МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ И КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УТВЕРЖДАЮ
Зам. начальника Главного управления НИИ и координации научных исследований Министерства здравоохранения РСФСР.

Н. А. ДЕМИДОВ

14 мая 1976 года.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Методические рекомендации

ЛЕНИНГРАД
1976

gost.e-ecolog.ru

Составил В. П. Беляев

Редактор Б. С. Виленский

© Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эпилепсия — одно из распространенных и нередко тяжело протекающих нейропсихических заболеваний. Ее распознавание и лечение требуют от врачей хорошей осведомленности не только в неврологии и психиатрии, но и в смежных дисциплинах, все чаще и чаще необходимых в сложном диагностическом процессе при эпилепсии.

Следует отметить, что Министерством здравоохранения РСФСР было выпущено значительное число методических рекомендаций по различным вопросам диспансеризации больных эпилепсией (профилактика, диагностика, лечение). Однако интенсивная разработка проблемы «Эпилепсия» как у нас в стране, так и за рубежом требует постоянной коррекции ранее предложенных рекомендаций для того, чтобы специализированная лечебно-профилактическая помощь больным эпилепсией была наиболее адекватной, эффективной и соответствовала современным достижениям медицинской науки.

С сожалением следует отметить, что современные отечественные руководства по невропатологии и психиатрии, рассчитанные на студентов и врачей отражают только «свою» часть проблемы, но не дают синтезированного представления об эпилепсии как сложном и полиморфном по своим проявлениям заболевания.

Ни опыт психиатров, ни представления невропатологов об эпилепсии не могут сами по себе дать правильного комплексного представления об этиопатогенезе заболевания и частоте его различных клинических проявлений. Сосредоточение в психиатрических учреждениях наиболее тяжелых контингентов больных эпилепсией часто приводит к излишнему терапевтическому пессимизму, а невропатологи поликлиник, недооценивая легкие формы психических нарушений у своих пациентов, не оказывают им своевременной и целенаправленной помощи. Во многих случаях диспансеризация больных эпилепсией невропатологами вообще не проводится, что значительно снижает эффективность лечебно-профилактической помощи.

Учитывая сложность диагностики эпилепсии и необходимость расширения нейрохирургической помощи некоторым

группам больных, в ряде городов РСФСР были организованы специализированные эпилептологические центры. С разрешения Министерства здравоохранения РСФСР широкий эксперимент по организации специализированной помощи больным эпилепсией был поставлен в Ленинграде.

Обобщение 12-летнего опыта работы ленинградской службы позволило подготовить настоящие Рекомендации, необходимые как организаторам здравоохранения, так и врачам, оказывающим помощь больным эпилепсией.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СУЩНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ

Представление об эпилепсии как крайне тяжелом, прогредиентном заболевании, приводящем к «типичным» характерологическим изменениям и слабоумию, сформировалось и приобрело широкое распространение среди психиатров на основе наблюдения за специфическими, наиболее тяжелыми контингентами больных в психиатрических лечебницах.

В последующем такая оценка была поколеблена по мере обособления неврологии, расширения неврологической амбулаторной помощи, а также широкой диспансеризации больных эпилепсией в психиатрических учреждениях и особенно в процессе использования параклинических методов исследования. Со временем стала формироваться тенденция свести проблему эпилепсии преимущественно к ее неврологическому аспекту.

Проблема эпилепсии оказалась на стыке многих дисциплин и это способствовало более интенсивной ее разработке с ощутимыми практическими результатами — появились новые лекарственные препараты, заметно расширились возможности локальной диагностики и хирургических методов лечения эпилепсии.

Однако наряду с широким применением современных методов диагностики, терапии и контроля за результатами лечения постепенно выявились затруднения, обусловленные недостаточным совершенством существующей системы организации помощи больным эпилепсией.

Дифференциация и узкая специализация в медицине — несомненно прогрессивный этап ее развития — вместе с тем, повлекли за собой и отрицательные результаты мультидисциплинарной разработки проблемы эпилепсии из-за чрезмерной специализации каждой из дисциплин и довольно жесткого разделения их в практической деятельности.

Больные эпилепсией оказались искусственно выделенными в группы, которые курируют невропатологи, психиатры и нейрохирурги.

В процессе широкой диспансеризации лиц с нейропсихическими заболеваниями у нас в стране основное внимание психиатров долгие годы было направлено на больных с выраженными психическими нарушениями. Больные эпилепсией с благоприятно текущими, а также с начальными и локальными формами заболевания обычно получали, как правило, эпизодическую помощь у невропатологов поликлиник, но диспансерному наблюдению не подвергались.

Все это затрудняло осуществление преемственности в ле-

чении и наблюдении за больными и оказание им медико-социальной помощи.

В то же время за последнее десятилетие советскими и зарубежными исследователями проведена большая работа по изучению эпидемиологии эпилепсии, ее начальных проявлений. В СССР П. М. Сараджашвили составлена и рекомендована к применению в лечебных учреждениях «Классификация эпилептических припадков».

Всемирной организацией здравоохранения ООН издан Терминологический словарь по эпилепсии, отражающий общую точку зрения международной группы экспертов как на определение болезни, так и на характеристику отдельных ее проявлений.

Применение современных методов фармакотерапии эпилепсии и необходимость в некоторых случаях использовать хирургическое лечение диктуют необходимость ознакомления врачей всех специальностей с современным состоянием проблемы, ибо без этого диспансеризация больных эпилепсией практически неосуществима.

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИЛЕПСИИ

В «Терминологическом словаре по эпилепсии» приведена следующая формулировка: «Хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождающееся разнообразными клиническими симптомами. Син.: хроническая эпилепсия (устаревший).

Одиночные или случайные эпилептические припадки (например, фебрильные судороги или припадки родовой эклампсии) не представляют собой эпилепсию, также как и более или менее часто повторяющиеся эпилептические припадки при острых заболеваниях. (Нельзя говорить об энцефалитической или уремической эпилепсии, а следует говорить об эпилептических припадках при энцефалите или болезни Брайта)» *.

Необходимо однако отметить, что в приведенном определении эпилепсии как болезни отсутствует психопатологическая характеристика, что объясняется неспецифичностью некоторых психических нарушений в межпароксизмальном периоде, которые связываются с диффузным органическим про-

* «Терминологический словарь по эпилепсии». Определения. Часть 1. Издан ВОЗ. Женева, 1975 (на русском языке).

цессом (слабоумие) или его локализацией (психотические состояния при височной эпилепсии и др.).

Так называемые «эпилептические изменения личности», «эпилептический характер» часто являются реакцией личности на болезнь и ограничения, которые она вызывает при выполнении той или иной социальной роли, а также реакцией на отношение окружающих к больному и его болезни. В большинстве случаев имеет место сочетание функционального и органического в формировании этих психических изменений.

В то же время психические нарушения как проявление эпилептического припадка или его части (предвестники, аура, постприпадочное состояние) встречаются значительно чаще чем органический психосиндром.

Эпилепсия генуинная (эссенциальная, истинная) рассматривается авторами «Терминологического словаря» как устаревший термин (в отличие от эпилепсии наследственной, которая встречается крайне редко). Обычно эти термины до сих пор неправильно используются для обозначения первично генерализованой эпилепсии, которая клинически характеризуется генерализованными судорожными припадками, типичными абсансами или двусторонними массивными миоклониями (все три типа припадков могут иметь место у одного больного). При этой форме обычно не обнаруживаются неврологические и психические симптомы в межпароксизмальном периоде. Если заболевание начинается в детском или подростковом периоде и отсутствует явная неврологическая патология, — это заставляет предполагать возможность наследственного предрасположения к эпилепсии, при котором незначительные метаболические нарушения или приобретенные повреждения мозга оказываются эпилептогенным реализующим фактором.

Следует отметить, что на роль в патогенезе эпилепсии диалектического единства наследственного предрасположения и органического повреждения мозга еще в 1932 году указывал С. Н. Давиденков.

Электроэнцефалографически первично генерализованная форма эпилепсии характеризуется двусторонними, синхронными симметричными разрядами. Обычно эта форма эпилепсии хорошо поддается современным методам лечения.

В практической деятельности для диагностики и определения характера отдельных видов эпилептических пароксизмов следует руководствоваться «Классификацией эпилептических припадков» П. М. Сараджашвили (1972).

КРАТКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ
(по П. М. Сараджишвили, 1972)

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИПАДКИ (КЛИНИЧЕСКИ И ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИ)

I. Судорожные генерализованные припадки:

1) тонико-клонические,
2) тонические,
3) клонические,
4) миоклонические (последние три типа в основном у детей),
5) младенческие судороги,
6) эпилептический статус.

II. Малые припадки — абсансы *

1) простые абсансы (только кратковременное выключение сознания),
2) сложные абсансы (сочетанные с другими феноменами):
   миоклонические абсансы,
   атонические абсансы (иногда сочетающиеся с миоклониями) — очень кратковременные или более длительные,
   длительные,
   акинетические абсансы (обездвиженность без атонии),
   гиперкинетические абсансы (повышение мышечного тонуса), ретропульсии, вращательные, сгибательные (в ногах),
   абсансы с элементарным кратковременным автоматизмом,
   абсансы вегетативно-висцеральные (энурез, вазомоторные).

ПОЛИМОРФНЫЕ ПРИПАДКИ ФОКАЛЬНЫЕ (ПАРЦИАЛЬНЫЕ) ПРИПАДКИ

I. Двигательные:

1) Джексоновский,
2) адверсивные,
3) тонические, постуральные,
4) речевые (вокализация, остановка речи, часто в сочетании с постуральными припадками),
5) афатические,
6) миоклонические (Кожевниковская эпилепсия).

II. Сенсорные припадки (соматической чувствительности и органов чувств):

1) соматосенсорные,
2) зрительные,

---

* Абсансы (как простые, так и сложные) считаются типичными, если на ЭЭГ они характеризуются разрядами типа «три пик-волны в 1 сек.». При других нарушениях ЭЭГ в виде острых и медленных волн, абсансы считаются атипичными. Две пик-волны в 1 сек. у детей — вариант абсанса (синдром Леннокса-Гасто).

3) слуховые,
4) обонятельные,
5) вкусовые (иногда в сочетании с жевательными движениями),
6) головокружения.

III. Вегетативно-висцеральные припадки: преимущественно висцеральные (корковые) и общевегетативные (гипоталамические, — так наз. диэнцефальная эпилепсия).

IV. Припадки с психопатологическими феноменами:

1) сумеречные состояния сознания (височные псевдо-абсансы, спутанность сознания, делириозные, эффективные, ступорозные пароксизмальные состояния),
2) автоматизмы (психомоторные припадки),
3) припадки нарушения восприятия:
   элементарные иллюзорные припадки (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые),
   сложные иллюзорные припадки — с ощущением уже виденного, уже слышанного, пережитого,
4) галлюцинаторные припадки (сопровождающиеся обычно сложными сценами),
5) идеаторные припадки (насильственное мышление, навязчивые идеи и т. д.),
6) дисфорические пароксизмы,
7) полиморфные припадки.

ВТОРИЧНО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИПАДКИ (ЧАСТО С БЫСТРОЙ ГЕНЕРАЛИЗАЦИЕЙ)
ГЕМИКОНВУЛЬСИВНЫЕ ПРИПАДКИ (ОДНОСТОРОННИЕ ИЛИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОДНОСТОРОННИЕ — ОБЫЧНО В РАННЕМ ДЕТСТВЕ)

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Психотические явления у больных эпилепсией могут быть отнесены к пяти большим группам:

1) психотические явления, предшествующие припадку (предвестники, аура) или являющиеся одной из его характерных особенностей;

2) психотические состояния, следующие за припадком или их серией;

3) психотические состояния, возникающие между припадками («эквиваленты» — по терминологии прежних авторов);

4) затяжные психозы с бредовой и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой;

5) изменения личности и слабоумие, которые по своим проявлениям могут достигать тяжести психотического состояния.

Однако наибольшую социальную значимость имеют нарушения, отнесенные к последним четырем группам.

Послеприпадочные психотические состояния. Клинические проявления психотических состояний, развивающихся вслед за припадком или их серией, как указывал Э. Крепелин, столь разнообразны, что практически они исчерпывают все психопатологические синдромы, наблюдаемые при эпилепсии. Однако чаще других наблюдаются состояния оглушения, во время которых больной заторможен, плохо воспринимает окружающее, с трудом и большой задержкой отвечает даже на элементарные вопросы; в речи часты персеверации, нередко имеются проявления амнестической афазии, которая сохраняется в течение некоторого времени и после прояснения сознания. Кроме заторможенности («брадифрения» прежних авторов), может возникать оживление оборонительных реакций, что проявляется внезапной вспышкой агрессии с аффектом гнева или страха.

У некоторых больных развиваются сложные галлюцинаторно-бредовые переживания («эпилептический делирий» с кровавыми сценами войны, преступлений, казни) и тогда больные яростно «защищаются», подвергая опасности самых близких им людей. Длительность нарушений сознания, рассматриваемых в рамках сумеречных состояний разной степени выраженности, — часы, дни, реже недели.

После выхода из сумеречного состояния могут сохраняться отрывочные бредовые высказывания (резидуальный бред) или нарушения настроения. Выход из послеприпадочного психотического состояния обычно постепенный, реже состояние обрывается после сна.

Сумеречные состояния сознания в межпароксизмальном периоде. Клиническое отграничение этих состояний нередко встречает трудности, так как не всегда можно с уверенностью утверждать, что сумеречное состояние не связано с припадком или не является его выражением. Действительно, многие абортивные приступы могут быть не замечены окружающими. Обычно сумеречное состояние такого типа возникает внезапно, «как гром среди ясного неба», реже бывают предвестники. В одних случаях преобладают глубокое помрачнение сознания и двигательное возбуждение, в других — галлюцинации, в третьих — больной производит сложные, казалось бы целенаправленные действия, а затем ничего не помнит об этом (транс). Выход из состояний — критический (нередко после сна).

Сумеречные состояния («эквиваленты» прежних авторов) сближают пролонгированные психотические состояния с психомоторными приступами, но в то же время отличаются от

них клинически и требуют иных терапевтических мероприятий.

Аффективные нарушения в межприпадочном периоде. Аффективные нарушения могут являться составным компонентом более сложного психотического состояния (аффективное содержание сумеречных состояний уже отмечено выше) или наступать самостоятельно, а также быть одной из существенных характеристик изменений личности. Обычно изменения настроения у больных эпилепсией описываются под названием дисфорий, а иногда в качестве синонима употребляют термин — дистимия.

Клиническая практика позволила наметить следующую практическую классификацию аффективных нарушений (В. П. Беляев, 1964):

1. Постоянные нарушения эмоциональности, которые встречаются у больных с тяжелым течением процесса и являются существенной частью изменения личности. Клинически они характеризуются большой силой, вязкостью и взрывчатостью аффекта. Такие больные плохо приспосабливаются к жизни в коллективе; их любовь также трудна, как и ненависть. По малейшему, незначительному поводу больные дают длительные аффективные декомпенсации (так называемые психогенные дисфории), во время которых могут представлять серьезную опасность для мнимого «врага». Эмоциональные переживания нередко весьма экспрессивны, направлены вовне, на окружающих — «мне плохо потому, что меня не любят соседи, сживают со света, все мне хотят зла, и я вынужден защищаться». Постоянство этих нарушений относительно, так как они могут исчезнуть при применении адекватного лечения, хотя еще недавно они считались проявлением необратимого дефекта.

2. Относительно кратковременные нарушения эмоциональности в форме острых дисфорических состояний отличаются от постоянных нарушений эмоциональности и их производных — психогенных дисфорий — тем, что могут возникнуть совершенно внезапно на фоне ровного настроения без видимой связи с внешними поводами. Эти дисфорические состояния достаточно четко отграничены во времени. Им также свойствен обращенный вовне аффект необычной силы. Длительность дисфорических состояний этого типа измеряется часами и днями.

3. Эйфорические и маниакальные состояния у больных эпилепсией кратковременны и обычно не требуют специального лечения. Иногда эйфория (беспричинно повышенное, благодушное настроение) предшествует развитию дисфории. При маниакальных состояниях в отличие от эйфории, кроме

повышения настроения, можно отметить ускорение мыслительных процессов (даже у дементных больных), повышенную деятельность, ухудшение сна.

4. Депрессивные состояния у больных эпилепсией встречаются нередко. Обычно они описываются как депрессивно-дисфорические состояния, дисфории с депрессивно-ипохондрическими переживаниями, но лечебная практика требует их строгого отграничения от дисфорий.

Для депрессивных состояний характерно снижение настроения с наличием переживаний, направленных на себя («во всем виноват сам, болезнь неизлечима, жить не стоит, лекарства уже не помогут, потому что нарушил режим»). Нередко депрессия сочетается с ипохондрическими переживаниями — больной предъявляет массу жалоб на здоровье, не связанных непосредственно с основным заболеванием. Депрессивные состояния могут иметь некоторые «дисфорические черты» (раздражительность, гневливость), но не в качестве ведущего компонента.

5. Циркулярные колебания настроения похожи на таковые при маниакально-депрессивном психозе (чередование депрессивных и маниакальных приступов у больного эпилепсией). Встречаются редко и преимущественно у больных с психомоторными припадками. Лечение их представляет значительные трудности.

Затяжные психозы с бредовым и галлюцинаторно-бредовым синдромом. При эпилепсии психозы, протекающие при ясном сознании с бредовой или галлюцинаторно-бредовой картиной, а также параноильной симптоматикой (бред преследования, величия, изобретательства) чаще наблюдаются у слабоумных больных.

Изменения личности. Изменения личности у больных эпилепсией, которые до недавнего времени считались «характерными» для этого заболевания, хорошо известны и стали достоянием не только специальной, но и художественной литературы. Педантизм, слащавость и мстительность, вязкость и взрывчатость в сочетании с «типичным эпилептическим слабоумием» (слабоумие «концентрического» типа, при котором дольше удерживаются знания, связанные с эгоцентрическим кругом интересов и несущие большой «эмоциональный заряд») считались выражением необратимого эпилептического дефекта. Применение адекватной терапии показывает, что под ее влиянием устраняются не только эмоциональные нарушения, но и медлительность, тугоподвижность психической деятельности, улучшаются мыслительные процессы, изменяются отношения больного с окружающими. Все это заставляет признать, что «эпилептический дефект», в зна-

чительной мере, является понятием функциональным и до некоторой степени обратим.

Следует обратить внимание на исследования А. И. Болдырева (1971), В. П. Беляева (1973), Я. Зелинского (1974) и многих других авторов показавших, что при достаточно полном эпидемиологическом исследовании эпилепсии и ее отдельных клинических проявлений в подавляющем большинстве случаев психические нарушения обнаруживаются в форме «пограничных состояний», а не грубых интеллектуально-мнестических, характерологических и личностных изменений.

В генезе изменений личности у больных эпилепсией лежит ряд факторов, от своеобразия констелляции которых и зависит специфика изменений личности, характера, а также степень слабоумия, если оно имеет место. Такого рода факторами являются: преморбидные особенности, характер органического повреждения мозга и сам эпилептический процесс, компенсаторные возможности, внешние факторы (в том числе воспитание и труд), отношение к больному окружающих, а также, несомненно, и реакция самого больного на болезнь и связанные с нею трудности.

Целесообразно специально подчеркнуть, что при эпилепсии значительно чаще, чем другие психические нарушения, встречаются астенические состояния, ослабление памяти, невротические реакции на болезнь и неврозоподобные состояния как один из этапов развивающегося органического симптомокомплекса.

Именно поэтому практическому врачу очень важно правильно оценить характер и степень выраженности психических изменений у больных эпилепсией, ибо только при этом условии удается избрать правильную психотерапевтическую тактику, от которой, в конечном итоге, зависят конкретный комплекс диспансерных мероприятий и его итоговая эффективность.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Как показывают многочисленные исследования, проведенные у нас в стране и за рубежом, не менее 5 человек на 1000 населения страдают эпилепсией. При этом следует учесть, что эта цифра, очевидно, значительно занижена за счет того, что «стертые» формы заболевания (главным образом, бессудорожные) часто просматриваются врачами или не получают правильной диагностической оценки.

Число больных эпилепсией с выраженными межприпадоч-

ными психическими нарушениями (изменения личности и характера, слабоумие, психозы), временно или постоянно нарушающими социальную адаптацию, сравнительно невелико.

Не вызывает сомнения, что больные эпилепсией с выраженными психическими нарушениями должны наблюдаться психоневрологическими диспансерами наравне с другими психическими больными. Установлено, что кроме этой группы больных эпилепсией в психоневрологические диспансеры охотно обращаются больные с частыми припадками, длительными постприпадочными нарушениями и в тех случаях, когда в структуре припадка больной находит «явно психические нарушения» (автоматизмы, психосенсорные приступы и т. д.). Именно этим объясняется, что в хорошо организованных психоневрологических диспансерах число больных эпилепсией достигает 6 на 1000 населения.

Многолетняя практика работы эпилептологического кабинета психоневрологического диспансера одного из районов Ленинграда показала, что больные с благоприятно текущими формами заболевания все же избегают обращаться в диспансер и предпочитают лечиться у невропатологов поликлиник.

Направление больного без достаточных оснований на лечение в психоневрологический диспансер может явиться для него серьезным психотравмирующим фактором. Именно поэтому в настоящее время не представляется целесообразным сосредоточить диспансеризацию больных эпилепсией только в психоневрологических учреждениях.

В нашей стране накоплен большой опыт диспансеризации различных групп больных и здорового населения. Основные принципы диспансеризации сформулированы в процессе практической деятельности и научной обработки ее результатов большим коллективом организаторов здравоохранения и представителями различных медицниских специальностей.

Диспансеризация отражает основной принцип советского здравоохранения — его профилактическую направленность.

Применительно к больным эпилепсией должны использоваться все элементы этого метода:

1) активное выявление больных в ранних стадиях заболевания;
2) учет выявленных контингентов больных эпилепсией;
3) устранение факторов внешней среды, вредно влияющих на заболевшего;
4) динамическое наблюдение за состоянием их здоровья;
5) улучшение условий труда и быта;
6) плановое применение лечебно-профилактических мероприятий;
7) адекватное трудоустройство;

8) регулярное изучение эффективности диспансеризации. (См. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, т. 2. М., 1974).

Современное представление об эпилепсии предполагает участие в первичной профилактике заболевания медицинских работников всех звеньев здравоохранения (охрана здоровья беременных, матерей и детей, борьба с инфекциями, травматизмом и другими вредными факторами внешней среды, медико-генетические консультации и т. д.), что, в конечном счете, является частью общего социально-экономического плана развития нашего общества, направленного на рост благосостояния народа, улучшение условий труда и быта, оздоровление окружающей среды.

Полученные в каждом конкретном случае сведения используются для составления плана индивидуальной диспансеризации.

Раннее выявление заболевания эпилепсией требует достаточной профессиональной подготовки в области психоневрологии участковых врачей, терапевтов, педиатров, то есть, так называемых врачей «общего профиля». Повышение знаний терапевтов по основным вопросам психиатрии и неврологии должно систематически осуществляться специалистами психоневрологических диспансеров и невропатологами амбулаторных учреждений (лекции, циклы тематических занятий, совместные разборы больных во время консультаций).

Для наиболее адекватного и эффективного использования имеющихся кадров, коечного фонда и диагностического оборудования возникает необходимость расчленить диагностический процесс на отдельные этапы.

При этом удается избежать дублирования сложных и не всегда безразличных для пациента диагностических процедур (краниография, пневмоэнцефалография, ангиография), каковое, к сожалению, встречается еще достаточно часто при плохо налаженной преемственности в работе лечебно-профилактических учреждений. Это даст возможность использовать полученные резервы для своевременного оказания помощи больным, которые, в первую очередь, нуждаются в нейрохирургическом обследовании и последующем оперативном лечении (наличие фокальных припадков на почве рубцовых процессов после травм, подозрение на новообразования, сосудистые аномалии и др.).

В подобных случаях обследование больного должно быть завершено в возможно более сжатые сроки на этапе, когда вероятность достоверного диагноза более велика.

Первый этап — участковый врач. Диагностика в подавляющем числе случаев носит ориентировочный характер.

Основываясь на анализе анамнестических сведений и не имея, как правило, возможности наблюдать пароксизмальные состояния, участковый врач оценивает совокупность явных неврологических, психопатологических и соматических признаков заболевания, принимает предварительное диагностическое решение и направляет больного к невропатологу (нейрохирургу или психиатру).

Второй этап — невропатолог поликлиники, используя необходимые параклинические методы исследования и консультации со специалистами (психиатром, рентгенологом, офтальмологом и др.), уточняет диагноз и систему лечения, выявляет больных, нуждающихся в стационарном обследовании, и выделяет группу больных, сразу же направляемых под наблюдение психоневрологических учреждений.

Третий этап — неврологические, нейрохирургические и психиатрические стационары общего профиля. Расширенный диагностический комплекс, постоянное наблюдение медицинского персонала позволяют полнее выявить и точнее оценить этиопатогенез и клиническую характеристику болезни, что способствует расширению терапевтических мероприятий. Целесообразно, чтобы все больные эпилепсией хотя бы однократно прошли стационарное обследование.

Четвертый этап — городской (республиканский, областной, краевой) консультативно-методический эпилептологический центр со стационаром. В его штат включены все необходимые специалисты; он оснащен совершенным дорогостоящим оборудованием и обеспечивает наиболее совершенный современный уровень диагностики, включая специальные нейрохирургическое обследование и возможность оперативного лечения.

Лечебно-профилактическая помощь больным эпилепсией в психиатрических кабинетах и психоневрологических диспансерах.

Следует напомнить, что все больные эпилепсией, учтенные психоневрологическими учреждениями, должны быть распределены по группам динамического наблюдения. Принцип формирования отдельных групп определяется состоянием больных. В картотеке, внутри основных групп диспансерные карты (ф. 30-пс) для удобства наблюдения распределяются по календарному принципу (дата явки).

Группировка больных для динамического наблюдения в психоневрологических учреждениях (Г. В. Зеневич, 1939—1974) позволяет участковому врачу-психиатру иметь пред-

ставление не только о числе больных с данным заболеванием, но и установить связь между тяжестью течения процесса и объемом лечебно-профилактической помощи, что, кроме того, необходимо для суждения об эффективности диспансеризации.

В большинстве случаев выделение специалиста эпилептолога даже в крупных психоневрологических диспансерах нецелесообразно, так как эпилептолог должен обслуживать не менее 300 тысяч городского населения и обеспечить за выявленными больными полноценное динамическое наблюдение, что возможно только при очень большой плотности населения на административной территории (некоторые районы Москвы, Ленинграда). В противном случае, как показывает опыт организации экспериментальных эпилептологических кабинетов в диспансерах, обслуживающих районы Ленинграда с различным числом жителей (от 80 до 800 тысяч), загрузка эпилептолога будет меньше существующих норм.

При планировании помощи больным эпилепсией с психическими нарушениями и слабоумием для них следует предусмотреть не менее 10% коечного фонда в психиатрических больницах, 5% мест в дневных стационарах (для уточнения диагностики и подбора адекватной медикаментозной терапии) и 20% посадочных мест в лечебно-трудовых мастерских (расчеты основываются на современном уровне заболеваемости и ее структуре) *.

Следует особенно подчеркнуть необходимость тщательного наблюдения за больными травматической эпилепсией, склонных к алкоголизации. Именно в этой группе имеет место самый высокий уровень госпитализации (декомпенсации в результате алкогольной интоксикации); у таких больных нередко складываются конфликтные отношения в быту и на производстве, часть из них обнаруживает рентные установки. Все это требует применения хорошо продуманной системы наблюдения и комплексных индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий в каждом конкретном случае.

Диспансеризация больных эпилепсией участковыми врачами и невропатологами поликлиник.

Все больные эпилепсией в амбулаторных учреждениях общей сети должны быть учтены и обеспечены диспансерным наблюдением (на каждого заполняется ф.30). Изучение за-

* За норматив приняты: 2,5 койки на 1000 населения в психиатрических больницах, 1 место в ЛТМ, 0,2 места на 1000 населения в дневном стационаре.

болеваемости необходимо проводить совместно с территориальными психоневрологическими учреждениями, под наблюдение которых передаются больные эпилепсией с психическими нарушениями и слабоумием.

Частота диспансерных осмотров больных эпилепсией без психических нарушений определяется врачом с учетом типа течения и характера болезни, а также необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Диспансерное наблюдение прекращается при отсутствии пароксизмальных проявлений на протяжении 5 лет, включая год после отмены медикаментов и после всестороннего клинического обследования (обязателен электроэнцефалографический контроль).

Целесообразно выделить 4 группы динамического диспансерного наблюдения, в которые входят:

I. Больные с впервые в жизни установленным диагнозом, нуждающиеся в дополнительных обследованиях и подборе адекватного лечения. Больные в период декомпенсации (учащение припадков, затяжные постприпадочные состояния).

Больные данной группы осматриваются врачом не реже одного раза в месяц.

II. Больные с хроническим течением заболевания и частыми декомпенсациями осматриваются врачом не реже 1 раза в 3 месяца.

III. Больные с редкими припадками и достаточно хорошо социально адаптированные — 1 раз в полугодие.

IV. Больные с единичными припадками, а также те, у которых припадки прекратились, — не реже одного раза в год.

При этом следует учесть, что реальная частота посещений будет несколько большей, так как больные обращаются к врачу за рецептами, при прохождении ВТЭК и т. п. Однако предлагаемая группировка поможет оценить контингенты по тяжести состояния и правильно составить план диспансеризации. План диспансеризации должен охватывать все ее составные части (см. выше). При этом очень важно, чтобы диагностика эпилепсии не ограничивалась постановкой только нозологического диагноза.

Практически удобно пользоваться схемой амбулаторного комплексного лечебно-диагностического заключения, предложенной Л. Л. Рохлиным в 1959 году. Она включает:

а) нозологический диагноз с учетом этиологии, формы заболевания, ведущего синдрома, типа и тяжести течения;

б) определение трудоспособности (временная нетрудоспособность, стойко сниженная трудоспособность, полная нетрудоспособность);

в) группу динамического наблюдения;

г) вид необходимой медицинской помощи (стационар, полустационар, диспансерное амбулаторное обслуживание);

д) вид социальной помощи (профессиональное переобучение, трудоустройство, улучшение жилищных условий и т. д.).

Например: «Эпилепсия травматической этиологии (закрытая травма мозга в 24-летнем возрасте) с редкими генерализованными судорожными припадками. Выраженных психических нарушений в межпароксизмальном периоде нет. Трудоспособен. 4-я группа диспансерного учета. Необходимо улучшить жилищные условия».

Комплексное и унифицированное диагностическое заключение позволяет в лаконичной форме осуществлять обмен медицинской информацией между лечебными учреждениями, а также облегчает выдачу (только по специальным запросам) полных сведений в виде эпикриза или истории болезни. Кроме того, облегчается работа врача, проводящего диспансеризацию и оценку эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

ЭПИЛЕПТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СО СТАЦИОНАРОМ

Современное научное состояние проблемы «Эпилепсия» и возможные в настоящее время лечебно-профилактические мероприятия требуют интеграции усилий многих специалистов. Узкая специализация в области эпилептологии практически невозможна, ибо она потребовала бы от одного врача совершенного знания неврологии, психиатрии, нейрохирургии, электрофизиологии, рентгенологии и других дисциплин, что при современном состоянии развития этих наук нереально.

Все невропатологи и психиатры должны быть достаточно полно осведомлены о современных возможностях диагностики и хирургического лечения эпилепсии, необходимо повсеместное использование наиболее эффективных комплексных методов консервативной терапии, но в сложных случаях и, особенно, когда встает вопрос о целесообразности и возможности оперативного лечения — это дело бригады специалистов. Именно поэтому в здравоохранении был поставлен вопрос о создании эпилептологических центров, в которых осуществлялся бы бригадный метод диагностики и терапии.

Двенадцатилетний опыт работы такого учреждения в Ленинграде показывает, что потребность в «эпилептических» койках составляет 0,25 на 10 000 населения для взрослых, при учтенной болезненности 6 на 1000 населения.

Основными задачами эпилептологического центра являются: нейрохирургическая диагностика и лечение, изыскание

специальных видов консервативного лечения в терапевтически резистентных случаях и оказание консультативно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям на прикрепленной территории.

Поэтому эпилептологические центры могут быть созданы на базе существующих в областях нейрохирургических стационаров или как самостоятельные отделения областных психиатрических больниц.

В первом случае необходимо предусмотреть введение в штат нейрохирургического отделения должности психиатра и организацию специальной «наблюдательной» палаты для больных эпилепсией с психическими нарушениями. Персонал, обслуживающий эту палату, должен пройти специальную психиатрическую подготовку и быть обучен наблюдать и точно описывать состояние больных, а, в особенности, клиническую картину пароксизмальных проявлений.

При организации эпилептологического отделения в областной психиатрической больнице используются типовые штаты нейрохирургического отделения и необходимое для него оборудование (оснащение операционной, палаты интенсивной терапии, рентгеновского и электрофизиологического кабинетов и т. д.).

Одна из врачебных должностей в 60-ти коечном отделении перерегистрируется на должность ординатора-психиатра. Заведует отделением нейрохирург.

Организация правильного отбора больных для обследования в эпилептологических центрах и четкое выполнение всех назначений после выписки требует постоянной связи специализированного центра с лечебными учреждениями, направляющих в него больных.

Методическая роль эпилептологического центра предусматривает привлечение всех врачей, участвующих в лечебном процессе, к консультативной работе в лечебно-профилактических учреждениях на прикрепленной территории. Должен быть составлен не только план консультаций, но и тематических занятий с врачами поликлиник и центральных районных больниц.

Тематические занятия преследуют цель ознакомить врачей с современной диагностикой эпилепсии и наиболее часто встречающимися диагностическими ошибками, современными методами консервативной терапии и применяемыми фармакологическими препаратами, возможностями хирургического лечения, особенностями трудовой экспертизы и медико-социальной помощи при этом заболевании.

Только при этом условии в эпилептологический центр будут направляться именно те больные, которые действительно

нуждаются в квалифицированном дополнительном обследовании и специализированном лечении.

В противном случае врачи эпилептологического центра будучи перегружены осмотрами больных с выраженными психическими нарушениями, у которых диагноз и терапия не вызывают сомнения, а также больных, не нуждающихся в «новом лечении», и направляемых лишь вследствие возникновения конфликтов.

Только четкая регламентация и единый принцип отбора больных, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, позволяют эффективно использовать коечный фонд и консультативные возможности эпилептологического центра.

Эпилептологический центр не может и не должен подменять работу других лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь больным эпилепсией (поликлиник, медико-санитарных частей, психоневрологических диспансеров и больниц).

Он должен обеспечить эффективную систему организации помощи, способствовать повышению квалификации лечащих врачей в области эпилептологии, осуществлять квалифицированную диагностику и специализированную помощь по показаниям, перечисленным выше.

Таким образом, своевременная диагностика эпилепсии, целенаправленное лечение, необходимые меры по диспансеризации и врачебной экспертизе в отношении данной категории больных могут осуществляться при четком, регламентированном взаимодействии различных звеньев здравоохранения.

Заключение

Методические рекомендации по диспансеризации больных эпилепсией ставят перед собой задачу дать краткую характеристику состояния проблемы «Эпилепсия», унифицировать нозологическую и синдромологическую диагностику заболевания, без чего невозможна современная организация помощи и изучение заболеваемости; охарактеризовать более рациональную систему специализированной эпилептологической помощи.

Вопросы современной терапии, включая нейрохирургическое лечение эпилепсии, достаточно полно освещены в монографиях (Е. С. Ремезова, Дифференцированное лечение больных эпилепсией, М., 1965; Клиника, диагностика и хирургическое лечение эпилепсии (под ред. В. М. Угрюмова), Л. 1965; А. И. Болдырев, Эпилепсия у взрослых, М. 1971 г., и др.).

Заполняется учреждением, применившим рекомендуемый метод

ОТРЫВНОЙ ЛИСТ УЧЕТА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Направить в Информационный вычислительный центр Москва, Москворецкая наб., 2а.

1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

2. Утверждаю: Зам. начальника Главного управления НИИ и координации научных исследований Министерства здравоохранения РСФСР Н. А. Демидов

3. Результаты применения метода:

— положительные _____
(количество наблюдений)

— неопределенные _____
(количество наблюдений)

— отрицательные _____
(количество наблюдений)

Общее количество наблюдений _____

Наблюдения приводились с _____ 19 г.

по _____ 19 г.

4. Замечания и пожелания (текст) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
(должность, ф., и., о. лица заполнившего карту)

gost.e-ecolog.ru