
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психиатрии и наркологии

П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная

**ОРГАНИЧЕСКИЕ И ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Учебно-методическое пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2016**

УДК 616.89

ББК 56.14

М91

Мучник П. Ю.

М91 Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с.

Авторы:

ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России *П. Ю. Мучник*;

канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России *О. В. Задорожная*.

Рецензент:

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России д-р мед. наук, доцент *С. В. Гречаный*.

В учебно-методическом пособии дан обзор современных представлений о систематике, этиологии и терапевтических тактиках при органических и экзогенно-органических расстройствах.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов, обучающихся по направлениям подготовки (специальностям) «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело».

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Методическим советом ФГБОУ ВО
СЗГМУ им. И. И. Мечникова
Минздрава России,
протокол № 2 от 03 июня 2016 г.

© П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная, 2016
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Общие закономерности развития и симптоматика психических нарушений при органических психических расстройствах	6
Диагностика	12
Объективный анамнез	12
Диагностическое интервью	13
Лабораторные и инструментальные методы диагностики.....	13
Объективный осмотр	13
Экспериментально-психологическое исследование.....	14
Дифференциальная диагностика.....	14
Психические нарушения при черепно-мозговых травмах	15
Классификация ЧМТ	16
Течение травматической болезни.....	17
Начальный (острейший) период ЧМТ.....	17
Вторичный (острый) период ЧМТ	17
Третичный период ЧМТ (период реконвалесценции)	18
Период отдаленных последствий.....	19
Лечение	19
Эпилепсия	20
История изучения эпилепсии.....	20
Эпидемиология эпилепсии	21
Этиология эпилепсии	22

Диагностика эпилепсии	24
Классификация эпилептических припадков	25
Генерализованные припадки.....	26
Дифференциальная диагностика с истерическими припадками.....	27
Фокальные припадки.....	29
Эпилептический статус.....	33
Психические расстройства при эпилепсии	34
Транзиторные (преходящие) психические расстройства	34
Эпилептические расстройства настроения.....	35
Сумеречное помрачение сознания	35
Эпилептические психозы	35
Перманентные психические расстройства при эпилепсии	37
Эпилептические изменения личности.....	37
Эпилептическое слабоумие	38
Медикаментозное лечение эпилепсии	39
Стратегия лечения эпилепсии	40
Хирургическое лечение эпилепсии.....	41
Заключение	44
Литература.....	45
Тестовые задания	46
Эталоны ответов.....	51

ВВЕДЕНИЕ

Экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства представляют собой сборную группу заболеваний, полиморфных по своим проявлениям. Однако, несмотря на их полиморфизм, общим для них является этиологический фактор, заключающийся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции. Указанная дисфункция может быть первичной, как при некоторых заболеваниях, травмах и инсультах, которые поражают мозг непосредственно или предпочтительно; или вторичной, как при системных заболеваниях и расстройствах, которые поражают мозг только как один из многих органов или систем организма.

Можно говорить о том, что экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства являются наиболее частыми среди всех психических расстройств.

В настоящее время зарегистрировано (находится под наблюдением) около 1,2 млн человек с органическими психическими расстройствами. Ежегодно органическими психическими расстройствами в РФ болеет около 18,4 человек на 100 тыс. населения (психотическими расстройствами) и 101,9 человек на 100 тыс. населения (не психотическими расстройствами). В большей степени болеют мужчины, что связано со спецификой их трудовой деятельности.

Профилактические меры. Первичная профилактика при органических расстройствах наименее специфична. Она включает предупреждение неблагоприятных экзогенных воздействий (в первую очередь экологических катастроф), бытового и промышленного травматизма, повышение эффективности санитарно-гигиенических мероприятий в группах риска населения. Вторичная профи-

лактика — предупреждение неблагоприятных тенденций болезни: выявление ее злокачественного течения, малообратимых форм органического дефекта, органических психозов, пароксизмальных расстройств, а также развития на «органической почве» вторичной психической патологии (прежде всего синдрома зависимости). Третичная профилактика сводится к предупреждению рецидивов, обострений. Типичная для значительной части больных с органическим поражением головного мозга своеобразная «внутренняя картина» болезни — игнорирование ее проявлений — также значительно усугубляет трудности организации внебольничной лечебно-реабилитационной работы.

С учетом высокой распространенности этого вида патологии, сложностей в общении с пациентами, высокой частоты стойкой или временной утраты работоспособности данное учебное пособие может быть рекомендовано к изучению в процессе подготовки врачей общей практики.

В материал учебного пособия намеренно не включены психические расстройства, возникающие как следствие самостоятельно существующих соматических заболеваний, и различные варианты деменций, так как эти темы рассматриваются в рамках занятия по соматопсихиатрическим расстройствам и занятия по психическим расстройствам позднего возраста соответственно.

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ И СИМПТОМАТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Развитие психических нарушений при экзогенно-органических поражениях головного мозга имеет общие закономерности, которые отражают не столько специфические особенности действующего экзогенного агента, сколько неспецифические общемозговые реакции на него. Впервые детализированное и систематизированное описание развивающейся симптоматики было дано известным немецким психиатром Карлом Бонгёффером в 1908 году, он обнаружил, что количество форм реагирования на различные внешние вредности относительно ограничено, в связи с чем он описал так

называемые острые реакции экзогенного типа, к которым изначально были отнесены:

- 1) оглушение;
- 2) делирий;
- 3) аменция;
- 4) сумеречное состояние (эпилептическое возбуждение);
- 5) галлюциноз.

Позже он дополнил этот список маниакально-подобными, кататоническими и параноидными состояниями.

Неспецифичность и немногочисленность реакций мозга на различные внешние воздействия К. Бонгеффер объяснял наличием некоего «мозгового механизма», который нивелирует действия многообразных этиологических факторов, сводя их к одному универсальному патологическому началу. Экзогенный психоз К. Бонгеффер расценивал не как патологический процесс, а лишь как реакцию мозга на внешнюю вредность, а под экзогенией понимал не только действующие извне факторы, но и экстрацеребральные внутренние заболевания и нарушения обмена. По его мнению, на основании психопатологической картины можно отличить экзогенные психозы от эндогенных, но внутри экзогенных типов реакции не существует картин типичных для той или иной внешней вредности. Таким образом, суть учения об «экзогенном типе реакций» состояла в том, что возможных реакций мозга гораздо меньше, чем внешних воздействий, которые, к тому же опосредуются внутренней средой организма. В современном понимании, патогенетическое единство экзогенных психозов определяется ограниченностью набора адаптивных конституциональных реакций, связанных с особенностями центральной нервной регуляции, и состоянием системы реактивности.

Переходя собственно к психическим расстройствам, встречающимся в клинике органических психических расстройств, перечислим сначала основные синдромы.

Астенический синдром — самое частое нарушение при органических расстройствах. Нередко бывает стержневым синдромом. Выражается в повышении утомляемости, трудности концентрации внимания, замедления восприятия, снижении памяти, эмоциональной лабильности, повышенной ранимости и обидчивости. Характерна гиперестезия к различным раздражителям, расстройства сна и разнообразные вегетативные симптомы. В зависимости

от тяжести состояния выделяют гиперстеническую, неврастеническую и астеническую стадию. Возможны варианты в виде астено-депрессивного и астено-ипохондрического синдрома.

Синдромы нарушения сознания — могут встречаться как в виде различных степеней угнетения сознания (от обнубиляции до комы), так и в виде помрачений сознания (делирия, аменции, онейроида, сумеречного). Как глубина выключения сознания отражает степень и тяжесть органического повреждения головного мозга, так и особенности клинической картины синдромов помраченного сознания могут иметь прогностическое значение. Так, например, появление в структуре делириозного синдрома признаков угнетения психической деятельности, аментивных включений в виде уменьшения психомоторной активности пациента, углубления дезориентировки, снижения вербальной и коммуникативной активности будет являться признаком крайне неблагоприятного прогноза для пациента.

Эмоциональные нарушения:

– депрессия — может протекать с идеаторной заторможенностью или ажитацией и тревогой. Основным фоном является астения с быстрой истощаемостью и слезливостью. При прогрессировании соматического заболевания и формировании хронической энцефалопатии депрессия может приобретать характер дисфорической, с ворчливостью, придиричивостью;

– маниакально-подобные состояния — большинство авторов избегают термина «маниакальный» для обозначения синдромов с повышением настроения при органических и симптоматических психозах. Как правило, в описаниях подчеркивается атипичность аффекта при органических маниакальных состояниях. Обычно это сочетание мании с дисфорическим компонентом (гневливая мания), сочетание мании с астенией (непродуктивная мания) сочетание мании с легким оглушением (рауш-мания). Сочетание мании с психоорганическими проявлениями придает поведению больных дополнительную грубость, расторможенность, непродуктивность, сближающую эти состояния с псевдопаралитическим синдромом и эйфорическим вариантом психоорганического синдрома;

– тревога — классически определяемая как «негативная эмоция, направленная в будущее», ощущение грядущей беды, катастрофы, является одним из самых неспецифических состояний,

сопровождает любую патологию входя в структуру самых разнообразных синдромов. Как правило, тревога сопровождается вегетативными проявлениями, обусловленными, в том числе симпатикотонией.

Галлюцинаторно-бредовые синдромы чаще протекают по типу острого параноида с бредом преследования, вербальными галлюцинациями и иллюзиями. Возможны также хронические состояния по типу «кухонного» бреда с мелкомасштабными несистематизированными идеями ущерб, отравления и преследования.

Галлюцинозы — состояния, протекающие на фоне ясного сознания, характеризующиеся наличием постоянных или рецидивирующих галлюцинаций, зрительных либо хронических, которые могут осознаваться или не осознаваться пациентами как проявления болезни. Бредовая трактовка возможна, но обычно критика сохранена.

Кататонические синдромы — состояния в виде кататонического ступора с частичным или полным мутизмом, негативизмом, застываниями, стереотипиями, восковой гибкостью или кататонического возбуждения с импульсивными поступками, агрессивностью.

Психоорганический синдром включает в себя значительные изменения привычного образа преморбидного поведения. Классически симптоматика психоорганического синдрома описывается триадой Вальтер-Бюэля: нарушение памяти (в виде гипомнезий, парамнезий, либо амнезий), интеллекта (нарушение мышления по органическому типу, снижение уровня обобщений, конкретизация мышления) и эмоций (эмоциональное огрубление, слабодушие, дисфории, эйфория, апатия, эмоциональная лабильность). К основным вариантам психоорганического синдрома относят:

- церебрастенический — в виде повышенной физической и психической истощаемости, лабильности аффекта со склонностью к дистимии;

- дисфорический — с раздражительностью, брутальностью, склонностью к образованию сверхценных идей и кверулянтству, нерезкими дисмнестическими нарушениями, ослаблением волевых задержек и повышением влечений;

- эйфорический — характеризующийся благодушием, снижением критики к своему состоянию, дисмнестическими нарушениями, взрывами гневливости, сменяющейся беспомощностью и слезливостью, снижением работоспособности;

– апатический – сопровождается аспонтанностью, безинициативностью, сужением круга интересов, безразличием к окружающему и отсутствием планов на будущее, выраженными дисмнестическими нарушениями;

– психопатоподобный – изменение потребностей и влечений в виде совершения антисоциальных актов, прожорливости, не соблюдения правил личной гигиены, изменений сексуального поведения (гипосексуальность или неадекватные сексуальные притязания);

– особые варианты:

• амнестический (корсаковский), представлен триадой симптомов – ретроградной амнезией, фиксационной амнезией и парамнезиями;

• псевдопаралитический – характерен для поражений лобной локализации и напоминает по клинике экспансивную форму прогрессирующего паралича. Представлен благодушием, интеллектуально-мнестическим снижением, расторможенностью влечений.

Переходя с синдромологического на нозологический уровень классификации, приведем рассмотренные выше синдромы к нозологическим рубрикам МКБ-10.

Непсихотические расстройства представлены тремя группами состояний: невротоподобными, психопатоподобными, психоорганическими.

Невротоподобные органические психические расстройства («тревожные расстройства органической природы», F06.4; «органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство», F06.6) проявляются в первую очередь астенической, тревожной, либо обсессивной симптоматикой. Отличаются от истинно невротических необязательным присутствием психотравмирующей ситуации. Могут протекать обратимо, редуцироваться полностью, без резидуальной симптоматики, но могут носить и затяжной характер. Встречаются, как правило, при легких степенях поражения головного мозга, восстановление обусловлено регенерационным потенциалом организма.

Психопатоподобные («расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга», F07.0 по МКБ-10 «Органическое диссоциативное расстройство» F06.5 по МКБ-10). В этой группе заболеваний рассматриваются, прежде всего, патологические изменения личности, развиваю-

щиеся в связи с существующей органической патологией в виде заострения преморбидных личностных черт. Указанные изменения нарастают постепенно, носят как правило, необратимый характер, могут приводить к социальной и трудовой дезадаптации пациентов.

Психоорганические нарушения в зависимости от преобладающей симптоматики могут рассматриваться в рамках «Органического амнестического синдрома», (F04 по МКБ-10) либо в рамках «расстройств личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга», (F07.0 по МКБ-10). Представлены различными вариантами психоорганического синдрома (см. выше), течение обычно необратимое, в случае прогрессирования органической патологии возможна трансформация в состояние деменции.

Психотический уровень представлен острыми, затяжными и хроническими состояниями.

Острые психотические расстройства длятся от нескольких часов до нескольких суток. В МКБ-10 к ним относятся, в первую очередь разнообразные состояния нарушенного сознания (в МКБ-10 объединенные в рубрику F05 «делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами»), острый вербальный галлюциноз (F06.0 по МКБ-10), острого параноида («органическое бредовое психозоподобное расстройство», F06.2 по МКБ-10), возможны судорожные состояния. По выходе из острого психоза наблюдаются явления астении или состояния эмоционально-гиперестетической слабости (по К. Vonhoeffler) разной выраженности. Больные утомляемы, не способны к длительному напряжению, быстро истощаются при работе, особенно при умственной. Вместе с тем они раздражительны, капризны, обидчивы, эгоцентричны, требуют к себе особого внимания. Настроение крайне неустойчиво, со склонностью к подавленности; выражены явления гиперестезии.

Затяжные психотические расстройства длятся от двух недель до двух-трех месяцев.

Чаще всего клиническая картина представлена различными вариантами депрессии, депрессивно-бредового, маниакальных расстройств («органические аффективные расстройства настроения», F06.3 по МКБ-10) галлюцинаторно-параноидного состояний (F06.2 по МКБ-10), кататонических расстройств («Органическое кататоническое состояние», F06.1 по МКБ-10), псевдопаралитического

(F07.0 по МКБ-10) и транзиторного корсаковского синдромов (F04 по МКБ-10). Исход затяжных состояний может быть благоприятным, с выходом через длительное состояние астении, либо (реже) сменяются более тяжелым и мало обратимым психоорганическим синдромом.

Хронические психотические расстройства имеют длительность более трех месяцев, зачастую необратимы. В клинической картине отмечается повторение или продолжение состояний, отмечавшихся на этапе затяжных расстройств. В основном это продуктивные психотические расстройства аффективного и аффективно-бредового регистров. Также могут отмечаться хронические органические галлюцинозы, сопровождающиеся или нет бредовой трактовкой переживаний. Отличием от подобных расстройств неорганической природы является наличие осевой астенической симптоматики, интеллектуально-мнестического снижения и личностных изменений в виде огубления личности с изменениями влечений.

ДИАГНОСТИКА

Основная проблема при диагностике органических и экзогенно-органических психических расстройств — адекватность клинической оценки последствий перенесенной вредности, их соответствие критериям «расстройств» по МКБ-10: *«клинически определенной группе симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию»*.

С диагностической целью проводят сбор следующих данных.

Объективный анамнез

Объективный анамнез, собираемый при изучении медицинской документации, со слов родственников пациента, включает:

- данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями (прежде всего наследственно-дегенеративными);
- данные об особенностях развития пациента;
- информацию о преморбидных особенностях (до перенесенной экзогении);
- данные о начале, длительности и особенностях течения заболевания, характере оказанной психиатрической помощи.

Диагностическое интервью

Диагностическое интервью, помимо прочего, имеет целью выявление и предварительную оценку выраженности специфических психических расстройств (когнитивных, аффективных, личностных, реже психотических).

Беседу с пациентом строят без оценивающих и комментирующих высказываний и реплик назидательного и морализаторского толка на общих методологических и деонтологических принципах: от частного к общему, от нейтральных тем к эмоционально значимым, от прошлого к настоящему.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

Лабораторные и инструментальные методы диагностики:

- исследование крови (показатели общего клинического анализа крови, протромбин, билирубин, мочевины, сахара крови, тесты на сифилис, ВИЧ);
- общий клинический анализ мочи;
- ЭЭГ позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептическую активность, регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга и внутричерепной гипертензии;
- рентгенография черепа;
- консультация офтальмолога позволяет оценить состояние глазного дна, выявить признаки сосудистого и органического поражения головного мозга;
- консультация невролога позволяет оценить расстройства функций черепных нервов, рефлексы и их изменения, произвольные движения, экстрапирамидные нарушения, мозжечковую патологию и расстройства координации движений и др.
- КТ, МРТ позволяют выявить морфологические нарушения структур головного мозга.

Объективный осмотр

При физическом обследовании пациента особую диагностическую ценность имеют следы перенесенных травм (рубцы, шрамы, наличие следов прикусов), так называемые стигмы (признаки пороков развития отдельных органов), результаты неврологического обследования.

Обобщив данные клинического и дополнительных методов неврологического исследования, выносят топический и нозологический диагнозы поражения головного мозга.

Экспериментально-психологическое исследование

Экспериментально-психологическое исследование проводит медицинский психолог по показаниям врача-психиатра. Оно позволяет получить информацию об особенностях и структуре психических процессов, индивидуальных психологических свойств и психическом состоянии пациента, что необходимо для уточнения диагноза.

Следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывает основные сферы психической деятельности:

- исследование умственной работоспособности и внимания (отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счгт по Крепелину, корректурная проба Бурдона и др.);

- исследование памяти (узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др.);

- исследование ассоциативной сферы (ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации, пиктограмма и др.);

- исследование мыслительной деятельности (исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий и др.);

- исследование индивидуально-психологических особенностей (различные шкалы самооценки, например по Дембо-Рубинштейн; проективные тесты, например «Тематический апперцептивный тест», тесты Роршаха, Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики; личностные опросники, такие как «Миннесотский мультифакторный личностный опросник», тест Кеттелла и др.).

Особую ценность с учетом возможностей топической диагностики у пациентов с ОПР приобретают данные нейропсихологического обследования.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика проводится с:

- эндогенными психическими расстройствами;
- психогенными расстройствами;

-
- расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ;
 - расстройствами, возникающими вследствие соматических заболеваний.

Для дифференциации в первую очередь необходимо произвести выявление и оценку экзогенно-органического фактора. Этот фактор должен быть объективно обнаруживаемым, его воздействие должно находиться во временной связи с развитием психической патологии и интенсивность фактора должна коррелировать с интенсивностью психических расстройств (особенно в остром периоде). Также необходимо провести исключение иных возможных этиологических причин, отграничив, таким образом, симптоматические психические расстройства и расстройства, вследствие употребления ПАВ.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Наиболее частой формой экзогенного поражения головного мозга является черепно-мозговая травма (ЧМТ). МКБ-10 предполагает кодирование этих состояний в различных рубриках: собственно травма кодируется в разделе S00-S09 («травмы головы»), а психические нарушения, развивающиеся в связи с ней в разделе F00-F09 («органические, включая симптоматические, психические расстройства»).

Как следует из статистической информации министерства здравоохранения РФ, в 2014 году зарегистрировано 430809 (294,5 на 100 тыс. всего населения) внутричерепных травм (S06 в МКБ-10). При этом вариабельность распространенности в различных регионах РФ составила от 27,7 (Кабардино-Балкарская Республика) до 753,2 (Приморский край) и 838,8 (Республика Ингушетия). Таким образом, можно говорить о высокой распространенности этой патологии и неоднородности ее распространения в различных регионах страны, что может быть связано с различными причинами (производственные факторы, особенности организации здравоохранения и статистического учета и др.)

Классификация ЧМТ

Черепно-мозговые травмы делят на открытые и закрытые. Открытые, в зависимости от нарушения целостности твердой мозговой оболочки, могут быть проникающими и непроникающими. Закрытые ЧМТ делят на коммоции (сотрясения), контузии (ушибы), компрессии (сдавления) и диффузное аксональное повреждение.

Коммоция — сотрясение массы мозга, которое может происходить под действием силы, не имеющей приложения к поверхности головы, например при падении на любую часть тела (седалище, колени и т. д.) или в результате ушиба головы, защищенной шлемом, каской. При этом многочисленные кровеносные сосуды, ликвор, лимфа приходят в движение, что приводит к травматизации высших вегетативных центров, находящихся в стенках III и IV желудочков и на дне силвиевого водопровода. Это приводит к нарушению крово-, лимфо- и ликворообращения и повышению внутричерепного давления. В связи с этим на первый план при коммоциях выступают общемозговые симптомы (вследствие поражения стволовой части мозга).

Контузия — локальное органическое повреждение мозга и его оболочек на месте удара или противоудара. При контузии тоже, практически всегда, возникает коммоция, но клинику заболевания будут определять локальные симптомы повреждения коры головного мозга.

Компрессия — прогрессирующий патологический процесс, приводящий, по заполнении ёмкости резервных пространств черепа и истощении компенсаторных механизмов, к дислокации и/или ущемлению ствола мозга с развитием угрожающего жизни состояния. Причинами компрессии могут быть вдавленные переломы костей черепа, очаговое разможнение мозга и развитие внутричерепных гематом.

Диффузное аксональное повреждение развивается вследствие разрывов аксонов при движении мозга внутри полости черепа и формируется по механизму «ускорение-торможение» с элементами ротации. Происходит перемещение более подвижных больших полушарий относительно фиксированного мозгового ствола, что приводит к натяжению и скручиванию длинных аксонов, связывающих кору полушарий и подкорковые структуры со стволом

мозга. Клиническая картина почти всегда представлена тяжелой комой с грубой стволовой симптоматикой.

Общие закономерности проявлений травматической болезни характерны для всех видов травматического поражения головного мозга. К ним относится внезапность начала, максимальное количество патологических изменений непосредственно после возникновения травмы, регрессиентность дальнейшего развития болезненных явлений (от тяжелых к более легким) и возможное появление новой симптоматики за счет вторичных изменений в головном мозгу.

Течение травматической болезни

Начальный (острейший) период ЧМТ

Начинается непосредственно с момента ЧМТ, длится от минут до нескольких дней. Симптоматика представлена различными степенями выключения сознания от оглушения до комы. Как правило степень и длительность потери сознания находятся в определенной корреляции с тяжестью черепно-мозговой травмы и могут, таким образом иметь некоторое прогностическое значение.

Вторичный (острый) период ЧМТ

Длится от нескольких дней до нескольких недель. После восстановления сознания на передний план выходят расстройства памяти. Среди расстройств памяти отмечаются гипомнезии и амнезии. По отношению к моменту ЧМТ амнезии могут разделяться на ретро-, антеро-, и антероретроградные. После глубоких и длительных выключений сознания возможно формирование корсаковского синдрома.

Помимо мнестических расстройств в этом периоде отмечаются общемозговые симптомы, связанные с повышением внутричерепного давления:

- диффузные головные боли, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей (шума, яркого света), а также при наклоне головы;
- головокружение, которое возникает даже спонтанно, в лежачем положении, особенно усиливается при поднимании головы, изменении положения тела;
- вестибулярные расстройства – нистагм, ослабление конвергенции глазных яблок, окулостагический феномен (нарушение статики при наблюдении за движущимися предметами);

– астенические расстройства, проявляющиеся сочетанием раздражительности и истощаемости в различных соотношениях. При этом адинамический компонент выражен тем больше, чем тяжелее астения;

– вегетативные расстройства, проявляющиеся, в основном, вазомоторными реакциями — лабильностью сердечной деятельности и артериального давления, повышенной потливостью, слюноотечением.

В этом периоде возможно появление острых психозов, чаще встречающихся при ушибах, чем при сотрясениях головного мозга. Среди психозов выделяют: различные варианты помрачения сознания в виде делирия, сумеречного помрачения сознания либо онейроида. Редко встречаются аффективные психозы, которые могут протекать в виде депрессий, гипоманиакальных состояний, дисфорий, состояния эйфории либо мори. Также возможно развитие острых бредовых психозов, протекающих с клиникой острого чувственного бреда, с преобладающим аффектом тревоги и страха, возможными импульсивными и агрессивными действиями. Психозы острого периода длятся несколько дней и сменяются астенией. Также в остром периоде возможно появление пароксизмальных состояний.

Третичный период ЧМТ (период реконвалесценции)

Продолжается недели — месяцы (до 1 года). В этом периоде постепенно сглаживаются все явления острого периода, и у значительного числа больных наступает выздоровление. В более тяжелых случаях встречаются пароксизмальные (эпилептиформные) расстройства.

Клиническая картина этого периода характеризуется синдромом посттравматической церебрастении, который включает в себя:

- повышенную истощаемость;
- различные вегетативные расстройства;
- раздражительность;
- головокружение и головные боли;
- гиперестезии (непереносимость яркого света, громких звуков);
- расстройства сна по астеническому типу;
- нарушение концентрации внимания;
- эмоциональную лабильность и другие проявления астении.

Кроме того, так же как и в остром периоде в позднем, периоде могут наблюдаться: аффективные психозы, шизофреноподобные бредовые психозы, а также эпилептические припадки.

Период отдаленных последствий.

Может продолжаться многие годы, иногда, всю жизнь. В этом периоде могут наблюдаться различные варианты психоорганического синдрома:

- астенический вариант — представляет собой синдром травматической церебрастении, являющейся наиболее характерным для позднего периода для черепно-мозговых травм;

- эксплозивный вариант определяется психопатоподобными расстройствами с выраженной возбудимостью, взрывчатостью, brutальными аффективными реакциями, дисфориями, агрессивным поведением, склонностью к противоправным действиям.

- эйфорический вариант определяется повышением настроения с оттенком эйфории и благодушия, бестолковостью, беспечностью, суетливостью, расторможенностью, резким снижением критики своего состояния;

- апатический вариант характеризуется сужением круга интересов, аспонтанностью, безразличием к окружающему, в том числе, к собственной судьбе и судьбе своих близких;

- эпилептиформный вариант — симптоматическая травматическая эпилепсия.

Также в этом периоде возможно формирование личностных расстройств (астенического, истерического, паранойяльного, эпилептического), психопатоподобных и невротоподобных состояний. Описаны поздние травматические психозы с аффективными (депрессивные, маниакально-подобные), галлюцинаторно-бредовыми, в том числе шизофреноподобными синдромами. Отмечается очаговая неврологическая симптоматика, дизэнцефальные расстройства.

Как правило, психические расстройства этого периода возникают в результате употребления алкоголя, резких изменений погоды и атмосферного давления, переутомления, инфекционных заболеваний, эмоциогенно-стрессовых переживаний.

Лечение

В остром периоде черепно-мозговой травмы необходимо соблюдение постельного режима. Он может продолжаться, в зависимости от тяжести состояния, от 2 до 6 недель. Назначаются средства, поддерживающие сердечно-сосудистую деятельность и дыхание (камфора, кофеин, лобелин и т.п.). При открытых поражениях, во избежание инфицирования, рекомендуются антибио-

тики и сульфаниламиды. При наличии возбуждения назначают бромиды, транквилизаторы, нейролептики. Для предупреждения и уменьшения отека мозга показано внутривенное введение 40% глюкозы, мочевины, оксибутирата натрия. Также для снижения внутричерепного давления рекомендована люмбальная пункция. Симптоматическая терапия на последующих этапах лечения может потребовать назначения противосудорожных, антидепрессивных, стимулирующих препаратов, а также средств общеукрепляющего действия и нейрометаболические препараты.

Трудовые ограничения должны определяться конкретными условиями производственной деятельности и тяжестью клинических проявлений заболевания. Наиболее частой причиной инвалидизации больных являются выраженные астенические нарушения, психопатоподобные изменения личности, интеллектуально-мнестическое снижение, наличие пароксизмальных расстройств сознания, судорожных припадков.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — хроническое нервно-психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, характеризующееся полиморфной клинической картиной, главные элементы которой:

- повторные, непровоцируемые эпилептические припадки;
- транзиторные (преходящие) психические расстройства;
- хронические изменения личности и интеллекта, иногда достигающие степени деменции.

История изучения эпилепсии

История учения об эпилепсии уходит корнями в далекое прошлое. Эта болезнь была известна в Древнем Египте, а также в античном мире. Долгое время среди людей существовало мистическое представление об эпилепсии. В античной Греции эпилепсия ассоциировалась с волшебством и магией и называлась «священной болезнью». Термин «священная болезнь» впервые упоминается в сочинениях Гераклита и Геродота. Считалось, что эпилепсия связана с вселением в тело духа, дьявола. Бог насылал ее на человека в наказание за несправедную жизнь. Однако, уже в VI веке до на-

шей эры, существовали попытки вполне реалистического истолкования припадков. Их выразителем был великий математический гений, творец акустики, ученый, признавший одним из первых шарообразную форму земли — Пифагор с острова Самоса объяснял эпилепсию заболеванием мозга. Дальнейшее развитие учения связано с трудами Гиппократов, который в трактате «О священной болезни» 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. Древнегреческий врач Арестей (I в. до н. э.) описал некоторые виды эпилептических эквивалентов и эпилептическое слабоумие, а Целий Аврелиан, считавший эпилепсию одним из общих заболеваний организма, рекомендовал лечение больных общеукрепляющими средствами вопреки принятым в то время знахарским методам. Упоминание об эпилепсии встречается и в Евангелии от св. Марка и св. Луки, где описано исцеление Христом мальчика от вселившегося в его тело дьявола. Отец ребенка пришел к Христу со словами: «Учитель, я привел к тебе моего сына, в которого вселился злой дух. Когда дух овладевает его телом, он терзает его, и тогда он падает, изнемогая, испуская пену изо рта, крепко стискивает зубы...». Иисус сказал: «Ты, дух, злобный и темный, заклинаю тебя, выйди из него и никогда не входи вновь». И дух закричал, и вышел из тела мальчика, а тот упал, как будто бездыханный. Но когда Иисус прикоснулся к нему, мальчик очнулся». Несмотря на достижения в изучении эпилепсии древних врачей, в средние века эпилепсия считалась заразным заболеванием, и, наряду с прокаженными больными, страдающими эпилепсией изолировали в отдельные поселения, не решались есть с ними из одной тарелки, пить из одной кружки. Считалось, что эпилептик был «нечистым»: любой, кто прикасался к нему, становился добычей демона, и, сплевывая, человек пытался отделаться от демона и ускользнуть от заразы. Лишь в 1849, а затем в 1867 году в Англии и Германии были организованы первые специализированные клиники для больных эпилепсией.

Эпидемиология эпилепсии

Во всем мире около 50 млн человек страдают эпилепсией, одним из самых распространенных неврологических заболеваний

в глобальных масштабах. По оценкам ВОЗ, доля общего населения с активной формой эпилепсии составляет от 4 до 10 на 1000 человек. Однако результаты некоторых исследований в странах с низким и средним уровнем дохода позволяют предполагать, что эта доля значительно выше — от 7 до 14 на 1000 человек. В глобальных масштабах эпилепсия ежегодно диагностируется у 2,4 млн человек. В странах с высоким уровнем дохода число новых ежегодных случаев заболевания на уровне всего населения составляет от 30 до 50 на 100 000 человек. В странах с низким и средним уровнем дохода этот показатель может быть вдвое выше. Это, по всей вероятности, связано с повышенным риском заболевания такими эндемическими болезнями, как малярия и нейроцистицеркоз; повышенными показателями дорожно-транспортного травматизма; родовыми травмами, а также различиями в медицинской инфраструктуре, наличием программ по профилактике и доступной медицинской помощи. Почти 80% людей с эпилепсией живут в странах с низким и средним уровнем дохода.

У 70% пациентов эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте и по праву считается одним из основных заболеваний педиатрической психоневрологии. На эпилепсию приходится 0,75% глобального бремени болезней, показателя на определенный момент времени, объединяющего годы жизни, утраченные вследствие преждевременной смерти, и годы, прожитые в состояниях ниже уровня полноценного здоровья. Заболеваемость высока в течение первых месяцев после рождения и несколько снижается после второго десятилетия. В странах СНГ этой болезнью болеют 2,5 млн человек.

Этиология эпилепсии

Согласно классификации ВОЗ существует две разновидности эпилепсии: идиопатическая и симптоматическая. Всемирная противозэпилептическая лига, помимо того, предлагает также использовать термин «неизвестная» (ранее — криптогенная) в тех случаях, когда причина неизвестна и может быть генетической, структурной или метаболической.

Идиопатическая характеризуется отсутствием заболеваний, могущих быть причиной эпилепсии и эпилепсия является как бы самостоятельным заболеванием. Для нее характерны следующие особенности:

- генетическая предрасположенность (высокая частота семейных случаев эпилепсии);
- начало болезни преимущественно в детском и подростковом возрасте;
- отсутствие изменений в неврологическом статусе при рутинном обследовании;
- нормальный интеллект;
- отсутствие структурных изменений в мозге при КТ и МРТ;
- сохранность основного ритма на ЭЭГ;
- относительно благоприятный прогноз с достижением терапевтической ремиссии в большинстве случаев.

Конкордантность по эпилепсии при использовании близнецового метода от 60 до 90% у однояйцевых и от 15 до 35% у двуяйцевых близнецов. Заболеваемость одного из родителей эпилепсией является фактором риска от 2 до 8%.

Возникновение идиопатической формы объясняется только возможной наследственной предрасположенностью, которую в большинстве случаев связывают с геном ВF и HLA хромосомы 6.

Симптоматическая или вторичная эпилепсия развивается как следствие каких-либо иных органических поражений головного мозга с формированием патологического очага пароксизмальной активности. Причины вторичной эпилепсии могут состоять в следующем:

- повреждение мозга в предродовой или перинатальный период (гипоксия или родовая травма, низкая масса тела при рождении);
- врожденные отклонения от нормы или генетические состояния при наличии пороков развития головного мозга, которые обусловлены этими факторами;
- тяжелая травма головы;
- инсульт, в результате которого в мозг не поступает достаточно кислорода;
- инфекция мозга, например менингит, энцефалит, нейrocистицеркоз;
- некоторые генетические синдромы;
- опухоль мозга.

Симптоматическая эпилепсия неоднородна и делится на две подгруппы:

1) эпилепсия как болезнь, развивающаяся на почве перенесенных органических поражений головного мозга, завершающихся к мо-

менту начала заболевания (черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации);

2) эпилептические синдромы, при наличии активно протекающего прогрессирующего церебрального процесса (сосудистые, алкогольные, опухолевые, воспалительные, паразитарные и пр.).

Диагностика эпилепсии

Диагноз эпилепсии должен включать оценку пароксизмальных состояний, результаты электроэнцефалографического и нейровизуализации.

В течение многих лет ведущим направлением в обследовании эпилепсии является электроэнцефалограмма, с помощью которой можно не только выявить локализацию эпилептического очага, но и обнаружить типичные, характерные для эпилепсии изменения биоэлектрической активности. Следует отметить, что эти изменения удается выявить лишь у 15-20% больных эпилепсией, при фоновой записи ЭЭГ. Однако то, что не выявляется при спонтанном физиологическом обследовании, часто можно обнаружить, используя методы провокации (функциональные нагрузки): гипервентиляцию, фотостимуляцию, депривацию сна, запись ночного сна, применение лекарственных препаратов и совмещение записи ЭЭГ с визуальной картиной припадков (ЭЭГ-видеомониторирование), что позволяет на протяжении длительного времени мониторировать ЭЭГ в сопоставлении с клиникой припадков.

Нейровизуализация нацелена на выявление патологического процесса, постановку синдромального и этиологического диагноза, определение прогноза, тактики, лечения. К методам нейровизуализации относятся:

– магнитно-резонансная томография (МРТ) показана всем больным эпилепсией, кроме не вызывающих сомнений случаев с идиопатической эпилепсией;

– компьютерная томография (КТ) – в настоящее время признается адекватным только для выявления опухолей головного мозга;

– позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

Особенно важное значение имеет постановка анатомического диагноза с помощью МРТ у больных с припадками в первые годы жизни; при парциальных припадках; при фармакорезистентной эпилепсии.

Классификация эпилептических припадков

При всем многообразии и полиморфизме эпилептических припадков для них характерны следующие общие признаки: внезапное начало, кратковременность (от долей секунды до 5–10 минут), самопроизвольное прекращение, стереотипность, фотографическое тождество на данном отрезке заболевания.

Классификация припадков, предложенная Всемирной противозэпилептической лигой (ИЛАЕ) в 2010 г.

I. Генерализованные припадки (возникающие с быстрым распространением на оба полушария)

- 1) Тонико-клонические
- 2) Абсансы
 - i) Типичные
 - ii) Абсансы с специфическими особенностями
 - (1) Миоклонические абсансы
 - (2) Миоклония век
 - iii) Атипичные абсансы
- 3) Клонические
- 4) Тонические
- 5) Атонические
- 6) Миоклонические
 - i) Миоклонические
 - ii) Миоклонические атонические
 - iii) Миоклонические тонические

II. Фокальные припадки (возникающие в пределах нейрональных сетей, ограниченных одним полушарием). Характеризуются наличием одного или нескольких признаков:

- 7) Аурой
- 8) Двигательными расстройствами
- 9) Вегетативными расстройствами
- 10) Психическими нарушениями (нарушения осведомленности/реагирования)

III. Неуточненные (недостаточно информации для отнесения к генерализованным, фокальным или и тем и другим)

- 11) Эпилептические спазмы
- 12) Прочие

Согласно этой классификации, фокальные припадки могут эволюционировать в двусторонние судорожные припадки.

Генерализованные припадки

1.1. Тонико-клонические припадки

Генерализованный тонико-клонический припадок — самый частый, известный, распространенный вид эпилептических припадков.

Стадии тонико-клонического припадка:

1. За несколько часов (реже дней) до появления припадка у некоторых больных могут появляться его предвестники («эпилептические продромальные явления»), которые проявляются изменением поведения, мрачностью, угрюмостью, замкнутостью, раздражительностью, злобностью, тревогой, страхом, снижением работоспособности. При появлении этих симптомов родственники больных, а в некоторых случаях сами больные, пытаются принять меры предосторожности, но это обычно не удается, так как они не могут точно предугадать время появления припадка.

2. Первым проявлением тонико-клонического припадка является «аура» (моторная, адверсивная, ротаторная, зрительная, слуховая, вегетативная, висцеральная, психическая, в том числе идеаторная, аффективная, психосенсорная, дисмнестическая, галлюцинаторная и т. д.), что встречается у некоторых больных (по разным данным от 10% до 50%).

3. Тоническая фаза (20-30 секунд). Выражение лица становится отсутствующим, глаза закатываются, лицо искажается гримасой, больной падает «как подкошенный», издавая при этом истошный «инициальный» крик, возникающая в результате тонического спазма мышц голосовой щели, груди, живота. Отмечается прикус языка, мочеиспускание (редко дефекация), затруднение дыхания (так как тонические судороги распространяются на диафрагму). Нередко во время падения больной получает ожоги, тяжелые ушибы головы, переломы конечностей.

4. Клоническая фаза (1,5-2 минуты) — короткие, вибрирующие сокращения мышц сгибателей с резким цианозом, пенистыми выделениями изо рта.

5. Вслед за этим наступает сон, который продолжается от нескольких минут до 2-3 часов.

6. У некоторых больных сон может быть очень кратковременным или вообще отсутствовать, но развивается постиктальное сумеречное расстройство сознания, во время которого совершаются как простые стереотипные движения (больные одеваются, собирают вещи, стремятся куда-то пойти), так и нецеленаправленные

действия со злобностью, раздражительностью, агрессией по отношению к окружающим).

Дифференциальная диагностика с истерическими припадками

Для истерических припадков, в отличие от истинных эпилептических необходимы два главных условия — конфликтная ситуация и зрители. Отличия наблюдаются и в клинической картине. Инициальный крик может отсутствовать или продолжаться произвольное время. Падение больных плавное, без самоповреждения. Отсутствует непроизвольное мочеиспускания и дефекация. Не наблюдается правильного чередования фаз, а их продолжительность может быть весьма вариабельной. Судорожные проявления носят вычурный разнообразный характер («фаза страстных поз», «фаза клоунизма»), нет стереотипности (фотографического тождества). Также не наблюдается постиктального сна, а на ЭЭГ нет специфических для эпилепсии изменений. Сознание в момент истерического припадков полностью или частично сохранено, что подтверждается нормальной реакцией зрачков на свет, реакцией на боль, наличием корнеального рефлекса и отсутствием патологических рефлексов

1.2. Абсансы

В переводе с французского абсансе означает «отсутствие». При типичных абсансах на ЭЭГ регистрируется специфическая для данного типа припадков билатерально-синхронная симметричная эпилептическая активность в виде комплексов пик-волна с частотой 3 колебания в секунду в глубоких (стволовых) отделах головного мозга. В первых классификациях эпилепсии этот тип припадков называли «малый эпилептический припадок» («petit mal») или генерализованный бессудорожный припадок.

1.2.i. Типичные (простые) абсансы. Происходит кратковременное выключение сознания. При этом больной «застывает», прерывая предыдущие действия (речь, чтение, письмо, движение, еду). Глаза устремляются в одну точку, контакт с окружающими прерывается, взгляд становится отсутствующим, лицо бледнеет. Абсанс прекращается также внезапно, как и начался, больные называют эти состояния «задумками» и обычно их амнезируют.

1.2.ii.1. Миоклонические абсансы. Происходит нарушение сознания, сопровождающееся билатеральными выраженными миоклониями. Нарушение сознания может быть полным или частичным. Приступы вовлекают в основном мышцы плечевого пояса,

рук и ног, реже — лица. Если возникают лицевые миоклонии, они наиболее выражены вокруг рта и подбородка, при том, что моргания век как правило отсутствуют или крайне редки (в отличие от миоклонии век (I.2.ii.2)), при которой они являются одним из ведущих симптомов. Двигательные расстройства могут носить продолженный и прогрессирующий характер, могут сочетаться с тоническим сокращением, которое максимально в плечевом поясе, дельтовидной мышце. Миоклонии и тонические сокращения могут быть симметричными или доминировать с одной стороны, что может приводить к повороту головы и туловища. Могут присутствовать вегетативные проявления, такие как остановка дыхания, недержание мочи. Каждый эпизод миоклонического абсанса длится от 10 до 60 секунд.

К атипичным абсансам (I, 2, iii) могут быть отнесены абсансы с тоническим компонентом, часто встречающиеся у детей в виде: пропульсивных («кивки», «салаамовы припадки», напоминающие движения при восточном приветствии), импульсивных (внезапное вздрагивание) и ретропульсивных (с наклоном головы и туловища назад) припадков. А также абсансы с автоматизмами сопровождаются автоматизированными действиями (чмоканье губами, глотание, мычание, хрюканье, изменение интонации голоса, ощупывание одежды, «верчение» в руках предметов и т. д.).

I.3. Клонические припадки в типичном виде наблюдаются главным образом у грудных детей. Наряду с потерей сознания и вегетативными нарушениями имеют место ритмичные двусторонние клонические судороги, распространяющиеся более или менее равномерно по всему телу. В паузах между клоническими подергиваниями мышц наблюдается их гипотония. При небольшой длительности генерализованного клонического припадка (1–2 мин) сознание восстанавливается быстро. Однако клонические припадки могут длиться значительно дольше (4–5 мин и более). В этих случаях после приступа возможна как кома, так и спутанность сознания или то и другое. Энцефалографически такие припадки более или менее соответствуют описанной выше электрографической картине клонической фазы тонико-клонического припадка (чередование быстрой активности около 10 в секунду и медленных волн). После прекращения припадка отмечается полная смена эпилептической активности диффузной медленной активностью с постепенным возвращением к исходной ЭЭГ.

1.4. Тонические эпилептические припадки наблюдаются обычно в детском возрасте. У взрослых тонические припадки редки. У детей тонические припадки нередко сочетаются с атипичными абсансами, являясь проявлением синдрома Леннокса-Гасто. Различают три варианта эпилептических тонических припадков: 1) аксиальные — с преимущественным вовлечением мускулатуры туловища и лица, спазмом дыхательных мышц и остановкой дыхания на выдохе; 2) с участием, помимо указанных мышц, мускулатуры поясов, а также, хотя и в меньшей степени, рук и менее часто ног; 3) глобальные — с интенсивным участием как туловищной мускулатуры, так и мышц конечностей

1.5. Атонические припадки характеризуются внезапной кратковременной (на несколько секунд) потерей мышечного тонуса. При этом внезапно опускается голова или больной падает. Сознание очень быстро восстанавливается. Падения приводят к многочисленным травмам. Атонические припадки почти всегда начинаются в детстве и сопровождаются умственной отсталостью, что позволяет легко дифференцировать их с приступами падения у взрослых, ранее не имевших неврологических заболеваний.

1.6. Миоклонические припадки проявляются короткими, внезапными судорожными подергиваниями. Миоклонии вовлекают голову, шею, а нередко и проксимальные отделы рук и ног. Миоклонические припадки могут возникать изолированно, но чаще сочетаются с другими первично генерализованными припадками и входят в состав эпилептических синдромов различной этиологии.

Фокальные припадки

Возникают вследствие очаговых нейронных разрядов из локализованного участка одного полушария. Они протекают без нарушения сознания (простые) или с нарушением сознания (комплексные). По мере распространения разряда простые парциальные припадки могут переходить в комплексные. Парциальные припадки преобладают у 60% больных эпилепсией.

II.1. Аура. Нейрохирурги и невропатологи называют ауру «сигнал-симптомом», так как ее характер является одним из основных клинических критериев для определения первичного эпилептического очага. При моторной ауре (когда больной начинает бежать), или ротаторной (крутится вокруг своей оси) — эпилептический очаг находится в передней центральной извилине, при зритель-

ной ауры — («искры, вспышки, звезды в глазах») — эпилептический очаг локализован в первичном корковом центре зрения затылочной доли, при слуховой ауры (шум, треск, звон в ушах) — очаг располагается в первичном центре слуха (извилины Гешля) в задних отделах верхней височной извилины, при обонятельной ауры (ощущение неприятного запаха) — фокус эпилептической активности обычно располагается в корковом центре обоняния (передняя верхняя часть гиппокампа) и т. д. Таким образом, «аура» может представлять из себя простой парциальный припадок без потери сознания («изолированная аура»). В тех случаях, когда аура эволюционирует до генерализованного судорожного припадков, она является последним, что помнит больной до утраты сознания (обычно амнезии на «ауру» нет). Продолжительность ауры несколько секунд (иногда доли секунды), поэтому больной не успевает принять меры предосторожности, защитить себя от ушибов, ожогов при падении.

II.2. Двигательные расстройства при фокальных припадках обычно называют *джексоновскими припадками*, так как они описаны Джексоном в 1869 г., который первый установил, что их возникновение связано с очаговым поражением передней центральной извилины (обычно начинается с подергивания угла рта, затем других мимических мышц лица, языка и далее «марш» переходит на руки, туловище, ноги этой же стороны).

II.3. Вегетативные расстройства могут встречаться в виде висцеральных и вегетативных припадков. Висцеральные припадки — неприятные ощущения в эпигастральной области, которые «подкатывают к горлу», «ударяют в голову» (эпигастральная аура), пароксизмальные сексуальные феномены в виде непреодолимого сексуального влечения, эрекции, оргазма («оргастические припадки»). Вегетативные припадки — характеризуются выраженными вазомоторными феноменами — гиперемией лица, нарушением терморегуляции с повышением температуры тела до субфебрильной с чувством озноба, жажды, полиурией, тахикардией, потливостью, булимией или анорексией, повышением АД, алгическими симптомами (кардиалгии, абдоминальная алгия и т.п.).

Нередко изолированные висцерально-вегетативные пароксизмы (или психовегетативные кризы) рассматривают как проявление «вегетососудистой дистонии», «нейроциркуляторной дистонии», «вегетативного невроза», и т. д., что приводит к диагностическим ошибкам и неадекватности терапии.

Существуют критерии, характерные для эпилептических вегетативных припадков. К ним относятся:

- слабая выраженность или отсутствие провоцирующих факторов для их возникновения, в том числе психогенных;
- кратковременность (не превышает 5–10 минут);
- судорожные подергивания во время приступа;
- склонность к серийному протеканию приступов;
- постпароксизмальная оглушенность и дезориентировка в окружающем;
- сочетание с другими эпилептическими припадками;
- фотографическое тождество вегетативно-висцеральных пароксизмов, при котором каждый последующий приступ является точной копией предыдущего;
- характерные для эпилепсии изменения на ЭЭГ в межприступном периоде.

II.4. Фокальные припадки с психическими нарушениями. К ним относятся следующие виды.

Дисмнестические припадки. Это пароксизмы «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» (*déjà vu, déjà entendu, déjà vécu*). Как правило, феномен «*déjà vu*» выражается в чувстве знакомости, тождестве, повторяемости впечатлений, возникающих в процессе восприятия. Слышанным кажутся не какие-то абстрактные слова песни, а именно те разговоры и беседы, в которых сам пациент принимал участие: «Я уже так думал, переживал, испытывал подобные чувства по отношению к данной ситуации». При появлении приступов «*déjà vu*» больные мучительно пытаются вспомнить, когда они могли видеть то или иное положение вещей, ситуацию, пытаясь сконцентрировать свое внимание на этом воспоминании. Существенными особенностями эпилептических расстройств «*déjà vu*» является их пароксизмальный характер, стереотипность и фотографическая повторяемость, при которой каждый последующий приступ является точной копией предыдущего. Во время приступа больные чувствуют себя как бы в другом измерении, застывают на месте, слышат обращенные к ним слова, однако их смысл доходит с трудом. Взгляд становится неподвижным, устремляется в одну точку, наблюдаются непроизвольные глотательные движения. После завершения приступа чувствуют слабость, усталость, сонливость, а иногда — потерю работоспособности, т. е. состояние, близкое к тому, которое бывает после генерализованных тонико-клонических припадков.

Идеаторные припадки. Характеризуются появлением чуждых, насильственных мыслей, при этом больной как бы «застревает» на одной мысли, от которой не в состоянии избавиться, например, о смерти, вечности или о чем-то прочитанном. Больные описывают такие состояния как «чужая мысль», «двойная мысль», «остановка мысли», «арест речи», «паралич речи», испытывают переживание «отщепления мышления от речи», «ощущение пустоты в голове», «мысли бегут с невероятной скоростью» — т. е. все эти расстройства близки к шизофреническим («шперрунг», «ментизм») и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией. Локализация эпилептического очага у больных с идеаторными припадками соответствуют глубоким отделам лобной или височной доли.

Эмоционально-аффективные припадки. В одних случаях у больных появляется немотивированный пароксизмально возникающий страх с идеями самообвинения, предчувствия смерти, «конца света», напоминающие психовегетативные кризы с преобладанием тревожных расстройств («панические атаки»), что заставляет больных убежать или прятаться. Значительно реже наблюдаются приступы с положительными эмоциями («счастье», «восторг», «блаженство», с яркостью, объемностью, рельефностью восприятия окружающего), а также с переживаниями, близкими к оргазму. Ф. М. Достоевский так описывал свое состояние перед развитием вторично генерализованного судорожного припадка: «Вы все, здоровые люди и не подозреваете, что такое счастье, то счастье, которое испытываем мы, эпилептики, за секунду перед припадком... Не знаю, длится ли это блаженство секунды или часы, или вечность, но верьте слову, все радости, которые может дать жизнь, не взял бы я за него».

Иллюзорные припадки. Феноменологически эта группа припадков относится не к иллюзиям, а к психосенсорным расстройствам. Они могут проявляться в виде приступов метаморфозии, которые характеризуются внезапно возникающими переживаниями, что окружающие объекты начинают менять свою форму, вытягиваются, закручиваются, меняют места своего расположения. В других случаях отмечаются приступы расстройств «схемы тела», при которых больные испытывают ощущения увеличения частей тела, ощущения вращения тела вокруг своей оси, переживая удлинение, укорачивание, искривления конечностей.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС

Эпилептический статус (ЭС) является самым грозным осложнением эпилепсии и представляет непосредственную угрозу для жизни больного. При ЭС каждый последующий припадок возникает раньше, чем больной полностью вышел из предыдущего.

Клинические проявления ЭС зависят от типа припадков, в связи с чем его подразделяют: ЭС генерализованных судорожных (тонико-клонических, тонических, клонических), бессудорожных (статус абсансов) и парциальных припадков.

У 80% больных ЭС проявляется в виде повторяющихся тонико-клонических припадков. Их следует отличать от серийных генерализованных тонико-клонических припадков, при которых в межприступном периоде полностью восстанавливается сознание. Однако больные с серийными судорожными припадками имеют высокий риск их трансформации в ЭС.

ЭС возникает как у больных с уже установленным диагнозом «эпилепсия», так и у больных без указания на эпилептический припадок в прошлом («инициальные ЭС»).

Основные причины ЭС при установленном диагнозе «эпилепсия» следующие:

- нарушение режима (депривация сна, алкоголизация);
- слишком быстрая отмена противоэпилептических препаратов;
- соматические и инфекционные заболевания;
- беременность;
- относительное уменьшение дозы антиконвульсантов вследствие значительного увеличения массы тела (например, при возрастных сдвигах у детей);
- лечение эпилепсии у магов, экстрасенсов, колдунов.

Наиболее частыми причинами инициального ЭС являются текущие заболевания мозга (острые нарушения мозгового кровообращения, менингиты, энцефалиты, черепно-мозговые травмы), метаболические нарушения экстрацеребрального происхождения (почечная недостаточность, гипогликемия, гипонатриемия, остановка сердца и т. д.).

Может иметь значение ятрогенный фактор – передозировка медикаментов, чаще всего антидепрессантов и нейролептиков фенотиазинового ряда), внезапная отмена седативных и наркотических препаратов у больных, длительное время их принимающих.

И, наконец, у 5% больных ЭС служит дебютом эпилепсии, причем в дальнейшем развивается статусообразная форма эпилепсии, при которой эпилептические припадки развиваются только в виде ЭС, чаще при эпилептическом очаге в лобной доле.

В первые часы ЭС наблюдается значительное повышение АД, тахикардия. В дальнейшем АД постепенно снижается, что приводит к резкому повышению мозгового венозного давления, а в последующем к выраженной ликворной гипертензии, нарастающему отеку мозга, глубокой церебральной гипоксии, обусловленной тяжкими метаболическими и дыхательными нарушениями.

ЭС — ургентное состояние, требующее неотложных адекватных действий, и, прежде всего, максимально раннего начала терапии на месте или в машине скорой помощи. Основное средство для купирования ЭС — диазепам (седуксен, реланиум), которые следует вводить медленно внутривенно струйно, до 100 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы. При неудаче проводится наркоз (первая-вторая ступень хирургической стадии), при отсутствии эффекта — сверхдлинный комбинированный наркоз с применением мышечных релаксантов и искусственной вентиляции легких. Одновременно необходимо обеспечивать проходимость верхних дыхательных путей (ингаляция смесью с повышенным содержанием кислорода). При ЭС, обусловленном опухолью головного мозга, вводят гепарин, дексаметазон. Для снятия отека мозга применяется внутривенно фуросемид (лазикс) по 2–4 мл, маннитол (30 г) с мочевиной (30 г). Целесообразно проведение противосудорожной терапии ампулированными препаратами (фенобарбитал 20 мг на 1 кг массы тела; фенитоин (дифенин) — 8 мг на кг). При отсутствии эффекта от вышеперечисленных мероприятий проводится спинномозговая пункция с выведением ликвора (20–30 мл) с целью снижения внутричерепного давления и борьбы с отеком мозга.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Транзиторные (преходящие) психические расстройства

Транзиторные (преходящие) психические расстройства представляют собой более длительные нарушения, чем припадок (от

нескольких часов до суток). К ним относятся следующие психопатологические расстройства.

Эпилептические расстройства настроения

Среди них самой распространенной формой являются дисфории. Они характеризуются сочетанием тоски, злобы, беспричинного страха. В зависимости от преобладания от того или иного вида аффекта различаются: меланхолический (тоска), эксплозивный (злоба), анксиозный (тревога, страх) варианты дисфорий. В редких случаях наблюдаются состояния повышенного настроения, сопровождающиеся восторженностью, приподнято-эксцентрическим настроением, экзальтацией, иногда с чертами дурашливости, паясничания (мориоподобный вариант дисфорий).

Сумеречное помрачение сознания

Начинается внезапно, молниеносно, без предшественников. Характеризуется отрешенностью от окружающего мира, дезориентировкой во времени, месте. Больные бывают охвачены аффектом страха, тоски, злобы, ярости. По случайным репликам больных можно судить о том, что они испытывают яркие, образные галлюцинации, может наблюдаться острый чувственный бред. Действия пациентов бывают последовательными, целенаправленными, что вводит в заблуждение окружающих. В других случаях отмечается нецеленаправленное, хаотичное, brutальное, агрессивное возбуждение. Состояние заканчивается критически, после окончания наблюдается терминальный сон. В последующем отмечается полная или частичная амнезия происшедшего.

Эпилептические психозы

Делятся на острые (с помрачением сознания и без помрачения сознания), и хронические. Каждый из перечисленных психозов может занимать различное место в клинике эпилепсии вне связи с судорожными припадками, непосредственно предшествуют им или следуют за ними.

Острые эпилептические психозы с помрачением сознания включают в себя:

– *затяжные сумеречные состояния сознания*: чаще всего появляются после серии генерализованных тонико-клонических припадков. Продолжаются до нескольких суток, сопровождаются галлюцинаторными, бредовыми расстройствами, эмоциональной напряженностью, агрессией, двигательным возбуждением.

– *эпилептический онейроид*: возникает внезапно (в отличие от психоза психического), характеризуется аффективными расстрой-

ствами (экстаз, восторг или страх, гнев, ужас), иллюзорными нарушениями фантастического содержания, зрительными, слуховыми галлюцинациями. Больные считают себя персонажами сказок, мультфильмов, легенд, в этом качестве участвуют в праздниках, катастрофах. Моторные нарушения выражаются заторможенностью или резким возбуждением.

Острые эпилептические психозы без помрачения сознания:

– *острый параноид*: проявляется острым чувственным бредом с иллюзорным восприятием окружающего, слуховыми и зрительными галлюцинациями устрашающего характера, возбуждением, агрессивностью, склонностью к разрушительным действиям, которые могут сменяться тревожной боязливостью и бегством от мнимых преследователей;

– *острые аффективные психозы* (дисфорические психозы) характеризуются тоскливо-злобным настроением с агрессией, депрессивными состояниями с витальной тоской, идеями самообвинения, заторможенностью, а также маниакально-экстатическим состоянием.

Хронические эпилептические психозы (шизофреноподобные психозы, «шизоэпилепсия», «симптоматическая шизофрения»). Описаны следующие формы хронических эпилептических психозов:

– *паранойальные*; сопровождаются бредом обыденного содержания с различной фабулой (бред отношения, отравления, ущерба, ипохондрический бред, бред религиозного содержания и т. д.). Характерным для эпилепсии является тревожно-злобный или экстатически восторженный оттенок аффекта, который сопровождает паранойальное состояние;

– *галлюцинаторно-параноидные* – характеризуются различными проявлениями синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Они отличаются фрагментарностью, рудиментарностью в синдромальном отношении, неразвернутостью, чувственностью, несистематизированностью со множеством конкретных деталей. Эти расстройства сопровождаются тревожно-тоскливым настроением, страхом, синдромами помрачения сознания;

– *парафренические* – представляют собой галлюцинаторную парафрению, включающую вербальные галлюцинации (или псевдогаллюцинации), мегаломанические бредовые идеи чаще всего фантастического содержания, аффективные расстройства в виде экстатически-восторженного или благодушного настроения, а так-

же речевые расстройства, характеризующиеся своеобразной эпилептической шизофазией;

– *кататонические*, в клинической картине которых преобладает субступор с негативизмом, мутизмом, импульсивным возбуждением, пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолалиями.

Все перечисленные формы эпилептических психозов как острых, так и хронических, могут наблюдаться либо при утяжелении заболевания (эквивалентные отношения между эпилептическими припадками и психозом), либо при урежении или прекращении эпилептических припадков в результате «форсированной нормализации ЭЭГ» (альтернативные, антагонистические отношения между припадками и психозом). Помимо этого, выделяются психозы, не связанные с течением эпилептического процесса, которые следует обозначать не эпилептические психозы, а психозы у больных эпилепсией.

Перманентные психические расстройства при эпилепсии

Эпилептические изменения личности

Формальные расстройства мышления: тугоподвижность, обстоятельность. Речь многословна, полна несущественных деталей, на которых «застревают» больные, отсутствует способность отделить главное от второстепенного. Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднен. Словесный запас беден (олигофазия). Часто повторяется уже сказанное. Характерны употребление шаблонных оборотов, уменьшительно-ласкательные суффиксы, медоточивость, слащавость, а также определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный»).

Эмоциональная сфера, как и мышление, характеризуется торпидностью («вязкость аффекта»), в связи с чем новые впечатления не могут вытеснить прежние (как положительные, так и отрицательно окрашенные). Отмечается повышенная раздражительность, мстительность, придирчивость, «взрывчатость», склонность к ссорам, вспышкам злобы, ярости (эксплозивность), доходящим до агрессии, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями, направленными на окружающих.

С другой стороны, к типичным эмоциональным чертам больных эпилепсией относятся утрированная любезность, льстивость

и подобострашие, почтительность и ласковость в обращении, в сочетании с повышенной чувствительностью, робостью, боязливостью, ранимостью, а также религиозность, которая раньше сочеталась чуть ли не с патогномичным свойством эпилептической психики. Описанные полярные особенности аффекта у больных эпилепсией часто сосуществуют, поэтому невозможно предугадать как поведет себя больной. На сочетание дефензивных и эксплозивных черт указывает следующее образное определение: «несчастные с именем божьим на устах, молитвенником в руке, камнем за пазухой, дьяволом в сердце, и бесконечной низостью в душе» (Samt P., 1875).

Основными чертами характера являются:

- подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм в виде скрупулезной любви к порядку в доме, а также в выполнении назначений врача, тщательную регистрацию всех припадков в течение нескольких лет болезни с указанием характера лечения, многих подробностей, обносящихся к лечению эпилепсии и обстоятельствам, предшествовавшим каждому припадку и многих других деталей;
- гиперсоциальность — в виде чрезвычайной прилежности, основательности, исполнительности, добросовестности;
- инфантилизм, выражающийся незрелостью суждений;
- чрезвычайное стремление к правдолюбию и справедливости;
- склонность к банальным и назидательным поучениям;
- особое сверхценное отношение к родным, близким, о которых больные говорят с упором на их положительные качества;
- чрезмерная привязанность, «прилипчивость» к людям, ситуациям, предметам, животным;
- чрезвычайный эгоцентризм — собственное «я» всегда остается в центре внимания больных, в их высказываниях всегда на первом месте они сами, их болезнь, старые обиды, которые они всегда помнят; злопамятность — одно из основных качеств эпилептического характера.

Эпилептическое слабоумие

Замедление всех психических процессов при эпилепсии и склонность их к застреванию приводят к тому, что затрудняется и замедляется накопление нового опыта, слабеет комбинаторная способность, ухудшается способность к запоминанию,

происходит прогрессивное ослабление познавательных способностей, возрастает узость суждений (чему способствует все увеличивающийся эгоцентризм), неспособность к синтетическим обобщениям. Это позволяет диагностировать специфическое эпилептическое («концентрическое») слабоумие, при котором наряду с выраженной тугоподвижностью психических процессов отмечаются вялость, пассивность, безразличие к окружающему. Утрачивается способность отделять существенное от несущественного, в результате чего больной «вязнет в мелочах». Одновременно снижается память, оскудевает словарный запас, нарастает олигофазия.

Медикаментозное лечение эпилепсии

История лечения эпилепсии начинается с появления солей брома, которые первым применил Чарльз Лекок в 1857 г. С 1912 г. единственными препаратами для купирования эпилептических припадков стали барбитураты. Они были созданы и внедрены в клиническую практику профессором органической химии Берлинской промышленной Академии Адольфом фон Байером в 1863 г. и названы так в честь его жены Барбары. В 1904 г. Эмиль Фишер и Иосиф Меринг открыли соли барбитуровой кислоты (барбитал и фенобарбитал). Барбитал в дальнейшем получил название «веронал» в честь города Верона (Северная Италия), где разыгралась трагедия Ромео и Джульетты — так назывался сонный напиток, который монах дал Джульетте. Начиная с 1938 г., после клинической апробации гидантоинов (фенитоин, дилантин, дифенин), а затем и других противоэпилептических средств (тримидон, триметатион, триметин, 1946 г.), примидона (гексамидин, 1952 г.), этосуксимида (суксилеп, 1960 г.) появились новые возможности воздействия на эпилептические припадки. С этого времени наступил этап полипрагмазии в лечении эпилепсии, при котором приоритетной стала тактика назначения одновременно нескольких противоэпилептических препаратов (метод «шрапнельного выстрела»). Тенденция к полипрагмазии привела к использованию различных комбинаций противоэпилептических препаратов. Чаще всего комбинировали барбитураты, подавляющие эпилептическую активность на корковом уровне, с гидантоинами, действующими на уровне стволовых образований мозга, добавляя к ним стимулирующее вещество с целью уменьшения

седативного действия (кофеин, эфедрин, фенамин, стрихнин). Такие лекарственные смеси носили наименования по фамилиям авторов, их предложивших (Серейского, Воробьева, Расина, Кармановой, Бродского). Полипрагазия как основной метод лечения эпилепсии применялась вплоть до 60–70-х годов XX в., так как считалось необходимым использовать одновременно несколько противоэпилептических средств. В 1964 г. в клиническую практику был введен карбамазепин (финлепсин, тегретол), а в 1967 г. — вальпроаты (депакин, конвулекс, конвульсофин). Это постепенно изменило представление о преимущественном значении комбинированной терапии для лечения эпилепсии. В результате «золотым стандартом» в лечении эпилепсии в конце 80-х годов прошлого столетия стала монотерапия (использование одного препарата), а политерапия (применение двух и более антиконвульсантов) стала применяться лишь при невозможности адекватной монотерапии.

Стратегия лечения эпилепсии

1. Установление диагноза эпилепсии (анатомо-электро-клинически, т. е. с обязательным использованием, кроме клинического исследования, результатов электроэнцефалограммы и магнитно-резонансной томографии).

2. Выбор АЭП в соответствии с формой эпилепсии и типом припадков.

3. Начало лечения с препарата с наиболее широким терапевтическим диапазоном и минимальной вероятностью осложнений.

4. Доза АЭП должна быть не ниже рекомендуемой терапевтической из расчета мг/кг массы тела в сут или мг/сут для данного возраста.

5. Начало с монотерапии с доведением дозы до эффективной. Лишь при максимально допустимой дозе при отсутствии положительного эффекта — переход на АЭП второго выбора, желательно последнего поколения (альтернативная монотерапия).

6. При отсутствии эффекта от альтернативной монотерапии — рациональная политерапия (комбинация двух, в крайнем случае, трех АЭП) с обязательным включением АЭП последнего поколения.

7. Регулярность приема АЭП.

8. Продолжительность приема АЭП в зависимости от формы эпилепсии и эффективности лечения.

Выбор антиэпилептического препарата (АЭП) в зависимости от типа эпилептического припадка (в порядке убывания)

Тип эпилептического припадка	Препараты выбора
Парциальные (простые, сенсорные, с нарушением психических функций, комплексные)	1-4. Карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, леветирацетам. 5-6. Вальпроаты, ламотриджин
Генерализованные абсансы (типичные, атипичные)	1-2. Вальпроаты, ламотриджин. 3-4. Топирамат, этосуксимид
Тонико-клонические, тонические, клонические	1-6. Вальпроаты, карбамазепин, топирамат, ламотриджин, окскарбазепин, леветирацетам
Миоклонические	1. Вальпроаты. 2. Леветирацетам. 3. Топирамат. 4. Клоназепам
Атонические	1. Вальпроаты. 2-3. Топирамат, ламотриджин. 4. Клоназепам
Вегетативно-висцеральные	1. Клоназепам. 2-3. Карбамазепин, вальпроаты. 4. Топирамат

Хирургическое лечение эпилепсии

1. Открытые операции, к которым относят хирургические вмешательства, при которых для доступа к головному мозгу осуществляется костно-пластическая трепанация черепа, а после завершения манипуляции на мозге восстанавливается целостность оболочек мозга, костный лоскут и ткани покровов черепа укладываются на место. Такие операции используются главным образом для лечения больных эпилепсией, обусловленной значительными орга-

ническими изменениями мозга с сопутствующими психическими расстройствами.

Наиболее эффективным способом лечения височной эпилепсии являются варианты открытых вмешательств на различных структурах височной доли с удалением эпилептических очагов. Тактика хирургического вмешательства при височной эпилепсии проводится дифференцированно в каждом конкретном случае, так как эпилептогенная зона, являющаяся пусковым механизмом припадка, может располагаться как в коре верхушки височной доли, так и в средних отделах ее, а также в медиабазальных структурах височной доли.

2. Стереотаксическая хирургия проводится с помощью специально сконструированных аппаратов и системы математических расчетов, берущих за основу центральные анатомические точки мозга, позволяющих через фрезевые отверстия точно попадать в определенную структуру-мишень для обеспечения диагностических исследований (субкортикограмма) и последующих лечебных воздействий (стимуляция или деструкция).

Стереотаксические вмешательства подразделяются на:

– одномоментные — когда все процедуры (электросубкортикограмма, диагностическая электростимуляция и деструкция) проводятся за один сеанс;

– с предварительной имплантацией долгосрочных интрацеребральных электродов (золотых или платиновых) в различные мозговые структуры для диагностики, электростимуляции, проведения лечебных процедур (до нескольких месяцев) с последующей деструкцией эпилептогенных структур.

Структурами-мишенями при стереотаксических вмешательствах являются:

- поясная извилина (цингулотомия);
- миндалевидный комплекс (амигдалотомия);
- таламус (его ядра и структуры) — вентролатеральная таламотомия, дорзомедиальная таламотомия;
- передние отделы внутренней капсулы (капсулотомия);
- свод мозолистого тела (форникотомия).

3. Трансплантация эмбриональной нервной ткани (нейротрансплантология) в различные мозговые структуры больного эпилепсией. С этой целью используется клеточная смесь или частицы тканей эмбриона до 8–10 нед. В результате операции улучшают-

ся электрофизиологические характеристики деятельности мозга, уменьшается его эпилептизация, улучшаются когнитивные функции, выравнивается аффективный фон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С учетом высокой распространенности экзогенно-органических и симптоматических расстройств, сложностей в общении с пациентами, высокой частоты стойкой или временной утраты работоспособности материал данного пособия может быть рекомендован к изучению в процессе подготовки врачей общей практики.

В пособии намеренно не рассматриваются психические расстройства, возникающие как следствие самостоятельно существующих соматических заболеваний и различные варианты деменций, так как эти темы рассматриваются в рамках занятия по соматопсихиатрическим расстройствам и занятия по психическим расстройствам позднего возраста соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зайцев О. С.* Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О. С. Зайцев. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 336 с.
2. *Иванец Н. Н.* Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 896 с.
3. *Каннабих Ю. В.* История психиатрии. — 2-е изд. — М.: Академический проект, 2015. — 432 с.
4. Психиатрия. Научно-практический справочник / под ред. А.С. Тиганова. — М.: МИА, 2016. — 622 с.
5. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. Тонические и клонические судороги являются типичным проявлением:

- а) генерализованного припадка
- б) абсансов
- в) дисфорий
- г) амбулаторных автоматизмов
- д) любых эпилептиформных пароксизмов

2. Продолжительность пароксизма до нескольких часов характерна для:

- а) генерализованных припадков
- б) абсансов
- в) сумеречного состояния
- г) ауры
- д) эпилептического статуса

3. Для эпилепсии характерно:

- а) возникновение вследствие повреждения короткого плеча 21-й хромосомы
- б) затухание симптоматики с возрастом
- в) нарастание вязкости мышления и эмоциональной ригидности
- г) развитие парафренного синдрома
- д) развитие лакунарного слабоумия

4. Тактика при возникновении у больного эпилепсией очередного большого судорожного припадка:

- а) транспортировка больного в реанимационное отделение
- б) введение седуксена (диазепама) внутривенно медленно
- в) наблюдение, в дальнейшем направление на компьютерную томографию
- г) ингаляционный наркоз с миорелаксантами и интубацией
- д) предупреждение травм больного при падении, последующее наблюдение

5. Для эпилепсии характерно следующее расстройство:

- а) слабодушие
- б) персеверации
- в) аффективная ригидность
- г) идеаторный автоматизм
- д) конфабуляторная спутанность

6. Какое действие следует провести в первую очередь при возникновении эпилептического статуса:

- а) ввести седуксен (диазепам) струйно медленно
- б) транспортировать больного в реанимационное отделение
- в) провести искусственное дыхание и непрямой массаж сердца
- г) ввести роторасширитель и удерживать больного от возможных травм
- д) тщательно осмотреть больного, убедиться в наличии сердцебиения и отсутствии препятствий для нормального дыхания больного

7. Типичные расстройства при эпилепсии:

- а) персеверации и бессвязность мышления
- б) бессвязность мышления и психический автоматизм
- в) психический автоматизм и эмоциональная ригидность
- г) эмоциональная ригидность и обстоятельность мышления
- д) обстоятельность мышления и эмоционально-волевое оскудение

8. Больной 15 лет в ходе беседы несколько раз внезапно замолчал на 1–2 секунды. При этом лицо становилось маскообразным. В дальнейшем отрицал наличие каких-либо приступов, заявляя, что ничего особенного не замечал. Состояние называется:

- а) парейдолическая иллюзия
- б) фиксационная амнезия
- в) абсанс
- г) аура
- д) джексоновская эпилепсия

9. Больную 32 лет периодически беспокоит внезапно возникающее чувство, что стены и потолок комнаты готовы упасть на нее. Такое чувство сохраняется 2–3 минуты и проходит так же внезапно. Состояние называется:

- а) синдром галлюциноза
- б) парейдолические иллюзии
- в) особые состояния сознания
- г) сенсорный автоматизм
- д) амбулаторный автоматизм

10. У больного 35 лет периодически по ночам возникают внезапные приступы, во время которых он издает резкий крик, затем наблюдаются тонические и клонические судороги. В этот период не реагирует на окружающее. Через 2–3 минуты приходит в себя. Ничего не помнит. Состояние называется:

- а) мусситирующий делирий
- б) моторный автоматизм
- в) большой судорожный припадок
- г) дисморфоманический синдром
- д) абсанс

11. При эпилепсии наблюдаются:

- а) слабодушие
- б) персеверации
- в) аффективная ригидность
- г) идеаторные автоматизмы
- д) высокий интеллект

12. Частый симптом при эпилепсии:

- а) апатия
- б) слабодушие
- в) амбивалентность
- г) дисфория
- д) эйфория

13. Эмоциональные нарушения характерные для эпилепсии

- а) депрессивный синдром
- б) слабодушие
- в) апатия
- г) дисфория
- д) эмоциональная лабильность

14. Больной с травмой головы в анамнезе, находясь в гостях, внезапно начал раздеваться, на замечания не реагировал. Через 3 минуты, придя в себя, удивился, не мог понять, что произошло. Состояние можно квалифицировать в рамках:

- а) делирия
- б) онейроида
- в) сумеречного состояния
- г) аменции
- д) амбулаторного автоматизма

15. Триада Вальтер-Бюэля характерна для:

- а) посттравматического психоза
- б) шизофрении
- в) маниакально-депрессивного психоза
- г) психоэндокринного синдрома
- д) психоорганического синдрома

16. Концепцию об экзогенном типе реакций сформулировал:

- а) Э. Крепелин
- б) К. Леонгард
- в) К. Бонгеффер
- г) В. Маньян
- д) С.С. Корсаков

17. Смерть при эпилептическом статусе может наступить в течение:

- а) нескольких секунд
- б) нескольких минут (7-10)
- в) получаса
- г) одного часа
- д) нескольких часов (до нескольких суток)

18. Укажите наиболее точное определение эпилептического статуса:

- а) серия эпилептических припадков, в промежутке между которыми больной не приходит в ясное сознание
- б) большой судорожный припадок, продолжающийся более 10 мин.
- в) состояние оглушения после эпилептического припадка
- г) частые и продолжительные большие судорожные припадки
- д) сочетание сумеречного помрачения сознания с полиморфными эпилептическими припадками

19. Для эпилептического припадка характерны:

- а) размашистые движения с массой выразительных жестов
- б) ситуационная обусловленность
- в) тяжелые ушибы, прикусы языка
- г) отсутствие полной амнезии на период приступа
- д) сохранение зрачковых реакций

20. По современной классификации эпилепсии абсансы относятся к:

- а) генерализованным припадкам
- б) сложным парциальным припадкам
- в) малым припадкам
- г) abortивным припадкам
- д) простым парциальным припадкам

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- | | | | |
|------------|----|------------|----|
| 1. | а) | 11. | в) |
| 2. | в) | 12. | г) |
| 3. | в) | 13. | г) |
| 4. | д) | 14. | в) |
| 5. | в) | 15. | д) |
| 6. | д) | 16. | в) |
| 7. | г) | 17. | д) |
| 8. | в) | 18. | а) |
| 9. | в) | 19. | в) |
| 10. | в) | 20. | а) |

П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная

**ОРГАНИЧЕСКИЕ И ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Учебно-методическое пособие

*Редактор Т. В. Руксина
Технический редактор Н. А. Румянцева*

Подписано в печать 06.07.2016 г.
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 2,12. Усл. печ. л. 3,02.
Тираж 200 экз. Заказ № 289.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.