**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА**

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
**«Петербургский государственный университет путей сообщения
Императора Александра I»
(ФГБОУ ВО ПГУПС)**<<**Санкт-Петербургский медицинский колледж**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Допустить к защите Заместитель директора по учебной работеСанкт-Петербургского медицинского колледжа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Шанидзе М.О «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. |

**структурное подразделение ПГУПС>>**

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

ПМ.04 Профилактическая деятельность

МДК 04.01 Профилактика заболевания и санитарно-гигиенического образования населения

ТЕМА: ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Работу выполнил обучающийся

III курса ЛД-102 группы

 Юдин Денис Сергеевич

Специальность: 31.02.01 Лечебное дело

Руководитель: Дейнеко З.Г

Курсовая работа выполнена с оценкой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата защиты: «19» декабря 2023г.

Санкт-Петербург

2023 г.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………….4

ГЛАВА I. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗНАНИЙ О НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАЦИЕНТОВ:

* 1. Классификация болезней нервной системы……………………………..6
	2. Основные причины и факторы риска развития нервных заболеваний..10
	3. Эпилепсия

ГЛАВА II. ПРОФИЛАКТИКА НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

2.1 Первичная, вторичная и третичная профилактика нервных заболеваний..21

2.2 Профилактика эпилепсии…………………………………………………….22

2.3 Диспансеризация заболеваний нервной системы…………………………..23

ГЛАВА III: ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

3.1 АНКЕТИРОВАНИЕ…………………………………………………………..26

3.2 БЕСЕДА…………………………………………………..................................27

3.3 Буклет………………………………………………………………………….27

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……………………………………………………………….......28

БИБЛИОГРАФИЯ………………………………………………………………...29

ПРИЛОЖЕНИЯ…………………………………………………………………...30

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЦНС - центральная нервная система
ПНС - периферическая нервная система
НС - нервная система
ПЭП - противоэпилептические препараты
АГ - артериальная гипертензия
СД - сахарный диабет
АЛТ - аланинаминотрансфераза
АСТ - аспартатаминотрансфераза
АЭП - антиэпилептические препараты
КД - кетогенная диета
ПЭП - противоэпилептические препараты
ЭЭГ - электроэнцефалограмма
АФП - альфафетопротеина
УЗИ - ультразвуковое исследование
СОЭ - скорость оседания эритроцитов
ФГДС - фиброгастродуоденоскопия
КТ - компьютерная томография
ЛОР - оториноларингология
МРТ - магнитно-резонансная томография
РЖД - Российские железные дороги

ВВЕДЕНИЕ

Проблема заболеваний неврологической направленности - это одна из проблем современной медицины. Неврологические болезни стабильно входят в десятку самых распространенных заболеваний в мире и нередко являются причиной летального исхода.
В мире неврологические заболевания стабильно занимают вторую-
третью позицию среди причин смертности после болезней сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваний. В России по статистике более 20% смертей происходит именно в следствии неврологических заболеваний, в частности - инсульта. При этом 25% больных погибают в течение первого месяца, еще 30% - в течение года.
Заболевания нервной системы имеют совершенно разную природу -
инфекционные, врожденные, сосудистые, хронические, травматические и пр. Для каждого из них существуют свои факторы риска и свои защитные факторы. Так, например, к факторам риска рассеянного склероза относят инсоляцию и перегревание, к факторам риска инсульта - наличие повышенного артериального давления, атеросклероза и сахарного диабета, к риску развития болезни Паркинсона относят отягощенную наследственность и контакт с пестицидами. Существует целый ряд факторов риска, являющихся общими для всех заболеваний нервной системы. И если на некоторые из них повлиять невозможно (такие как, пожилой возраст, мужской пол, отягощенная наследственность), то на иные человек может воздействовать сам. Предупредить развитие заболевания или по крайней мере отдалить его развитие всегда легче, чем бороться с ним.
Актуальность темы заключается в том, что важнейшую роль в
сохранении и укреплении здоровья населения играет профилактическая деятельность, в т.ч. ранее выявление заболеваний нервной системы при профилактических осмотрах и в рамках проведения диспансеризации.

Объект исследования: пациенты с неврологическими
заболеваниями, в частности эпилепсией.
Предмет исследования: изучение роли медицинского
работника в организации профилактической работы населения.
Цель работы: изучение диспансеризации пациентов с болезнями нервной системы, исходя из поставленной цели, были определены следующие задачи:
- Изучить теоретические аспекты заболеваний нервной системы;
- Рассмотреть первичную, вторичную и третичную профилактику пациентов неврологического профиля;
- Проведение анкетирования и профилактической беседы у населения с целью сохранения качества жизни и здоровья.
Структура данной работы состоит из: введения, 3 глав, заключения,
библиографии и приложений.
Методы исследования, используемые при написании курсовой работы - анализ, синтез и обобщение информации из медицинской литературы, публикаций, интернет-источников, проведение анкетирования и профилактической беседы.

ГЛАВА I. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗНАНИЙ О НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАЦИЕНТОВ

Нервная система представляет собой комплекс структур, которые в целом отвечают за согласованную работу организма и его составляющих. Ключевыми функциями нервной системы являются получение из внешней и внутренней среды информации, ее хранение и обработка. Нервная система подразделяется на центральную и периферическую. Первая состоит из головного и спинного мозга. Вторая обеспечивает связь
ЦНС со всеми органами и структурами организма.
Неврологические нарушения — это болезни головного мозга, спинного мозга, черепных нервов, периферических нервов, нервных корешков, вегетативной нервной системы, нервно-мышечных узлов и мышц.

* 1. Классификация болезней нервной системы

Заболеваний нервной системы великое множество, у каждого различная этиология, течение и лечение. Все болезни нервной системы можно разделить на такие виды, как:

 Сосудистые заболевания ЦНС
Характеризуются нарушением кровоснабжения мозга. Такие болезни тяжело протекают и нередко приводят к инвалидности или смерти.
Инсульт - внезапно наступившее нарушение кровообращения участка мозга, в результате которого развиваются деструктивные изменения в ткани мозга и появляются органические симптомы поражения.
Гипертензивный церебральный криз — внезапное и индивидуальное для каждого пациента заметное повышение артериального давления, сопровождающееся появлением или усугублением имевшейся ранее церебральной симптоматики.
 Инфекционные болезни ЦНС
Развиваются по причине воздействия болезнетворных вирусов, бактерий, паразитов. К развитию неврологических признаков может приводить как сама инфекция, так и иммунная реакция.

Энцефалит - воспаление головного мозга, вызываемое инфекцией. Без лечения приводит к повреждению органа и даже смерти.
Сифилис нервной системы - при заражении сифилисом в 10% случаев поражаются и все отделы нервной системы. Нейросифилис без лечения приводит к параличам и инвалидности, возможна смерть.
Менингит - воспаление, поражающее различные части ЦНС, как оболочки головного мозга, так и спинной. Вызвать менингит могут воспаление среднего уха, травма, вирусы и множество других причин.
Полиомиелит - вирусное заболевание, поражающее всю нервную систему. Чаще всего им болеют дети, часто последствия остаются на всю жизнь.
Врожденные патологии
Многие патологии нервной системы возникают из-за генетических мутаций, травм при рождении или проблем при вынашивании. Часто заболевания проявляются еще в младенчестве: задержка развития, слабые рефлексы, зрение и слух. Отдельные врожденные патологии не дают о себе знать много лет.
Спинальная мышечная атрофия - тяжелое заболевание, при котором поражаются нейроны спинного мозга. Мышцы больных не развиваются и почти не работают, болезнь постепенно приводит к смерти.
Синдром Кэнэвэн - поражает головной мозг. При этом умственное развитие задерживается, нарушается способность глотать. Синдром не поддается лечению.
Хорея Хантингтона - отличается характерными тиками, постепенным развитием слабоумия. Несмотря на то, что болезнь генетическая, проявляется только в старшем возрасте.
Синдром Туретта - расстройство ЦНС, при котором возникают непроизвольные движения и выкрикивание слов. Проявляется в детстве, с возрастом обычно утихает.
Травматические заболевания

Возникают вследствие воздействия на организм различного рода травм (травмы спинного или головного мозга, ушибы, сотрясения).
Травматические поражения головного и спинного мозга принято делить на закрытые, при которых целостность кожи не нарушена, и открытые, сопровождающиеся нарушением целостности кожи. Открытые повреждения мозга в свою очередь делятся на проникающие и непроникающие ранения, в зависимости от повреждения твердой мозговой оболочки.
При сохранности твердой мозговой оболочки заболевание, как правило, протекает асептически, при повреждении последней, особенно в боевой обстановке, инфицирование почти неизбежно.
 Хронические нарушения
Они носят хронический характер и прогрессируют с течением времени.
Эпилепсия - хроническое заболевание, которое проявляется
припадками, судорогами.
Рассеянный склероз характеризуется появлением в головном и спинном мозге диссеминированных очагов демилинизации. Характерные симптомы включают зрительные и глазодвигательные нарушения, парестезии, слабость, спастику, расстройства мочеиспускания и легкие когнитивные симптомы.
Миастения Гравис - аутоиммунное нервно-мышечное заболевание, характеризующееся патологически быстрой утомляемостью поперечнополосатых мышц.
Болезнь Альцгеймера - название одной из форм прогрессирующей деменции. Развитие заболевания приводит к постепенной утрате когнитивных функций пациентами старшей возрастной группы, в некоторых случаях может быть и более молодом возрасте. Лица, страдающие от сенильной деменции, сталкиваются с потерей памяти, снижением внимания, утратой речи, пространственной ориентации, базовых навыков мышления.
 Периферические нарушения
ПНС часто повреждается из-за малой защищенности. Нарушения могут быть вызваны травмами, операциями, инфекциями и токсинами. Обычно эти заболевания вторичны и развиваются как реакция на другую болезнь. Часто бывают при сахарном диабете, болезнях позвоночного столба, алкоголизме и наркозависимости.
Невралгии - воспаление нервов, в результате которого ткани
разрушаются и нейроны гибнут.
Невриты - нарушение целостности нервов, разрушается структура или отдельные клетки.
Полиневриты - множественное поражение нервных окончаний. Часто при этом снижается чувствительность и снижается сила мышц.
Радикулиты - поражаются корешки спинного мозга, вызывая боли.
• Опухолевые патологии- Злокачественные или доброкачественные образования могут возникнуть в любом участке нервной системы. Обычно поражается головной мозг, поэтому симптомы опухолей очень яркие.
• Нервно-психические заболевания

Такие заболевания обусловлены патологиями головного мозга. Они проявляются как расстройство психической деятельности разной интенсивности. Это могут быть легкие расстройства - неврозы, а также тяжелые - психозы, когда нарушается поведение. проявляется разнообразными синдромами и расстройствами: нарушение сна, синдром хронической усталости, неприятные ощущения в теле. Спровоцировать заболевания могут стрессы, постоянное нервное перенапряжение и истощение нервной системы, отсутствие режима. Но немалое значение имеет именно предрасположенность нервной системы к подобным расстройствам.

1.2 Основные причины и факторы развития нервных заболеваний В развитии нарушений нервной системы, как правило, участвует множество факторов риска и прослеживается их изменчивость. При этом в период развития болезни факторы риска могут видоизменяться.

Факторы, вызывающие повреждение элементов нервной системы, подразделяют на экзогенные и эндогенные. Различают первичные экзогенные (химические, физические, информационные, психогенные, биологические и др.) и вторичные экзогенные факторы.
Наиболее часто к первичным экзогенным факторам относятся
злоупотребление и отравление наркотиками, алкоголем, никотином и психоактивными веществами, острая черепно-мозговая, травма тяжелый стресс и др.
Вторичными экзогенными факторами являются тяжелые мозговые и соматические инфекции, абстинентные состояния, психосоматические расстройства НС, заболевания сосудов головного мозга.
Выделяют первичные и вторичные эндогенные факторы.
К первичным эндогенным факторам относятся наследственные дефекты, которые без всякого внешнего влияния могут вызывать тяжелые нарушения функций НС. К заболеваниям, имеющим первичное эндогенное происхождение, относят шизофрению, врожденное слабоумие и маниакально-депрессивный психоз и др. При этом средовые, экзогенные факторы играют роль вторичных пусковых или провоцирующих воздействий.
Вторичные эндогенные факторы возникают в самой НС как следствие нарушений метаболизма при различных видах патологии. К ним относят недостаток или избыток нейромедиаторов и гормонов, ферменты, биологически активные вещества, а также гормоноподобные иммунные комплексы, приводящие к нарушениям нервно-гуморальной регуляции и нейродистрофическим процессам в НС.
К наиболее значимым условиям, определяющим патогенность факторов, воздействующих на нервную систему, относят их интенсивность, длительность, частоту и периодичность, а также состояние нервной системы в момент действия патогенного агента, состояние гематоэнцефалического барьера.

Интенсивность, длительность, частота и периодичность воздействия. Значительные нарушения могут появляться не только под воздействием сильных, но и слабых патогенных факторов при определенных режимах их воздействия. Например, небольшие дозы наркотиков, лекарственных средств при достаточной продолжительности и частоте их потребления способны вызывать грубые нарушения высшей нервной деятельности, движений, чувствительности и другие нейрогенные расстройства. Состояние нервной системы в момент действия патогенного агента. Это определяется ее генетическими особенностями и предшествующими структурно-функциональными повреждениями. Клинические проявления последних к моменту действия данного патогенного фактора могут быть скрытыми или носить характер следовых реакций. На таком фоне патогенность повреждающих воздействий усиливается. Состояние гематоэнцефалического барьера. Патологически повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера для экзо- и эндогенных факторов может сформироваться при действии интоксикации спиртами, ионизирующей радиации, микробными токсинами, в условиях охлаждения организма, различных шоковых состояний, развития тяжелых стрессовых ситуаций.

 1.3Эпилепсия

Эпилепсия - это хроническое неврологическое заболевание, которое повторяющимися, возникающими внезапно эпилептическими приступами.
В зависимости от формы эпилепсии, приступы проявляются в виде двигательных, чувствительных, вегетативных, психических нарушений. Приступы могут сопровождаться нарушением сознания различной степени.
Историческая справка.
Интерес к эпилепсии наблюдался с самой глубокой древности. Ранее эпилепсия называлась: «священная болезнь», «демоническая болезнь», «божественная болезнь», так как считалось, что человек в пароксизме делается одержимым божественной силой или дьявольской. Такие названия, как «лунная болезнь», «болезнь Геракла», «звёздная болезнь», «морбус майор», вероятно, связаны с физической силой страдающих эпилепсией, фазами луны, положением звёзд. В России эпилепсия имела названия: «наказание Христа»., «дурная», «горестное страдание», «черная немощь», «падучая». В древности браминам воспрещалось вступать в брак с женщинами, мучающимися эпилептическими припадками. Есть свидетельства, о том, что муж царицы Нефертити (египетский фараон Ахнатон) страдал эпилепсией. Некоторые отрывки Корана подтверждают, что Магомет страдал эпилепсией, его приступы сопровождались храпом, заведением глаз, отсутствием реакции на окружающее, потливостью, конвульсивным движением губ. В трактате о священной болезни Гиппократ указал роль мозга в ее происхождении (примерно 2500 лет назад). В Средние века полагали, что эпилепсия заразная и после прикосновения к больному человек становится одержимым демоном. В противоположных оценках считалось, что святые и пророки вовремя эпилептических приступов и трансов становились одержимыми богом. В Евангелии от Святого Луки и Святого Марка описано исцеление мальчика, страдающего эпилепсией из-за поселившегося в его теле лукавого. Из «Великих эпилептиков» упоминались Юлий Цезарь, Лев Толстой, Платон, Калигула, Плиний, Наполеон Бонапарт, Тамерлан, Федор Достоевский, Петрарка, Винсент Ван Гог, Гюстав Флобер, Сократ, Карл V, Гельмгольц и прочие известные люди. Это послужило предпосылкой о том, что эпилептики - гениальные люди.
Эпидемиология и статистические данные. На Земле, по данным Международной Лиги по борьбе с эпилепсией, насчитывается до 50 млн. человек, страдающих этим заболеванием. В Европе - 6 млн. страдают эпилепсией, из них 2 млн. дети, 50 млн. В странах СНГ 2,5 млн. человек болеют эпилепсией. В РФ ежегодный прирост больных эпилепсией составляет 14 тыс. человек. Как отмечалось в пособии Колягна В.В.: «Более 50 % больных эпилепсией заболевают до 15 лет, до 20 лет - более 80 %. После приема ПЭП у более 70 % больных эпилепсией состояние значительно улучшается или припадки исчезают полностью, в 50 % случаев терапию можно прервать, без риска рецидива припадков, через несколько лет. Только 5 % пациентов необходимо длительное медикаментозное лечение и социальная помощь. У 30 % больных в течение болезни появляются психические расстройства часто при симптоматических формах заболевания. У 31,4 % детей с эпилепсий отмечается умственная отсталость, у 27,5 % - нарушения речи, у 23,1 % - специфические нарушения обучения. Безработными являются от 50 % до 24 % больных эпилепсией, а в контрольных группах - от 19 % до 8 %. Частота синдрома внезапной смерти при эпилепсии составляет в среднем 1 случай на 1000 больных. Летальность при эпилепсии превышает популяционную в 2-3 раза.
Этиология и патогенез.
Основными причинами эпилепсии являются: индивидуальная
(конституционального или гередитарного характера) предрасположенность, наличие эпилептического повреждения, локальные или генерализованные электрические изменения в головном мозге. К наиболее значимым этиологическим факторам эпилепсии во всех регионах РФ отнесены: травма головы, инсульт, опухоль головного мозга, перинатальная патология, инфекционные заболевания. В детском возрасте наиболее частыми причинами заболевания являются перинатальная патология и родовые травмы, врожденные пороки развития, метаболические нарушения и нарушения питания, инфекции.

В молодом, среднем и пожилом возрасте большую роль выполняют черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые и дегенеративные заболевания мозга. Международная классификация эпилепсии, принятая Международной лигой борьбы с эпилепсией в Нью-Дели (США) в 1989 г.
1. Эпилепсия и эпилептические синдромы, связанные с определённой локализацией эпилептического очага:
1.1. Идиопатическая локально обусловленная эпилепсия.
1.2. Симптоматическая локально обусловленная эпилепсия.
1.3. Криптогенная локально обусловленная эпилепсия.
2. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы:
2.1. Идиопатическая генерализованная эпилепсия.
2.2. Генерализованная криптогенная или симптоматическая эпилепсия.
2.3. Генерализованная симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы.
2.3.1. Генерализованная симптоматическая эпилепсия неспецифической этиологии.
2.3.2. Специфические синдромы.
3. Эпилепсия и эпилептические синдромы, которые не могут быть отнесены к фокальным или генерализованным:
3.1. Эпилепсия и эпилептические синдромы с генерализованными и фокальными припадками.
3.2. Эпилепсия и эпилептические синдромы без определенных проявлений, характерных для генерализованных или фокальных припадков.
4. Специальные синдромы:
4.1. Припадки, связанные с определённой ситуацией.
4.2. Единичные припадки или эпилептический статус.
В настоящее время доказано, что симптоматические и криптогенные
эпилепсии являются большинством эпилепсий.

Эпилептический припадок — это приступ с внезапным, стереотипным по клиническим проявлениям, началом, проявляющийся в форме двигательных, сенсорных, вегетативных, аффективных и когнитивных симптомов, возникающий в результате нейронных разрядов. Возникновение эпилептического приступа зависит от комбинации двух факторов самого мозга: активности судорожного очага и общей судорожной готовности мозга. Судорожный очаг является следствием органического или функционального повреждения участка мозга. В этом месте периодически может возникать острый отек и раздражение нервных клеток двигательной зоны, что ведёт к судорожным сокращениям скелетных мышц, которые, в случае генерализации возбуждения на всю кору головного мозга, заканчиваются потерей сознания.
Судорожная готовность — это вероятность увеличения патологического возбуждения в коре головного мозга сверх уровня, на котором функционирует противосудорожная система мозга. Она может быть высокой или низкой. При высокой судорожной готовности даже небольшая активность в очаге может привести к появлению развёрнутого судорожного приступа. Судорожная готовность мозга может быть настолько велика, что приводит к кратковременному отключению сознания и в отсутствие очага эпилептической активности. Судорожная готовность может отсутствовать вовсе, и, в этом случае, даже при очень сильном очаге эпилептической активности, возникают парциальные приступы, не сопровождающиеся потерей сознания. В отдельных случаях эпилептическому приступу предшествует аура. Проявления ауры очень разнообразны и зависят от локализации эпилептического очага. Эпилептические приступы могут иметь различные проявления в зависимости от этиологии, локализации поражения, ЭЭГ-характеристик уровня зрелости нервной системы на момент развития приступа.

Эпилептические приступы можно классифицировать следующим образом:
I. Первично-генерализованные приступы.
Первично-генерализованные приступы - двусторонние симметричные, без очаговых проявлений в момент возникновения. К ним относятся два вида:
тонико-клонические приступы;

 абсансы — короткие периоды потери сознания.
II. Парциальные приступы.
Парциальные (фокальные) приступы — наиболее частое проявление эпилепсии. Они возникают при повреждении нервных клеток в специфической зоне одного из полушарий мозга и подразделяются на:
•простые — при таких приступах не бывает нарушения сознания;
• сложные — приступы с изменением или нарушением сознания, обусловлены разнообразными по локализации участками перевозбуждения и часто переходят в генерализованные;
• вторично-генерализованные приступы — характерно начало в виде судорожного или бессудорожного парциального приступа или абсанса с последующим двусторонним распространением судорожной двигательной активности на все группы мышц.
При всём многообразии эпилептических припадков для них характерны общие признаки.
• внезапное начало;
• кратковременность (от долей секунды до 5-10 мин);
• самопроизвольное прекращение;
• стереотипность, фотографическое тождество на данном отрезке заболевания.
При генерализованных припадках приступ начинается с внезапной потери сознания, и на ЭЭГ очаг не обнаруживается.
Диагностические критерии.

В соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями оценивают следующие диагностические критерии:
Жалобы:
Собираются как у пациента, так и у свидетеля приступа и родственников больного. Уточняется характер приступа: судорожные, бессудорожные, без утраты сознания, с утратой сознания), наличие ауры, продолжительность, частота.
Анамнез: первый или повторный приступ; возраст дебюта; наличие токсических, гипоксически-ишемических, травматических и инфекционных поражений мозга, включая внутриутробный период; наследственной отягощенности по эпилепсии; наличие в анамнезе неонатальных и фебрильных приступов; нарушение режима труда и отдыха; нарушения режима приема ПЭП; постприступное состояние (описание, видеозапись, ведение дневника приступов).
Физикальное обследование:
• общесоматический статус: общее состояние и его тяжесть, температура тела, пульс, АД, осмотр кожных покровов, дыхание, измерение массы и роста пациента, окружности головы.
• неврологический статус: уровень сознания, черепные нервы, общемозговая симптоматика, двигательно-рефлекторная сфера, менингеальные знаки, чувствительная сфера, координаторная функции тазовых органов, функциякогнитивные функции, психоэмоциональный статус, вегетативная нервная система.
Лабораторные исследования:
• общий анализ крови - при длительном приеме ПЭП, могут возникнуть побочные действия со стороны крови: снижение свертываемости крови, снижение количества тромбоцитов;
• биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин общий амилаза, щелочная фосфатаза, общий белок, мочевина, креатинин (по показаниям) - гепатотоксичность ПЭП необходим контроль

* биохимических параметров для оценки изменений со стороны поджелудочной железы, печени 2 раза в год;
• исследование мочи общеклиническое (общий анализ мочи) 2 раза в год;
• определение уровня АЭП в крови.
• определение уровня АПФ - необходимо для раннего выявления врождённой аномалии плода у беременных женщин на 14 - 15 неделе, принимающих АЭП
Инструментальные исследования:
• ЭЭГ - позволяет определить наличие патологической электрической активности, указывает на расположение эпилептического очага;
• Длительное ЭЭГ - мониторирование - для уточнения типа приступа и регистрации иктального ЭЭГ;
• Исходя из статьи Авакяна Г.Н. и пр. авторов: «МРТ головного мозга необходим для выявления органической патологии»;
• КТ головного мозга - при отсутствии МРТ и при противопоказаниях;
• Нейросонография;
• УЗИ органов брюшной полости.
Тактика лечения:
Немедикаментозное лечение:
• Постельный режим;
• КД - рацион питания, характеризующийся высоким содержанием жиров, ограниченным количеством белков и относительно низким содержанием углеводов, предназначенный для лечения детей и взрослых, страдающих эпилепсией. Соотношение питательных веществ: 4 или 3,5 части жиров к 1 части белков и углеводов вместе взятых.
Медикаментозное лечение.
Лечение эпилепсии должно быть комплексным и постоянным.
Важнейшим в лечении эпилепсии является прием ПЭП, которые снижают частоту припадков или полностью их устраняют.
* Лечение состоит из трех этапов:
- Этап подбора препаратов и их доз. Может продолжаться от 1 до 12 месяцев.
- Этап непрерывного лечения. В среднем длится от 3 до 5 лет.
- Этап постепенного снижения доз ПЭП является завершающим.
Осуществляется при длительном отсутствии припадков и нормализации ЭЭГ, под контролем ЭЭГ. Продолжительность может достигать пяти лет.
Список основных ПЭП и их выбор в зависимости от вида припадка отражен в Приложении Nº 1.
Осложнения.
Эпилептический статус. Это короткий интервал времени между припадками, во время которых человек не приходит в сознание.
Аспирационная пневмония. Может развиваться вследствие аспирации во время приступа рвотных масс, пищи, мелких предметов.
Отек легких нейрогенного характера. Вследствие нарушений в работе нервной системы возникает артериальная гипертензия, которая приводит к перегрузке левого предсердия, и как следствие возникает отек.
Внезапная смерть. Если приступ случится во время купания, больные эпилепсией рискуют утонуть.
Психические расстройства - депрессии, эгоизм, придирчивость, мелочность, агрессивность, злопамятность.
ВЫВОД
Заболевания нервной системы представляют одну из ключевых причин временной утраты трудоспособности, инвалидности и ранней смерти. Болезни этой группы приводят к увеличению затрат семьи, государства и мировых организации на сохранение здоровья. В РФ .

 ГЛАВА II. ПРОФИЛАКТИКА НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

Профилактика — комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или ликвидацию факторов риска. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских и социальных служб в соответствии с N 323-ФЗ от 21.11.2011

2.1 Первичная, вторичная и третичная профилактика нервных заболеваний

Первичная профилактика - система мер предотвращения заболеваний.
Первичная профилактика заболеваний нервной системы включает: отказ от курения; отказ от употребления алкоголя; соблюдение режима труда и отдыха; рациональное питание; витаминотерапия; умеренная физическая нагрузка; уменьшение уровня стресса; вакцинация; своевременная санация очагов инфекции; постоянная умственная работа; вовлеченность в социальную деятельность; своевременное лечение АГ, атеросклероза, заболеваний сердца, СД.
Вторичная профилактика - это комплекс мероприятий по устранению
выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (при снижении иммунного статуса, перенапряжения, адаптационном срыве и др.) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.
Вторичная профилактика заболеваний нервной системы включает:
диспансеризацию; скрининг; генетические исследования.
Третичная профилактика - это комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Цель третичной профилактики - реабилитация.
Третичная профилактика нервных заболеваний включает:
своевременный уход; восстановление физических и умственных функций до достижимого предела; соблюдение назначенного медикаментозного и немедикаментозного лечения с последующей корректировкой; психологическая и психиатрическая помощь.

 2.2. Профилактика эпилепсии

Как отмечают Бортникова С.М., Зубахина Т.В., Кабарухина А.Б. профилактика эпилепсии включает:
• защиту от получения черепно-мозговых травм;
• своевременное лечение инфекционных заболеваний;
• снижение высокой температуры во время острой стадии заболевания, устранение ситуаций с высоким риском перегрева или переохлаждения организма;
• обращение за медицинской помощью при подозрении на травму или опухолевый процесс в головном мозге;
• контроль артериального давления;
• умеренно активный образ жизни:
Показаны прогулки на свежем воздухе и легкая физическая активность.
• соблюдение диеты:
Питание больных эпилепсией подразумевает ограничение потребления жидкости, приправ, поваренной соли, крепкого кофе и алкоголя. Показана растительно-молочная диета.
• соблюдение режима дня:
Необходим полноценный ночной сон (не менее 8 часов), ограничение компьютера, телевизора, мелькания света.
• противопоказана работа, при которой развитие приступа у больного может угрожать жизни или безопасности самого больного или окружающих (на высоте, около открытого огня, водоема, вождение автотранспорта (при сохранении приступов), около движущихся механизмов.

Помимо перечисленных мер, в восстановительный период лечения эпилепсии рекомендуется строго следовать назначениям врача и избегать физической и эмоциональной перегрузки

2.3. Диспансеризация заболеваний нервной системы у взрослых людей.
По инициативе Министерства Здравоохранения РФ с 2013 года проводится диспансеризация взрослого населения. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, которые проводятся для раннего выявления различных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ и факторов риска их развития. На основании следующих документов: Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» Все работники РЖД имеют право 1 раз в год пройти бесплатную диспансеризацию.
В соответствии с распоряжением Nº1110р цели диспансеризации работников РЖД: увеличение периода активной трудовой деятельности и сохранение трудового потенциала работников ОАО РЖД; предупреждение и раннее выявление заболеваний различного характера, в первую очередь сердечно-сосудистых и онкологических болезней, сахарного диабета, туберкулеза, нарушений опорно-двигательного аппарата и основных факторов риска их развития; планирование и проведение профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости на основе динамического диспансерного наблюдения за состоянием здоровья работников ОАО РЖД; создание развития условий для развития системы мер по снижению рисков, связанных со здоровьем работников ОАО РЖД . Объём диспансеризации определён вышеуказанным распоряжением и зависит от пола и возраста работников ОАО РЖД:
Диспансеризация для мужчин и женщин до 40 лет включает в себя:
Осмотры врачами-специалистами: терапевт, хирург, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог, акушера-гинеколог (для женщин).
При наличии показаний, по направлению врача-терапевта - проводится
осмотр онкологом, эндокринологом, кардиологом, неврологом, урологом, проктологом (для мужчин).
Лабораторные и функциональные исследования: клинический анализ мочи, клинический анализ крови, уровень общего холестерина и глюкозы крови, анализ крови на ВИЧ, ЭКГ, флюорография 1 раз в 2 года, УЗИ молочных желез 1 раз в 2 года (для женщин). При наличии показаний, по направлению терапевта - допустимо направление на дополнительные методы обследования.
 Диспансеризация для мужчин и женщин после 40 лет включает в себя:
Осмотры специалистами: терапевт, невролог, стоматолог, хирург,
офтальмолог, оториноларинголог, акушера-гинеколог (для женщин).
При наличии показаний, по направлению врача-терапевта - проводится
осмотр кардиологом, урологом, эндокринологом, онкологом, проктологом (для мужчин).
Лабораторные и функциональные исследования: клинический анализ крови, уровень глюкозы крови и креатинина, анализ крови на ВИЧ липидный профиль (ХС, ЛПНП. ЛПВП, ТГ), клинический анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь 1 раз в 2 года, уровень ПСА общего/ПСА свободного 1 раз в 3 года, ЭКГ, флюорография 1 раз в 2 года, УЗИ БЦА 1 раз в 2 года, УЗИ молочных желез 1 раз в 2 года (для женщин).
Диспансеризация работников РЖД по заболеваниям нервной системы
проходит после выявления врачом-терапевтом нарушенных потребностей. Неврологический осмотр включает исследование психического статуса: настроение пациента, его внимание, манеру ответов на поставленные вопросы. Если мысли пациента путаются, проявляется агрессия, то назначается углубленное исследование когнитивных функций. Невролог проводит дифференциальную диагностику между нарушениями мозговых функций и психическими расстройствами. Также производится оценка черепных нервов, произвольных движений, координации движений, чувствительности, патологии движений, вегетативной нервной системы.
В случае выявленных нарушений работника РЖД направляют на
дополнительное инструментальное и/или лабораторное обследование, ставят диагноз и назначают адекватное лечение. Зачастую эпилептические припадки среди работников РЖД связывают с полученными травмами, злоупотреблением алкогольными напитками, развитием опухолевых процессов и сосудистых заболеваний. Более 30% поставленных диагнозов «Эпилепсия» было получено после проведения диспансеризации и профилактических осмотров. Работники РЖД были своевременно обследованы и направлены на более легкий труд.
ВЫВОД
Профилактическая деятельность - это основа сохранения здоровья
населения, предотвращения и корректировки заболеваний нервной системы и других систем человеческого организма. Благодаря диспансеризации, профилактическим осмотрам и ведению ЗОЖ человек может снизить риск возникновения инвалидности и смертности из-за болезней нервной системы, а также вести социально-приемлемый уровень жизни, т.е. работать, общаться с людьми, заниматься спортом, путешествовать, творить и др.

ГЛАВА III. ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБАТА

3.1 Анкетирование

Анкетирование у взрослых является одним из средств профилактики болезней. Через анкетирование можно получить информацию о состоянии здоровья, образе жизни, питании, физической активности и других факторах, которые могут влиять на здоровье. Анкетирование может проводиться как на работе , так и в медицинских учреждениях.(Приложение №3) Вопросы в анкете могут быть направлены на следующие аспекты:

1-Здоровье: наличие хронических заболеваний, аллергий, проблем со зрением или слухом.

2-Образ жизни: питание (режим питания, наличие пищевых предпочтений, употребление фастфуда), физическая активность (занятия спортом, количество

времени, проведенного перед экранами), сон (режим сна, продолжительность).

3-Психическое здоровье: наличие стрессовых ситуаций, эмоциональное состояние, наличие симптомов депрессии или тревожности.

4-Поведение: употребление алкоголя, курение, употребление наркотиков.

5-Профилактика заболеваний: прививочный статус, посещение врачей для профилактических осмотров.

Анкетирование может проводиться анонимно, чтобы взрослые люди чувствовали себя более комфортно при ответах на вопросы. Результаты анкетирования могут быть использованы для разработки индивидуальных и групповых программ профилактики заболеваний, а также для оценки эффективности проводимых мероприятий. Анализ анкетирования

респондентов о знании и необходимости соблюдения профилактических мероприятий. С целью выявления знаний населения по профилактике мною было проведено анкетирование на тему «СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ У ВЗРОСЛЫХ».

Анкетируемым было предложено ответить на 15 вопросов. Всего было опрошено 50 человек в возрасте от 28 до 40 лет.

* Анкета

Целью исследования явилось изучение представлений людей о причинах возникновения тех или иных проблем со здоровьем у взрослых. (Приложение №3)

3.2 Беседа

Беседа с целью устранения дефицита знаний является одним из средств профилактики болезней у взрослых. В ходе такой беседы можно обсудить различные аспекты здорового образа жизни и предоставить информацию о важности правильного питания, физической активности, соблюдении режима сна и других факторов, влияющих на здоровье и их жизнедеятельность. (Приложение №2)

Во время беседы можно также рассмотреть вопросы, связанные с профилактикой заболеваний, включая вакцинацию, регулярные медицинские осмотры и посещение врачей для профилактических целей. Целью такой беседы является информирование взрослых о важности заботы о своем здоровье и предоставление им необходимых знаний для принятия правильных решений в отношении своего образа жизни и здоровья. Важно также проводить регулярные медицинские осмотры, анкетирование и другие мероприятия, направленные на поддержание и улучшение здоровья.

3.3 Буклет

Для пропаганды средств профилактики болезней у взрослых мною был разработан буклет (Приложение №5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как отмечает ВОЗ в своей работе: «Сотни миллионов людей в мире
страдают неврологическими нарушениями. Более 6 миллионов человек ежегодно умирают от инсульта, около 80% случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Более 50 миллионов людей в мире страдают эпилепсией. По оценкам, 47,5 миллиона людей в мире страдают деменцией, а ежегодно происходит 7,7 миллиона новых случаев заболевания.
Основной причиной деменции является болезнь Альцгеймера, на нее приходится 60-70% случаев деменции. Показатели распространенности мигрени в мире превышают 10%».
Нервная система остается одной до сих пор из самых неизученных областей медицины. Заболевания данной системы имеют не всегда ясную этиологию и патогенез, но одной из важнейших методик лечения неврологических заболеваний является -профилактическая деятельность.
Вследствие изученного теоретического материала и проведенной практической работы, необходимо отметить значимость таких профилактических мер в предотвращении заболеваний нервной системы, как: соблюдение режима работы и отдыха, полноценный сон, рациональное питание, умеренная физическая нагрузка, отказ от вредных привычек, вакцинация, снижение уровня стресса и своевременное выявление и лечение заболеваний. По итогам проведения практической работы, хочется отметить, что
большой процент респондентов не связывает профилактическую работу и наличие имеющихся заболеваний.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. министерство здравоохранения российской федерации приказ от 29 октября 2020 г. № 1177н об утверждении порядка

организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях

2. Зиньковский, А. К. Проблемы эпилепсии в общей клинической практике / А. К. Зиньковский, В. Ю. Шестаков. Итоги и перспективы лечебно-профилактической, научно-исследовательской и педагогической деятельности : ежегодный сборник научно-практических работ / Тверская государственная медицинская академия ; ред. Б. Н. Давыдов, Л. В. Шпак, Г. П. Мохначев [и др.]. – Тверь : Фактор, 2004. – С. 228-229.

3. Гусев, Е. И. Эпилепсия и ее лечение / Е. И. Гусев, Г. Н. Авакян, А. С. Никифоров. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 308 с. :

4. Зенков, Л. Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства : руководство для врачей / Л. Р. Зенков. – 2-е изд. – Москва

5. Бортникова С.М. , Зубахина Т.В., Беседовский С.Г. -4-е изд., Нервные и психические болезни/ Феникс, 2022-с.478

6. Психиатрия : национальное руководство / ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992 с

Приложение №1

К стр.20



Приложение №2

Беседа:

1. Введение: обсуждение важности профилактики заболеваний у взрослых.

2. Прививки: обсуждение необходимости и важности прививок для защиты от опасных инфекций.

3. Физические упражнения: обсуждение роли регулярных физических упражнений в поддержании здоровья и иммунитета.

4. Здоровое питание: обсуждение важности правильного питания, потребления фруктов, овощей, белковой пищи и отказа от вредных продуктов.

5. Гигиена: обсуждение значимости правильной гигиены, включая регулярное мытье рук, ношение масок в период эпидемий и проветривание помещений.

6. Регулярные медицинские осмотры: обсуждение необходимости регулярных посещений врача для контроля состояния здоровья и профилактики болезней.

7. Другие средства профилактики: обсуждение роли занятий спортом, игр на свежем воздухе, достаточного сна и отказа от вредных привычек в поддержании здоровья.

8. Заключение: подведение итогов и подчеркивание важности комплексного подхода к профилактике заболеваний у взрослых.

Приложение №3

1. Известны ли у вашей матери осложнения во время беременности с вами или во время родов? Если да, какие?

2. Были ли у вас в детстве судороги при высокой лихорадке? (В каком возрасте? Как долго?)

 3. Известны ли вам особенности в вашем развитии?

4. Была ли у вас когда-нибудь травма головы, которая привела к повреждению мозга, перелому черепа, потере сознания или сотрясению мозга? Если да, укажите когда, как и в каком объёме это случилось, и приложите, если имеете, заключение врача.

5. Были или есть у вас заболевания центральной нервной системы (головного и спинного мозга), напр. воспаления, кровотечения, опухоли, инфаркты мозга? Если да, какие? (Заключение врача!)

6. Известны ли в вашей семье высокая лихорадка, эпилептические судороги или эпилепсия? Если да, укажите степень родства и форму заболевания.

7. С каких пор у Вас приступы?

8. Какие признаки Вы замечаете до, во время и после приступов?

9. Что замечают окружающие Вас во время приступа и в какой временной последовательности?

10. Как долго длится один приступ (примерно)?

11. Как часто у Вас случаются какие приступы? (Если Вы ведёте запись, принесите её, пожалуйста, с собой на термин).

12. Что вызывает у Вас приступы?

13. Есть ли определённое время, в которое приступы случаются чаще?

14. Когда был Ваш прошлый приступ?

15. Какие лекарства вы принимаете в данное время?

 Приложение №4

Приложение №5



