

Эпилепсия — хроническое заболевание, которое возникает преимущественно в детском или юношеском возрасте и характеризуется разнообразными пароксизмальными расстройствами, а также типичными изменениями личности, нередко достигающими выраженного слабоумия со специфическими клиническими чертами; на отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Из истории:

- История учения об эпилепсии уходит корнями в далекое прошлое. Эта болезнь была известна еще в Древнем Египте. Гиппократ привел яркое описание эпилептического припадка и его предвестников (ауры), а также отметил наследование этого заболевания. Он предполагал связь эпилепсии с поражением мозга и возражал против распространенного в то время мнения о роли таинственных сил в происхождении болезни.
- Клавдий Гален стал говорить о разных группах эпилепсии, выделив идиопатическую и симптоматическую формы.
- Большой вклад в изучение эпилепсии внес английский невропатолог J. H. Jackson. Он дифференцировал судорожные и бессудорожные пароксизмы эпилептической болезни и эпилептиформные припадки при различных органических поражениях мозга.
- Психиатрическому аспекту эпилепсии уделяли большое внимание отечественные психиатры С. С. Корсаков, П. И. Ковалевский, А. А. Муратов. Французский психиатр J. Falret дал описание изменений личности больных эпилепсией, ставшее классическим, а также предположил существование эпилептической болезни без судорожных припадков.
- Значительный вклад в учение об эпилепсии внес E. Kraepelin, он рассматривал изменения личности у больных эпилепсией как первичные симптомы, проявляющиеся иногда еще до эпилептических припадков. По его мнению только присутствие специфических для эпилепсии изменений личности может решить вопрос о нозологической принадлежности болезни.

- Наряду с судорожными приступами большое место в клинике данного заболевания занимают бессудорожные пароксизмы (эквиваленты) с *помрачением сознания* (сумеречные состояния, сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом, амбулаторные автоматизмы) и **без расстройства сознания** (аффективные пароксизмы, каталептические и нарколептические, психомоторные и другие приступы).

- При эпилепсии с бессудорожными приступами больные, а также родственники в течение ряда лет не придают заболеванию существенного значения. Они обращаются к врачам лишь когда присоединяются судорожные припадки. Эпилепсия, проявляющаяся судорожными приступами почти никогда не остается незамеченной, даже имеется риск гипердиагностики. Ранняя диагностика значительно затруднена при первых бессудорожных пароксизмах. Круг заболеваний, с которыми ее приходится дифференцировать значительно расширяется. Больные долго не обращаются за квалифицированной медицинской помощью, особенно когда приступы слабо выражены и не вызывают тяжелых субъективных ощущений. Легкие бессудорожные приступы часто просматриваются врачами или неправильно расцениваются как невротические или другие проявления. Принадлежность их к эпилепсии устанавливается значительно позже, чаще лишь тогда, когда присоединяются судорожные приступы. Особенно часто это происходит если они проявляются расстройствами сна, головокружениями, головными болями, абсансами, висцероvegetативными пароксизмами.

Классификация:

С помрачением сознания: Сумеречное помрачение сознания

Амбулаторные автоматизмы (оральные, ротаторные, сложные, фуги, трансы)

Особые (сновидные) состояния

Абсансы

Без помрачения сознания 1. Приступы по типу изолированной ауры (Висцеросенсорная, Висцеромоторная, Сенсорная, Импульсивная, Психическая)

2. Аффективные пароксизмы (дисфории, экстатические состояния, депрессивные состояния)

3. Катаплексические и нарколептические состояния

Сумеречное помрачение сознания

Для этого синдрома типично сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда, аффектом тоски, злобы и страха.

Под влиянием бреда, галлюцинаций и напряженного аффекта, больной внезапно совершает чрезвычайно опасные поступки: зверски убивает или калечит принятых за врагов близких родственников, посторонних людей; в силу охватившей его ярости бессмысленно разрушает все, что попадает под руку, с одинаковой злобой и одушевленное, и неодушевленное.

Приступ сумеречного помрачения сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном.

Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют, отношение к совершенному, иногда тяжелому преступлению (убийство родных, детей) — как к чужому, а не к собственному поступку. При сумеречном помрачении сознания отсутствуют воспоминания не только о реальных событиях, но в противоположность делирию и онейроиду и о субъективных переживаниях.

Выделяют следующие варианты сумеречного помрачения сознания.

Бредовой вариант.

Галлюцинаторный вариант

- Сумеречное помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций носит название **амбулаторного автоматизма**. Страдающие этим расстройством совершают автоматизированные движения и действия; например, выйдя из дома с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятно для себя оказываются в противоположном конце города.

Выделяют: *оральные* автоматизмы (приступы жевания, причмокивания),

ротаторные автоматизмы («vertigo») с автоматическими однообразными вращательными движениями на одном месте, сложные.

К амбулаторным автоматизмам относятся и так называемые **фуги**, когда больные, находясь в состоянии помраченного сознания, бросаются бежать; бегство продолжается некоторое время, а затем приходят в себя. Известны случаи длительных миграций больных в состояниях амбулаторного автоматизма (**трансы**), однако чаще эти состояния бывают сравнительно непродолжительными и выражаются в том, что больные проезжают нужную им остановку, проходят мимо своего дома и т. д.

- **Больной Л., 44 лет.** В анамнезе черепно-мозговые травмы. В последующие годы повышенная утомляемость, временами головная боль. За 3 последних года 4 раза было состояние измененного сознания длительностью несколько минут, когда больной обнаруживал, что он находится не там, где ему следовало быть. Однажды, как обычно, вышел на работу, был в своем учреждении, разговаривал с сотрудниками. С их слов, утром этого дня он вовремя пришел на работу, поздоровался с окружающими, приступил к текущим делам, поведение внешне было правильным.
- Спустя несколько минут вышел из кабинета и больше не возвращался. Больной впоследствии рассказал, что он вернулся домой, взял деньги, сел в какой-то автобус и приехал в аэропорт, но не придавал этому значения. В дальнейшем амнезия на весь полуторамесячный период транса. За это время больной совершил поездки, пользуясь самолетом, по маршрутам Москва — Кишинев — Львов — Ростов-на-Дону — Краснодар — Нальчик — Баку — Ташкент — Фрунзе — Алма-Ата. В его памяти сохранились лишь отрывочные воспоминания об отдельных эпизодах. Например, в одном городе прочел «Аэропорт Ташкент», в другом спросил окружающих, они сказали: «Львов» и т. д.
- Пришел в сознание через 1,5 мес. во время заболевания гриппом и был очень удивлен, каким образом оказался в Алма-Ате. Позвонил домой, сообщил, где он находится, и просил выслать денег на дорогу. Последующее время сознание ясное, поведение правильное.

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.



Сновидные состояния

- К бессудорожным пароксизмам с помрачением сознания относятся так называемые *особые* или **сновидные, состояния** (dreamy states Джексона) с фантастическим грезоподобным бредом. Они отличаются от пароксизмов с сумеречным помрачением сознания отсутствием полной амнезии периода помраченного сознания. Больной амнезирует лишь окружающую обстановку, а разнообразные психопатологические расстройства, обычно в виде фантастического грезоподобного бреда, сохраняются в памяти. Это позволяет рассматривать указанные состояния как бессудорожные пароксизмальные расстройства сознания, в психопатологическом отношении близкие к онейроидному помрачению сознания.

Абсансы

- К абсансам относят состояния с внезапным кратковременным (на несколько секунд) выключением сознания. В этот момент больной прерывает разговор или какое-нибудь действие, его взгляд останавливается или блуждает, а спустя несколько секунд он продолжает прерванный разговор или действие. В некоторых случаях выключение сознания сопровождается изменением тонуса отдельных групп мышц (чаще мышц лица, шеи, верхних конечностей), двусторонним легким подергиванием мышц или вегетативными нарушениями. Такие абсансы называют сложными абсансами.

- *Пропульсивные (акинетические) припадки* характеризуются разнообразными пропульсивными, т. е. направленными вперед, движениями (пропульсия).
- Разновидностью пропульсивных припадков являются **кивки** — серии кивательных движений головой и **клевки** — резкие наклоны головы вперед и вниз (при этом больные могут удариться лицом о предметы, стоящие перед ними). Кивки и клевки характерны для детей в возрасте 2—5 мес.
- Салаам-припадки названы так потому, что движения, совершаемые больными во время припадка, отдаленно напоминают поклоны при мусульманском приветствии (тело наклоняется вперед, голова падает вниз, а руки разводятся вверх и в стороны); такой припадок не сопровождается падением.
- Молниеносные припадки отличаются от салаам-припадков лишь более быстрым развитием; в остальном их клиническая картина почти идентична. Необходимо лишь отметить, что вследствие быстрого и резкого движения туловища вперед больные нередко падают.

- *Ретропульсивные припадки* подразделяются на клонические и рудиментарные ретропульсивные припадки. Они возникают в возрасте от 4 до 12 лет, но чаще в 6—8 лет.
- Клонические ретропульсивные припадки сопровождаются клоническими судорогами мускулатуры, век, глаз, головы, рук. Припадок выражается в закатывании глаз, отклонении головы назад, в запрокидывании вверх и назад рук, словно больной хочет что-то достать позади себя. Глаза, голова отклоняются вверх и назад в мелких клонических подергиваниях, руки — в мелких клонических судорогах. Припадок, как правило, не приводит к падению больного; реакция зрачков на свет отсутствует, лицо бледное, отмечают потливость и слюнотечение.
- Рудиментарные ретропульсивные припадки отличаются от клонических лишь неразвернутостью. Они характеризуются легким выпячиванием глазных яблок, мелкими нистагмозидными подергиваниями, а также миоклоническими судорогами век.

- Случаи заболевания с очень кратковременными и частыми (до 50 в день) ретропульсивными припадками или абсансами выделяют в особую форму — *пикнолепсию* (пикноэпилепсию).
- *Импульсивные (миоклонические) припадки* клинически проявляются внезапными вздрагиваниями или толчкообразными движениями тех или иных групп мышц. Чаще всего вовлекаются мышцы верхних конечностей, происходит быстрое разведение или сближение рук, при этом больной роняет предметы из рук.
- Импульсивные припадки возникают, как правило, в виде серий или «залпов» (по 5—20 подряд), отделенных друг от друга интервалом в несколько часов. Характерно возникновение приступов в утренние часы.

- К бессудорожным пароксизмам без помрачения сознания относятся разнообразные состояния, клинические проявления которых соответствуют психопатологической картине ауры.
Психопатологические состояния, соответствующие тому или иному типу ауры, рассматриваются как бессудорожные пароксизмы лишь тогда, когда они не переходят в большой судорожный припадок.

Существует несколько классификаций ауры.
Наиболее распространенной является
классификация W. Penfield (1954). Он различает

- висцеросенсорную,
- висцеромоторную,
- сенсорную,
- импульсивную
- психическую ауру.

- Висцеросенсорная аура ранее обозначалась как эпигастральная, поскольку болезненные явления начинаются с неприятного ощущения в подложечной области с тошнотой. Это ощущение поднимается вверх, больной ощущает удар в голову и теряет сознание.

- *Висцеромоторная аура* крайне разнообразна по проявлениям. Это:
- *зрачковая аура,*
- *сосудистая аура,*
- *желудочно-кишечная аура,*
- *пиломоторная аура,*
- *частые мигательные движения*

- *Сенсорная аура* отличается чрезвычайным разнообразием клинических проявлений. Это соматосенсорная, зрительная, слуховая, обонятельная и меньероподобная аура.
- Особенности сенсорной ауры позволяют с наибольшей вероятностью предположить локализацию первичного очага возбуждения, лежащего в основе того или иного пароксизма. Так, соматосенсорная аура свидетельствует о возникновении первичного нервного разряда в задней центральной извилине, зрительная аура — о первичном очаге в затылочной доле, обонятельная аура — о патологическом очаге в крючковидной извилине и т. д.

- **Импульсивная аура** выражается в тех или иных двигательных актах, напоминающих картины амбулаторных автоматизмов, но в отличие от них не сопровождающихся амнезией. К импульсивной ауре относится ходьба или бег (обычно в течение несколько секунд), насильственный крик, насильственное пение.
- Импульсивная аура включает и импульсивное насильственное возбуждение с агрессивными тенденциями в отношении окружающих и разрушительными действиями, которые очень напоминают сумеречное помрачение сознания, но в отличие от него не сопровождаются амнезией.
- К импульсивной ауре относят также эпизоды эксгибиционизма, kleptomанические и пироманические акты.

- *Психическая аура.* К ней относят галлюцинаторную, идеаторную ауру, ауру с легким помрачением сознания, близким к онейроидному, состояния с психосенсорными расстройствами, явлениями дереализации и деперсонализации, а также ауру с ощущением ранее никогда не виденного и уже виденного прежде.

- Следует подчеркнуть, что все описанные расстройства можно считать аурой только тогда, когда они предшествуют генерализации припадка. Если аура не переходит в судорожный припадок, то говорят о самостоятельных бессудорожных пароксизмах.

- В группу бессудорожных пароксизмов без помрачения сознания включают также **аффективные пароксизмы**. Чаще всего это эпизодически возникающие состояния **дисфории** с тоскливо-злобным аффектом, агрессивными тенденциями. В этом состоянии больные испытывают раздражение происходящим вокруг, всем недовольны, придираются к окружающим, причиняют себе боль (прижигают кожу папиросами, царапают себя и т. д.). Наряду с дисфорическими сравнительно нередко пароксизмально возникающие **депрессивные** состояния, очень напоминающие по проявлениям циклотимические депрессии. Однако они отличаются внезапным появлением депрессивных расстройств и столь же внезапным их исчезновением. Встречаются также пароксизмальные депрессивные состояния, сопровождающиеся импульсивными влечениями, непреодолимой тягой к алкоголю (дипсомания), к поджогам (пиромания), к смене местопребывания (дромомания) и т. д. Значительно реже аффективные пароксизмальные состояния сопровождаются **приподнято-экстатическим** настроением. К этой же категории пароксизмов можно причислить *катаплексические и нарколептические* состояния.

- Нарколепсия - внезапное (за секунды, минуты, изредка за несколько десятков минут) развитие непреодолимой сонливости, сменяющейся сном. Припадок возникает в любых условиях - во время ходьбы, при езде на транспорте или его вождении, во время работы, в том числе и в условиях, опасных для жизни.
- Каталепсия - внезапное расслабление мышц под влиянием неожиданных раздражителей, например звуковых или сильных аффектов (испуг, радость, гнев и т.п.). Припадок может сопровождаться падением. Сознание сохраняется. Из-за атонии речедвигательных мышц больные во время припадков не отвечают на вопросы.



- Диэнцефальные (вегетативные пароксизмы) характеризуются внезапным появлением озноба, побледнением или покраснением лица, слюноотечением, повышением АД, головокружением, шумом в ушах, слезотечением. Обычно они сопровождаются страхом, тревогой, иногда резкой слабостью. Продолжаются от нескольких минут до 1-2 часов. Нередко заканчиваются учащенным позывом на мочеиспускание, дефекацию, изредка чувством голода и жажды. О приступе больные помнят.

- Принципы лечения больных эпилепсией:
- 1. **Индивидуальный подбор лекарственных средств и дозировок.** Адекватная для данных пароксизмов и формы эпилепсии терапия, монотерапия одним из препаратов первого ряда. Начиная с небольшой дозы постепенно увеличивая.
- 2. **Непрерывность и длительность терапии.** После прекращения пароксизмов продолжать не менее 2-3 лет.
- 3. **Комплексность.** Наряду с антипароксизмальной проводится дегидратационная и рассасывающая терапия, витамины, средства, направленные на устранение обменных, аллергических, нейрогуморальных и других нарушений. Обязательна терапия сопутствующих заболеваний.
- Медикаментозная терапия должна сочетаться с психотерапией, трудотерапией и другими видами лечения.
- 4. **Преемственность.** При направлении больного на консультацию, переводе из одного лечебного учреждения в другое в выписке из истории болезни необходимо подробно осветить лечебный процесс с указанием дозировок применявшихся препаратов.

Терапия бессудорожных расстройств

- При простых абсансах препаратами выбора являются вальпроаты и этосуксемид (суксилеп). Предпочтение следует отдавать вальпроатам. Этосуксемид наряду с вальпроатами рассматривается как основной препарат при лечении абсансов у детей.
- Применение суксилепа у взрослых начальная доза 250-500 мг/сутки с постепенным увеличением до 1000-1500 мг. (на 250 мг в неделю), у детей до 6 лет 10-15 мг/кг (не более 250 мг в сутки), у детей старше 6 лет начальная доза 250 мг /сутки, поддерживающая 15-30 мг/кг утки. Суточная доза делится на 2-3 приема.
- Карбамазепин обычно способствует учащению абсансов и в связи с этим применяется иногда как своеобразный тест с диагностической целью. Применение барбитуратов приводит к развитию резистентности абсансов к другим базовым препаратам.
- Атипичные абсансы часто резистентны к лечению. В индивидуальных случаях может быть эффективен один из следующих препаратов или их сочетание: фенитоин, вальпроат, ламотриджин, клоназепам, этосуксемид, диакарб и кортикостероиды.
- При недифференцированных приступах следует применять вальпроаты.

- Сумеречное расстройство сознания:
- Лечение зависит от того, как оно развилось, аутохтонно или после пароксизма. В последнем необходимо принимать меры направленные на лечение приступов. Для лечения сумеречных состояний, не связанных с пароксизмами рекомендуется введение диазепама в/м или в/в в нарастающих дозах в сочетании с этосуксемидом. Из нейролептических средств показаны аминазин, тизерцин, галоперидол.
- Дисфории: препараты выбора
- 1. Противосудорожные: карбамазепин, конвулекс, депакин.
- 2. нейролептики аминазин, неупелтил, тизерцин, галоперидол.
- 3. Антидепрессанты амитртптиллин, мелипрамин, анафранил (эффективны при эпилептических нарушениях настроения)
- 4. транквилизаторы: диазепам, феназепам (при нерезко выраженных дисфорическиз состояниях).

- ПРОГНОЗ

- Прогноз эпилепсии в целом достаточно благоприятен, за исключением так называемых злокачественных вариантов эпилептической болезни с частыми припадками, эпилептическими состояниями и быстро нарастающим слабоумием. Своевременно начатое лечение, правильный выбор препарата или их комбинации приводят, как правило, к урежению пароксизмов и стабилизации состояния больного в целом. Как уже говорилось, при адекватной и своевременно начатой терапии изменения личности бывают минимальными или практически отсутствуют, а следовательно, у больных сохраняется работоспособность, творческая инициатива, способность продолжать образование.