МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

КАТЕДРА ПО НЕВРОЛОГИЯ

Завеждащ Катедра: проф. д-р Юлия Петрова, дмн

Д-р Пламен Василев Антимов

ЕПИДЕМИОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА В РОМСКИТЕ ОБЩНОСТИ НА ГРАДОВЕТЕ КЮСТЕНДИЛ И ЛОМ

Научна специалност: 03.01.19. Неврология

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Научен ръководител:

Проф. Д-р Ивайло Търнев, дмн

Научни консултанти:

Проф. Ж. Сандър

Проф. А. Жабленски

София

2021

Дисертационният труд е написан на 177 стандартни страници, включващи 12 фигури и 113 таблици. Библиографският списък съдържа 504 литературни източника, от които 15 български и 489 чуждестранни.

Дисертационният труд е обсъден и насрочен за публична защита от Катедрения съвет на Катедрата по неврология при Медицински университет – София на 06.04.2021 год.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 07.07.2021 год. от 13:00 ч., в Аудиторията на Клиниката по неврология – УМБАЛ „Александровска" – София, съобразно заповед на ректора № РК36-1047/13.05.2021 год. пред научно жури в състав:

1. Проф. д-р Венета Сашова Божинова - Чамова, дм
2. Доц. д-р Теодора Кънчева Чамова, дм
3. Проф. д-р Иван Атанасов Петров, дмн
4. Проф. д-р Пенка Атанасова Атанасова, дмн
5. Проф. д-р Пламен Стоянов Божинов, дмн

Материалите по защитата са публикувани на инетрнет страницата на МУ-София и са на разположение на интересуващите се в Библиотеката на Клиниката по Неврология – УМБАЛ „Александровска", бул. „Св. Георги Софийски" №1.

Забележка: Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не съответстват на номерата в дисертационния труд.

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

КАТЕДРА ПО НЕВРОЛОГИЯ

Завеждащ Катедра: проф. д-р Юлия Петрова, дмн

Д-р Пламен Василев Антимов

ЕПИДЕМИОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА В РОМСКИТЕ ОБЩНОСТИ НА ГРАДОВЕТЕ КЮСТЕНДИЛ И ЛОМ

Научна специалност: 03.01.19. Неврология

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Научен ръководител:

Проф. Д-р Ивайло Търнев, дмн

Научни консултанти:

Проф. Ж. Сандър

Проф. А. Жабленски

София

2021

Съдържание

Използвани съкращения

Въведение

1. Постановка на проучването

1.1. Цели, хипотези и задачи
1.2. Контингент на проучването
1.3. Методи на изследване
1.3.1. Скрининг за епилепсия с помощта на скринигов инструмент
1.3.2. Клинично уточняване на скрининг позитивните индивиди
1.3.3. Снемане на рутинен неврологичен статус
1.3.4. Провеждане на електрофизиологично изследване – електроенцефалография
1.3.5. Провеждане на невроизобразяващо изследване
1.3.6. Класифициране на епилептичните пристъпи и видовете епилепсия
1.3.7. Разработване на протокол на епидемиологичното изследване
1.3.8. Статистически методи
1.4. Дизайн на проучването

2. Резултати

2.1. Демографски характеристики и здравна информация

2.1.1. Определяне границите на ромския квартал на гр. Кюстендил
2.1.2. Определяне границите на ромските квартали на гр. Лом
2.1.3. Информация от здравните и статистическите институции
2.1.3.1. Информация от статистически институции
2.1.3.2. Информация от здравни институции
2.1.4. Демографски характеристики на населението на ромския кв. Изток на гр. Кюстендил
2.1.4.1. Разпределение по пол
2.1.4.2. Разпределение по възраст
2.1.4.3. Разпределение по квартали
2.1.5. Демографски характеристики на населението на ромските квартали на гр. Лом
2.1.5.1. Разпределение по пол
2.1.5.2. Разпределение по възраст
2.1.6. Обсъждане

2.2. Традиционни представи на ромите за епилепсия

2.2.1. Традиционни представи на ромите в гр. Кюстендил за епилепсия
2.2.2. Традиционни представи на ромите в гр. Лом за епилепсия
2.2.3. Традиционни представи за епилепсия сред калдарашите
2.2.4. Традиционни представи за епилепсия сред копанарите
2.2.5. Традиционни представи за епилепсия сред тракийските калайджии
2.2.6. Обсъждане

2.3. Валидизиране на скрининговия инструмент

2.3.1. Изследван контингент
2.3.2. Определяне стойностите на критериите за валидизация

2.3.3. Обсъждане

2.4. Заболеваемост и болестност на епилепсията в проучваните ромски общности

2.4.1. Заболеваемост
2.4.1.1. Кюстендил
2.4.1.1.1. Заболеваемост от епилепсия
2.4.1.1.2. Възрастово-специфична заболеваемост
2.4.1.1.3. Полово-специфична заболеваемост
2.4.1.1.4. Кумулативна заболеваемост от епилепсия
2.4.1.1.5. Кумулативна заболеваемост от поне един непровокиран епилептичен припадък
2.4.1.1.6. Заболеваемост от поне един непровокиран епилептичен припадък
2.4.1.2. Лом
2.4.1.2.1. Заболеваемост от епилепсия
2.4.1.2.2. Кумулативна заболеваемост
2.4.1.3. Обсъждане
2.4.2. Болестност
2.4.2.1. Кюстендил
2.4.2.1.1. Моментна болестност от активна епилепсия
2.4.2.1.1.1. Възрастово-специфична болестност от активна епилепсия
2.4.2.1.1.2. Полово-специфична болестност от активна епилепсия
2.4.2.1.1.3. Болестност от активна епилепсия в зависимост от битовите условия
2.4.2.1.2. Пожизнена болестност от епилепсия
2.4.2.1.2.1. Полово-специфична пожизнена болестност от епилепсия
2.4.2.1.2.2. Пожизнена болестност от епилепсия в зависимост от социално-битовите условия
2.4.2.1.3. Болестност от всичките епилептични припадъци
2.4.2.1.4. Болестност от непровокирани афебрилни епилептични припадъци
2.4.2.1.5. Болестност от фебрилни гърчове
2.4.2.1.6. Болестност от един непровокиран афебрилен припадък
2.4.2.1.7. Болестност от провокирани афебрилни припадъци
2.4.2.2. Лом
2.4.2.2.1. Моментна болестност от активна епилепсия
2.4.2.2.1.1. Възрастово-специфична болестност от активна епилепсия
2.4.2.2.1.2. Полово-специфична болестност от активна епилепсия
2.4.2.2.2. Пожизнена болестност от епилепсия
2.4.2.2.3. Болестност от всички епилептични припадъци
2.4.2.2.4. Болестност от фебрилни гърчове
2.4.2.3. Обсъждане

2.5. Клинични и електрофизиологични характеристики на епилепсията в проучваните ромски общности

2.5.1. Кюстендил
2.5.1.1. Начало на заболяването
2.5.1.2. Честотно разпределение на епилептичните припадъци
2.5.1.3. Честотно разпределение на видовете епилепсия
2.5.1.3.1. Генетична епилепсия
2.5.1.3.2. Структурна/Метаболитна епилепсия
2.5.1.3.3. Неизвестна епилепсия
2.5.1.4. Клинико-електрофизиологични корелации между видовете епилепсия

2.5.1.5. Корелации между вида на припадъците и вида на епилепсията
2.5.1.6. Корелации между вида на епилепсията и отклонения в неврологичния статус
2.5.1.7. Корелации между вида на епилепсията и наличие на когнитивен дефицит
2.5.1.8. Корелации между вида на епилепсията и провеждането на антиконвулсантно лечение
2.5.1.9. Корелации между вида на епилепсията и наличие на ФГ
2.5.2. Лом
2.5.2.1. Начало на заболяването
2.5.2.2. Честотно разпределение на епилептичните припадъци
2.5.2.3. Честотно разпределение на видовете епилепсия
2.5.2.3.1. Генетична епилепсия
2.5.2.3.2. Структурна/Метаболитна епилепсия
2.5.2.3.3. Неизвестна епилепсия
2.5.2.4. Клинико-електрофизиологични корелации между видовете епилепсия
2.5.2.5. Корелации между вида на припадъците и вида на епилепсията
2.5.2.6. Корелации между вида на епилепсията и отклонения в неврологичния статус и наличие на когнитивен дефицит
2.5.2.7. Корелации между вида на епилепсията и провеждането на антиконвулсантно лечение
2.5.2.8. Корелации между вида на епилепсията и наличие на ФГ
2.5.3. Обсъждане

2.6. Рискови фактори за поява на епилепсия в проучваните ромски общности

2.6.1. Кюстендил
2.6.1.1. Оценка на наличието на рискови фактори за епилепсия в изследваната популация
2.6.1.2. Количествена оценка на факторите, влияещи върху появата на епилепсия.
2.6.2. Лом
2.6.2.1. Оценка на наличието на рискови фактори за епилепсия в изследваната популация
2.6.2.2. Количествена оценка на факторите влияещи върху появата на епилепсия
2.6.3. Обсъждане

3. Изводи

4. Приноси

5. Публикации и научни съобщения във връзка с дисертационния труд

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АЕМ	Антиепилептични медикаменти
БВП	Брутен вътрешен продукт
ВГТКП	Вторично генерализиран тонично-клоничен припадък
ГТКП	Генерализиран тонично-клоничен припадък
ДИ	Доверителен интервал
ДТК	Дифтерия-тетанус-коклюш
ДЦП	Детска церебрална парализа
ЕЕГ	Електроенцефалография
ИГЕ	Идиопатична генерализирана епилепсия
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МРТ	Магнитнорезонансна томография
МЛСЕ	Международна лига срещу епилепсия
МСБ	Мозъчносъдова болест
НСИ	Национален статистически институт
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
САЩ	Съединени американски щати
СЗО	Световна здравна организация
СПИН	Синдром на придобитата имунна недостатъчност
ТЕЛК	Трудово-експертна лекарска комисия
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение
ФГ	Фебрилни гърчове
ЦНС	Централна нервна система
ЧМТ	Черепномозъчна травма
ЮМЕ	Ювенилна миоклонична епилепсия

ADHD	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
BNCDS	British National Child Development Study
CHES	British Child Health and Education Study
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMO	Health maintenance organization
ILAE	International League Against Epilepsy
ICBERG	International Community Based Epilepsy Research Group
OR	Odds ratio
TG	Treatment gap
TLE	Temporal lobe epilepsy
UKGPRD	UK General Practice Research Database
WHO	World Health Organization

Въведение

Епилепсията е познато от дълбока древност заболяване, писмени данни за което съществуват от около 4000 години пр. Хр. Тя засяга всички възрасти и е едно от най-честите сериозни хронични неврологични заболявания, като според СЗО около 50 мил. души в света боледуват от епилепсия. През 1978 год. СЗО определя епилепсията като заболяване с най-висок приоритет поради високата болестност в развиващите се страни и потенциално тежките последствия. Разпространена е неравномерно по целия свят, като приблизително 80% от епилептично болните живеят в страни с нисък и среден стандарт на живот (WHO 2015). Множеството проведени епидемиологични проучвания на епилепсията показват значителни географски вариации в честотата на епилептичните синдроми, като често са свързани с генетични и социално-икономически фактори. Според Международната лига срещу епилепсия (МЛСЕ) една от основните слабости на проведените досега епидемиологични проучвания на епилепсията е, че повечето проучвания са осъществени в индустриалните държави. Епидемиологичните проучвания в развиващите се страни изискват специален методологичен подход поради относителната липса на прецизна медицинска документация и регистри, както и недостига на скъпоструваща медицинска апаратура. Въпреки че са известни някои рискови фактори, по-голямата част от етиологичните фактори остават неизвестни. Особено подходящи за установяване връзката на различните етиологични и рискови фактори с географското разпределение на заболяването и определяне на степента на географските различия в разпространението му са проспективните популационно-базирани епидемиологични проучвания (Sander 2003). Международната лига срещу епилепсия (ILAE) насърчава осъществяването на проспективни епидемиологични проучвания, целящи установяването на степента на съществуващите географски разлики в заболеваемостта от епилепсия, значението на различните етиологични и рискови фактори за географските вариации на заболяването и заболеваемостта на отделните епилептични синдроми.

1. ПОСТАНОВКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. Цели, хипотези и задачи

Епилепсията вероятно се явява най-честото сериозно неврологично заболяване сред ромските общности в България. Проучвания на болни с фамилни форми на епилепсия показаха, че голяма част от тях принадлежат към големи родословия, които могат да бъдат изучавани чрез конвенционални генетични линкидж анализи. Кръвнородствените бракове изглежда са често срещани в някои затворени ромски групи, достигащи до 45% от браковете.

Не е ясно каква е степента на проблема, но вероятно много епилептично болни в ромските общности не са известни на местните здравни служби. Много роми смятат, че епилепсията е нелечима с конвенционалната медицина и прибягват към лечение от местни лечители чрез традиционни ритуали. Особено силна е стигмата, свързана с епилепсия в тази среда и страхът от стигма също възпира хората от търсене на медицинска помощ, което също допринася за големия процент нелекувани епилептично болни. В настоящия момент единственият източник на информация за епилептично болните в тези общности са данните от диспансерите на местните невролози, архива на болниците и здравноосигурителната система (като голяма част от ромите не са здравно осигурени).

Ето защо е изключително необходима епидемиологична оценка на епилепсията в ромската общност. Също така е важно да се проучат предотвратимите рискови фактори или тригери за епилепсия като ЧМТ или злоупотреба с алкохол. Ромите бяха сериозно засегнати в последните тридесет години от социалните и икономически промени, в това число здравеопазване, безработица, доходи и образование.

Ние възнамеряваме да подадем първите епидемиологични и здравни данни относно лечимото, но понастоящем пренебрегвано, а често инвалидизиращо неврологично заболяване сред ромите в България. Ние предвиждаме, че резултатите ще бъдат приложими и за останалите ромски общности в Европа и биха допринесли за изграждане на обществено-здравни стратегии.

В настоящото проучване се поставиха следните **ЦЕЛИ**:

1. Определяне на заболеваемостта и болестността от епилепсия на ромското население на градовете Кюстендил и Лом.

2. Създаване на демографски и епидемиологичен профил на епилептичните пристъпи в идентифицираните случаи, определяне наличието на клъстери и оценка на рисковите фактори за поява на епилепсия.

3. Установяване на регионални и демографски вариации при идентифицираните болни.

Литературният обзор, данните от предварителните теренни и клинични проучвания сред ромите в България позволяват да се формират следните **ХИПОТЕЗИ**:

1. Сред ромското население епилепсията е по-честа отколкото сред останалото население:

    1. Поради това, че са затворена общност и вероятно по-честите наследствени заболявания.

    2. Поради по-високата травматичност сред ромите.

    3. Поради вероятно по-честа злоупотреба с алкохол и употреба на наркотици.

    4. Поради по-лошите социално-битови условия, по-чести пропуски при имунизация на децата, по-чести инфекциозни заболявания и паразитози.

    5. Поради по-честа перинатална патология. По-чести раждания извън лечебни заведения и непроследяване на бременността.

2. Епилептично болните роми често не се лекуват.

Формулираха се следните конкретни научни **ЗАДАЧИ**:

1. Събиране на демографски данни за ромското население на градовете Кюстендил и Лом.

2. Събиране на данни от местните здравни институции относно регистрираните епилептично болни.

3. Прецизно определяне на границите на ромските квартали.

4. Осъществяване на социо-културно проучване сред ромската общност чрез формиране на фокусни групи от представители на ромски квартали, включително и членове на семейства с епилептично болни и инициране на дискусия за разкриване представите на ромите относно епилепсията, традиционните им начини на лечение и наличие на стигма в ромските общности.

5. Изработване на скринингов инструмент – въпросник за масов скрининг за епилепсия.

6. Валидизиране на въпросника.

7. Осъществяване на масов скрининг за епилепсия по типа „врата до врата“ на ромското население в градовете Кюстендил и Лом с помощта на валидизирания въпросник.

8. Клиничен преглед на скрининг позитивните.

9. Клинично и електрофизиологично фенотипизиране на епилептично болните.

10. Уточняване на несигурните случаи с участието на международен екип от епилептолози.

11. Обобщаване на резултатите и статистическата им обработка.

1.2. Контингент на проучването

Беше проучено ромското население на градовете Кюстендил и Лом, което в рамките на тези два града е съсредоточено почти изцяло в отделни квартали, населени изцяло от цигани. Ромският квартал в Кюстендил е един, кв. Изток, докато в Лом са четири – кв. Стадиона, Момин брод, Младеново и Хумата. Четири домакинства в Кюстендил отказаха анкетиране, докато в Лом нямаше отказали. Скринирани бяха 9 747 души – 3 974 в Кюстендил и 5 773 в Лом (табл. 1).

Град	Скринирани	Скрининг позитивни	Прегледани негативни	Клинично позитивни	Клинично негативни	Суспектни	Епилептично болни
Кюстендил	3974	273	270	64	439	40	92
Лом	5773	99	288	25	359	3	25
Общо	9747	372	558	89	798	43	117

Табл. 1. Скрининг в Кюстендил и Лом.

В групите на епилептично болните не бяха включени жителите с фебрилни гърчове, неонатални гърчове, един епилептичен припадък и симптоматичен епилептичен припадък в хода на остро настъпила неврологична патология.

1.3. Методи на изследване

Методите на изследване включват:

1.3.1. Скрининг за епилепсия с помощта на скринигов инструмент – специално разработен и валидизиран въпросник за провеждане на масов скрининг за епилепсия на всички жители в съответния квартал и определяне на суспектните за епилепсия.

Всеки въпросник се състои от два формуляра – формуляр едно и формуляр две. Формуляр едно е общ за домакинството и съдържа следните данни: код на домакинството, адрес, име на информанта, име на здравния медиатор, брой обитаващи жилището, трите имена, възраст и роднинска връзка с информанта на всеки един член на домакинството. Кодът на домакинството се състои от две части, разделени с наклонена линия (/); първата част е общ код за домакинството, първата цифра на който е индивидуална за всеки здравен медиатор, а втората част на кода е различна за всеки член на домакинството. Формуляр две е индивидуален и се попълва отделен формуляр за всеки един член на домакинството. Той съдържа трите имена на анкетирания, неговият индивидуален код, пол и въпросите от проучването. Здравният медиатор съдейства на информанта за попълване на въпросника за всеки член на домакинството. Всеки въпросник с поне един положителен отговор на въпроси от 2 до 10 или на въпрос 1 заедно с поне още един положителен отговор се счита за положителен.

1.3.2. Клинично уточняване на скрининг позитивните с помощта на въпросник за клинично изследване – на всички положителни от масовия скрининг за епилепсия и на определен брой от негативните (с оглед качествен контрол за фалшиво негативни), както и от техни близки, се сне подробна анамнеза посредством специално разработен диагностичен въпросник на нашия екип в сътрудничество с проф. Ж. Сандер, проф. А Жабленски, проф. Л. Калайджиева.

Въпросникът включва демографски данни, епилептичен и психиатричен скрининг, основна анамнестична част, изясняваща историята на епилептичните припадъци, клиничната им характеристика и класифицирането им, информация за провежданото лечение и резултатите от него, провежданите изследвания, наличие на рисковите фактори, включително бременността, раждането и периода на ранното детство и училищната възраст, както и анамнеза за придружаващи заболявания.

1.3.3. Снемане на рутинен неврологичен статус, включващ изследване на черепно-мозъчни нерви, двигателна дейност, сухожилни и надкостни рефлекси – нормални и патологични, сетивност, координация и висши корови функции.

1.3.4. Провеждане на електрофизиологично изследване – електроенцефалография. На определените като епилептично болни и несигурните случаи се предложи електроенцефалографско изследване.

На далите съгласие за ЕЕГ изследване жители на ромския квартал на град Кюстендил регистрирането се осъществи в Кабинета по ЕЕГ към Отделението по Неврология на МБАЛ Д-р Н. Василиев АД, гр. Кюстендил на апарат NicoletOne vEEG.

На жителите на ромските квартали на град Лом регистрирането се извърши на терен с апарат „PL-EEG Medtronic".

Използвани са биполярни и монополярни монтажни схеми (с 25 електрода, разположени по международната система 10-20), при минимум 20 минутен ефективен запис. Като активационни процедури се приложиха отваряне и затваряне на очите, хипервентилация и интермитентна фотостимулация. В оценката на ЕЕГ са включени:

- Тип на основната ЕЕГ активност
- Дифузни промени – вид, степен на изява, латерализация
- Огнищна активност – вид, локализация, ирадиация
- Пароксизмална активност – вид, локализация, продължителност
- Реактивност на ЕЕГ
- Динамика на ЕЕГ
- Клинико – ЕЕГ корелация.

Проведените ЕЕГ записи в Кюстендил и Лом бяха анализирани от опитен неврофизиолог от екипа на УМБАЛ Александровска.

1.3.5. Провеждане на невроизобразяващо изследване. На болните със Структурна/Метаболитна и с Неизвестна епилепсия се предложи невроизобразяващо изследване.

- Магнитно-резонансното изследване на главен мозък се проведе в МБАЛ „Токуда" на 1.5T магнитен резонанс (MR Signa, GE Healthcare, Milwaukee, WI, U.S.A.) по специален протокол за изследване на епилепсия, състоящ се от 5 серии: сагитална T1-weighted FLAIR; коронарна T1-weighted 3DFSPGR, T2 FLAIR, T2- weighted FRFSE и аксиална T2- weighted FRFSE.

- Компютърна томография на главен мозък се проведе в МБАЛ „Д-р Н. Василиев“ АД на двуслайсов спирален компютърен томограф Siemens – Somatom-Spirit по протокол за нативно изследване на главен мозък.

1.3.6. Класифициране на епилептичните пристъпи и видовете епилепсия според Международната класификация на епилептичните пристъпи от 1981 г. на Международната лига срещу епилепсия (ILAE), както и по-новата предложена класификация (Engel J Jr. и сътр. 2001 и Berg и сътр. 2010) и по-старата Класификация на ILAE от 1970 г. и международната класификация на типа на епилепсията по етиологичен принцип на ILAE от 2010 година.

1.3.7. Разработване на протокол на епидемиологичното изследване – включва подробна информация за дизайна на епидемиологичното проучване и описание на етапите му.

1.3.8. Статистически методи. Данните бяха въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 13.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза бе избрано $p < 0,05$.

Бяха приложени следните методи:

- Дескриптивен анализ – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
- Вариационен анализ – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
- Графичен анализ – за визуализация на получените резултати.
- Алтернативен анализ – за сравняване на относителни дялове.
- Екзактен тест на Фишер и тест χ^2 за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.
- Непараметричен тест на Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк – за проверка на разпределението за нормалност.
- Т-критерий на Стюдънт – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.
- Непараметричен тест на Ман-Уитни – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.
- Бинарен логистичен регресионен анализ – за количествена оценка влиянието на изследваните фактори.

1.4. Дизайн на проучването

Проучването се осъществи в следните четири етапа (фиг. 1):

Етап I

Този етап беше подготвителен. Той се проведе при следните подетапи:

- *Събиране на демографска и здравна информация* за ромското малцинство в Кюстендил и Лом. Националният статистически институт (НСИ) и публикации за ромите бяха главният източник на информация. Данните от НСИ са от последните две проведени преброява-

ния през 2001 и 2010 г. Информация относно ромите, страдащи от епилепсия, беше осигурена от Регионалните здравноосигурителни каси, местните болници и диспансерите на невролозите, Кабинетът по електроенцефалография на УМБАЛ Александровска, както и предходно събрана информация от нашия екип при работа на терен в ромските квартали.

- *Създаване на фокусни групи* от роми с оглед установяване представите на ромите относно епилепсията и нейните прояви. Бяха инициирани дискусии във фокусните групи с цел установяване на културните аспекти на епилепсията сред ромите. Събраха се данни за местните традиционни стратегии за лечение на това заболяване сред ромите. Въз основа на получената информация се създаде специфичен за ромите въпрос във въпросника за масов скрининг, идентифициращ наличие на комплексни парциални пристъпи.

- *Изработване на въпросник за масов скрининг* на базата на въпросници, използвани порано в епидемиологични проучвания в други страни (предимно този в Еквадор) и специфичен за ромите въпрос от информацията, получена при дискусиите във фокусните групи.

- *Валидизиране на въпросника за масов скрининг* – беше валидизиран чрез 50 роми с епилепсия и 50 здрави роми. Установиха се специфичността и селективността на всеки един от въпросите и се избраха най-подходящите за крайния вариант на скрининговия инструмент. Валидираният въпросник беше използван при скрининга.

- Разграничаване на таргетните зони (ромските квартали на Кюстендил и Лом) по географски принцип.

Етап II

В този етап се проведе масов скрининг за епилепсия по принципа „врата до врата". Въпросниците бяха разпространени от местните здравни медиатори, които бяха предварително инструктирани относно употребата му.

Длъжността „здравен медиатор" е въведена за първи път в страната в кв. „Изток" на гр. Кюстендил по проект на Фондация „Здравни проблеми на малцинствата". Тя се описва като мост между ромските общности и здравните и социални служби. В други европейски страни здравните медиатори (в различните страни имат често различни наименования на длъжността) имат значителна роля за подобряването на достъпа на ромите до здравните и социалните служби, както и са спомогнали за преодоляването на дискриминативните нагласи към тях. В България има 195 здравни медиатори, обучени и сертифицирани от Министерството на здравеопазването. Те работят в ромските квартали, говорят ромски език, запознати са със здравното и социалното законодателство, както и със специфичните проблеми на общината, в която работят и живеят. Те са познати и приети от местните здравни институции.

В проучването взеха участие трима здравни медиатори от Кюстендил и четирима от Лом. Те бяха обучени как да използват въпросника. Ромският квартал в град Кюстендил беше разделен на 3 части и всеки здравен медиатор беше отговорен за дистрибутирането на въпросника до жителите на една от трите части. В четирите ромски квартала на град Лом всеки един от четиримата здравни медиатори осъществи анкетирането на жителите им. На по-късен етап

беше добавен още един здравен медиатор в най-големия по площ ромски квартал на гр. Лом - Младеново. Като основна единица в този етап на проучването бяха използвани домакинствата. Беше прието, че всяко жилище представлява едно домакинство. Във всяко домакинство здравният медиатор беше инструктиран да определи информант, от който да получи информация за останалите членове на домакинството чрез попълване на валидизирания въпросник. Здравният медиатор беше инструктиран, че трябва да прочита дословно и изцяло въпросите от скрининговия инструмент, без да дава допълнителни тълкувания или обяснения. Информантът трябва да познава добре здравословното състояние на всеки член на домакинството. Той посочва само един от двата алтернативни отговора – да или не, за всеки един от въпросите.

Анкетираните с положителен резултат от скрининга бяха изследвани клинично в следващия етап. За оценка количеството на фалшиво отрицателните анкети, определен брой от попълнилите отрицателни анкети бяха преглеждани клинично.

Етап III

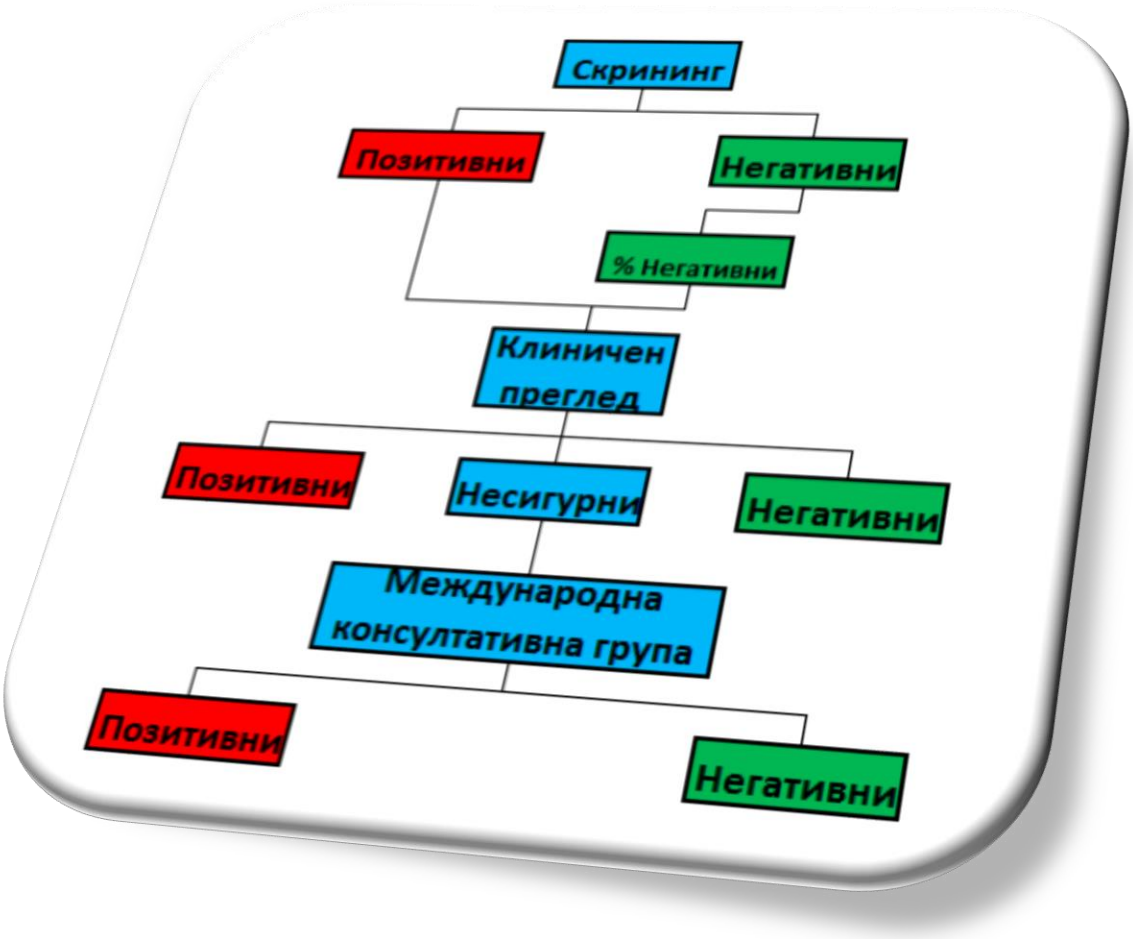
През този етап всеки от анкетираните с положителен резултат от скрининга и определен брой анкетирани с отрицателни анкети бяха детайлно прегледани с помощта на въпросника за клинично изследване. Подборът на жителите с отрицателни анкети се проведе по следния начин: една част от тях бяха избрани на случаен принцип, друга част бяха посочени от здравните медиатори или от други жители на квартала като суспектни, а трета част бяха интервюирани като самостоятелно явили се на организиран от нас свободен консултативен прием в ромските квартали по отношение на неврологични заболявания. Прегледите на част от жителите с положителни анкети се осъществиха в здравния център на ромския квартал Изток на гр. Кюстендил, в здравния център на фондация Рома в гр. Лом, а останалите бяха посетени в домовете им. Анамнеза за оплакванията на суспектните от скрининговия етап жители на ромските квартали на гр. Кюстендил и Лом беше събрана от тях самите и от хората, с които споделят едно домакинство. На всички епилептично болни и несигурни се сне рутинен неврологичен статус. За епилептично болни се приемаха жителите, които са имали поне два непровокирани афебрилни епилептични припадъка или са на антиконвулсантно лечение. Припадъците бяха класифицирани съгласно клиничната класификация на епилептичните припадъци на International League Against Epilepsy's (ILAE) от 1970, 1981 и 2006 година и класификацията на епилепсиите на ILAE от 2010 година. Епилепсиите по етиологичен принцип бяха класифицирани съгласно класификацията на епилепсиите на ILAE от 2010 година.

На клинично диагностицираните епилептично болни и несигурните случаи беше предложено и на съгласилите се осъществено ЕЕГ изследване, като бяха използвани и резултатите от предходно осъществени електроенцефалографски и образни изследвания.

Несигурните случаи бяха анализирани от международна работна група и беше взето крайно решение относно диагнозата.

Етап IV

Резултатите от проучването бяха статистически обработени и анализирани. Бяха определени заболеваемостта и болестността, обективизира се наличието на treatment gap. Разгледаха се клиничните и електрофизиологични особености на епилептично болните роми, класифицираха се епилептичните пристъпи и синдроми. Оцениха се рисковите фактори за поява на епилепсия.



Фиг. 1. Дизайн на проучването.

2. РЕЗУЛТАТИ

2.1. Демографски характеристики и здравна информация

2.1.1. Определяне границите на ромския квартал на гр. Кюстендил

Ромският квартал в Кюстендил е един – кв. Изток, разположен в източния край и на практика е отделен от града (фиг. 2). Той е разделен на две териториални части – стара и нова, чрез централната улица София. Съществува значително социално и битово разслояване между двете части на квартала. Старата част е разположена южно, тя е по-голяма по площ, не е благоустроена и условията на живот са много тежки, няма изградена ВиК мрежа, преобладават жилищата, които са изградени с подръчни материали, родителите не осъзнават нуждата от образование за децата им, които в по-голямата си част отпадат рано от образователната система. Бедността е масово разпространена, много по-дълбока от средните стойности за страната. Новата част, чието изграждане започва след 1950 г., е по-добре урбанизирана и част от нея е в регулация, жилищната среда е по-благоприятна. Хората, които живеят в новата част, са по-мотивирани за търсене на работа и изпращане на децата си на училище. Проблемът с ранните бракове в тази част на квартала не е толкова голям (данните са от доклад на Фондация „Отворено общество“ по поръчка на Община Кюстендил от 2007 година).

Фиг. 2. Сателитна снимка на кв. Изток на гр. Кюстендил от Гугъл карти.

По данни на същия доклад поради необходимостта постоянно да търсят средства за препитание, по-добро заплащане на труда си или в опит да избягат от тежки конфликтни отношения (дългове при лихвари, задлъжнялост на квартални собственици на магазини, от които са пазарували на вересия, влошени отношения с близки и съседи и др.) значителна част от ромите са твърде мобилни и често сменят мястото на пребиваване. След 1998 г. нараства и броят на ромите, работещи извън страната.

В квартал Изток има 29 улици. От тях 16 се намират в новия квартал, а 13 в стария, въпреки че площта и населението на старата част превъзхождат тези на новата.

Циганите в Кюстендил са предимно хорохане рома, въпреки че наскоро са приели християнството и значителна част от ромите в квартала са адвентисти.

2.1.2. Определяне границите на ромските квартали на гр. Лом

Ромските квартали в град Лом са четири – кв. Младеново, кв. Момин брод, кв. Стадиона и кв. Хумата (фиг. 3). Кварталите Младеново, Момин брод и Стадиона са в регулация, като малка част от тях е извън регулация. Квартал Хумата изцяло е извън регулация. Инфраструк-

турата на кв. Стадиона е новоизградена, пътища и улиците са асфалтирани, изградена е нова канализация. Около 50% от улиците в кварталите Младеново и Момин брод са асфалтирани, изграден е водопровод, без канализация (данните са от План за действие на община Лом за подкрепа на интеграционните политики (2012 – 2014).

В кв. Стадиона и кв. Момин брод в Лом живее групата на калайджиите, принадлежаща към йерлиите, хорохане рома, а в кв. Младеново и в кв. Хумата - влашката група решетари.

Фиг. 3. Сателитна снимка на квартал Стадиона (в ляво), кварталите Младеново и Хумата (в средата) и квартал Момин брод (в дясно) на гр. Лом от Гугъл карти.

Квартал Стадиона е най-многолюдния ромски квартал в гр. Лом. В него има 22 улици. Квартал Младеново е най-голям по площ. В него има 56 улици. Квартал Хумата е най-малък, в него улиците са само 5. Квартал Момин брод е най-отдалечен, намира се в периферията на града, в южния му край. В квартала има 15 улици

2.1.3. Информация от здравните и статистическите институции

2.1.3.1. Информация от статистически институции

За източник на демографски данни бяха използвани Националния Статистически Институт (НСИ) и публикации за ромите. Данните от НСИ са от последните две преброявания през 2001 и 2011 година.

Според тях към 01.03.2001 г. населението на гр. Кюстендил е 49,919 души, от които 44,658 се самоопределят като българи, 4,798 като роми, 148 като други, 90 не се самоопределят, а в анкетите на 194 жители етническият произход не е показан. По данни от последното преброяване към 01.02.2011 г. в гр. Кюстендил живеят 42,371 души, от които като българи се самоопределят 36,732, като роми 5,179, турци 21, други – 143, а 296 не са отговорили на този въпрос.

В гр. Лом към 01.03.2001 г. има 27,767 жители, от които като българи се самоопределят 21,394, като роми 6,012, турци – 84, други – 76, не се самоопределя 59, непоказани са били анкетите на 142. По данни към 01.02.2011 г. жителите на гр. Лом са 27,421, от които 22,375 се самоопределят като българи, 4,729 като роми, турци – 50, други – 66, 201 не се самоопределят.

2.1.3.2. Информация от здравни институции

Като източник на информация за всички епилептично болни роми, известни на здравните институции в проучвания квартал на гр. Кюстендил, бяха използвани данни от Регионалната Здравноосигурителна Каса (РЗОК) в гр. Кюстендил, диспансерните списъци на невролозите в града и архива на местната болница МБАЛ „Д-р Н. Василиев" АД. От РЗОК Кюстендил след предварително запитване беше получен списък от 46 епилептично болни, чиято адресна регистрация е в ромския квартал Изток в гр. Кюстендил. Информация за хоспитализираните в МБАЛ „Д-р Никола Василиев" АД епилептично болни роми беше набавена от болничните журнали за последните 10 години, от които бяха изведени всички жители на квартал Изток с поставена диагноза епилепсия, еднократно или неколкократно хоспитализирани бяха 49 болни. Друг източник на информация, който беше използван, бяха диспансеризираните жители на кв. Изток от всичките 6 невролози с амбулаторна практика в гр. Кюстендил. В техните регистри фигурираха 39 епилептично болни от кв. Изток. В голямата си степен имената, събрани от различните здравни институции, съвпадаха.

Като източник на информация за епилептично болните роми, известни на здравните институции в проучваните квартали на гр. Лом, бяха използвани данни от Регионалната Здравноосигурителна Каса (РЗОК) в гр. Монтана, диспансерните списъци на двамата съгласили се невролози в града и архива на местната болница МБАЛ „Св. Николай Чудотворец" ЕООД, гр. Лом, както и от архива на ЕЕГ кабинета на УМБАЛ „Александровска" ЕАД. От РЗОК Монтана, след предварително запитване, беше получен списък от 7 епилептично болни, чиято адресна регистрация е в ромските квартали Младеново, Момин брод, Стадиона и Хумата на гр. Лом. Информация за хоспитализираните в МБАЛ „Св. Николай Чудотворец" ЕООД жители на кварталите Младеново, Момин брод, Стадиона и Хумата с поставена диагноза епилепсия за последните 5 години ни беше предоставена от ръководството на болницата, след предварително подадена молба към директора на болницата. Поради технически причини не беше възможно да бъде получена информация за предходен период от време. Еднократно или неколкократно хоспитализирани бяха 7 болни. Друг източник на информация, който беше използван, бяха диспансеризираните жители на проучваните квартали от двамата съгласили се невролози с амбулаторна практика в гр. Лом. В техните регистри фигурираха 2 епилептично болни от упоменатите квартали. Друг източник на данни беше кабинетът по ЕЕГ на УМБАЛ „Александровска" ЕАД, където се съхранява медицинска документация за 7 епилептично болни роми от гр. Лом.

Поради причини от техническо естество беше получен отказ за предоставяне на данни от местните трудово-експертни лекарски комисии (ТЕЛК).

2.1.4. Демографски характеристики на населението на ромския кв. Изток на гр. Кюстендил

Скрининговият етап на проучването на епилепсията в ромския квартал на гр. Кюстендил се проведе през 2010 година. Бяха анкетирани 3,974 души, които представляват болшинството от населяващите квартала жители за упоменатия период от време. Само четири домакинства отказаха да бъдат анкетирани.

2.1.4.1. Разпределение по пол.

Фиг. 4. Разпределение на изследвания контингент по полова принадлежност.

От включените в обема на изследването роми 1,927 (48.5%) са мъже и 2,047 (51.5%) жени. Средната възраст на включените в извадката е 29.24±18.61 години в интервала от 1 месец до 87 години.

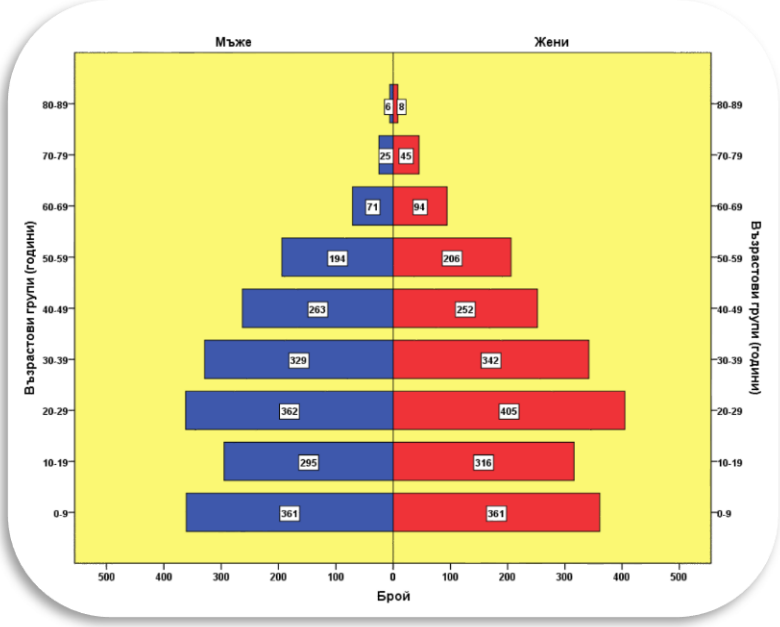
2.1.4.2. Разпределение по възраст.

Разпределението на жителите на кв. Изток по пол и възраст са отразени в следните таблица и фигура.

Възрастови групи	**Общо**		**Мъже**		**Жени**		**p**
	n	%	n	%	N	%	
0-9	722	18.2	361	18.7	361	17.6	n.s.
10-19	611	15.4	295	15.3	316	15.4	n.s.
20-29	767	19.3	362	18.8	405	19.8	n.s.
30-39	671	16.9	329	17.1	342	16.7	n.s.
40-49	515	13.0	263	13.6	252	12.3	n.s.
50-59	400	10.1	194	10.1	206	10.1	n.s.
60-69	165	4.2	71	3.7	94	4.6	n.s.
70-79	70	1.8	25	1.3	45	2.2	<0.05
80-89	14	0.4	6	0.3	8	0.4	n.s.
Липсват данни	39	1.0	21	1.1	18	0.9	
Общо	3974	100.0	1927	100.0	2047	100.0	

Табл. 1. Разпределение на ромите по възраст и пол, общо в двата квартала.

От табл. 1 и фиг. 5 се вижда, че с най-голяма численост са ромите от възрастова група 20-29 години 767 (19.3%), следвани от 0-9 години със 722 (18.2%). С най-малка численост и относителен дял са тези на възраст 80-89 години – 14 (0.4%). Тази ранжировка се запазва и при разделението по пол. Сигнификантна разлика в относителните дялове на възрастовото разпределение на двата пола се установява единствено при възрастова група 70-79 години, в която значимо повече са жените.



Фиг. 5. Честотно разпределение на целия изследван контингент по възрастови групи.

2.1.4.3. Разпределение по квартали

От табл. 2 става ясно, че в новия ромски квартал на Кюстендил отново с най-голяма численост са ромите от възрастова група 20-29 години 286 (20.2%), следвани този път от 30-39 години със 245 (17.3%). С най-малка численост и относителен дял са тези на възраст 80-89 години – 9 (0.6%). Тази ранжировка се запазва и при жените, докато при мъжете на второ място по относителен дял е възрастовата група 0-9 години. Сигнификантна разлика в относителните дялове на възрастовото разпределение на двата пола не се установява.

Възрастови групи	**Общо**		**Мъже**		**Жени**		**P**
	n	%	n	%	N	%	
0-9	216	15.2	118	16.8	98	13.7	n.s.
10-19	217	15.3	103	14.7	114	15.9	n.s.
20-29	286	20.2	138	19.7	148	20.7	n.s.
30-39	245	17.3	115	16.4	130	18.2	n.s.
40-49	181	12.8	99	14.1	82	11.5	n.s.
50-59	153	10.8	72	10.3	81	11.3	n.s.
60-69	67	4.7	32	4.6	35	4.9	n.s.
70-79	29	2.0	11	1.6	18	2.5	n.s.
80-89	9	0.6	5	0.7	4	0.6	n.s.
Липсват данни	14	1.0	9	1.3	5	0.7	
Общо	1417	100.0	702	100.0	715	100.0	

Табл. 2. Разпределение на ромите по възраст и пол в новия квартал.

Възрастови групи	Общо		Мъже		Жени		P
	n	%	N	%	N	%	
0-9	506	19.8	243	19.8	263	19.7	n.s.
10-19	394	15.4	192	15.7	202	15.2	n.s.
20-29	481	18.8	224	18.3	257	19.3	n.s.
30-39	426	16.7	214	17.5	212	15.9	n.s.
40-49	334	13.1	164	13.4	170	12.8	n.s.
50-59	247	9.7	122	10.0	125	9.4	n.s.
60-69	98	3.8	39	3.2	59	4.4	n.s.
70-79	41	1.6	14	1.1	27	2.0	n.s.
80-89	5	0.2	1	0.1	4	0.3	n.s.
Липсват данни	25	1.0	12	1.0	13	1.0	
Общо	2557	100.0	1225	100.0	1332	100.0	

Табл. 3. Разпределение на ромите по възраст и пол в стария квартал.

Резултатите от табл. 3 показват, че в стария ромски квартал на Кюстендил с най-голяма численост са ромите от възрастова група 0-9 години с 506 (19.8%), следвани от 20-29 години с 481 (18.8%), с най-малка численост и относителен дял са отново тези на възраст 80-89 години – 5 (0.2%). Тази ранжировка се запазва и при разделението по пол. Сигнификантна разлика в относителните дялове на възрастовото разпределение на двата пола не се установява.

Възрастови групи	Нов квартал		Стар квартал		p
	n	%	N	%	
0-9	216	15.2	506	19.8	<0.01
10-19	217	15.3	394	15.4	n.s.
20-29	286	20.2	481	18.8	n.s.
30-39	245	17.3	426	16.7	n.s.
40-49	181	12.8	334	13.1	n.s.
50-59	153	10.8	247	9.7	n.s.
60-69	67	4.7	98	3.8	n.s.
70-79	29	2.0	41	1.6	n.s.
80-89	9	0.6	5	0.2	<0.05
Липсват данни	14	1.0	25	1.0	
Общо	1417	100.0	2557	100.0	

Табл. 4. Сравнителен анализ на ромите по възрастови групи в двата квартала.

От табл. 4 става ясно, че населението в двата квартала се различава статистически по възрастова група 0-9, където значимо повече е населението от стария квартал и при най-възрастните, където сигнификантно повече са ромите от новия квартал.

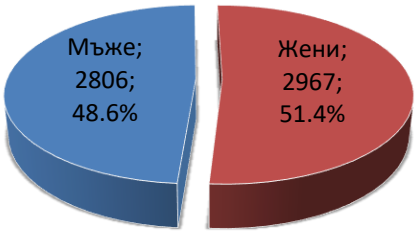
Квартал	Общо			Мъже			Жени			p
	n	$\overline{X}$	SD	N	$\overline{X}$	SD	N	$\overline{X}$	SD	
Нов + стар	3935	29.24	18.62	1906	28.79	18.29	2029	29.65	18.91	0.278
Нов	1403	30.49[a]	18.83	693	29.96[a]	18.86	710	31.01[a]	18.79	0.324
Стар	2532	28.54[b]	18.47	1213	28.13[a]	17.93	1319	28.92[b]	18.95	0.521

Табл. 5. Сравнителен анализ на възрастта общо и по полова принадлежност в двата квартала на Кюстендил. Еднаквите букви по вертикалите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

От табл. 5 става ясно, че средната възраст на мъжете и жените не се различава статистически както общо, така и поотделно в стария и нов квартал на Кюстендил. Средната възраст на жените, както и на цялото ромско население на Кюстендил е статистически значимо по-висока в новия квартал спрямо стария, докато при мъжете разликата не е сигнификантна.

2.1.5. Демографски характеристики на населението на ромските квартали на гр. Лом

Скрининговият етап на проучването на епилепсията в ромските квартали на гр. Лом се проведе през 2011 година. Бяха анкетирани 5,773 души в четирите квартала – Младеново, Момин брод, Стадиона и Хумата. Нямаше отказали анкетирането домакинства.



Фиг. 6. Разпределение на изследвания контингент по полова принадлежност.

2.1.5.1. Разпределение по пол

От включените в обема на изследването роми 2,806 (48.6%) са мъже и 2,967 (51.4%) жени (фиг. 6). Средната възраст на включените в извадката е 31.80±20.02 години в интервала от 10 дни до 88 години.

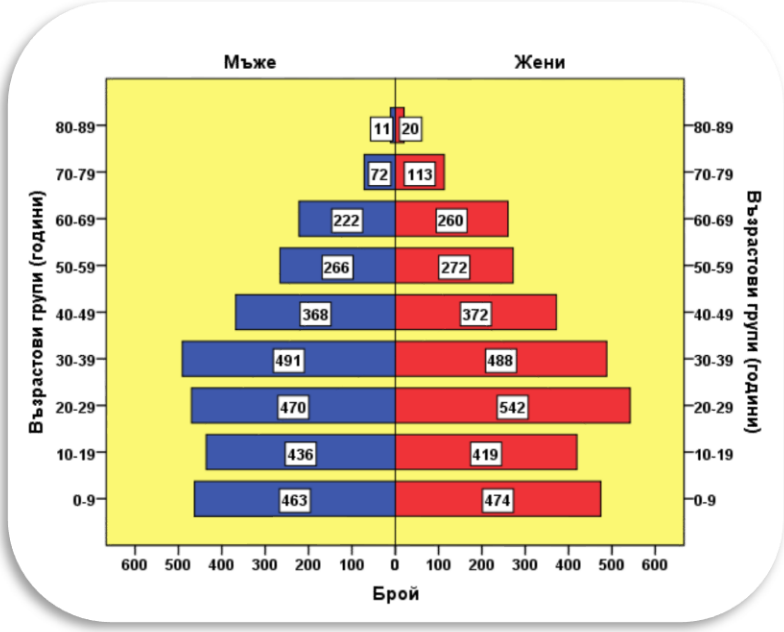
2.1.5.2. Разпределение по възраст

От табл. 6 и фиг. 7 се вижда, че с най-голяма численост са ромите от възрастова група 20-29 години 1,012 (17.5%), следвани от 30-39 години с 979 (17.0%). С най-малка численост и относителен дял са тези на възраст 80-89 години – 31 (0.5%). Тази ранжировка се запазва и при жените, докато при мъжете двете възрастови групи разменят местата си. Сигнификантна раз-

лика в относителните дялове на възрастовото разпределение на двата пола се установява единствено при възрастова група 70-79 години, в която значимо повече са жените.

Възрастови групи	Общо		Мъже		Жени		p
	n	%	N	%	N	%	
0-9	937	16.2	463	16.5	474	16.0	n.s.
10-19	855	14.8	436	15.5	419	14.1	n.s.
20-29	1012	17.5	470	16.7	542	18.3	n.s.
30-39	979	17.0	491	17.5	488	16.4	n.s.
40-49	740	12.8	368	13.1	372	12.5	n.s.
50-59	538	9.3	266	9.5	272	9.2	n.s.
60-69	482	8.3	222	7.9	260	8.8	n.s.
70-79	185	3.2	72	2.6	113	3.8	<0.01
80-89	31	0.5	11	0.4	20	0.7	n.s.
Липсват данни	14	0.2	7	0.2	7	0.2	
Общо	5773	100.0	2806	100.0	2967	100.0	

Табл. 6. Разпределение на населението по възраст и пол.



Фиг. 7. Честотно разпределение на целия изследван контингент по възрастови групи.

Общо			Мъже			Жени			p
N	$\overline{X}$	SD	n	$\overline{X}$	SD	n	$\overline{X}$	SD	
5759	31.80	20.02	2799	31.23	19.71	2960	32.34	20.30	0.084

Табл. 7. Сравнителен анализ на възрастта по полова принадлежност.

От табл. 7 става ясно, че средната възраст на мъжете и жените се различават с гранична сигнификантност ($p<0.1$). С по-висока средна възраст са жените.

2.1.6. Обсъждане

По отношение на разпределението по пол, почти във всяка възрастова група на ромската популация и в двата града жените са по-висок процент, като това е най-изразено във възрастта 20–29 години, вероятно във връзка с миграция на мъжете в търсене на работа и в старческата възраст, над 70 години, където жените са с около 40% повече от мъжете и в двете проучвани популации.

Възрастовата пирамида е от прогресивен тип и в двете изучавани ромски популации, по-подчертано в тази в Кюстендил. Нашите данни са в контраст с възрастовата пирамида на цялото население в областите Кюстендил и Монтана, която е от регресивен тип.

Интересна тенденция се наблюдава при разпределението на населението по възраст и местожителство в двете части на ромския квартал на Кюстендил с различни социално-битови условия. Възрастовата структура на новия квартал е в по-късна фаза на демографска транзиция с по-малки семейства и по-продължителен живот, докато в квартала с по-лоши социално-битови условия на живот графиката е в сравнително по-ранна фаза на демографска транзиция с висока раждаемост и смъртност. Някакви съществени закономерности по отношение на разпределението по възраст и местожителство в Лом не могат да се изведат.

2.2. Традиционни представи на ромите за епилепсия

Епилепсията е позната на човечеството и описвана още преди повече от 3,000 години, като през вековете многократно е митологизирана вероятно във връзка с факта, че е едно от малкото заболявания, при които за кратко време се проявява драматична симптоматика и последващо бързо и привидно чудодейно възстановяване. Още в древен Египет е съществувала забрана на епилептично болни да влизат в храмовете, като се е приемало, че болният е обладан от зли духове или демони.

В наши дни все още съществува изразена стигма по отношение на епилептично болните, особено в по-ниско образованите общности. Стигматизацията и специфичната феноменология на някои епилептични пристъпи обуславят неразпознаването им като епилепсия и дори като соматична патология от немалка част от обществото. Това важи най-вече за комплексните парциални пристъпи и за простите парциални с психична симптоматика. Предходни проучвания на нашия екип на болни с фамилни форми на епилепсия в ромската популация

предположиха висока честота на комплексните парциални пристъпи, които често биваха неразпознати в общността. Тази дисоциация наложи провеждането на социо-културни мероприятия в ромската общност с оглед изучаване на представите на ромите за епилепсията и конкретно за комплексните парциални пристъпи и простите парциални пристъпи с психична симптоматика. Бяха формирани фокусни групи от представители на ромската общност, които включваха членове на фамилии с епилептично болни, изявени лидери в общността, възрастни роми, запознати с традициите, включително и традиционните начини на лечение, млади хора. В рамките на фокусните групи се инициира дискусия относно епилепсията.

2.2.1. Традиционни представи на ромите ковачи в гр. Кюстендил за епилепсия

Първата дискусия относно епилепсията се осъществи в ромския квартал на град Кюстендил. Предварително бяха подготвени 8 въпроса, които бяха поставени на дискусия от членовете на фокусната група. Първият въпрос беше какво представлява според тях епилепсията, като всички участници в дискусията посочиха припадъци, гърчове. Относно описан от нас комплексен парциален припадък всички взели отношение представители на фокусната група приеха, че не се касае за епилептичен пристъп, а го определяха като „лудост", като за пациент с подобни прояви в местната общност биха казали, че страда от „силни нерви". Следващият въпрос, който дискутира фокусната група, беше дали е срамно в общността да имаш епилепсия. Всички роми отговаряха положително на този въпрос, като наред със здравните аспекти това най-вече би се отразило на социалния живот на болния, свързан с по-малки шансове за брак, биват изоставяни от приятелите си, търпят подигравки, околните се страхуват от тях. Болшинството от ромите поддържат схващането, че страдащите от епилепсия деца не трябва да ходят на училище, близките им се опасяват те да не получат припадък в клас. На въпроса дали епилепсията е болест на мозъка или на душата мненията на участниците се разделиха на две сравнително еднакви групи, като едната част от тях смятаха, че е на мозъка, а останалите на душата. Същото разделение на мненията имаше и на въпроса относно лечението и прогнозата на епилепсията – едната част от ромите смятаха, че е нелечима, докато според другите се лекува със съвременните медикаменти. Интересни отговори получихме и на въпроса кое според тях причинява епилепсията. Според участниците в дискусията причина за появата на епилепсия са: „напрежение" в живота, „силни нерви", средата, в която живеят, високата температура навън през лятото, слънцето, повишената телесна температура, уплаха, силна музика, като адвентистката църква ги учила, че това е проява на тъмни сили. Традиционното лечение на епилепсията в ромската общност е предимно с изпълнение на редица ритуали от местни лечители. Ромите разчитат на традиционното лечение на епилепсията в по-голяма степен, отколкото на медицината. Според един от традиционните начини на лечение при припадък се поставя кромид по главата и под носа на болния, за да се „успокои". При друг традиционен ритуал на лечение напълват една възглавница със сено, като баят през това време, възглавницата се вари със сеното в нея, след което с водата болния се полива, а възглавницата хвърля в реката, ритуалът се повтаря 3 пъти. При трети традиционен начин на лечение отрязват част от ноктите на болния, леко порязват врата му отзад и му дават малко от неговата кръв, смачкват нокътя и го размесват с восък от свещ. Друг известен сред общността ритуал се изпълнява по залез слънце, когато баячът облича болния в дрехи, на които предварително е баял. Болният ляга върху черга, която е поставена на прага на вратата, като гла-

вата на болния е навън и е насочена към слънцето. Зад главата на болния има котел, пълен с вода. Баячът взима подкови от бивол и ги нагорещява до червено на огъня, след което бае на 3 от подковите и ги пуска в котела с водата. Ритуалът се повтаря 3 пъти, след което болният е излекуван. Популярно традиционно лечение е правенето на курбан, при който заколват черна кокошка и правят ритуално ястие, от което собствениците не ядат, а го дават на вдовици. Известен е също така извор до църквата на с. Яхиново, общ. Дупница, където не свещеника, а баяч изпълнява ритуал, при който бае на водата до един момент, в който припада. Болните взимат тази вода, която е лечебна и пият от нея. Отново в гр. Дупница съществува ритуал, когато някой получи припадък за първи път, на мястото, където е била главата на болния, се забива пирон и се казва „Тук да остане!“. Освен на традиционни ритуали болните до голяма степен разчитат на църквата и на Бог. Последният въпрос, който беше подложен на дискусия във фокус групата, беше как наричат те описани от нас комплексни парциални припадъци, които ромите не определяха като епилепсия. Повечето от ромите нарекоха това състояние „силни нерви”, като още беше наречено „нервна криза, при която трябва да се взимат успокоителни”, „луд (психично болен)”, „за д-р Миленска“ (популярен кюстендилски психиатър), както и с ромските думи „делино” (луд) и „халавдо” (човек, който не знае какво прави).

2.2.2. Традиционни представи на ромите в гр. Лом за епилепсия

Втората дискусия относно епилепсията във фокусни групи се проведе в гр. Лом. Тя включваше жители и от четирите квартала. Единадесет въпроса бяха поставени на дискусия. На първия въпрос – как те наричат епилепсията на ромски, получихме отговори епилепсия и припадъци. Вторият въпрос беше какви са според тях проявите на епилепсия. Получихме отговори: припадъци, пяна на устата, гърчове на ръцете, частични трепкания на мускули. Според участниците проява на епилепсия могат да бъдат „силни нерви“; пристъп на агресия не може да бъде симптом на епилепсия. Третият въпрос беше дали е срамно в общността да имаш епилепсия. Малка част от участниците заявиха, че не е срамно, докато според болшинството е срамно. Болните се крият. Неомъжена жена трудно може да признае, че има епилепсия, „за да може да се ожени”, тъй като е стигма. Срамуват се да не ги одумват. Опасяват се, че при спор могат да ги обидят и уязвят по този начин. Предимно младите укриват, за да не им се подиграват, обиждат, нараняват. Не винаги другите избягват болните от епилепсия, самите болни се изолират, защото ако получат пристъп, не искат другите да ги гледат. Епилепсията нарушава социалните им контакти. Четвъртият въпрос беше дали епилепсията пречи на децата да ходят на училище. Според участниците в дискусията ромите в Лом пращат болните от епилепсия деца на училище, но винаги ги придружава родител или друг близък; родителите не спират/ограничават епилептично болните си деца от училище. На въпроса дали епилепсията е болест на душата или на мозъка болшинството от дискутиращите заявиха, че е болест на мозъка. Имаше единични мнения, че е „болест на душата, която стига до мозъка“ и че „при децата е на мозъка, а при възрастните може да е от душата“. Шестият въпрос беше „Лекува ли се епилепсията?“. Получихме отговори, че зависи от „стадия“; може да се приемат лекарства и болният да не получава припадъци; лекува се, но не във всички случаи, някои се лекуват; трябва да се внимава при падане, винаги да има близък с тях. Следващият ни въпрос беше какво (кое нещо) причинява според тях епилепсията. Участниците отговориха: тежко (лошо) преживяване, стрес, травма, „силни нерви“, по наследство, при бебетата

при високата температура, според част от дискутиращите страх, уплаха могат да причинят епилепсия, а според други не може. Получихме също така отговори: „някои възрастни хора казват, че плаща чужди грехове“, изпитание пред Бога - „Синът ми има грях и Бог му дава изпитание чрез детето му”, „всяко зло е от дявола“. Осмият въпрос, който зададохме, беше за традиционните лечения на епилепсията в общността. Основното им лечение е вярата в Бог, молят се и четат Библията. Повечето от вярващите роми в Лом изповядват баптизъм, най-популярна е баптистката църква. Присъстващите на дискусията бяха единодушни, че те не вярват в традиционните лечения. В кв. Младеново имало баячка, която лее куршум при уплаха, не специално за епилепсия. Разтопява се метал (олово) на печката и докато е горещо се изсипва в студена вода, като оловото изобразява причината за уплахата. Болният взима след това отливката, която три дни стои под възглавницата му и спи на нея, след което я хвърля в Дунава, за да отнесе водата проблемите. Този ритуал се среща и в двете етнически субгрупи. В кв. Хумата не се прави. Не се прави от християни, туркини са баячките. Хората избягват да правят такива ритуали, защото е грях пред Бога. Попитахме още ромите как наричат неконвулсивните епилептични пристъпи, като им описахме един примерен комплексен парциален пристъп. Всички единодушно характеризираха описания от нас пристъп като „силни нерви“, като получихме освен този и други назовавания, като припадъци, неадекватност, вторачване, изключване на мозъка. Повечето от участниците не свързват тези пристъпи с епилепсия. Десетият въпрос, който зададохме, беше дали влияят фактори на околната среда за появата на епилептични пристъпи. Според участниците влияят силната музика, работата с лаптоп и компютър, телевизионните игри и стреса. Последният въпрос, който подложихме на дискусия беше дали епилепсията може да е симптом на друго заболяване. Участниците отговориха, че може, и че има много видове епилепсия.

2.2.3. Традиционни представи за епилепсия сред калдарашите в гр. Долни Дъбник

Проведе се дискусия относно епилепсията и във фокусна група сред калдарашите. Те наричат болните от епилепсия “бенгайле”. Вярват, че това заболяване се явява като Божие наказание – в резултат от сторен грях, обикновено от родителите на болните деца. Това е болест на главата. Вярва се, че хората с епилепсия имат някои способности, които ги отличават от останалите – имат качества на медиуми, по-силно развито „шесто чувство“, способни са да предвиждат някои бъдещи събития, както и че са защитени от други болести. Може да се разболеят от епилепсия и ако отидат по малка нужда на място, където се навърта невестулка.

Когато болен от епилепсия получи припадък, мястото на падането се разравя и по намерения там предмет може да се съди за хода на болестта. Например ако се намери камък, човекът ще се излекува – ще е здрав като камък, ако има въглен – ще продължи да боледува.

За лечение се използват различни методи – варят се отвари от билки, пациентите се водят при по-възрастни жени да им баят и да леят куршум, правят се талисмани – напр. от кости на умряла на полог кокошка или лястовичка или на мястото на припадъка се заравя жива черна котка.

2.2.4. Традиционни представи за епилепсия сред копанари

Проведе се фокус група с копанари от различни населени места от две области на страната – Габровска (от селата Душево и Батошево) и Великотърновска (гр. Златарица). За участниците във фокус групата епилепсията е синоним на припадъци и това са основните й прояви. За копанарите болестта не е срамна и тя не е причина за спиране на децата от училище. Няма общо разбиране дали е болест на мозъка или душата. За някои от участниците във фокус групата това е болест на мозъка, а за други – болест на душата. Повечето от участниците във фокус групата смятат, че заболяването е лечимо, както и повечето от болните се лекуват с медикаменти.

За по-възрастните участващи във фокус групата копанари епилепсията се причинява от черна магия. Споделят се различни традиционни начини за лечение:

- Прави се дупка в земята, където пациентът е паднал, къса се негова дреха, поставя се в дупката и се заравя. Слага се огледало срещу болния и му се бае.
- Жива змия се разпаря и на болния се дава да глътне сърцето или жлъчката й.
- Жив гълъб се разкъсва и на болния се дава да глътне сърцето му.
- Прави се венче от шипки и се коли черна кокошка. Шипките се берат от шипков храст, който расте в полето и около него няма дървета, които да му правят сянка. Прави се дупка в земята, където болният за първи път е паднал и в дупката се поставят венчето и главата на черната кокошка.
- Хваща се жива змия и се попарва във вряла вода. Болният се облива целия с водата. Където изтича водата, там се забива гвоздей в земята.

Описанието на комплексен парциален пристъп се асоциира с „лудост“, „психотично състояние“, не с епилепсия.

2.2.5. Традиционни представи за епилепсия сред тракийски калайджии

Проведе се фокус група с тракийски калайджии от с. Катуница, Пловдивска област. За участниците във фокус групата проявите на епилепсията са припадъците /бенга/. За тракийските калайджии болестта е много срамна и тя се крие, дори и от най-близките роднини. За това и не пускат болните да ходят на училище. Пусне ли се слух, че някой е болен, не може да се ожени/омъжи.

За мнозинството от участниците във фокус групата епилепсията е болест на душата. Повечето от участниците във фокус групата смятат, че заболяването е лечимо, но са малко болните, които взимат медикаменти. Повечето разчитат на традиционни начини за лечение.

За тракийските калайджии епилепсията също се причинява от магия, направена от хора не от тяхната общност. Те вярват, че се причинява от „омагьосано яйце“, внесено в дома на болния. Този, който прави магията, взима яйце и му бае „за лошо“. Магията се разваля като се взема дреха на болния, отива се на гробище и се зарива в някой гроб. Берат се определени билки, които се изгарят, и с пепелта от тях се кади дома на болния.

Тракийските калайджии също приемат описанието на комплексен парциален пристъп като проява на „лудост“, „обладаване от зли сили“, и не го свързват с епилепсия.

2.2.6. Обсъждане

Стигматизацията и разпространеното убеждения сред ромите, че епилепсията е нелечима от съвременната медицина, са причина те често да прибягват към традиционни лечители. По наши наблюдения само една част от случаите на епилепсия сред ромското общество са известни на здравните служби, като болшинството от тях са „скрити“ в общността и не получават медицински грижи. Това се комбинира с липсата на информираност сред ромите за значението на съдействието на пациента при диагностиката и лечението на това заболяване и незнаенето от ромите на факта, че антиепилептичните медикаменти са безплатни. Значителна е ролята и на стигмата, която води да редица здравни и социални последици. Страхът от стигматизация е един от факторите, които допринасят за голямата степен на нелекувани или неправилно лекувани роми. В резултат на него болшинството от децата с епилепсия в ромските общности рано отпадат от училище, значително се ограничава изборът им на брачен партньор (това в най-голяма степен важи за момичетата) и често води до бракове между епилептично болни или такива с фамилност за епилепсия. По този начин нараства опасността от поява на болестта в следващите им поколения и вероятно по-тежкото й протичане.

Резултатите от проведените дискусии във фокусните групи ни позволиха да формулираме въпрос в скрининговия инструмент, който е специфичен за ромската общност и в най-голяма степен се доближава до представата им за комплексни парциални пристъпи. Във всички дискусии описанието на комплексен парциален пристъп те назоваваха с разпространеното в общността определение „силни нерви“, което по-късно беше включено в скрининговия инструмент и валидизирано.

2.3. Валидизиране на скрининговия инструмент

Валидизирането на скрининговия инструмент е процес на оценяване на способността му да установи определени състояния в конкретна ситуация при едновременното провеждане на друг, по-прецизен метод за установяване на същите (MacMahon and Pugh 1981). Ефикасността на скрининговия етап в проучването зависи от сензитивността и специфичността на скрининговия инструмент. Сензитивността на скрининговия инструмент е мярка за способността му да разпознае като положителни тези изследвани субекти, които притежават проучваното състояние. Специфичността е мярка за способността на инструмента правилно да разпознае субектите, които не притежават проучваното състояние. Често използвани показатели са и описаните от Vecchio (1966) положителна и отрицателна предиктивна стойност. Положителната предиктивна стойност на скрининговия инструмент представлява съотношението между субектите, които са позитивни при скрининга и реално имат проучваното състояние. Негативната предиктивна стойност представлява съотношението между субектите, които са негативни при скрининга и реално не притежават проучваното състояние.

2.3.1. Изследван контингент

Изследваният контингент включва 100 индивиди, от които 50 епилептично болни и 50 здрави индивиди. Средната възраст на включените в извадката за валидизиране на въпросника е 32.91±18.30 години в интервала между 2 и 75. Мъжете са 59 (59%), а жените 41 (41%). От табл. 18 става ясно, че двете изследвани групи са уеднаквени статистически по основните замъгляващи фактори пол и възраст. Единственото им различие от включените в таблицата показатели е по вида на квартала – при здравите сигнификантно повече са живеещите в новия квартал, а при епилептично болните – живеещите в стария квартал (табл. 8).

Показател		Здрави		Епилептично болни		p
		N	%	N	%	
Пол						0.222
	Мъже	26	52.0	33	66.0	
	Жени	24	48.0	17	34.0	
Квартал						0.027
	Нов	20	40.0	9	18.0	
	Стар	30	60.0	41	82.0	
		$\overline{X}$	**SD**	$\overline{X}$	**SD**	
Възраст		33.68	18.51	32.14	18.24	0.712

Табл. 8. Сравнителен анализ на изследваните групи по пол, квартал и възраст.

Група	**Възрастови групи (години)**	**Общо**		**Мъже**		**Жени**		**Нов квартал**		**Стар квартал**	
		n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Здрави	0-9	5	10.0	4	15.4	1	4.2	4	20.0	1	3.3
	10-19	4	8.0	3	11.5	1	4.2	2	10.0	2	6.7
	20-29	16	32.0	9	34.6	7	29.2	5	25.0	11	36.7
	30-39	6	12.0	2	7.7	4	16.7	3	15.0	3	10.0
	40-49	7	14.0	4	15.4	3	12.5	2	10.0	5	16.7
	50-59	7	14.0	3	11.5	4	16.7	4	20.0	3	10.0
	60-69	3	6.0	1	3.8	2	8.3	0	0.0	3	10.0
	70-79	2	4.0	0	0.0	2	8.3	0	0.0	2	6.7
	Общо	50	100.0	26	100.0	24	100.0	20	100.0	30	100.0
Болни	0-9	7	14.0	3	9.1	4	23.5	2	22.2	5	12.2
	10-19	9	18.0	5	15.2	4	23.5	1	11.1	8	19.5
	20-29	6	12.0	4	12.1	2	11.8	2	22.2	4	9.8
	30-39	8	16.0	7	21.2	1	5.9	1	11.1	7	17.1
	40-49	9	18.0	6	18.2	3	17.6	2	22.2	7	17.1
	50-59	9	18.0	6	18.2	3	17.6	1	11.1	8	19.5
	60-69	2	4.0	2	6.1	0	0.0	0	0.0	2	4.9
	70-79	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Общо	50	100.0	33	100.0	17	100.0	9	100.0	41	100.0

Табл. 9. Честотно разпределение на здравите и болни индивиди по пол, възраст и квартал.

От табл. 9 се вижда, че с най-висок относителен дял при здравите са от възрастова група 20-29 години, независимо от половата принадлежност и квартала. При болните разсейването по възрастови групи е значително по-голямо – като цяло преобладават от възрастови групи: 10-19, 40-49 и 50-59; при мъжете - от 30-39 години; при жените – 0-9 и 10-19; от новия квартал – 0-9, 20-29 и 40-49; от стария квартал: 10-19 и 50-59.

2.3.2. Определяне на стойностите на критериите за валидизация

Въпрос №	Чувствителност	Специфичност	Положителна предиктивна стойност	Отрицателна предиктивна стойност	Акуратност
1	82	76	77	81	79
2	84	90	89	85	87
3	72	100	100	78	86
4	56	100	100	69	78
5	60	96	94	71	78
6	72	96	95	77	84
7	42	96	91	62	69
8	34	96	89	59	65
9	40	94	87	61	67
10	62	82	78	68	72
11	92	98	98	92	95

Табл. 10. Стойности на критериите за валидизация (в проценти) на всеки от 11-те въпроси.

От табл. 10 се вижда, че с най-висока чувствителност, отрицателна предиктивна стойност и акуратност е въпрос №11 (виж приложение 11). С най-високи специфичност и положителна предиктивна стойност са въпроси 3 и 4. С най-ниски стойности на критериите за валидизация са въпроси №№8 и 9.

Въпросник	Чувствителност	Специфичност	Положителна предиктивна стойност	Отрицателна предиктивна стойност	Youdens Index
Преди валидизи-рането	100	64	74	100	26
След валидизи-рането	100	86	88	100	12

Табл. 11. Стойности на критериите за валидизация (в проценти) на целия въпросник.

От табл. 11 става ясно, че е постигнато значително повишаване на стойностите на критериите за валидизация след валидизирането на целия въпросник.

2.3.3. Обсъждане

След проведения за първи път от Rose и сътрудници (1973) двуетапен метод за теренно епидемиологично изследване на епилепсията, скринирането с помощта на въпросник става масово използвана техника при проучванията от типа "врата до врата", както и телефонни и такива, посредством изпращане на въпросниците по пощата. Повечето скринингови въпросници са проектирани за откриване на генерализирани припадъци, което е сравнително лесна задача и самите те имат висока сензитивност. Откриването на парциални пристъпи е далеч по-трудна задача. Предвид предварителните данни за фамилии с темпорална епилепсия в проучваните от нас популации, за основа на настоящия въпросник използвахме такъв, специално разработен и валидизиран и за пациенти с парциална епилепсия, при който е постигната задоволителна сензитивност. Проведеното от нас валидизиране, включително сред болни с парциална епилепсия, потвърди високата сензитивност на скрининговия инструмент. Посложен е проблемът със специфичността на въпросника. Наличието на въпроси с ниска специфичност е непрактично и генерира голям брой фалшиво негативни, което може до голяма степен да затрудни проучването и да застраши неговото успешно провеждане. С отчетливо по-ниска специфичност, в сравнение с останалите, бяха въпроси №№ 1 и 10 от първоначалния вариант на въпросника (виж приложения 2 и 11). Поради високата му сензитивност решихме в крайния вариант на въпросника да присъства въпрос № 1, който беше специално разработен за настоящото проучване чрез дискусии във фокусните групи, като се приема за положителен, когато е в комбинация с поне още един положителен въпрос. Поради ниските си селективност и специфичност въпрос № 10 беше премахнат от скрининговия инструмент. В своя краен вариант скрининговият въпросник значително повиши своята специфичност и положителна предиктивна стойност и подобри индекса си на Youdens, при запазени селективност и негативна прогностична стойност.

2.4. Заболеваемост и болестност от епилепсия в проучваните ромски общности

Скрининговият етап на проучването в ромския квартал на Кюстендил се проведе през 2010 година. Бяха анкетирани 3,974 жители на квартала. От тях положителни анкети имаха 273 жители или 6.9%. Всички жители с положителни анкети и 10% от останалите 3,701 – 270 души, общо 543 (или 13.7% от всички скринирани) бяха клинично прегледани и се формираха 3 групи: клинично позитивни – 64 или 11.8% от прегледаните, клинично негативни – 439 или 80.9% и несигурни – 40 – 7.4%. На всички клинично позитивни и несигурни се предложи електроенцефалографско изследване – 104 души или 19.2% от прегледните. След обсъждане се прие, че за 28 от 40те жители в група несигурни – 70%, може да бъде поставена диагноза епилепсия, докато за останалите 12 (30%) наличните данни са недостатъчни за поставянето на диагноза епилепсия. Окончателно бяха определени групите епилептично болни – 92 души или 16.9% от прегледаните и нестрадащи от епилепсия – 451 души от прегледаните 543 или

81.3%. Жителите с фебрилни гърчове, един епилептичен припадък и симптоматичен епилептичен припадък в хода на остро настъпила неврологична патология бяха включени в групата негативни. От 273те скрининг позитивни жители при 75 имаше данни за епилепсия, съответно 27.5%. От прегледаните скрининг негативни жители на ромския квартал 16 (5.9%) бяха фалшиво негативни или от всички скринирани негативни – 0.5% са фалшиво негативни. От фалшиво негативните 15 бяха подадени като „имащи припадъци“ от здравните медиатори или други жители на квартала, а един беше установен при консултативен преглед по повод преживян инсулт.

В периодите между събирането на информация от здравните институции и скрининга и между скрининга и клиничните прегледи беше установена миграция на част от положителните жители. В тази бройка се включват и починалите роми.

От 34 жители, водещи се на диспансер при местните невролози, 2 или 6% бяха мигрирали и не бяха скринирани, а 9 от тях или 26% бяха мигрирали след скрининга и преди клиничните прегледи. Следователно общо 11 от водещите се на диспансер 34 жители или 33% не бяха включени в настоящото проучване.

17 от 50те епилептично болни роми, участващи във валидизирането на скрининговия инструмент, бяха мигрирали в периода между валидизирането и провеждането на скрининга или 34%.

От 49те хоспитализирани в периода 1998–2008 година болни с епилепсия 33 или 67% не присъстват в скрининга, а още 7 от тях или 14% мигрират в периода между скрининга и клиничните прегледи, като общия брой неприсъстващи е 40 или 82%.

От водещите се на учет в РЗОК 46 роми всички присъстват на скрининга, като в периода между скрининга и клиничните прегледи 16 или 36% от тях мигрират.

Скрининговият етап на проучването в ромските квартали на Лом се проведе през 2011 година. Бяха анкетирани 5,773 жители на кварталите Стадиона, Момин брод, Младеново и Хумата. Положителни бяха анкетите на 99 жители (1.7%). Всички жители с положителни анкети и 5% от останалите 5,674 – 288 души, общо 387 (или 6.70% от всички скринирани) бяха прегледани клинично, формираха се следните 3 групи: клинично позитивни – 25 (6.46%), клинично негативни – 353 (91.21%) и несигурни – 9 (2.33%). На всички клинично позитивни и несигурни се предложи електроенцефалографско изследване – 34 души или 8.79% от прегледаните. Окончателно бяха определени групите епилептично болни – 25 души или 6.46% от прегледаните и нестрадащи от епилепсия – 362 души от прегледаните 387 или 93.54%. Жителите с фебрилни гърчове, един епилептичен припадък и симптоматичен епилептичен припадък в хода на остро настъпила неврологична патология бяха включени в групата негативни.

От 99те скрининг позитивни жители при 20 имаше данни за епилепсия, съответно 20.20%. От прегледаните скрининг негативни жители на ромския квартал 5 (1.74%) бяха фалшиво негативни или от всички скринирани негативни – 0.09% са фалшиво негативни. От фалшиво негативните всичките 5 бяха подадени като „имащи припадъци“ от здравните медиатори в гр. Лом.

В периодите между събирането на информация от здравните институции и скрининга и между скрининга и клиничните прегледи беше установена миграция на част от положителните жители. В тази бройка се включват и починалите роми.

В предоставения ни списък на диспансеризирани епилептично болни от съгласилите се местни невролози имаше двама жители от ромските квартали, които присъстваха на скрининга. И двамата жители бяха мигрирали преди клиничното уточняване и не бяха включени в настоящото проучване.

От 7те хоспитализирани в болницата в гр. Лом в периода 2006–2012 година болни с епилепсия всичките присъстваха на скрининга, а 3ма от тях или 42.86% бяха мигрирали след скрининга и преди клиничното уточняване, поради което не са включени в проучването.

От водещите се на учет в РЗОК 7 роми всички присъстват на скрининга, като в периода между скрининга и клиничните прегледи 4 или 57.14% от тях мигрират.

В периода между скрининга и клиничните прегледи 5 роми от четирите ромски квартала в гр. Лом с положителни анкети бяха починали.

2.4.1. Заболеваемост (Incidence)

Заболеваемостта от епилепсия се определя от броя новодиагностицирани епилептично болни за една година, разделен на броя на лицата в риск за същия период и изразен като брой случаи на 100,000 души население.

$$\text{Заболеваемост} = \frac{\text{Брой на регистрираните нови заболявания за определен период}}{\text{Брой на лицата в риск от заболяване през същия период}} \times 100{,}000$$

2.4.1.1. Кюстендил

2.4.1.1.1. Заболеваемост от епилепсия (Incidence)

Нестандартизираната заболеваемост от епилепсия в ромския квартал на Кюстендил е **176.14**/100,000 при 95% ДИ (172.40–179.89), докато стандартизираната по възраст е **151.27**/100,000 при 95% ДИ (149.05–153.49). Стандартизирането по възраст в проучването беше осъществено спрямо популацията на САЩ от 2000 година.

2.4.1.1.2. Възрастово-специфична заболеваемост от епилепсия (Age-specific incidence)

Заболеваемостта по възрастови групи варира от **130**/100,000 във възрастова група 20-29 години, до **416**/100,000 при най-малките (табл. 12).

Възрастови групи	Общ брой	Брой заболели	Брой заболели на 100 000
0-9	722	3	415.51
10-19	611	2	327.33
20-29	767	1	130.38
30-39	671	0	0.00
40-49	515	0	0.00
50-59	400	1	250.00
60-69	165	0	0.00
70-79	70	0	0.00
80-89	14	0	0.00

Табл. 12. Разпределение на заболеваемостта по възрастови групи.

Средна възраст на заболелите е **15.81** години, ако се изчислява по абсолютната възраст или **17.36**, ако се изчислява по възрастови групи.

Възрастова група	Брой	Относителен дял (%)	Sp
0-9	3	42.86	18.70
10-19	2	28.57	17.07
20-29	1	14.29	13.23
30-39	0	0.00	
40-49	0	0.00	
50-59	1	14.29	13.23
60-69	0	0.00	
70-79	0	0.00	
80-89	0	0.00	
Общо	**7**	**100.00**	

Табл. 13. Честотно разпределение на заболелите по възрастови групи.

От табл. 13 става ясно, че с най-голяма честота заболяват субектите в най-младата възрастова група 0-9 години – 3 (**43%**), следвани от 10-19 години с 2 (**29%**) от случаите. Единични случаи се наблюдават във възрастови групи 20-29 и 50-59 години.

2.4.1.1.3. Полово-специфична заболеваемост от епилепсия (Gender-specific incidence)

Заболеваемостта от епилепсия при мъжете е **125.818**/100,000. Тя е около два и половина пъти по-висока от тази при жените – **50.327**/100,000 население.

2.4.1.1.4. Кумулативна заболеваемост от епилепсия (Cumulative incidence)

На табл. 14 е представена кумулативната заболеваемост на заболелите през последната една година роми в гр. Кюстендил. За възраст до 19 години тя е **0.74%**, до 29 години – **0.87%**, а до 59+ години – **1.12%**.

Възрастови групи	Численост на групата	Брой заболели	Възрастово-специфична заболеваемост	Кумулативна заболеваемост
0-9	722	3	0.004155	0.004155
10-19	611	2	0.003273	0.007428
20-29	767	1	0.001304	0.008732
30-39	671	0	0.000000	0.008732
40-49	515	0	0.000000	0.008732
50-59	400	1	0.002500	0.011232
60-69	165	0	0.000000	0.011232
70-79	70	0	0.000000	0.011232
80-89	14	0	0.000000	0.011232

Табл. 14. Кумулативна заболеваемост само на заболелите от епилепсия през последната една година.

III.4.1.1.5. Кумулативна заболеваемост от поне един непровокиран епилептичен припадък

В табл. 15 е представена общата кумулативна заболеваемост на заболелите от епилепсия през последната година и тези с един непровокиран афебрилен епилептичен припадък.

Възрастови групи	Численост на групата	Брой заболели	Възрастово-специфична заболеваемост	Кумулативна заболеваемост
0-9	722	5	0.006925	0.006925
10-19	611	3	0.004910	0.011835
20-29	767	1	0.001304	0.013139
30-39	671	1	0.001490	0.014629
40-49	515	0	0.000000	0.014629
50-59	400	1	0.002500	0.017129
60-69	165	0	0.000000	0.017129
70-79	70	0	0.000000	0.017129
80-89	14	0	0.000000	0.017129

Табл. 15. Кумулативна заболеваемост на епилептично болните и получилите само един епилептичен припадък.

От таблицата става ясно, че за възраст до 19 години кумулативната заболеваемост е **1.18%**, до 29 години – **1.31%**, до 39 години – **1.46%** и до 59+ години – **1.71%**.

2.4.1.1.6. Заболеваемост от поне един непровокиран епилептичен припадък

Заболеваемостта на пациентите, получили поне един епилептичен припадък през последната година е **276.80**/100,000 при 95% ДИ (272.40–281.20).

2.4.1.2. Лом

2.4.1.2.1. Заболеваемост от епилепсия (Incidence)

Нестандартизираната заболеваемост от епилепсия в ромските квартали на Лом е **34.644**/100,000 при 95% ДИ (34.349–34.939), докато стандартизираната по възраст е **28.065/**100,000 при 95% ДИ (27.787–28.343).

2.4.1.2.2. Кумулативна заболеваемост (Cumulative incidence)

На табл. 16 е представена кумулативната заболеваемост от епилепсия през последната една година. За възраст до 19 години тя е **0.11%**, а до 29+ години – **0.21%**.

Възрастови групи	Численост на групата	Брой заболели	Възрастово-специфична заболеваемост	Кумулативна заболеваемост
0-9	937	1	0.001067	0.001067
10-19	855	0	0.000000	0.001067
20-29	1012	1	0.000988	0.002055
30-39	979	0	0.000000	0.002055
40-49	740	0	0.000000	0.002055
50-59	538	0	0.000000	0.002055
60-69	482	0	0.000000	0.002055
70-79	185	0	0.000000	0.002055
80-89	31	0	0.000000	0.002055

Табл. 16. Кумулативна заболеваемост от епилепсия на заболелите през последната една година.

2.4.1.3. Обсъждане

Заболеваемостта от епилепсия сред ромите в Кюстендил е от порядъка на тази в развиващите се държави, като достига до 416/100,000 в първата декада от живота. В ромските квартали на Лом заболеваемостта е от порядъка на тази в индустриалните държави. В Кюстендил сред ромите мъжете заболяват от епилепсия два и половина пъти по-често от жените. Проведените проучвания в света предполагат, че мъжете са с по-висок риск да заболеят от епилепсия от жените, но толкова голяма разлика в заболеваемостта е необичайна. Оценка по полов принцип не може да бъде направена в Лом поради малкия брой заболели там. Кумулативната за-

болеваемост от епилепсия сред ромите в Кюстендил е по-висока отколкото в Лом, но е в границите на описаната в проучвания в други държави.

2.4.2. Болестност (Prevalence)

Болестността от епилепсия се определя от броя епилептично болни в дадена популация в определено време, разделен на броя на лицата в риск за същия период и изразен като брой случаи на 1,000 души население.

2.4.2.1. Кюстендил

2.4.2.1.1. Моментна болестност от активна епилепсия (Point prevalence)

Съгласно протокола на настоящото проучване приемаме за дефиниция на активна епилепсия наличието на два или повече непровокирани афебрилни епилептични припадъка в последните дванадесет месеца или провеждане на антиепилептична терапия.

$$\text{Моментна болестност} = \frac{\text{Брой болни (новорегистрирани и стари) в определен момент}}{\text{Брой на лицата в популацията в същия момент}} \times 1{,}000$$

Нестандартизираната моментна болестност от епилепсия е **20.38**/1,000 при 95% ДИ (19.97–20.78). Стандартизираната по възраст болестност е **19.50**/1,000 при 95% ДИ (19.25–19.74). Това, че стандартизираната е по-ниска, означава, че средната възраст на изследвания контингент е по-висока от тази на използваната за стандарт популация.

2.4.2.1.1.1. Възрастово-специфична болестност от активна епилепсия (Age-specific prevalence)

На табл. 17 са представени епилептично болните роми в Кюстендил, разпределени по възрастови групи. С най-голям относителен дял за всички болни е възрастова група **50-59** години с **3.75%**, следвана от 40-49 години с 2.52%. При мъжете отново на първо място е възрастова група **50-59** години с **4.64%**, но е следвана от 60-69 години с 4.23%. При жените най-високият процент също е при възрастова група **50-59** години (**2.91%**), следван от 40-49 години с 1.98%. С най-нисък процент е възрастова група 10-19 години, както общо, така и при двата пола, а при възраст над 69 години случаи с активна епилепсия няма.

Възрастови групи	Цялото ромско население на Кюстендил			Мъже			Жени		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)
0-9	722	13	1.80	361	9	2.49	361	4	1.11
10-19	611	7	1.15	295	4	1.36	316	3	0.95
20-29	767	16	2.09	362	10	2.76	405	6	1.48
30-39	671	14	2.09	329	9	2.74	342	5	1.46
40-49	515	13	2.52	263	8	3.04	252	5	1.98
50-59	400	15	3.75	194	9	4.64	206	6	2.91
60-69	165	3	1.82	71	3	4.23	94	0	0.00
70-79	70	0	0.00	25	0	0.00	45	0	0.00
80-89	14	0	0.00	6	0	0.00	8	0	0.00

Табл. 17. Разпределение на болните с активна епилепсия по възрастови групи.

Средната възраст на болните с активна епилепсия е малко над **32** години, като двата пола не се различават статистически значимо по този признак (табл. 18).

Общо			Мъже			Жени			p
N	$\overline{X}$	SD	n	$\overline{X}$	SD	n	$\overline{X}$	SD	
81	32.47	17.76	52	32.40	18.41	29	32.59	16.87	0.965

Табл. 18. Сравнителен анализ на възрастта на болните с активна епилепсия общо и по полова принадлежност.

На табл. 19 е показана болестността от активна епилепсия по възрастови групи, която има същите особености като показаните на табл. 17.

Възрастови групи	Цялото ромско население на Кюстендил			Мъже			Жени		
	Общ брой	Брой болни	Брой болни на 1000	Общ брой	Брой болни	Брой болни на 1000	Общ брой	Брой болни	Брой болни на 1000
0-9	722	13	18.006	361	9	24.931	361	4	11.080
10-19	611	7	11.457	295	4	13.559	316	3	9.494
20-29	767	16	20.860	362	10	27.624	405	6	14.815
30-39	671	14	20.864	329	9	27.356	342	5	14.620
40-49	515	13	25.243	263	8	30.418	252	5	19.841
50-59	400	15	37.500	194	9	46.392	206	6	29.126
60-69	165	3	18.182	71	3	42.254	94	0	0.000
70-79	70	0	0.000	25	0	0.000	45	0	0.000
80-89	14	0	0.000	6	0	0.000	8	0	0.000

Табл. 19. Болестност на ромското население с активна епилепсия на Кюстендил по възрастови групи.

С най-висока болестност е възрастовата група **50-59** години, както общо, така и по отделно при мъжете и жените. Над 69 годишна възраст епилептично болни не се установяват.

2.4.2.1.1.2. Полово-специфична болестност от активна епилепсия (Gender-specific prevalence)

Болестността при мъжете е около **два пъти** по-голяма от тази при жените (табл. 20).

Пол	Брой болни	Население	Болестност (нестандартизирана) на 1000
Мъже	52	1927	26.985
Жени	29	2047	14.167

Табл. 20. Болестност на двата пола (активна епилепсия).

2.4.2.1.1.3. Болестност от активна епилепсия в зависимост от битовите условия

От табл. 21 става ясно, че болестността в стария квартал е около **два пъти и половина** по-голяма от тази в новия.

Квартал	Брой болни	Население	Болестност (нестандартизирана) на 1000	Болестност (стандартизирана по възраст) на 1000
Нов	15	1417	10.586	9.693
Стар	66	2557	25.811	25.144

Табл. 21. Болестност на двата квартала (активна епилепсия).

На табл. 22 е отразено разпределението на болните по възрастови групи в новия квартал.

Възрастови групи	Нов квартал			Мъже			Жени		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)
0-9	216	1	0.46	118	1	0.85	98	0	0.00
10-19	217	0	0.00	103	0	0.00	114	0	0.00
20-29	286	7	2.45	138	5	3.62	148	2	1.35
30-39	245	0	0.00	115	0	0.00	130	0	0.00
40-49	181	6	3.31	99	4	4.04	82	2	2.44
50-59	153	1	0.65	72	1	1.39	81	0	0.00
60-69	67	0	0.00	32	0	0.00	35	0	0.00
70-79	29	0	0.00	11	0	0.00	18	0	0.00
80-89	9	0	0.00	5	0	0.00	4	0	0.00
Общо	1403	15	1.07	693	11	1.59	710	4	0.56

Табл. 22. Разпределение на болните с активна епилепсия по възрастови групи (нов квартал).

Сред тях с най-голям относителен дял (**3.31%**) са имащите активна епилепсия от възрастова група **40-49**, следвани от група 20-29 години с 2.45%. Това е така както за всички жители на новия квартал, така и поотделно за мъже и жени.

На табл. 23 е същото разпределение, но в стария квартал.

Възрастови групи	Стар квартал			Мъже			Жени		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)
0-9	506	12	2.37	243	8	3.29	263	4	1.52
10-19	394	7	1.78	192	4	2.08	202	3	1.49
20-29	481	9	1.87	224	5	2.23	257	4	1.56
30-39	426	14	3.29	214	9	4.21	212	5	2.36
40-49	334	7	2.10	164	4	2.44	170	3	1.76
50-59	247	14	5.67	122	8	6.56	125	6	4.80
60-69	98	3	3.06	39	3	7.69	59	0	0.00
70-79	41	0	0.00	14	0	0.00	27	0	0.00
80-89	5	0	0.00	1	0	0.00	4	0	0.00
Общо	2532	66	2.61	1213	41	3.38	1319	25	1.90

Табл. 23. Разпределение на болни с активна епилепсия по възрастови групи (стар квартал).

От табл. 23 става ясно, че в стария квартал на Кюстендил с най-голям относителен дял (**7.69%**) при мъжете са имащите активна епилепсия от възрастова група **60-69** години, следвани от група 50-59 години с 6.56%. При жените най-много (**4.80%**) са от възрастова група **50-59** години, следвани от група 30-39 години с 2.36%, което съвпада и с процентното разпределение на целия квартал. Като важен момент може да се отбележи, че има **изместване на максимума болни към по-високите възрастови групи, спрямо новия квартал**. Характерно за двата квартала е и това, че над 69 години болни с активна епилепсия няма.

Тези наблюдения се потвърждават и от резултатите в таблици 24-26.

Възрастови групи	Нов квартал			Стар квартал		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)
0-9	216	1	0.46	506	12	2.37
10-19	217	0	0.00	394	7	1.78
20-29	286	7	2.45	481	9	1.87
30-39	245	0	0.00	426	14	3.29
40-49	181	6	3.31	334	7	2.10
50-59	153	1	0.65	247	14	5.67
60-69	67	0	0.00	98	3	3.06
70-79	29	0	0.00	41	0	0.00
80-89	9	0	0.00	5	0	0.00
Общо	1403	15	1.07	2532	66	2.61

Табл. 24. Разпределение на болните с активна епилепсия по възрастови групи (общо).

Възрастови групи	Нов квартал			Стар квартал		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)
0-9	118	1	0.85	243	8	3.29
10-19	103	0	0.00	192	4	2.08
20-29	138	5	3.62	224	5	2.23
30-39	115	0	0.00	214	9	4.21
40-49	99	4	4.04	164	4	2.44
50-59	72	1	1.39	122	8	6.56
60-69	32	0	0.00	39	3	7.69
70-79	11	0	0.00	14	0	0.00
80-89	5	0	0.00	1	0	0.00
Общо	693	11	1.59	1213	41	3.38

Табл. 25. Разпределение на болните с активна епилепсия по възрастови групи (мъже).

Възрастови групи	Нов квартал			Стар квартал		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относите-лен дял (%)
0-9	98	0	0.00	263	4	1.52
10-19	114	0	0.00	202	3	1.49
20-29	148	2	1.35	257	4	1.56
30-39	130	0	0.00	212	5	2.36
40-49	82	2	2.44	170	3	1.76
50-59	81	0	0.00	125	6	4.80
60-69	35	0	0.00	59	0	0.00
70-79	18	0	0.00	27	0	0.00
80-89	4	0	0.00	4	0	0.00
Общо	710	4	0.56	1319	25	1.90

Табл. 26. Разпределение на болните с активна епилепсия по възрастови групи (жени).

2.4.2.1.2. Пожизнена болестност от епилепсия (Lifetime prevalence)

Нестандартизираната пожизнена болестност от епилепсия за ромите на Кюстендил на 1,000 жители е **23.150**. Стандартизираната по възраст пожизнена болестност от епилепсията е **22.615**/1,000.

2.4.2.1.2.1. Полово-специфична пожизнена болестност от епилепсия

Резултатите показват, че в живота си **мъжете боледуват значително по-често** от жените от епилепсия (табл. 27).

Пол	Брой болни	Население	Болестност (нестандартизирана) на 1000
Мъже	55	1927	28.542
Жени	37	2047	18.075

Табл. 27. Пожизнена болестност от епилепсия на двата пола.

2.4.2.1.2.2. Пожизнена болестност от епилепсия в зависимост от социално-битовите условия

Пожизнената болестност в стария квартал, където социално-битовите условия са значително по-лоши, е около **три пъти по-голяма** от тази в новия.

Квартал	Брой болни	Население	Болестност (нестандартизирана) на 1000	Болестност (стандартизирана по възраст) на 1000
Нов	16	1417	11.291	10.312
Стар	76	2557	29.722	29.828

Табл. 28. Пожизнена болестност от епилепсия в двата квартала.

2.4.2.1.3. Болестност от всички епилептични припадъци

В тази група са включени епилептично болните, болните, получавали фебрилни гърчове, болните, получавали поне един провокиран или непровокиран афебрилен припадък. Нестандартизираната болестност в тази група е **27.680**/1,000, докато стандартизираната по възраст е **26.554**/1,000.

2.4.2.1.4. Болестност от непровокирани афебрилни епилептични припадъци

В тази група са включени епилептично болните и получилите един непровокиран епилептичен припадък. Нестандартизираната болестност от непровокирани афебрилни епилептични припадъци в ромския квартал на Кюстендил е **25.164**/1,000, докато стандартизираната по възраст е **24.432**/1,000.

2.4.2.1.5. Болестност от фебрилни гърчове

Нестандартизираната болестност от фебрилни гърчове в ромския квартал на Кюстендил е **6.039**/1.000, докато стандартизираната по възраст е **5.184**/1,000. В тази група са включени и епилептично болните пациенти, които са получавали ФГ. Нестандартизираната болестност от ФГ при неепилептично болни е **2.264**/1,000, докато стандартизираната по възраст е **1.823**/1,000.

2.4.2.1.6. Болестност от един непровокиран афебрилен припадък

Нестандартизираната болестност от един непровокиран афебрилен припадък в ромския квартал на Кюстендил е **2.013**/1,000, докато стандартизираната по възраст е **1.816**/1,000.

2.4.2.1.7. Болестност от провокирани афебрилни припадъци

Нестандартизираната болестност от провокирани афебрилни припадъци в ромския квартал на Кюстендил е **0.252**/1,000, докато стандартизираната по възраст е **0.299**/1,000.

III.4.2.2. Лом

2.4.2.2.1. Моментна болестност от активна епилепсия (Point prevalence)

Нестандартизираната моментна болестност от епилепсия за цялото ромско население в Лом е **3.64**/1,000 души население при 95% ДИ (3.27–4.01). Стандартизираната по възраст болестност е **3.63**/1,000 при 95% ДИ (3.26–3.99).

На табл. 29 е отразена болестността от активна епилепсия в четирите ромски квартала в Лом. С най-висока болестност е квартал Стадиона, следван от Момин брод. С най-малка болестност е квартал Хумата, но броят на болните в кварталите е твърде малък за направата на надеждни статистически изводи.

Квартал	**Население**	**Болни с активна епилепсия**	**Нестандартизирана болестност на 1000**	**Стандартизирана по възраст болестност на 1000**
Младеново	1482	4	2.70	2.99
Момин брод	918	4	4.36	4.11
Стадиона	2676	12	4.48	4.68
Хумата	697	1	1.43	-
Общо	5773	21	3.64	3.63

Табл. 29. Болестност от активна епилепсия.

2.4.2.2.1.1. Възрастово-специфична болестност от активна епилепсия (Age-specific prevalence)

Възрастови групи	Цялото ромско население на Лом			Мъже			Жени		
	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)	Общ брой	Брой болни	Относителен дял (%)
0-9	937	3	0.32	463	2	0.43	474	1	0.21
10-19	855	3	0.35	436	1	0.23	419	0	0.00
20-29	1012	3	0.30	470	3	0.64	542	2	0.37
30-39	979	3	0.31	491	2	0.41	488	1	0.20
40-49	740	5	0.68	368	1	0.27	372	5	1.34
50-59	538	3	0.56	266	1	0.38	272	2	0.74
60-69	482	1	0.21	222	2	0.90	260	0	0.00
70-79	185	0	0.00	72	0	0.00	113	0	0.00
80-89	31	0	0.00	11	0	0.00	20	0	0.00

Табл. 30. Разпределение на болните с активна епилепсия по възрастови групи.

Резултатите от табл. 30 показват, че общо за всички роми на Лом с най-голям относителен дял на имащите активна епилепсия е възрастова група **40-49** години с 0.68%, следвана от 50-59 години с 0.56%, а с най-малък (0.21%) – 60-69 години. При мъжете на първо място е възрастова група **60-69** години с 0.90%, следвана от 20-29 години с 0.64%, а с най-малък (0.23%) – 10-19 години. При жените най-високият процент е при възрастова група **40-49** години (1.34%), следван от 50-59 години с 0.74%, а с най-малък (0.21%) – 0-9 години. Всички болни са на възраст под 70 години, а жените – под 60.

На табл. 31 е отразен сравнителен анализ на средната възраст на болните с активна епилепсия общо и по полова принадлежност. Видно е, че средната възраст на болните жени с активна епилепсия е значително над тази при мъжете, но проведеният статистически анализ установи, че разликата няма статистическа значимост.

Общо			Мъже			Жени			p
N	$\overline{X}$	SD	N	$\overline{X}$	SD	n	$\overline{X}$	SD	
21	33,24	17.72	10	28.60	18.27	11	37.45	16.92	0.263

Табл. 31. Сравнителен анализ на възрастта на болните с активна епилепсия общо и по полова принадлежност.

На табл. 32 е показана болестността по възрастови групи, която има същите особености като показаните на табл. 30.

Възрастови групи	Цялото ромско население на Лом			Мъже			Жени		
	Общ брой	Брой болни	Брой болни на 1000	Общ брой	Брой болни	Брой болни на 1000	Общ брой	Брой болни	Брой болни на 1000
0-9	937	3	3.20	463	2	4.32	474	1	2.11
10-19	855	3	3.51	436	1	2.29	419	0	0.00
20-29	1012	3	2.96	470	3	6.38	542	2	3.69
30-39	979	3	3.06	491	2	4.07	488	1	2.05
40-49	740	5	6.76	368	1	2.72	372	5	13.44
50-59	538	3	5.58	266	1	3.76	272	2	7.35
60-69	482	1	2.07	222	2	9.01	94	0	0.00
70-79	185	0	0.00	72	0	0.00	45	0	0.00
80-89	31	0	0.00	11	0	0.00	8	0	0.00

Табл. 32. Болестност на ромското население с активна епилепсия на Лом по възрастови групи.

2.4.2.2.1.2. Полово-специфична болестност от активна епилепсия (Gender-specific Prevalence)

Болестността на двата пола на активната епилепсия е почти еднаква.

Пол	Брой болни	Население	Болестност (нестандартизирана) на 1000
Мъже	10	2806	3.56
Жени	11	2967	3.71

Табл. 33. Болестност на двата пола (активна епилепсия).

На таблици 34 и 35 е отразено разпределението на двата пола по квартали и на болните с активна епилепсия от двата пола по квартали.

Квартал	Мъже		Жени		p
	N	%	n	%	
Младеново	691	24.6	791	26.7	n.s.
Момин брод	460	16.4	458	15.4	n.s.
Стадиона	1282	45.7	1394	47.0	n.s.
Хумата	373	13.3	324	10.9	<0.01

Табл. 34. Разпределение на двата пола по квартали.

Квартал	Мъже		Жени		p
	n	%	n	%	
Младеново	2	20.0	2	18.2	n.s.
Момин брод	2	20.0	2	18.2	n.s.
Стадиона	6	60.0	6	54.5	n.s.
Хумата	0	0.0	1	9.1	n.s.

Табл. 35. Разпределение на болните с активна епилепсия от двата пола по квартали.

Според резултатите от табл. 34 единствено в квартал Хумата двата пола се различават по процентното си разпределение – значимо повече са мъжете. **Честотното разпределение на болните с активна епилепсия не е свързано с квартала, в който живеят** (табл. 45).

Според сравнителния анализ на болните от активна епилепсия по пол и квартал **няма сигнификантна разлика между процента болни мъже и жени в четирите квартала**. Единствено за болестността на мъжете в квартал Стадиона може да се каже, че е значимо по-голяма от тази в квартал Хумата (табл. 46).

Квартал	Мъже			Жени			p
	Население	Болни	%	Население	Болни	%	
Младеново	691	2	0.29^{ac}	791	2	0.25^{a}	n.s.
Момин брод	460	2	0.43^{ac}	458	2	0.44^{a}	n.s.
Стадиона	1282	6	0.47^{a}	1394	6	0.43^{a}	n.s.
Хумата	373	0	0.00^{bc}	324	1	0.31^{a}	n.s.

Табл. 36. Сравнителен анализ на заболелите по пол и квартал. Еднаквите букви по вертикалите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

2.4.2.2.2. Пожизнена болестност от епилепсия (Lifetime prevalence)

Нестандартизираната пожизнена болестност от епилепсия за цялото ромско население в Лом е **4.33**/1,000 души население при 95% ДИ (3.93–4.73). Стандартизираната по възраст болестност е **4.27**/1,000 при 95% ДИ (3.87–4.67).

С най-висока пожизнена болестност е квартал Стадиона, следван от Момин брод. С най-малка болестност е квартал Хумата, но броят на болните в кварталите е твърде малък за направата на надеждни статистически изводи.

Квартал	Население	Болни с епилепсия	Нестандартизирана болестност на 1000	Стандартизирана по възраст болестност на 1000
Младеново	1482	4	2.70	2.99
Момин брод	918	4	4.36	4.11
Стадиона	2676	16	5.98	5.98
Хумата	697	1	1.43	-
Общо	5773	25	4.33	4.27

Табл. 37. Пожизнена болестност от епилепсия в ромските квартали.

Пожизнената болестност от епилепсия на двата пола е почти **еднаква**.

Пол	Брой болни	Население	Болестност (нестандартизирана) на 1000
Мъже	12	2806	4.28
Жени	13	2967	4.38

Табл. 38. Пожизнена болестност на двата пола.

На таблица 39 е отразено разпределението на болните с активна епилепсия от двата пола по квартали.

Квартал	Мъже		Жени		P
	n	%	n	%	
Младеново	2	16.7	2	15.4	n.s.
Момин брод	2	16.7	2	15.4	n.s.
Стадиона	8	66.7	8	61.5	n.s.
Хумата	0	0.0	1	7.7	n.s.

Табл. 39. Разпределение на болните с епилепсия от двата пола по квартали.

Според резултатите от табл. 34, отразяваща разпределението на двата пола по квартали, единствено в квартал Хумата двата пола се различават по процентното си разпределение – значимо повече са мъжете. **Честотното разпределение на боледувалите от епилепсия не е свързано с квартала, в който живеят** (табл. 39).

Според сравнителния анализ на боледувалите по пол и квартал (табл. 40) **няма сигнификантна разлика между процента на боледували мъже и жени в четирите квартала**. Единствено за мъжете в квартал Стадиона може да се каже, че са значимо повече от тези в квартал Хумата.

Квартал	Мъже			Жени			p
	Население	Болни	%	Население	Болни	%	
Младеново	691	2	0.29[ac]	791	2	0.25[a]	n.s.
Момин брод	460	2	0.43[ac]	458	2	0.44[a]	n.s.
Стадиона	1282	8	0.62[a]	1394	8	0.57[a]	n.s.
Хумата	373	0	0.00[bc]	324	1	0.31[a]	n.s.

Табл. 40. Сравнителен анализ на боледувалите по пол и квартал. Еднаквите букви по вертикалите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

2.4.2.2.3. Болестност от всички епилептични припадъци

В тази група са включени епилептично болните, болните, получавали фебрилни гърчове, болните, получавали поне един провокиран или непровокиран афебрилен припадък. Нестандартизираната болестност в тази група е **4.85**/1,000, докато стандартизираната по възраст е **4.72**/1,000.

2.4.2.1.4. Болестност от фебрилни гърчове

Нестандартизираната болестност от фебрилни гърчове в ромските квартали на Лом е **1.56**/1,000. В тази група са включени и епилептично болните пациенти, които са получавали ФГ. Нестандартизираната болестност от ФГ при неепилептично болни е **0.52**/1,000.

2.4.2.3. Обсъждане

Болестността от епилепсия сред ромите в Кюстендил значително надвишава тази в европейските държави, както и останалите индустриални държави. Подобни стойности на болестност са установени в Танзания 20/1,000 (Jilek и съавтори 1970), Иран 18/1,000 (Mohammadi и съавтори 2006), Еквадор 17.1/1,000 (Cruz и съавтори 1985), Мексико 16/1,000 (Gutierrez и съавтори 1980), Чили 27.6/1,000 (Chiofalo и съавтори 1979), 17.7/1,000 (Lavados и съавтори 1992) сред селско население в Египет 17.7/1,000 (Khedr и съавтори 2013), Еквадор 15.4/1,000 (Placencia и съавтори 1992), 22.6/1,000 (Basch и съавтори 1997), Кения 18.2/1,000 (Kaamugisha и съавтори 1988), Нигерия 20.8/1,000 (Osakwe и съавтори 2014), Того 16.7/1,000 (Dumas и съавтори 1989), 18.6/1,000 (Balogou и съавтори 2000), 15.7/1,000 (Balogou и съавтори 2007), Хондурас 15.4/1,000 (Medina и съавтори 2005), градско население в Мадагаскар 23.5/1,000 (Andriantseheno и съавтори 2004) и Колумбия 19.5/1,000 (Gomez и съавтори 1978), 21.4/1,000 (Zuoaga и съавтори 1988).

Болестността от епилепсия сред ромите в Лом е от порядъка на тази в индустриалните държави и държавите в източна Европа.

Подобни са резултатите за пожизнената болестност от епилепсия в ромските квартали на двата града.

По отношение на възрастта, както в Кюстендил, така и в Лом с най-голям относителен дял са епилептично болните на възраст 40-59 години. Тези резултати съвпадат с установените тенденции в развити страни.

Болестността сред мъжете роми в Кюстендил значително надвишава тази при жените, като достига до два и половина пъти по-висока в тази част на квартала с лоши социално-битови условия. Повечето проучвания в световен мащаб установяват малко по-висока болестност при мъжете, като най-екстремният пример е в Индия (Bharucha и съавтори 1988), които резултати съвпадат с тези в Кюстендил. Болестността от епилепсия сред двата пола в Лом е почти еднаква.

Болестността от епилепсия в квартала с лоши социално-битовите условия в Кюстендил е два и половина пъти, а пожизнената болестност около три пъти по-висока от тази в останалата част на квартала. Тези резултати съвпадат с предлаганата в други проучвания в Еквадор, Пакистан и Турция теза, че ниският социално-битов статус повишава риска от епилепсия.

2.5. Клинични и неврофизиологични характеристики на епилепсията в проучваните ромски общности

2.5.1. Кюстендил

2.5.1.1. Начало на заболяването

На долната таблица е представено възрастовото разпределение на началото на епилептичния синдром.

Възраст (год.)	**Начало на епилепсията (години)**												
	0-5	6-10	11-15	16-20	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
0-9	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10-19	15.4	11.8	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20-29	17.9	29.4	33.3	50.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30-39	17.9	41.2	16.7	0.0	33.3	0.0	33.3	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40-49	7.7	11.8	16.7	25.0	0.0	100.0	66.7	80.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50-59	2.6	5.9	0.0	25.0	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	100.0	100.0	0.0	0.0
60-69	5.1	11.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	100.0	100.0

Табл. 41. Възрастово разпределение на началото на епилептичния синдром в проценти.

Резултатите от табл. 41 показват, че има **правопропорционална корелация** между началото на епилепсията и възрастта на заболелите.

2.5.1.2. Честотно разпределение на епилептичните припадъци

Болшинството проведени проучвания, които предоставят данни за болестността от различните епилептични припадъци, разделят последните на прости парциални, комплексни парциални, първично и вторично генерализирани. В табл. 52 е предоставена болестността от видовете епилептични припадъци сред ромите в Кюстендил по класификацията на ILAE от 1970 година, която най-много се доближава до класифицираните в предходните проучвания.

Вид на епилептичните припадъци	Брой	Относителен дял (%)	Sp
Прости парциални пристъпи	16	17.39	3.95
Комплексни парциални пристъпи	20	21.74	4.30
Вторично генерализирани припадъци	66	71.74	4.69
Генерализирани тонични припадъци	1	1.09	1.08
Генерализирани тонично-клонични припадъци	15	16.30	3.85

Табл. 42. Честотно разпределение на епилептичните припадъци по класификацията от 1970 година.

От табл. 42 става ясно, че с най-голям относителен дял (72%) от епилептичните припадъци са **вторично генерализираните припадъци**, следвани от **комплексните парциални пристъпи** с 22%. Най-малко са имащите генерализирани тонични припадъци – само един случай (1%).

Вид на епилептичните припадъци	Брой	Относителен дял (%)	Sp
Прости парциални моторни пристъпи без Джаксънов марш	6	6.52	2.57
Прости парциални моторни пристъпи с Джаксънов марш	1	1.09	1.08
Прости парциални пристъпи със соматосензорна симптоматика	2	2.17	1.52
Прости парциални пристъпи със зрителна симптоматика	1	1.09	1.08
Прости парциални пристъпи с вертиго	1	1.09	1.08
Прости парциални психични пристъпи с дисфазия	2	2.17	1.52
Прости парциални психични дисмнестични пристъпи	1	1.09	1.08
Прости парциални психични афективни пристъпи	1	1.09	1.08
Прости парциални психични пристъпи с халюцианции	2	2.17	1.52
Комплексни парциални пристъпи без автоматизми	5	5.43	2.36
Комплексни парциални пристъпи с автоматизми	16	17.39	3.95
Прости парциални пристъпи, последвани от нарушение в съзнанието	40	43.48	5.17
Комплексни парциални пристъпи, еволюиращи във вторично генерализирани припадъци	13	14.13	3.63
Прости парциални пристъпи, еволюиращи в комплексни парциални, еволюиращи във вторично генерализирани припадъци	1	1.09	1.08
Генерализирани тонично-клонични припадъци	14	15.22	3.74
Некласифицирани епилептични пристъпи	13	14.13	3.63
Генерализирани тонични припадъци	1	1.09	1.08

Табл. 43. Честотно разпределение на епилептичните припадъци по класификацията от 1981 година.

На табл. 43 се вижда, че с най-голям относителен дял (43%) от епилептичните припадъци по класификацията на ILAE от 1981 година са имащите **прости парциални пристъпи, последвани от нарушение в съзнанието**, следвани от тези с **комплексни парциални пристъпи** с автоматизми със 17%. Най-малко са имащите прости парциални моторни Джаксънови пристъпи, прости парциални със зрителна симптоматика, прости парциални с вертиго, прости парциални с различни видове психична симптоматика простите парциални, еволюиращи в комплексни парциални, еволюиращи във вторично генерализирани припадъци и генерализираните тонични припадъци – само с по един случай (1%).

Вид на епилептичните припадъци	**Брой**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Фокални неокортикални клонични пристъпи без локално разпространение	7	7.61	2.76
Фокални неокортикални сензорни пристъпи с елементарни симптоми без локално разпространение	4	4.35	2.13
Фокални неокортикални афазични пристъпи	1	1.09	1.08
Фокални неокортикални пристъпи с Джаксънов марш	1	1.09	1.08
Фокални неокортикални сензорни пристъпи с елементарни симптоми с локално разпорстранение	2	2.17	1.52
Фокални хипокампални и парахипокампални пристъпи с ипсилатерална пропагация към лимбични зони (включително геластични пристъпи)	1	1.09	1.08
Фокални хипокампални и парахипокампални пристъпи с контралатерална пропагация към неокортикални зони (хиперкинетични пристъпи)	2	2.17	1.52
Фокални хипокампални и парахипокампални пристъпи с контралатерална пропагация към лимбични зони (дискогнитивни пристъпи с или без автоматизми, психомоторни)	18	19.57	4.14
Вторично генерализирани тонично-клонични припадъци	54	58.70	5.13
Генерализирани тонично-клонични припадъци	14	15.22	3.74
Генерализирани тонични припадъци	1	1.09	1.08
Некласифицирани епилептични припадъци	13	14.13	3.63

Табл. 44. Честотно разпределение на епилептичните припадъци по класификацията от 2006 година.

На табл. 44 се вижда, че с най-голям относителен дял (59%) от епилептичните припадъци по класификацията на ILAE от 2006 година са **вторично генерализираните тонично-клонични припадъци**, следвани от **фокалните хипокампални и парахипокампални пристъпи с контралатерална пропагация към лимбични зони** с 20%. Най-малко са фокалните неокортикални афазични пристъпи, фокалните неокортикални пристъпи с Джаксънов марш, фокалните хипокампални и парахипокампални пристъпи с ипсилатерална пропагация към лимбични зони и генерализираните тонични припадъци – само с по един случай (1%).

Най-честите пристъпи сред ромите в Кюстендил са вторично генерализираните. На таблица 45 е представено честотното разпределение на простите и комплексни парциални пристъпи, които се явяват аура на вторично генерализираните припадъци.

Видове аура на вторично генерализираните епилептични припадъци	**Брой**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Прости парциални моторни пристъпи без Джаксънов марш	10	18.18	5.20
Прости парциални моторни пристъпи с Джаксънов марш	1	1.82	1.80
Прости парциални моторни адверзивни пристъпи	5	9.09	3.88
Прости парциални пристъпи със соматосензорна симптоматика	5	9.09	3.88
Прости парциални пристъпи със зрителна симптоматика	2	3.64	2.52
Прости парциални пристъпи с вертиго	1	1.82	1.80
Прости парциални пристъпи с автономна симптоматика	16	29.09	6.12
Прости парциални психични афективни пристъпи	2	3.64	2.52
Комплексни парциални пристъпи без автоматизми	2	3.64	2.52
Комплексни парциални пристъпи с автоматизми	3	5.45	3.06
Прости парциални психични афективни пристъпи	8	14.55	4.75

Табл. 45. Честотно разпределение на видовете аура на вторично генерализираните епилептични припадъци по класификацията от 1981 година.

От табл. 45 става ясно, че с най-голям относителен дял (29%) от видовете аура на вторично генерализираните епилептични припадъци по класификацията на ILAE от 1981 година са простите парциални пристъпи с автономна симптоматика, най-често възходящо епигастрално усещане, следвани от тези с прости парциални моторни пристъпи без Джаксънов марш с 18%. Най-малко са имащите за аура прости парциални моторни пристъпи с Джаксънов марш и прости парциални пристъпи с вертиго – само по един случай (2%).

2.5.1.3. Честотно разпределение на видовете епилепсия

На табл. 46 е представено честотното разпределение по типа на епилепсията по етиологичен принцип съгласно класификацията на епилепсиите на ILAE от 2010 година.

Тип епилепсия	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Генетична	38	41.30	5.13
Структурна/метаболитна	29	31.52	4.84
Неизвестна	25	27.17	4.64
Общо	**92**	**100.00**	

Табл. 46. Честотно разпределение по тип на епилепсията.

На табл. 46 се вижда, че с най-голям относителен дял (41%) са имащите генетична епилепсия, следвани от тези със структурна/метаболитна (32%). Най-малко са имащите епилепсия от неизвестен тип (27%).

2.5.1.3.1. Генетична епилепсия

От всички уточнени генетични епилепсии с най-голям относителен дял – 31.58%, е **наследствената епилепсия на темпоралния дял**, от която страдат 12 пациента от 3 фамилии, следвана от идиопатична генерализирана епилепсия с относителен дял 21.05%.

На табл. 47 е представено честотното разпределение на епилептичните пристъпи.

Тип епилептични пристъпи	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Прости фокални	6	15.79	5.92
Комплексни парциални	12	31.58	7.54
ВГТКП	29	76.32	6.90
ГТКП	8	21.05	6.61

Табл. 47. Честотно разпределение на епилептичните пристъпи при болни с генетична епилепсия. Сумата от процентите надхвърля 100, тъй като при някои от болните се наблюдават по повече от един вид припадък.

От табл. 47 става ясно, че с най-голям относителен дял са имащите **ВГТКП** (76%), следвани от тези с комплексните парциални с 32%, а най-малко са с прости парциални пристъпи–16%.

На табл. 48 е представено честотното разпределение по отношение на началото на болестта.

Начало на епилепсията (години)	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
0 – 5	21	55.26	8.07
6 – 10	13	34.21	7.70
11 – 15	2	5.26	3.62
16 – 20	1	2.63	2.60
21 – 25	0	0.00	
26 – 30	0	0.00	
31 – 35	0	0.00	
36 – 40	0	0.00	
41 – 45	1	2.63	2.60
46 – 50	0	0.00	
51 – 55	0	0.00	
56 – 60	0	0.00	
61 – 65	0	0.00	
Общо	**38**	**100.00**	

Табл. 48. Честотно разпределение по начало на епилепсията.

С най-голям относителен дял (55%) са имащите начало на епилепсията между **0 и 5 години**, следвани от тези между **6 и 10** години с 34%. В повечето от останалите интервали не се наблюдават болни с начало на генетична епилепсия или ако все пак има, са единични случаи.

На 34 болни е проведена електроенцефалография, те представляват 89.5% от всички болни с генетична епилепсия. С най-голям относителен дял (47%) е фокалната пароксизмална активност (табл. 49).

Патологична находка	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Дифузни неспецифични промени	2	5.88	4.04
Фокални промени	3	8.82	4.86
Фокална пароксизмална активност	16	47.06	8.56
Генерализирана пароксизмална активност	3	8.82	4.86
Общо	24	70.59	7.81

Табл. 49. Честотно разпределение по тип на патологичната ЕЕГ находка на имащите генетична епилепсия.

На 12 болни се проведоха образни изследвания – 31,6% от всички пациенти от групата болни с генетична епилепсия. От тях 1 (8,3%) е с патологична образна находка, която не е значима по отношение на епилепсията.

2.5.1.3.2. Структурна/Метаболитна епилепсия

На табл. 50 е представено честотното разпределение на различните етиологични причинители на структурна/метаболитна епилепсия.

Тип структурна/метаболитна епилепсия	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Посттравматична	10	34.48	8.83
Постинсултна	6	20.69	7.52
Детска церебрална парализа	4	13.79	6.40
При алкохолна злоупотреба	2	6.90	4.71
Постинфекциозна	3	10.34	5.66
При наличие на тумор	2	6.90	4.71
Друга	2	6.90	4.71
Общо	29	100.00	

Табл. 50. Честотно разпределение на видовете структурна/метаболитна епилепсия.

С най-голям относителен дял (34%) са имащите **посттравматична епилепсия**, следвани от тези с **постинсултна** с 21%. Най-малко са имащите епилепсия при алкохолна злоупотреба, наличие на тумор и друга причина с по 7%.

Честотното разпределение на епилептичните пристъпи при болни със структурна/метаболитна епилепсия е представено на табл. 51.

Тип пристъпи	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Прости фокални	6	20.69	7.52
Комплексни парциални	1	3.45	3.39
ВГТКП	22	75.86	7.95
ГТКП	3	10.34	5.66

Табл. 51. Честотно разпределение на епилептичните пристъпи при болни със структурна/метаболитна епилепсия.

С най-голям относителен дял са имащите **вторично генерализирани тонично-клонични припадъци** (76%), следвани от простите парциални пристъпи с 21%. Най-малко са тези с комплексни парциални пристъпи – 3.45%.

При 86.2% от всички пациенти със структурна/метаболитна епилепсия е проведена електроенцефалография. От тях 20 (80%) са с патологична находка. С най-голям относителен дял (52%) е **фокалната пароксизмална активност** (табл. 52).

Патологична находка	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Дифузни неспецифични промени	7	28.00	8.98
Фокални промени	0	0.00	
Фокална пароксизмална активност	13	52.00	9.99
Генерализирана пароксизмална активност	0	0.00	
Общо	20	80.00	8.00

Табл. 52. Честотно разпределение по тип на патологичната находка.

Проведени са 16 образни изследвания – при 55.2% от всички болни със структурна/метаболитна епилепсия. От тях 12 (75%) са с патологична находка. Доминиращата част от тях (69%) може да бъдат свързани с появата на епилепсия, а само една (6%) е незначима (табл. 53).

Патологична находка	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Незначима	1	6.25	6.05
Значима	11	68.75	11.59
Общо	12	75.00	10.83

Табл. 53. Честотно разпределение по тип на патологичната находка от образните изследвания.

В табл. 54 е дадено честотното разпределение по отношение на началото на епилепсията.

Начало на епилепсията (години)	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
0 – 5	7	24.14	7.95
6 – 10	1	3.45	3.39
11 – 15	1	3.45	3.39
16 – 20	2	6.90	4.71
21 – 25	2	6.90	4.71
26 – 30	0	0.00	
31 – 35	2	6.90	4.71
36 – 40	5	17.24	7.01
41 – 45	1	3.45	3.39
46 – 50	3	10.34	5.66
51 – 55	3	10.34	5.66
56 – 60	1	3.45	3.39
61 – 65	1	3.45	3.39
Общо	**29**	**100.00**	

Табл. 54. Честотно разпределение по начало на епилепсията.

С най-голям относителен дял (24%) са имащите начало на епилепсията между **0 и 5 години**, следвани от тези между **36 и 40 години** със 17%. Повечето от останалите интервали са представени от малък брой случаи – от един до три, а в интервала 26-30 години не се наблюдават болни с начало на структурна/метаболитна епилепсия.

2.5.1.3.3. Неизвестна епилепсия

На табл. 55 е представено честотното разпределение на епилептичните пристъпи при болни с неизвестна в етиологично отношение епилепсия.

Тип епилепсия	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Прости	4	16.00	7.33
Комплексни	7	28.00	8.98
ВГТКП	15	60.00	9.80
ГТКП	5	20.00	8.00

Табл. 55. Честотно разпределение на епилептичните пристъпи при болни с неизвестна епилепсия. Сумата от процентите надхвърля 100, тъй като при някои от болните се наблюдават по повече от един вид припадък.

С най-голям относителен дял са имащите **вторично генерализирани тонично-клонични припадъци** (60%), следвани от **комплексните парциални пристъпи** с 28%. Най-малко са простите парциални пристъпи с 16%.

При 80% от всички болни с неизвестна епилепсия е проведена електроенцефалография. От тях 18 (90%) са с патологична находка. С най-голям относителен дял (60%) е **фокалната пароксизмална активност** (табл. 56).

Патологична находка	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Дифузни неспецифични промени	4	20.00	8.94
Фокални промени	1	5.00	4.87
Фокална пароксизмална активност	12	60.00	10.95
Генерализирана пароксизмална активност	1	5.00	4.87
Общо	**18**	**90.00**	6.71

Табл. 56. Честотно разпределение по тип на патологичната ЕЕГ находка.

Проведени са 9 образни изследвания – при 36% от всички болни с неизвестна епилепсия. От тях 3 (33,3%) са с патологична находка, като всичките са незначими по отношение на появата на епилепсия.

Начало на епилепсията (години)	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
0 – 5	11	44.00	9.93
6 – 10	3	12.00	6.50
11 – 15	3	12.00	6.50
16 – 20	1	4.00	3.92
21 – 25	1	4.00	3.92
26 – 30	2	8.00	5.43
31 – 35	1	4.00	3.92
36 – 40	0	0.00	
41 – 45	1	4.00	3.92
46 – 50	1	4.00	3.92
51 – 55	1	4.00	3.92
56 – 60	0	0.00	
61 – 65	0	0.00	
Общо	**25**	**100.00**	

Табл. 57. Честотно разпределение по начало на епилепсията.

По отношение на началото на епилепсията (табл. 57) с най-голям относителен дял (44%) са имащите начало на епилепсията между **0 и 5 години**, следвани от тези между **6 и 10** и **11-15 години** с по 12%. В повечето от останалите интервали се наблюдават единични случаи на болни с неизвестен тип епилепсия или въобще отсъстват.

2.5.1.4. Клинико-електрофизиологични корелации между видовете епилепсия

На табл. 58 е дадено честотното разпределение на патологичните ЕЕГ находки по тип на епилепсията.

Тип епилепсия	**Липса**		**Наличие**		**Общо**	
	n	%	n	%	n	%
Генетична	10	58.8	24	38.7	34	43.0
Структурна/метаболитна	5	29.4	20	32.3	25	31.6
Неизвестна	2	11.8	18	29.0	20	25.3
Общо	17	100.0	62	100.0	79	100.0

Тест χ^2, p=0.239

Табл. 58. Честотно разпределение на патологичните ЕЕГ находки по тип на епилепсията.

С най-голям относителен дял (39%) на патологични електроенцефалографски находки е генетичният тип епилепсия, следвана от структурна/метаболитната епилепсия с 32%. Сигнификантна разлика между трите типа епилепсия по този признак не се установява.

На табл. 59 е дадено честотното разпределение на ЕЕГ находките по видове и тип на епилепсията.

Тип епилепсия	**Статистика**	**ЕЕГ находка**					**Общо**
		Липсва патология	Дифузни неспецифични промени	Фокални промени	Фокална пароксизмална активност	Генерализирана пароксизмална активност	
Генетична	Брой	10	2	3	16	3	34
	%	58.8[a]	15.4[bc]	75.0[a]	39.0[ac]	75.0[a]	43.0
Структурна/метаболитна	Брой	5	7	0	13	0	25
	%	29.4[a]	53.8[a]	0[b]	31.7[a]	0[b]	31.6
Неизвестна	Брой	2	4	1	12	1	20
	%	11.8[a]	30.8[a]	25.0[a]	29.3[a]	25.0[a]	25.3
Общо	Брой	17	13	4	41	4	79
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Табл. 59. Честотно разпределение на ЕЕГ находките по видове и тип на епилепсията. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава (p<0.05).

От табл. 59 става ясно, че: При генетичната епилепсия сигнификантно най-малко в сравнение с почти всички останали видове са дифузните неспецифични промени; При структурна/метаболитната епилепсия със значимо по-голям относителен дял са дифузните неспецифични промени и фокална пароксизмална активност; При неизвестната по тип епилепсия няма сигнификантна разлика между различните видове ЕЕГ находки.

2.5.1.5. Корелации между вида на припадъците и вида на епилепсията

На таблици 60, 61 и 62 са обобщени резултатите от връзката между вида на епилепсията и вида на епилептичните припадъци. Става ясно, че **няма сигнификантна връзка** между вида на епилепсията и наличието на прости, първично и вторично генерализирани пристъпи.

Тип епилепсия	**Статистика**	**Прости фокални пристъпи**		**Общо**
		Не	Да	
Генетична	Брой	32	6	38
	%	42.1	37.5	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	23	6	29
	%	30.3	37.5	31.5
Неизвестна	Брой	21	4	25
	%	27.6	25.0	27.2
Общо	Брой	76	16	92
	%	100.0	100.0	100.0
		Тест χ^2, p=0.852		

Табл. 60. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на прости фокални пристъпи.

Тип епилепсия	**Статистика**	**Вторично генерализирани припадъци**		**Общо**
		Не	Да	
Генетична	Брой	9	29	38
	%	34.6	43.9	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	7	22	29
	%	26.9	33.3	31.5
Неизвестна	Брой	10	15	25
	%	38.5	22.7	27.2
Общо	Брой	26	66	92
	%	100.0	100.0	100.0
		Тест χ^2, p=0.311		

Табл. 61. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на ВГТКП.

Тип епилепсия	Статистика	Генерализирани тонично-клонични пристъпи		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	30	8	38
	%	39.5	50.0	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	26	3	29
	%	34.2	18.8	31.5
Неизвестна	Брой	20	5	25
	%	26.3	31.3	27.2
Общо	Брой	76	16	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, p=0.478

Табл. 62. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на ГТКП епилептични пристъпи.

На табл. 63 е отразена връзката между вида на епилепсията и наличието на комплексни парциални пристъпи.

Тип епилепсия	Статистика	Комплексни парциални пристъпи		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	26	12	38
	%	36.1	60.0	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	28	1	29
	%	38.9	5.0	31.5
Неизвестна	Брой	18	7	25
	%	25.0	35.0	27.2
Общо	Брой	72	20	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, p=0.015

Табл. 63. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на комплексни фокални епилептични пристъпи.

На таблицата се вижда, че има статистически значима връзка между вида на епилепсията и наличието на комплексни фокални епилептични пристъпи. Връзката се изразява в **сигнификантно по-голямо наличие на такива пристъпи при генетичната епилепсия** спрямо структурна/метаболитната.

2.5.1.6. Корелации между вида на епилепсията и отклонения в неврологичния статус

На долната таблица е отразена връзката между вида на епилепсията и наличието на отклонения в неврологичния статус.

Тип епилепсия	Статистика	Неврологичен статус		Общо
		Нормален	С отклонения	
Генетична	Брой	31	7	38
	%	50.8	22.6	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	10	19	29
	%	16.4	61.3	31.5
Неизвестна	Брой	20	5	25
	%	32.8	16.1	27.2
Общо	Брой	61	31	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, $p<0.001$

Табл. 64. Анализ на връзката между типа на епилепсията и неврологичния статус.

На табл. 64 се вижда, че има статистически значима връзка между вида на епилепсията и неврологичния статус. Връзката се изразява в сигнификантно по-голямо наличие на патология при структурна/метаболитната епилепсия спрямо генетичната и неизвестната.

На долната таблица е представена връзката между типа на епилепсията и наличието на повече от един тип епилептични припадъци.

Тип епилепсия	Статистика	Припадъци		Общо
		Един тип	Няколко типа	
Генетична	Брой	25	13	38
	%	36.2	56.5	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	25	4	29
	%	36.2	17.4	31.5
Неизвестна	Брой	19	6	25
	%	27.5	26.1	27.2
Общо	Брой	69	23	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, $p=0.159$

Табл. 65. Анализ на връзката между типа на епилепсията и типа припадъци.

С най-голям относителен дял (56%) на наличие на няколко типа припадъци е генетичната епилепсия, докато с най-голям процент на имащи един тип (36%) са структурна/метаболитната и отново генетичния тип епилепсия. Статистически значима връзка между вида на епилепсията и наличието на повече от един тип епилептични припадъци не бе установен.

2.5.1.7. Корелации между вида на епилепсията и наличие на когнитивен дефицит

На долната таблица са представени данните за връзката между вида на епилепсията и наличието на когнитивен дефицит.

Тип епилепсия	**Статистика**	**Когнитивен дефицит**		**Общо**
		Не	Да	
Генетична	Брой	34	4	38
	%	43.0	30.8	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	25	4	29
	%	31.6	30.8	31.5
Неизвестна	Брой	20	5	25
	%	25.3	38.5	27.2
Общо	Брой	79	13	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, p=0.571

Табл. 66. Анализ на връзката между типа на епилепсията и когнитивен дефицит.

От табл. 66 става ясно, че **няма сигнификантна връзка** между вида на епилепсията и наличието на когнитивен дефицит.

2.5.1.8. Корелации между вида на епилепсията и провеждането на антиконвулсантното лечение

Решихме да проучим дали типа на епилепсията има връзка със започването и редовното провеждане на антиепилептично лечение. Установихме гранична по сигнификантност такава връзка ($p<0.1$). Тя се изразява в значимо по-голямо наличие на редовно приемали антиконвулсантна терапия при болните със структурна/метаболитната епилепсия спрямо останалите два вида (табл. 67).

Тип епилепсия	Статистика	АЕМ терапия		Общо
		Неприемали + нередовно приемали	Редовно приемали	
Генетична	Брой	32	6	38
	%	43.8	31.6	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	19	10	29
	%	26.0	52.6	31.5
Неизвестна	Брой	22	3	25
	%	30.1	15.8	27.2
Общо	Брой	73	19	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, p=0.079

Табл. 67. Анализ на връзката между типа на епилепсията и провеждането на антиепилептична терапия.

2.5.1.9. Корелации между вида на епилепсията и наличие на ФГ

На долната таблица са представени резултатите от връзката на вида епилепсия с наличието на фебрилни гърчове в детска възраст.

Тип епилепсия	Статистика	Фебрилни гърчове		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	26	12	38
	%	33.8	80.0	41.3
Структурна/ метаболитна	Брой	28	1	29
	%	36.4	6,7	31.5
Неизвестна	Брой	23	2	25
	%	29.9	13.3	27.2
Общо	Брой	77	15	92
	%	100.0	100.0	100.0

Тест χ^2, p=0.004

Табл. 68. Анализ на връзката между типа на епилепсията и фебрилни гърчове.

Резултатите от табл. 68 показват, че има статистически значима връзка между вида на епилепсията и наличието на фебрилни гърчове. Тя се изразява в сигнификантно по-голямо наличие на такива пристъпи при генетичната епилепсия спрямо структурна/метаболитната и неизвестната.

2.5.2. Лом

2.5.2.1. Начало на заболяването

На долната таблица е представено възрастовото разпределение на началото на епилептичния синдром.

Възраст (год.)	Начало на епилепсията (години)												
	0-5	6-10	11-15	16-20	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
0-9	23.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10-19	38.5	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20-29	15.4	0.0	0.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30-39	7.7	100.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40-49	7.7	0.0	0.0	40.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50-59	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
60-69	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0

Табл. 69. Възрастово разпределение на началото на епилептичния синдром в проценти.

Резултатите от табл. 69 показват, че има **правопропорционална корелация** между началото на епилепсията и възрастта на заболелите.

2.5.2.2. Честотно разпределение на епилептичните припадъци

В табл. 70 е представена болестността от видовете епилептични припадъци сред ромите в Лом по класификацията на ILAE от 1970 година, която най-много се доближава до класифицираните такива в предходните епидемиологични проучвания.

Вид на епилептичните припадъци	Брой	Относителен дял (%)	Sp
Прости парциални пристъпи	3	12.00	6.50
Комплексни парциални пристъпи	5	20.00	8.00
Вторично генерализирани припадъци	19	76.00	8.54
Генерализирани тонични припадъци	0	0.00	
Генерализирани тонично-клонични припадъци	5	20.00	8.00

Табл. 70. Честотно разпределение на епилептичните припадъци по класификацията от 1970 година. Сумарният процент е над 100, тъй като някои болни имат повече от един тип припадъци. В таблицата са включени и типовете епилептични пристъпи, които са установени в проучването в Кюстендил.

С най-голям относителен дял (76%) от епилептичните припадъци по класификацията на ILAE от 1970 година са имащите **вторично генерализирани припадъци**, следвани от тези с комплексни парциални пристъпи и генерализирани тонично-клонични припадъци (с по 20%).

Най-малко са имащите прости фокални пристъпи – само три случая (12%). За разлика от ромите в Кюстендил, в Лом не бяха установени болни с генерализирани тонични припадъци.

На табл. 71 е представено честотното разпределение на епилептичните припадъци сред ромите в Лом по класификацията на ILAE от 1981 година.

Вид на епилептичния припадък	**Брой**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Прости парциални моторни пристъпи без Джаксънов марш	1	4.00	3.92
Прости парциални моторни пристъпи с Джаксънов марш	1	4.00	3.92
Прости парциални пристъпи със соматосензорна симптоматика	0	0.00	
Прости парциални пристъпи със зрителна симптоматика	0	0.00	
Прости парциални пристъпи с вертиго	0	0.00	
Прости парциални пристъпи с автономна симптоматика	1	4.00	3.92
Прости парциални психични пристъпи с дисфазия	0	0.00	
Прости парциални психични дисмнестични пристъпи	0	0.00	
Прости парциални психични афективни пристъпи	0	0.00	
Прости парциални психични пристъпи с халюцианции	0	0.00	
Комплексни парциални пристъпи без автоматизми	0	0.00	
Комплексни парциални пристъпи с автоматизми	5	20.00	8.00
Прости парциални пристъпи, последвани от нарушение в съзнанието	19	76.00	8.54
Комплексни парциални пристъпи, еволюиращи във вторично генерализирани припадъци	0	0.00	
Прости парциални пристъпи, еволюиращи в комплексни парциални, еволюиращи във вторично генерализирани припадъци	0	0.00	
Генерализирани тонично-клонични припадъци	5	20.00	8.00
Некласифицирани епилептични пристъпи	0	0.00	
Генерализирани тонични припадъци	0	0.00	

Табл. 71. Честотно разпределение на епилептичните припадъци по класификацията от 1981 година. Сумарният процент е над 100, тъй като някои болни имат повече от един тип припадъци. В таблицата са включени и типовете епилептични пристъпи, които са установени в проучването в Кюстендил.

С най-голям относителен дял (76%) от епилептичните припадъци по класификацията на ILAE от 1981 година са имащите прости парциални пристъпи, последвани от нарушение в съзнанието, следвани от тези с комплексни парциални пристъпи с автоматизми и генерализирани тонично-клонични припадъци с по 20%. Най-малко са имащите прости парциални моторни пристъпи с и без Джаксънов марш и прости парциални пристъпи с автономна симптоматика – само с по един случай (4%).

2.5.2.3. Честотно разпределение на видовете епилепсия

На табл. 72 е представено честотното разпределение по типа на епилепсията по етиологичен принцип съгласно класификацията на епилепсиите на ILAE от 2010 година.

Тип епилепсия	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Генетична	10	40.00	9.80
Структурна/метаболитна	13	52.00	9.99
Неизвестна	2	8.00	5.43
Общо	25	100.00	

Табл. 72. Честотно разпределение по тип на епилепсията.

На табл. 82 се вижда, че с най-голям относителен дял (52%) са имащите **структурна/метаболитна епилепсия**, следвани от тези с генетична (40%). Най-малко са имащите епилепсия от неизвестен тип (8%).

2.5.2.3.1. Генетична епилепсия

На долната таблица е представено честотното разпределение на видовете генетична епилепсия.

Тип генетична епилепсия	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
TLE - епилепсия на темпоралния дял	3	30.00	14.49
ИГЕ - идиопатична генерализирана епилепсия	5	50.00	15.81
Друга или неуточнена генетична епилепсия	2	20.00	12.65
Общо	**10**	**100.00**	

Табл. 73. Честотно разпределение на генетичната епилепсия.

С най-голям относителен дял (50%) от уточнените видове генетична епилепсия са имащите **идиопатична генерализирана епилепсия**, следвани от тези с **наследствената епилепсия на темпоралния дял** с 30%.

На табл. 74 е представено честотното разпределение на епилептичните пристъпи при болните с генетична епилепсия.

Тип пристъпи	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Прости парциални	0	0.00	
Комплексни парциални	2	20.00	12.65
ВГТКП	5	50.00	15.81
ГТКП	5	50.00	15.81

Табл. 74. Честотно разпределение на епилептичните пристъпи, при болни с генетична епилепсия. Сумата от процентите надхвърля 100, тъй като при някои от болните се наблюдават по повече от един вид припадък.

С най-голям относителен дял са имащите **първично и вторично генерализирани тонично-клонични припадъци** с по 50%, следвани от комплексните парциални пристъпи с 20%. Прости парциални простъпи липсват напълно.

На табл. 75 е представено честотното разпределение по отношение на началото на епилептичния синдром.

Начало на епилепсията (години)	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
0 – 5	5	50.00	15.81
6 – 10	0	0.00	
11 – 15	1	10.00	9.49
16 – 20	3	30.00	14.49
21 – 25	0	0.00	
26 – 30	0	0.00	
31 – 35	0	0.00	
36 – 40	0	0.00	
41 – 45	0	0.00	
46 – 50	0	0.00	
51 – 55	1	10.00	9.49
56 – 60	0	0.00	
61 – 65	0	0.00	
Общо	**10**	**100.00**	

Табл. 75. Честотно разпределение по начало на епилепсията.

С най-голям относителен дял (50%) са имащите начало на епилепсията между **0 и 5 години**, следвани от тези между **16 и 20 години** с 30%.

На 7 болни е проведена електроенцефалография, те представляват 70% от всички болни с генетична епилепсия. От тях 4 (57,1%) са с патологична находка. С най-голям относителен дял (30%) е **фокалната пароксизмална активност** (табл. 76).

Патологична находка	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Дифузни неспецифични промени	2	20.00	12.65
Фокални промени	0	0.00	
Фокална пароксизмална активност	3	30.00	14.49
Генерализирана пароксизмална активност	1	10.00	9.49
Общо	6	60.00	15.49

Табл. 76. Честотно разпределение по тип на патологичната ЕЕГ находка на имащите генетична епилепсия.

2.5.2.3.2. Структурна/Метаболитна епилепсия

На табл. 77 е представено честотното разпределение на различните етиологични причинители на структурна/метаболитна епилепсия.

Тип структурна/метаболитна епилепсия	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Посттравматична	0	0.00	
Постинсултна	3	23.08	11.69
Детска церебрална парализа	9	69.23	12.80
При алкохолна злоупотреба	1	7.69	7.39
Постинфекциозна	0	0.00	
При наличие на тумор	0	0.00	
Друга	0	0.00	
Общо	13	100.00	

Табл. 77. Честотно разпределение на видовете структурна/метаболитна епилепсия.

С най-голям относителен дял (69%) са имащите епилепсия при **детска церебрална парализа**, следвани от тези с **постинсултна** (23%). Най-малко са имащите епилепсия при алкохолна злоупотреба (8%), а останалите етиологични фактори, установени в проучването в Кюстендил, липсват.

Честотното разпределение на епилептичните пристъпи при болни със структурна/метаболитна епилепсия е представено на табл. 78.

Тип епилепсия	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Прости парциални	2	15.38	10.01
Комплексни парциални	3	23.08	11.69
ВГТКП	12	92.31	7.39
ГТКП	0	0.00	

Табл. 78. Честотно разпределение на епилептичните пристъпи при болни със структурна/метаболитна епилепсия. Сумата от процентите надхвърля 100, тъй като при някои от болните се наблюдават по повече от един вид припадък.

С най-голям относителен дял са имащите вторично генерализирани тонично-клонични припадъци (92%), следвани от тези с комплексни парциални пристъпи с 23%. Най-малко са болните с прости парциални пристъпи – 15%, а генерализирани тонично-клонични припадъци липсват напълно.

При 61.5% – 8 болни, от всички пациенти със структурна/метаболитна епилепсия, е проведена електроенцефалография. От тях 6 (75%) са с патологична находка. С най-голям относителен дял (62%) е **фокалната пароксизмална активност** (табл. 79).

Патологична находка	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
Дифузни неспецифични промени	2	25.00	15.31
Фокални промени	1	12.50	11.69
Фокална пароксизмална активност	5	62.50	17.12
Генерализирана пароксизмална активност	0	0.00	
Общо	8	100.00	

Табл. 79. Честотно разпределение по тип на патологичната ЕЕГ находка.

В табл. 80 е дадено честотното разпределение по отношение на началото на епилепсията.

Начало на епилепсията (години)	**Брой случаи**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
0 – 5	8	61.54	13.49
6 – 10	1	7.69	7.39
11 – 15	0	0.00	0.00
16 – 20	1	7.69	7.39
21 – 25	0	0.00	0.00
26 – 30	0	0.00	0.00
31 – 35	0	0.00	0.00
36 – 40	2	15.38	10.01
41 – 45	0	0.00	0.00
46 – 50	0	0.00	0.00
51 – 55	0	0.00	0.00
56 – 60	1	7.69	7.39
61 – 65	0	0.00	0.00
Общо	**13**	**100.00**	

Табл. 80. Честотно разпределение по начало на епилепсията.

С най-голям относителен дял (62%) са имащите начало на епилепсията между **0 и 5 години**, следвани от тези между **36 и 40 години** с 15%. В повечето от останалите интервали не се наблюдават болни със структурна/метаболитна епилепсия или ако все пак има са единични случаи.

2.5.2.3.3. Неизвестна епилепсия

На табл. 81 е представено честотното разпределение на епилептичните пристъпи при болни с неизвестна в етиологично отношение епилепсия.

Тип припадъци	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
Прости парциални	1	50.00	35.36
Комплексни парциални	0	0.00	
ВГТКП	2	100.00	
ГТКП	0	0.00	

Табл. 81. Честотно разпределение на епилептичните пристъпи при болни с неизвестна епилепсия. Сумата от процентите надхвърля 100, тъй като при някои от болните се наблюдават по повече от един вид припадък.

С най-голям относителен дял са имащите **вторично генерализирани тонично-клонични припадъци** (100%), следвани от тези с прости парциални пристъпи с 50%. Липсват напълно комплексните парциални пристъпи и генерализираните тонично-клонични припадъци.

На долната таблица е представено честотното разпределение по отношение на началото на епилептичния синдром.

Начало на епилепсията (години)	Брой случаи	Относителен дял (%)	Sp
0 – 5	0	0.00	
6 – 10	0	0.00	
11 – 15	0	0.00	
16 – 20	1	50.00	35.36
21 – 25	0	0.00	
26 – 30	0	0.00	
31 – 35	1	50.00	35.36
36 – 40	0	0.00	
41 – 45	0	0.00	
46 – 50	0	0.00	
51 – 55	0	0.00	
56 – 60	0	0.00	
61 – 65	0	0.00	
Общо	**2**	**100.00**	

Табл. 82. Честотно разпределение по начало на епилепсията.

Единият от двата случая с неизвестен тип епилепсия е с начало между 16 и 20 години, а другия – между 31 и 35.

2.5.2.4. Клинико-електрофизиологични корелации между видовете епилепсия

На табл. 83 е дадено честотното разпределение на патологичните ЕЕГ находки по тип на епилепсията.

Тип епилепсия	Липса		Наличие		Общо	
	n	%	n	%	n	%
Генетична	3	60.0	4	33.3	7	41.2
Структурна/метаболитна	2	40.0	6	50.0	8	47.1
Неизвестна	0	0.0	2	16.7	2	11.8
Общо	5	100.0	12	100.0	17	100.0

Табл. 83. Честотно разпределение на патологичните ЕЕГ находки (p>0.05).

С най-голям относителен дял (50%) на патологични находки е **структурна/метаболитната епилепсия**, следвана от генетичния тип с 33%. Сигнификантна разлика между трите типа епилепсия по този признак не се установява.

На табл. 84 е дадено честотното разпределение на ЕЕГ находките по видове и тип на епилепсията.

Тип епилепсия	Статистика	ЕЕГ находка					Общо
		Липсва патология	Дифузни неспецифични промени	Фокални промени	Фокална пароксизмална активност	Генерализирана пароксизмална активност	
Генетична	Брой	3	0	0	3	1	7
	%	60.0	0	0	33.3	50.0	41.2
Структурна/ метаболитна	Брой	2	1	0	5	0	8
	%	40.0	100.0	0	55.6	0	47.1
Неизвестна	Брой	0	0	0	1	1	2
	%	0	0	0	11.1	50.0	11.8
Общо	Брой	5	1	0	9	2	17
	%	100.0	100.0	0	100.0	100.0	100.0

Табл. 84. Честотно разпределение на ЕЕГ находките по видове и тип на епилепсията.

От табл. 84 става ясно, че: при генетичната и неизвестна по тип епилепсия с най-голям относителен дял е **генерализирана пароксизмална активност**. При структурна/метаболитната – дифузни неспецифични промени. Недостатъчният брой случаи не позволява направата на сигнификантен статистически анализ.

2.5.2.5. Корелации между вида на припадъците и вида на епилепсията

На таблици 85, 86, 87 и 88 са обобщени резултатите от връзката между вида на епилепсията и вида на епилептичните припадъци.

Тип епилепсия	Статистика	Прости парциални пристъпи		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	9	0	9
	%	42.9[a]	0[b]	37.5
Структурна/ метаболитна	Брой	11	2	13
	%	52.4[a]	66.7[a]	54.2
Неизвестна	Брой	1	1	2
	%	4.8[a]	33.3[a]	8.3
Общо	Брой	21	3	24
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 85. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на прости фокални епилептични пристъпи. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

От табл. 85 става ясно, че простите парциални епилептични пристъпи са значимо повече при **структурна/метаболитна** и **неизвестната** епилепсия спрямо генетичната.

Тип епилепсия	Статистика	Комплексни парциални пристъпи		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	7	2	9
	%	36.8	40.0	37.5
Структурна/ метаболитна	Брой	10	3	13
	%	52.6	60.0	54.2
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	10.5	0	8.3
Общо	Брой	19	5	24
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 86. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на комплексни фокални епилептични пристъпи ($p>0.05$).

На табл. 86 се вижда, че **няма статистически значима връзка** между вида на епилепсията и наличието на комплексни парциални епилептични пристъпи.

Тип епилепсия	Статистика	Вторично генерализирани припадъци		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	5	5	10
	%	83.3[a]	26.3[b]	40.0
Структурна/ метаболитна	Брой	1	12	13
	%	16.7[a]	63.2[b]	52.0
Неизвестна	Брой	0	2	2
	%	0[a]	10.5[a]	8.0
Общо	Брой	6	19	25
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 87. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на ВГТКП. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

От табл. 87 става ясно, че вторично генерализираните тонично-клонични припадъци са значимо повече при **генетичната** и **структурна/метаболитна** епилепсия спрямо неизвестната.

Тип епилепсия	Статистика	Генерализирани тонично-клонични припадъци		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	4	5	9
	%	21.1[a]	100.0[b]	37.5
Структурна/ метаболитна	Брой	13	0	13
	%	68.4[a]	0[b]	54.2
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	10.5[a]	0[a]	8.3
Общо	Брой	19	5	24
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 88. Анализ на връзката между типа на епилепсията и наличието на ГТКП. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

На табл. 88 се вижда, че генерализираните тонично-клонични припадъци са значимо повече при **генетичната епилепсия** спрямо структурна/метаболитна и неизвестната.

2.5.2.6. Корелации между вида на епилепсията и отклонения в неврологичния статус и наличие на когнитивен дефицит

На долните две таблици е отразена връзката между вида на епилепсията и наличието на отклонения в неврологичния статус и когнитивен дефицит.

Тип епилепсия	Статистика	Неврологичен статус		Общо
		Норма	Патология	
Генетична	Брой	9	1	10
	%	50.0[a]	14.3[a]	40.0
Структурна/ метаболитна	Брой	7	6	13
	%	38.9[a]	85.7[b]	52.0
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	11.1[a]	0[a]	8.0
Общо	Брой	18	7	25
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 89. Анализ на връзката между типа на епилепсията и неврологичния статус. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

Тип епилепсия	Статистика	Когнитивен дефицит		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	10	0	10
	%	50.0[a]	0[b]	40.0
Структурна/ метаболитна	Брой	8	5	13
	%	40.0[a]	100.0[b]	52.0
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	10.0[a]	0[a]	8.0
Общо	Брой	20	5	25
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 90. Анализ на връзката между типа на епилепсията и когнитивен дефицит. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

На таблици 89 и 90 се вижда, че има статистически значима връзка между вида на епилепсията, неврологичния статус и когнитивен дефицит. Връзката се изразява в **сигнификантно по-голямо наличие на патология при структурна/метаболитната епилепсия** спрямо генетичната и неизвестната.

На долната таблица е представена връзката между типа на епилепсията и наличието на повече от един тип епилептични припадъци.

Тип епилепсия	Статистика	Припадъци		Общо
		Един тип	Няколко типа	
Генетична	Брой	8	2	10
	%	44.4[a]	28.6[a]	40.0
Структурна/ метаболитна	Брой	8	5	13
	%	44.4[a]	71.4[a]	52.0
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	11.1[a]	0[a]	8.0
Общо	Брой	18	7	25
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 91. Анализ на връзката между вида на епилепсията и видовете припадъци. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

На табл. 91 се вижда, че няма сигнификантна връзка между вида на епилепсията и наличието на повече от един тип епилептични припадъци.

2.5.1.8. Корелации между вида на епилепсията и провеждането на антиконвулсантното лечение

Тип епилепсия	Статистика	АЕМ терапия		Общо
		Неприемали + не-редовно приемали	Редовно приемали	
Генетична	Брой	8	2	10
	%	40.0[a]	40.0[a]	40.0
Структурна/ метаболитна	Брой	10	3	13
	%	50.0[a]	60.0[a]	52.0
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	10.0[a]	0[a]	8.0
Общо	Брой	20	5	25
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 92. Анализ на връзката между типа на епилепсията и провеждането на антиепилептична терапия. Еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

От табл. 92 става ясно, че няма сигнификантна връзка между вида на епилепсията и вида на АЕМ терапията.

2.5.2.8. Корелации между вида на епилепсията и наличие на ФГ

На долната таблица са представени резултатите от връзката на вида епилепсия с наличието на фебрилни гърчове в детска възраст.

Тип епилепсия	Статистика	Фебрилни гърчове		Общо
		Не	Да	
Генетична	Брой	7	3	10
	%	36.8[a]	50.0[a]	40.0
Структурна/ метаболитна	Брой	10	3	13
	%	52.6[a]	50.0[a]	52.0
Неизвестна	Брой	2	0	2
	%	10.5[a]	0[a]	8.0
Общо	Брой	19	6	25
	%	100.0	100.0	100.0

Табл. 93. Анализ на връзката между типа на епилепсията и фебрилни гърчове.

На табл. 93 се вижда, че **няма сигнификантна връзка** между вида на епилепсията и типа на фебрилните гърчове.

2.5.3. Обсъждане

В съответствие със съвременните всеобхватни превалентни проучвания на епилепсията и в двете ромски популации парциалните епилептични пристъпи са най-чести. От тях с най-голям процент са вторично генерализираните тонично-клонични припадъци, които съставляват около 65% от парциалните пристъпи сред ромите в Кюстендил и над 70% в Лом. След тях се нареждат комплексните парциални пристъпи съответно около 20% от парциалните пристъпи и в двата града. Първично генерализираните припадъци са малко над 17% в Кюстендил и около 20% в Лом.

Настоящото проучване показва разлика в преобладаващите типове епилепсия в двете ромски популации. В Кюстендил над 40% от епилепсиите са от генетичен тип, като наследствената епилепсия на темпоралния дял съставлява около една трета от всички генетични епилепсии. Този факт е обясним с наличието на три големи фамилии с този тип наследствена епилепсия. След нея по честота е структурна/метаболитната епилепсия с малко над 30%, една трета от която е посттравматична, следвана от постинсултната епилепсия. В Лом повече от половината от епилепсиите са структурна/метаболитна. Малко под 70% от тях са епилепсия при ДЦП, следвана от постинсултната епилепсия. Втора по честота е генетичната епилепсия, половината случаи от които са болни с идиопатична генерализирана епилепсия.

Любопитен е фактът, че в Кюстендил значимо повече болни със структурна/метаболитната епилепсия започват и редовно провеждат антиконвулсантно лечение спрямо страдащите от останалите два вида епилепсия. Подобна зависимост в Лом не се установява.

2.6. Рискови фактори за поява на епилепсия в проучваните ромски общности

2.6.1. Кюстендил

2.6.1.1. Оценка на наличието на рискови фактори за епилепсия в изследваната популация

На табл. 94 е отразено честотното разпределение на рисковите фактори за епилепсия общо сред ромската популация в Кюстендил и по квартали.

Риск фактор	**Общо**				**Квартал**				**P**
	Липса		Наличие		Нов		Стар		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ЧМТ	74	80.43	18	19.57	5	31.3	13	17.1	0.295
МСБ	84	91.30	8	8.70	0	0.0	8	10.5	0.342
Невроинфекция	88	95.65	4	4.35	0	0.0	4	5.3	1.000
Алкохолизъм	90	97.83	2	2.17	1	6.3	1	1.3	0.319
Тумор или киста	90	97.83	2	2.17	2	12.5	0	0.0	0.029
ДЦП	75	81.52	17	18.48	4	25.0	13	17.1	0.485
Когнитивен дефицит	79	85.87	13	14.13	1	6.3	12	15.8	0.453
Фамилност	45	48.91	47	51.09	9	56.3	38	50.0	0.785

Табл. 94. Честотно разпределение на изследваните рискови фактори общо и по квартали.

С най-голям относителен дял е рисковият фактор **фамилност** (51%), следван от черепно-мозъчна травма (**ЧМТ)** с 20%. Най-малко са разпространени рисковите фактори алкохолизмът и наличие на тумор или киста. Последният риск фактор е единствения, по който се различават сигнификантно двата квартала – факторът е значимо повече в новия квартал, но бройката е твърде малка, за да се правят надеждни изводи.

От табл. 95 става ясно, че епилептиците с **първа степен на фамилност** са сигнификантно повече от тези с по-далечна.

Фамилност				
Първа		По-далечна		p
N	%	N	%	
36	76.60	11	23.40	<0.001

Табл. 95. Сравнителен анализ на относителните дялове на имащите епилепсия с първа и по-далечна фамилност.

От табл. 96 става ясно, че няма статистически значима разлика между имащите фамилност от малка и голяма фамилия.

Фамилия				
Малка		Голяма		**p**
n	%	n	%	
21	44.68	26	55.32	n.s.

Табл. 96. Сравнителен анализ на относителните дялове на имащите епилепсия от голяма и малка фамилия.

От табл. 97 се вижда, че няма статистическата значимост на разликата в наличието на фамилност при болните в стария в сравнение с болните в новия квартал.

Фамилност				
Нов квартал		Стар квартал		**p**
n	%	N	%	
9	56.3	38	50.0	n.s.

Табл. 97. Сравнителен анализ на относителните дялове на имащите фамилност в двата квартала.

2.6.1.2. Количествена оценка на факторите, влияещи върху появата на епилепсия

За установяването на факторите, влияещи върху появата на епилепсия и количествена оценка на тяхното въздействие, бе приложен бинарен логистичен регресионен анализ. Бяха оценени факторите местожителство при добри или лоши социално-битови условия, полова принадлежност и възраст.

Показател	**Сравнение**	**Индивидуално**				**Групово**			
		OR	95% ДИ		p	OR	95% ДИ		**p**
			Долна граница	Горна граница			Долна граница	Горна граница	
Местожителство (квартал)	Стар/нов	2.682	1.558	4.617	<0.001	2.774	1.610	4.780	<0.001
Полова принадлежност	Мъж/жена	1.596	1.047	2.433	0.030	1.642	1.076	2.505	0.022
Възраст	Увеличение с 1 година	1.010	1.000	1.021	0.060	1.012	1.001	1.023	0.032

Табл. 98. Отношение на шансовете и 95% ДИ на факторите за поява на епилепсия.

В индивидуален план като сигнификантни фактори бяха установени (табл. 98)**:**

- **Местожителство** – живеещите в стария квартал при лоши битови условия имат около **2.7** пъти по-висок риск за поява на епилепсия спрямо живеещите в новия квартал;

- **Полова принадлежност** – мъжкият пол увеличава риска за възникване на епилепсия спрямо женския с около **60**%;

- **Възрастта** – увеличението на възрастта с една година увеличава риска за възникване на епилепсия с около **1**%.

За да се оцени комбинираното влияние на факторите, свързани с шанса за поява на епилепсия беше използван множествен логистичен регресионен анализ.

В групов план (табл. 98)**:**

- **Местожителство** – увеличи рисковото си въздействие незначително до около **2.8** пъти;

- **Полова принадлежност** и **възрастта** – също не промениха съществено рисковото си въздействие.

2.6.2. Лом

2.6.2.1. Оценка на наличието на рискови фактори за епилепсия в изследваната популация

На табл. 99 е отразено честотното разпределение на рисковите фактори за епилепсия сред ромското население в Лом.

Рисков фактор	**Брой**	**Относителен дял (%)**	**Sp**
ЧМТ	0	0.00	0.00
МСБ	3	12.00	6.50
Невроинфекция	0	0.00	0.00
Алкохолизъм	1	4.00	3.92
Тумор или киста	0	0.00	0.00
ДЦП	9	36.00	9.60
Когнитивен дефицит	5	20.00	8.00
Фамилност	9	36.00	9.60

Табл. 99. Честотно разпределение на изследваните рискови фактори.

С най-голям относителен дял са рисковите фактори **ДЦП** и **фамилност** с по 36%, следвани от когнитивен дефицит с 20%. Липсват напълно ЧМТ, невроинфекция и тумор или киста.

От табл. 100 става ясно, че няма сигнификантна разлика между броят на имащите първа и по-далечна фамилност сред ромите в Лом.

Фамилност				
Първа		По-далечна		**P**
N	%	n	%	
5	55.6	4	44.4	n.s.

Табл. 100. Сравнителен анализ на относителните дялове на имащите епилепсия с първа и по-далечна фамилност.

На табл. 101 е отразен сравнителен анализ на относителните дялове на болните с фамилност от голяма и малка фамилия.

Фамилия				
Малка		Голяма		**P**
N	%	n	%	
9	100.00	0	0.00	<0.001

Табл. 101. Сравнителен анализ на относителните дялове на болните с фамилност от голяма и малка фамилия.

Резултатите от табл. 101 показват, че всички епилептици с рисков фактор фамилност са от малка фамилия. Разликата между двата вида фамилии е статистически значима.

На табл. 102 е отразено разпределение на болните с фамилност по квартали.

Квартал	**Без фамилност**		**С фамилност**		**P**
	N	%	n	%	
Младеново	4	25.0	0	0.0[a]	<0.05
Момин брод	1	6.3	3	33.3[bc]	n.s.
Стадиона	11	68.8	5	55.6[b]	n.s.
Хумата	0	0.0	1	11.1[ac]	n.s.

Табл. 102. Разпределение на болните с фамилност по квартали. Еднаквите букви по вертикалите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p<0.05$).

Болните с фамилност са сигнификантно повече в квартал Стадиона спрямо Младеново и Хумата. Имащите фамилност в квартал Момин брод са значимо повече от тези в Младеново. От четирите квартала на Лом единствено болните от Стадиона имат необходимата статистическа представителност, поради което не може да се оцени влиянието на квартала като евентуален фактор за възникване на епилепсия.

2.6.2.2. Количествена оценка на факторите, влияещи върху появата на епилепсия

За установяването на факторите, влияещи върху появата на епилепсия и количествена оценка на тяхното въздействие, бе приложен бинарен логистичен регресионен анализ.

Показател	**Сравнение**	**OR**	**95% ДИ**		**P**
			Долна граница	Горна граница	
Полова принадлежност	Мъж/жена	0.976	0.445	2.142	0.952
Възраст	Увеличение с 1 година	0.997	0.978	1.017	0.786

Табл. 103. Отношение на шансовете и 95% ДИ на факторите за поява на епилепсия.

Нито един от изследваните показатели не се оказа сигнификантен фактор за появата на епилепсия (табл. 103).

III.6.3. Обсъждане

Настоящото проучване установи, че основен рисков за епилепсия фактор сред ромската популация в Кюстендил е наличието на фамилност. Повече от половината епилептично болни роми в Кюстендил имат фамилна анамнеза за епилепсия, като епилептиците с първа степен на фамилност са сигнификантно повече от тези с по-далечна степен. Няма статистически значима разлика в риска в зависимост от принадлежността към малка или към голяма фамилия (такава с повече от трима епилептично болни), както и в зависимост от това дали фамилията живее при добри или лоши социално-битови условия. Социално-битовите условия сами по себе си също повишават риска от епилепсия около 2.7 пъти. Мъжкият пол и възрастта също се явяват рискови фактори за епилепсия сред ромите в Кюстендил, като първият повишава риска от поява на епилепсия с около 60% спрямо женския пол, а увеличаването на възрастта с една година повишава риска от поява на епилепсия с около 1%. Друг основен рисков фактор за епилепсия в ромската популация в Кюстендил са черепно-мозъчните травми, които предшестват епилепсията при един на всеки пет епилептично болни, последвани от епилепсия при детска церебрална парализа, епилепсия при болни с умствена изостаналост и постинсултна епилепсия. По-рядка причина за епилепсия при ромите в Кюстендил са преживяна невроинфекция, злоупотреба с алкохол или пространство заемащ мозъчен процес.

С най-голям относителен дял от рисковите за епилепсия фактори сред ромската популация в Лом са детската церебрална парализа и наличието на фамилност с по 36%, следвани от епи-

лепсията при болни с умствена изостаналост, които са 20% от епилептично болните. За разлика от Кюстендил, сред ромите в Лом не се установява статистически значима разлика в степента на риска при първа или по-далечна степен на фамилност. В Лом не се установи наличието на големи фамилии с епилепсия. Не бяха установени и епилептично болни роми с предшестващи черепно мозъчна травма, невроинфекция или обемен мозъчен процес. С малък относителен дял са рисковите фактори преживян мозъчен инсулт и злоупотреба с алкохол. За разлика от Кюстендил, при ромите в Лом половата принадлежност и възрастта не се оказаха сигнификантен рисков фактор за поява на епилепсия. Социално битовите условия не беше възможно да бъдат оценени като потенциален рисков фактор, поради неналичието на обособена разлика между тях в отделните квартали.

3. Изводи:

1. Почти във всяка възрастова група и в двата града жените са по-висок процент. Възрастовата пирамида е от прогресивен тип и в двете изучавани популации, като възрастовата структура на квартала с по-добри битови условия в Кюстендил е в по-късна фаза на демографска транзиция.

2. Стигматизацията и разпространеното убеждения сред ромите, че епилепсията е нелечима от съвременната медицина, са причина те често да прибягват към традиционни лечители, като малка част от епилептично болните роми са известни на здравните служби.

3. Заболеваемостта от епилепсия сред ромите в Кюстендил е от порядъка на тази в развиващите се държави, като мъжете заболяват два и половина пъти по-често. Заболеваемостта от епилепсия в ромските квартали на Лом е от порядъка на тази в индустриалните държави.

4. Болестността от епилепсия сред ромите в Кюстендил значително надвишава тази в индустриалните държави. Болестността от епилепсия сред ромите в Лом е от порядъка на тази в индустриалните държави.

5. В съответствие със съвременните превалентни проучвания на епилепсията и в двете ромски популации парциалните епилептични пристъпи са най-чести. По отношение на типове епилепсия в Кюстендил над 40% от епилепсиите са от генетичен тип, като наследствената епилепсия на темпоралния дял съставлява около една трета от всички генетични епилепсии. В Лом повече от половината от епилепсиите сред ромите са структурна/метаболитна, като малко под 70% от тях са при ДЦП, следвани от постинсултната епилепсия.

6. Основният рисков за епилепсия фактор сред ромската популация в Кюстендил е наличието на фамилност, следван от лоши социално-битови условия на живот. С най-голям относителен дял от рисковите фактори в Лом са детската церебрална парализа и наличието на фамилност. За разлика от Кюстендил, при ромите в Лом половата принадлежност и възрастта не се оказаха сигнификантен рисков фактор за поява на епилепсия.

4. ПРИНОСИ

Научно-теоритични

1. За първи път в България и в света е проучена епидемиологията на епилепсията сред роми.
2. Проведено е първото в България популационно-базирано проучване на епилепсията по метода „врата до врата“.
3. Установена е заболеваемостта и болестността на епилепсията в две ромски популации в България.
4. Проучени са вярванията на ромите относно епилепсията и традиционните им начини на лечение.

Научно приложни

1. Създаден и валидизиран въпросник за скринингово проучване на епилепсията, съдържащ специфични за ромите в България въпроси.
2. Въведена е за първи път в България методика за епидемиологично проучване на епилепсията на цяла популация.
3. Описани са клиничните особености на епилепсиите в проучваните популации.
4. Определено е значението на рискови за епилепсия фактори в проучваните популации.

5. ПУБЛИКАЦИИ И НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Публикации:

1. Antimov P, Tournev I, Zhelyazkova S, Sander JW. Traditional practices and perceptions of epilepsy among people in Roma communities in Bulgaria. Epilepsy Behav. 2020 Apr 20;108:107086.

2. Антимов Пл., Търнев И. Епидемиологични проучвания на епилепсията. Българска Неврология, 2011; Том 11, Брой 1; 42-48.

3. Антимов Пл., Търнев И., Сандер Ж. Клинични характеристики на епилепсията сред ромската популация на град Кюстендил. Българска Неврология, 2016; Том 17, Брой 3; 233-237.

4. Антимов Пл., Търнев И., Сандер Ж. Болестност на епилепсията сред ромската популация на град Кюстендил. Българска Неврология, 2017; Том 18, Брой 1; 23-27.

5. Антимов Пл., Търнев И., Сандер Ж. Болестност на епилепсията сред ромската популация на град Лом. Българска Неврология, 2017; Том 18, Брой 1; 27-30.

6. Антимов Пл., Търнев И., Сандер Ж. Заболеваемост на епилепсията сред ромските популации на градовете Кюстендил и Лом. Българска неврология, 2017; Том 18, Брой 2; 137-141.

7. Антимов Пл., Търнев И., Сандер Ж. Рискови фактори за епилепсия сред ромската популация на град Кюстендил. Българска неврология, 2017; Том 18, Брой 2; 141-146.

8. Антимов Пл., Търнев И., Сандер Ж. Рискови фактори за епилепсия сред ромската популация на град Лом. Българска неврология, 2017; Том 18, Брой 2; 146-149.

Научни съобщения:

I. Международни конгреси:

1. P. Antimov, I. Tournev, J. W. Sander. Validation of a screening tool for a door-to-door study of epilepsy among the Roma population in Kyustendil, Southwestern Bulgaria. 16th EFNS Congress, Stockholm, Sweden, September 08 - 11, 2012.

2. P. Antimov, I. Tournev, J. W. Sander. A community-based door-to-door study of epilepsy in the Roma dustrict of Kyustendil, Bulgaria. 15th Congress of the European Federation of Neurological Societies. Budapest, Hungary, September 10 – 13, 2011.

3. P. Antimov, I. Tournev, J. W. Sander. A community-based door-to-door study of epilepsy among children in the Roma District of Kyustendil, Bulgaria. 21st Meeting of the European Neurological Society. 28 – 31 May 2011, Lisbon, Portugal.

II. Български конгреси:

1. Антимов А, Антимов П. Разстройство на съня – кошмарни съновидения при лечение с Lamictal. X Национален конгрес по неврология с международно участие. 7 – 9 юни 2007. София. България.

2. Пл. Антимов. Значение на ЕЕГ находката относно диагнозата и лечението на Ювенилна миоклонична епилепсия (ЮМЕ). XI Национален конгрес по неврология с международно участие. 14 – 16 май 2009. София. България.

3. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Епидемиологично проучване на епилепсията по метода „врата до врата“ на жителите от 0 – 19 годишна възраст на ромския квартал в гр. Кюстендил. Национална конференция по детска неврология, психиатрия и психология на развитието с международно участие. 21 – 23 октомври 2010, София, България.

4. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Валидизиране на въпросник за скрининг за епилепсия сред жителите на ромския квартал в гр. Кюстендил. XII Национален конгрес по неврология с международно участие. 19 – 21 май 2011, к.к. Боровец, България.

5. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Епидемиологично проучване на епилепсията на жителите от 0 до 19 годишна възраст на ромските квартали на гр. Лом. Национална конференция по детска неврология, психиатрия и психология на развитието с международно участие. 18 – 20 октомври 2012, София, България.

6. М. Рашева, Н. Колева, В. Вутова, Пл. Антимов. Retigabine (RTG) като добавъчна терапия при пациенти с парциални епилепсии с висока степен на медикаментозна резистентност. XIII национален конгрес по неврология. 16–19 май 2013 г. к.к. Златни пясъци, България.

7. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Заболеваемост от епилепсия на жителите на ромския квартал на гр. Кюстендил. Национална конференция по детска неврология, психиатрия и психология на развитието с международно участие. 23 – 25 октомври 2014, София, България.

8. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Болестност от епилепсия на жителите на ромския квартал на гр. Кюстендил. XV Национален конгрес по неврология с международно участие 2 – 5 юни 2016 г, х-л Интернационал, к.к. Златни пясъци.

9. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Болестност от епилепсия на жителите на ромските квартали на гр. Лом. XV Национален конгрес по неврология с международно участие 2 – 5 юни 2016 г., х-л Интернационал, к.к. Златни пясъци.

10. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Рискови фактори за поява на епилепсия при жителите на ромския квартал на гр. Кюстендил. XV Национален конгрес по неврология с международно участие 2 – 5 юни 2016 г., х-л Интернационал, к.к. Златни пясъци.

11. Пл. Антимов, И. Търнев, Ж. Сандер. Рискови фактори за поява на епилепсия при жителите на ромските квартали на гр. Лом. XV Национален конгрес по неврология с международно участие 2 – 5 юни 2016 г., х-л Интернационал, к.к. Златни пясъци.

12. М. Рашева, Н. Нейков, Пл. Антимов, В. Вутова, Ив. Стайков. Epi-track в диагностиката на когнитивни нарушения при епилепсия. XV Национален конгрес по неврология с международно участие 2 – 5 юни 2016 г., х-л Интернационал, к.к. Златни пясъци.

Проекти:

1. Спечелен грант по изследователски проект № 13-Д на тема „Подготовка и осъществяване на скрининг за епилепсия сред ромската общност в гр. Кюстендил“; договор № 20-Д/2009 г. с оценки: Основни критерии 18 точки (при максимална 18 точки) и допълнителни критерии 11 точки (при максимална 11 точки).

2. Участие в спечелен проект за конкурс „Насърчаване на научните изследвания в приоритетни области” („тематичен конкурс”) – 2009 г. на МОН на тема „Съвременни подходи за разкриване генетичните основи на епилепсията“, договор № ДТК 02/67 от 17 декември 2009 г.