сензитивность, подозрительность, тревожность, ипохондричность, чувство ущербности, ипохондрические переживания.



Изменение личности при эпилепсии

Обращает на себя внимание в большинстве случаев внешний вид больных: аккуратность в одежде, контрастность в моторике, плохая переключаемость движений, медлительность и тяжеловесность.

Речь – обстоятельная, многословная, полна несуществующих деталей.

Отсутствует способность отделить главное от второстепенного.

Словарный запас беден (олигофазия), характерна склонность повторять сказанное (персеверация), употребление шаблонных оборотов, уменьшительноласкательных суффиксов, определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный»).



Эпилептическое слабоумие

Деменция в связи с эпилепсией

характеризуется прогрессирующим снижением памяти, возникновением иных когнитивных нарушений, поведенческих и психотических расстройств, нарушением социальной и профессиональной адаптации.

Эпилептическое слабоумие

Согласно МКБ-10 диагностические критерии деменции

включают:

- Расстройства памяти как вербальной, так и невербальной;
- Расстройства других когнитивных функций – способности к выработке суждений, мышлению (планированию, организации своих действий) и переработке информации;
- Нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания;
- Наличие по меньшей мере одного из следующих признаков: эмоциональной лабильности, раздражительности, апатии, асоциального поведения.
- Для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

Эпилептическое слабоумие

Нарушения мышления представлены изменением темпа, последовательности процесса, логическими особенностями его построения (замедленностью, конкретностью, обстоятельностью, ригидностью, вязкостью, резонерством).

Резонерство, особенно у больных с легкой деменцией, отличалось поучительным тоном, при поверхностных, бедных по содержанию, приуроченных к конкретной ситуации высказываниях.

Прогрессирующая олигофазия (оскудение словарного запаса) становится более выраженной по мере утяжеления деменции.

Эпилептическое слабоумие

Расстройство функции внимания у больных эпилепсией проявляется снижением способности к поддержанию и концентрации внимания, что особенно наглядно проявляется при выполнении соответствующих тестов.



Эпилептическое слабоумие

По мере утяжеления деменции нарастают мнестические нарушения. Значительное снижение памяти как на недавние, так и на отдаленные события сопровождается выраженной инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Прослеживается нивелирование индивидуальных личностных черт. Характерным является обеднение эмоциональных реакций, безразличие к окружающему, ослабление побуждения с появлением назойливости, монотонности.

Характерны брадикинезия, олигофазия.

Эмоционально-волевые расстройства проявляются импульсивностью, раздражительностью, двигательной расторможенностью, бестактностью, болтливостью.

Постиктальные психические расстройства

Постиктальные аффективные расстройства включают депрессивные состояния, тревожные расстройства, сопровождающиеся компульсивными и суицидальными мыслями.

Связь между приступом и постиктальными нарушениями может быть трудноуловимой, так как «светлый промежуток» между ними может длиться от 1 до 5 дней.



Постиктальные психические расстройства

Постиктальные психозы могут развиваться довольно быстро (в течение нескольких часов) после прекращения эпилептического приступа и восстановления сознания; однако в большинстве случаев через 1-2 дня после прекращения фокального приступа с вторичной генерализацией или серии приступов. На первый план выступают явления острого чувственного бреда, достигающего до степени инсценировки и явлениями двойников. Эти переживания развиваются чаще всего быстро (буквально в считанные часы) после прекращения приступа и обретения больными сознания на фоне измененного аффекта. По мере дальнейшего развития острого постиктального психоза все большее значение приобретают бредовые синдромы ложного узнавания, иллюзорно фантастическая дереализация и деперсонализация, переходящая в онейроидный синдром.

Длительность острых постиктальных психозов – от нескольких дней до 3-х месяцев.

Дифференциальный диагноз

Показатели

Начало

Сознание

Падение

Зрачки

Длительность

Время возникновения

Повреждения

Движения

После припадка

Эпилепсия

Внезапно

Выключено

Как подкошенный

Не реагируют на свет

4—5 мин

В любое время суток

Прикус языка,
упускание мочи

Фазные

Оглушение, сон

Истерия

Психогенное

Аффективно сужено

Осторожно

Реагируют

30 и более

В присутствии людей

—

Выразительные,
размашистые,
демонстративные

Плач, рыдания, смех

Принципы диагностики эпилепсии

- **Клинический анамнез**
 - **ЭЭГ**
 - **ЭЭГ-мониторинг**
 - **КТ**
 - **ЯМР**
 - **РЭГ**
- **Консультация окулиста**
- **Нейропсихологическое консультирование.**

Принципы диагностики эпилепсии

Во время беседы с пациентом выявляются:

- А) Состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;**
- Б) Особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;**
- В) Отношение пациента к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам;**
- Г) Психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;**

Принципы терапии эпилепсии

Противосудорожная терапия

Назначение противоэпилептических препаратов показано при наличии:

- Грубой очаговой неврологической симптоматики
- Выраженной эпилептической активности на ЭЭГ
- Наследственной отягощенности по эпилепсии

Назначение противоэпилептических препаратов не показано:

- Единичный непровоцируемый припадок , даже при наличии изменений на ЭЭГ
- Наличие изменений на ЭЭГ при отсутствии клинических изменений
- Простые фебрильные судороги
- Рефлекторные (ситуационные, стимулзависимые припадки)
- Припадки, индуцированные лекарственными препаратами

Противосудорожная терапия

	<i>Препараты первого выбора</i>	<i>Препараты дальнейшего выбора</i>
Парциальные	Карбамазепин Окскарбазепин Вальпроаты	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Генерализованные и тонико- клонические	Вальпроаты, Карбамазепин	Ламотриджин Окскарбазепин Топирамат Леветирацетам
Абсансы	Вальпроаты, Этосуксимид	Ламотриджин Топирамат, Леветирацетам
Миоклонические	Вальпроаты Клоназепам	Леветирацетам Топирамат

Принципы терапии психотических расстройств

В случае развития острого психоза с явлениями страха, тревоги, выраженным психомоторным возбуждением, наличием галлюцинаторно – параноидной симптоматики, агрессивностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (хлорпромазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин), в том числе парентерально.

Принципы терапии психотических расстройств

При наличии в структуре психоза галлюцинаторно – параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, оланзапин, зуклопентиксол, рисперидон).



Лечение аффективных расстройств при эпилепсии

1. Трициклические

(классические ТЦА): амитриптилин, азафен.

**2. Тетрациклические: селективные блокаторы
обратного захвата норадреналина (СБОЗН) –
миансерин.**

**3. Селективные ингибиторы обратного захвата
серотонина (СИОЗС): флувоксамин,
пароксетин, сертралин, циталопрам.**

Лечение аффективных расстройств при эпилепсии

4. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН): венлафаксин, дулоксетин.

**5. Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А:
моклобемид, пирлиндол.**

6. Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС): тианептин.

Нейрометаболическая терапия

- **Пантогам – оказывает умеренное седативное действие и мягкий стимулирующий эффект.**
- **В комплексном лечении больных эпилепсией с психическими расстройствами показано курсовое назначение лекарственных препаратов, влияющих на мозговой метаболизм: кортексин, фенотропил, мексидол.**
- **При наличии внутричерепной гипертензии показана дегидратирующая терапия: диакарб с аспаркамом, 25% раствор сульфата магния в/м, витаминотерапия препаратами группы В.**

Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо когнитивного тренинга, стимуляцию физической активности, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жары, духоты (в частности бани), уделять внимание умеренным физическим упражнениям, правильно питаться с ограничением жидкости, соли, исключением спиртных напитков. Необходим правильный выбор профессии и рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

Уход – неотъемлемая часть терапии



Установление инвалидности

Инвалидность при нетрудоспособности или ограничения трудоспособности устанавливается в соответствии с особенностями клинических проявлений эпилепсии.

Степень инвалидности зависит как от глубины и выраженности изменений личности, частоты и характера пароксизмов, так и от профессии и степени ограничения трудоспособности больного.

Длительность лечения

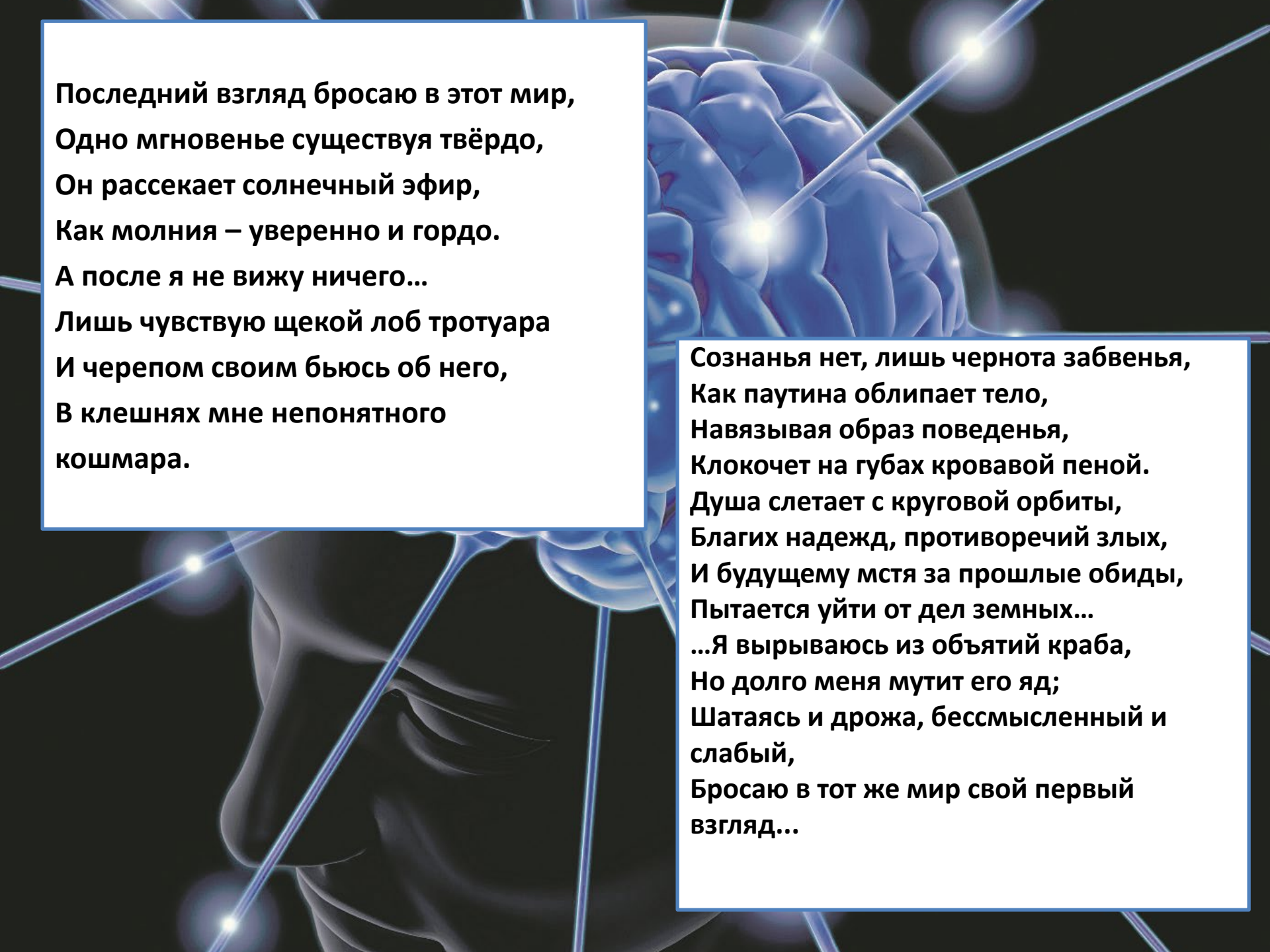
Стационарного больного при деменции – от 1 до 2 месяцев.

Сроки амбулаторного лечения определяется динамикой состояния и составляет от 6 месяцев до 5 и более лет, у отдельных категорий лиц на протяжении всей жизни.

При эпилептических психозах: стационарное – средний срок пребывания в стационаре 30 дней.

При амбулаторном лечении больной получает поддерживающую терапию не менее 2 – 3 месяцев после выписки из стационара.

В дальнейшем проводят курсы противорецидивного лечения.



Последний взгляд бросаю в этот мир,
Одно мгновение существуя твёрдо,
Он рассекает солнечный эфир,
Как молния – уверенно и гордо.

А после я не вижу ничего...

Лишь чувствую щекой лоб тротуара
И черепом своим бьюсь об него,
В клешнях мне непонятного
кошмара.

Сознания нет, лишь чернота забвенья,
Как паутина облипает тело,
Навязывая образ поведенья,
Клокочет на губах кровавой пеной.
Душа слетает с круговой орбиты,
Благих надежд, противоречий злых,
И будущему мстя за прошлые обиды,
Пытается уйти от дел земных...
...Я вырываюсь из объятий краба,
Но долго меня мутит его яд;
Шатаюсь и дрожа, бессмысленный и
слабый,
Бросаю в тот же мир свой первый
взгляд...



Спасибо за внимание!