

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ 2 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Воробьёва Дарья Викторовна _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Психические расстройства при эпилепсии _____

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	8/8
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отлично

Дата: «15» декабря 2022год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Воробьёва Д.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему

«Психические расстройства при эпилепсии»

Выполнила: ординатор специальности «Психиатрия»
Воробьева Дарья Викторовна

Проверила: д.м.н., доцент Березовская Марина
Альбертовна

Красноярск, 2022

Оглавление

1.	Введение.....	3
2.	Причины развития психических расстройств при эпилепсии.....	4
3.	Классификация психических расстройств при эпилепсии.....	5
3.1	Клиническая классификация психических нарушений.....	5
3.2	Классификация по МКБ-10.....	6
4.	Клинические проявления.....	7
4.1.	Психические нарушения, характерные для больных эпилепсией	7
4.2	Особенности изменений личности при эпилепсии.....	7
4.3	Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные).....	8
4.4	Иктальные психические расстройства.....	8
4.5	Постиктальные психические расстройства.....	10
4.6	Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные).....	10
5.	Диагностика.....	16
6.	Терапия.....	18
7.	Заключение.....	21
8.	Список использованной литературы.....	22

Введение

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными не провоцируемыми приступами, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов (эпилептические припадки) и сопровождающиеся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами, в том числе транзиторными психическими нарушениями и изменением личности и интеллекта, иногда достигающих степени деменции.

Эта группа заболеваний имеет хроническое течение и высокий уровень инвалидизации.

Данная тема является актуальной так как эпилепсия имеет высокий уровень заболеваемости (не менее одного припадка в течение жизни переносит 5% населения; у 20 - 30% больных заболевание является пожизненным). Сложности своевременного выявления и адекватной диагностики психических расстройств при эпилепсии, что приводит к диагностическим ошибкам, неправильному назначению лечения, что значительно сказывается на качестве жизни не только пациентов, но и их родственников.

Диагноз эпилепсии устанавливается на основании МКБ-10 (неврологической и психиатрической ее модели). Для правильной квалификации психопатологических расстройств и назначения адекватной терапии необходимо в первую очередь установление неврологического диагноза эпилепсии, который в настоящее время квалифицируется по МКБ-10 (G-40).

Изменения психики при эпилепсии это весьма частые, но отнюдь не облигатные расстройства, которые являются чрезвычайно вариабельными. Отмечается отсутствие изменений психики в 14% случаев и лишь у 19,3% больных ведущими были замедленность и тугоподвижность психических процессов. Свойственные эпилепсии характерологические изменения проявляются, главным образом, в процессе развития болезни, на более поздних стадиях. Начальной же стадии заболевания в целом свойственна фрагментарность психических нарушений; на этом этапе еще нет грубого и тотального нарушения психических функций – интеллекта, памяти, аффективной сферы и характера. Все это наряду с самими припадками приводит к нарушениям в социальной сфере, физическим и душевным страданиям.

Причины развития психических расстройств при эпилепсии

1. Органическое поражение головного мозга, лежащее в основе заболевания эпилепсии.
2. Эпилептизация, то есть результат деятельности эпилептического очага.
3. Генетическая предрасположенность.
4. Психогенные, стрессовые факторы.
5. Побочное действие антиэпилептических препаратов - фармакогенные изменения.
6. Мультифакторная теория.

Классификация

Клиническая классификация психических нарушений

1. По уровню поражения:

- Психотические
- Непсихотические

2. По сферам:

- В интеллектуально - мнестической сфере (когнитивные)
- В эмоционально - волевой сфере и личности (аффективные, поведенческие)

3. По степени тяжести:

- Легкая
- Средняя
- Тяжелая

4. По длительности:

- Транзиторные
- Стойкие

5. По аутентичности:

- Собственные
- Сопутствующие
- Коморбидные

6. По отношению к приступам:

- Интериктальные
- Иктальные
- Постиктальные
- Продромальные

7. Особые состояния:

- Синдром принудительной нормализации Ландольта
- Медикаментозные интоксикации

Классификация по МКБ-10

Класс	F00-F99	Психические болезни
Блок	F00-F09	Органические, включая симптоматические, психические расстройства
Подблок	F06	Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической боли
Код	F06..2	Другие психические расстройства вследствие эпилепсии
	F06.022	Галлюцинаторные
	F06.122	Бредовые
	F06.322	Депрессивные
	F06.302	Маниакальные
	F06.3	Органическое аффективное расстройство
	F06.4	Органическое тревожное расстройство
	F06.62	Органическое эмоционально - лабильное (астеническое)
	F06.72	Легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией
	F06.822	Другие непсихотические расстройства при эпилепсии
	F07.02	Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией
	F02.802	Деменция вследствие эпилепсии, без дополнительных симптомов

Клинические проявления

Психические нарушения, характерные для больных эпилепсией по Э.Крепелину:

1. Расстройство внимания, памяти.
2. Снижение умственной работоспособности и способности к обучению.
3. Снижение запаса представлений.
4. Аффективная вязкость, чрезвычайная застойность.
5. Высокая эмоциональная реактивность, агрессивность.
6. Брадифрения (инертность, тугоподвижность, медлительность и вязкость психической деятельности, трудная переключаемость, замедленность ассоциативных процессов (брадипсия) и двигательных реакций (брадикинезия).
7. Олигофазия (оскудение и замедление речи).
8. Глишроидия (глубокое и характерное слабоумие - сужение интересов, ослабление памяти и оскудение всей личности).

Особенности изменений личности при эпилепсии:

1. Характерологические:

- Эгоцентризм
- Педантизм
- Пунктуальность
- Злопамятность
- Мстительность
- Гиперсоциальность
- Привязанность
- Инфантилизм
- Сочетание грубости и угодливости

2. Формальные расстройства мышления:

- Брадифрения (тугоподвижность, замедленность)
- Обстоятельность
- Склонность к детализации
- Конкретно - описательное мышление
- Персеверация

3. Перманентные эмоциональные расстройства:

- Вязкость аффекта
- Импульсивность

- Эксплозивность
- Дефензивность (мягкость, угодливость, ранимость)

4. Снижение памяти и интеллекта:

- Легкие когнитивные нарушения
- Деменция (эпилептическое, эгоцентрическое, концентрическое слабоумие)

5. Изменение сферы влечений и темперамента:

- Повышенный инстинкт самосохранения
- Повышение влечений (замедленный темп психических процессов)
- Преобладание хмурого, угрюмого настроения.

Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные)

Преиктальный психоз предшествует непосредственно приступу и проявляется множеством нетипичных симптомов, которые могут длиться в течение нескольких часов (иногда до 3 дней) и приводят к приступу. Симптомы преиктального психоза включают переживание потери связи с реальностью, деперсонализацию, состояние аффекта, нарушение идеомоторной функции, эффекты дежа-вю и жамэ-вю, беспокойство, эйфорию и другие переживания, включая галлюцинации или иллюзии. Эти симптомы обычно заканчиваются приступом, но не связаны с обнаруживаемыми изменениями электроэнцефалограммы.

В продромальный или преиктальный период на фоне церебрастенической симптоматики в форме эпизодические приступы головокружений, головных болей, тошноты, у больных могут отмечаться нарушения сна, вегетативные проявления, аффективные нарушения в форме дисфорической или гневливой депрессии, гипоманиакальных состояний, дисфорических состояний, сенестопатические, ипохондрические расстройства.

Иктальные психические расстройства

Пароксизмальные (иктальные) психические расстройства входят в структуру эпилептического припадка, или являются его изолированным проявлением, либо развиваются непосредственно после припадка. Иктальные психические расстройства разнообразны. Среди иктальных расстройств хорошо известны эмоциональные нарушения: эйфория, восторг, депрессия, а также религиозные или космогонические представления, скачка мыслей и пр. Однако наиболее частые иктальные проявления - тревога и страх. Специфическими его характеристиками являются: витальный необъяснимый характер; качественное отличие переживания страха по сравнению с ситуационно -

индуцированным страхом; сопровождение выраженными вегетативными проявлениями. От панических атак эпилептический страх отличается спонтанностью, стереотипностью, кратковременностью. Значительно реже проявлением эпилептического приступа может стать иктальная депрессия - от мягкой до выраженной. Она может быть изолированным проявлением либо непосредственно предшествовать сложному парциальному или вторично генерализованному припадку.

Как правило, иктальная психическая симптоматика сочетается с другими проявлениями парциальных припадков. Тем не менее у некоторых больных проходят годы, прежде чем развиваются очевидные приступные проявления, дающие основание предположить диагноз эпилепсии.

Диагностические признаки иктальных психических расстройств:

- Расстройство сознания
- Внезапность возникновения и окончания
- Стереотипность
- Автономность
- Кратковременность протекания
- «Фотографическое» тождество симптомов
- Немотивированность
- Полная или частичная амнезия пароксизма
- Наличие постприступного периода с ощущением чуждости содеянного

Дисмнестические припадки - искажение сложных восприятий внешнего мира, собственного тела и психических процессов при ненарушенном узнавании объектов восприятия. Включают расстройства «схемы тела», явления «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», сноподобные состояния (“dreamy states”).

Психомоторные припадки:

- 1) Автоматизмы еды - жевание, глотание, облизывание)
- 2) Мимические автоматизмы
- 3) Вербальные автоматизмы
- 4) Автоматизмы жестов - потирание рук, лица, расстёгивание одежды
- 5) Речевые автоматизмы - звуки, слоги, бессвязные слова
- 6) Амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы - непроизвольная двигательная активность с совершением автоматизированных действий
- 7) Сексуальные автоматизмы - проявляются мастурбацией, развратными действиями, эксгибиционизмом.

Сумеречное помрачение сознания - характеризуется внезапно возникающим психомоторным возбуждением, аффектом тоски, злобы, страха, гнева; могут отмечаться галлюцинации, бредовая интерпретация и восприятие окружающего, полная дезориентировка с совершением нецеленаправленных, автоматизированных действий, амнезия, отношение как к чему-то чуждому.

Постиктальные психические расстройства

Развиваются после серии тонико-клонических припадков, а иногда и сложных парциальных припадков. Характерен светлый промежуток от нескольких часов до нескольких дней. Постиктальные аффективные расстройства включают депрессивные состояния, тревожные расстройства, сопровождающиеся компульсивными суицидальными мыслями.

К диагностическим критериям постиктальных психозов относятся начало психоза - в течение недели после окончания последнего эпилептического приступа; продолжительность психоза от 1 дня до 3 месяцев, сознание спутано; дезориентация больного, возможен делирий или на фоне сохранного сознания развиваются нарушения восприятия, паранойд, аффективные расстройства.

Постиктальные психозы могут развиваться довольно быстро (в течение нескольких часов) после прекращения эпилептического приступа и восстановления сознания, однако в большинстве случаев через 1 - 2 дня после прекращения фокального приступа с вторичной генерализацией или серии приступов. На первый план выступают явления острого чувственного бреда, достигающего до степени инсценировки с манихейским бредом и явлениями двойников. Содержание бредовых переживаний определяется характером доминирующего аффекта. Идеи преследования и воздействия не носят стойкого завершенного характера, а мимолетны, отрывочны. По мере дальнейшего развития острого постиктального психоза все большее значение приобретают бредовые синдромы ложного узнавания, иллюзорно - фантастическая дереализация и деперсонализация, переходящая в онейроидный синдром.

Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

Наиболее полно представлены в МКБ-10:

Органическое эмоционально - лабильное (астеническое) расстройство (F06.62) - астенический синдром, который характеризуется эмоциональной лабильностью, слабостью, гиперсенситивностью, головокружениями, снижением моторной активности,

быстрой утомляемостью, раздражительностью, нарушениями концентрации внимания, слезливостью.

Легкое когнитивное расстройство (F06.72) - трудности запоминания и воспроизведения нового материала, в формулировке общих и абстрактных идей, в поиске слов; в поведении некоторая растерянность и аффект недоумения.

Органическое аффективное расстройство в связи с эпилепсией (F06.3)

Аффективные расстройства в виде депрессии встречаются наиболее часто. Основными проявлениями при эпилепсии являются тревога, тоска, чувство бесцельности и бесперспективности существования, нередко идеи малоценности, самообвинения, самоуничтожения, суицидальные мысли.

Различают большую депрессию и атипичный депрессивный синдром (малая или лаврированная депрессия). Последняя характеризуется периодами пониженного настроения с относительно мягкими проявлениями в когнитивной и эмоциональной сферах. Превалирующая черта – ангедония, т.е. неспособность испытывать удовольствие. Большая депрессия, по некоторым данным, встречается у 90% больных эпилепсией со сложными парциальными приступами у большинства больных депрессивная симптоматика сопровождается выраженным астеническим синдромом. Нередко депрессивные состояния носят психогенный характер в связи с осознанием больными наличия у них тяжелого заболевания, страхом перед возможным возникновением припадков на работе, в школе, возможностью получения серьезного увечья и совершения немотивированного действия во время пароксизмального состояния. Сама постановка диагноза эпилепсии и необходимость постоянного медикаментозного лечения, неправильное представление об эпилепсии как о неизлечимой болезни, ощущение вины перед родственниками приводит к формированию у больных тяжелых депрессивных состояний с суицидальными тенденциями и действиями.

Органическое тревожное расстройство в связи с эпилепсией (F06.4)

Наряду с депрессией тревожные расстройства - частое явление при эпилепсии. Включает собственно тревогу, панические атаки и фобическую симптоматику. В отличие от тревожных форм неврозов, при которых тревога в конечном счете теряет связь с вызвавшей ее психогенией и становится сама по себе самоподдерживающим фактором, тревожные нарушения при эпилепсии связаны с эпилепсией как болезнью. Если тревожные расстройства при неврозе проявляются в виде манифестных состояний ожидания, то тревога у больных эпилепсией, как правило, сочетается со страхом перед непредсказуемым припадком, а также вытекающими из заболевания стигматизацией и психосоциальными трудностями.

Эпилептические психозы

С учетом наличия или отсутствия признаков измененного сознания большинство психиатров различают: а) острые психозы, включающие непароксизмальные психотические состояния с помрачением сознания (эпилептический онейроид и сумеречные состояния сознания); б) острые психотические состояния без помрачения сознания (аффективные, галлюцинаторные, паранойяльные и галлюцинаторно-параноидные), а также в) хронические эпилептические психозы с полиморфной психотической симптоматикой, которые в литературе последних десятилетий обозначаются как хронические шизофреноподобные.

К эпилептическим психозам целесообразно относить только те психотические расстройства, которые возникают в межприступном периоде, не носят пароксизмального характера, не отвечают всем основным свойствам пароксизмальных расстройств. При острых психозах непароксизмального характера отмечается неполная амнезия сумеречного помрачения сознания и ступенчатое его прояснение. Острые эпилептические психозы с картиной онейроида возникают достаточно редко. При этом больные вспоминают содержание своих переживаний, но полностью амнезируют окружающую обстановку, очень мало, а часто почти ничего не могут воспроизвести из тех событий, которые происходили в реальном мире во время помрачения сознания. Характерны иллюзии, слуховые и зрительные галлюцинации устрашающего характера, окрашенные в яркие насыщенные тона, явления острого чувственного бреда фантастического содержания.

Для диагностики бредового (шизофреноподобного) расстройства в связи с эпилепсией (F06.12) необходимо наличие бреда, ясного сознания, в единичных случаях - галлюцинаций. При наличии паранойяльного психоза отмечаются несистематизированные бредовые идеи (ревности, отношения, преследования, ущерба, ипохондрического содержания). Бредовые идеи монотематические, обыденные, конкретные, без тенденции к систематизации. При галлюцинаторно-параноидном психозе выявляются бредовые идеи преследования, воздействия, величия с параноидным восприятием и интерпретацией окружающего. Бредовые идеи конкретны по содержанию, наглядны, однообразны, отрывочны; отмечаются истинные зрительные и слуховые галлюцинации, иногда религиозного содержания. Психотическая симптоматика при эпилепсии характеризуется яркостью, чувственной окрашенностью. Парафренный психоз подразумевает наличие псевдогаллюцинаций, симптома открытости мыслей и других явлений психического автоматизма с чувством овладения. Характерным признаком является грандиозность бредовых идей, ригидность мыслительных процессов, лабильность эмоциональных

реакций, что отличает эпилептические психозы от психотических расстройств иной этиологии.

При депрессивном психотическом расстройстве в связи с эпилепсией (F06.322) отмечаются суточные колебания настроения с усилением тревожно - депрессивного настроения утром, неусидчивость, двигательное беспокойство на фоне выраженной астении; периоды пониженного настроения, сопровождающиеся тоской, суицидальными мыслями, идеями самообвинения, малоценности.

При диагностике психотического маниакального расстройства в связи с эпилепсией (F06.302) констатируются периоды «подъема, повышенной энергии, прилива сил», эйфоричность; сочетание повышенной активности с раздражительностью, брутальностью; у ряда больных выявляются непреодолимые влечения к алкоголю, бродяжничеству, поджогам, половым эксцессам. Отличительной особенностью эпилептических аффективных психозов являлось значительное присутствие дисфорических компонентов в структуре как депрессивных, так и маниакальных психозов.

Кататонические психозы при эпилепсии (F06.12) возникают относительно редко. В клинической картине преобладают субступорозные состояния с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявляются пугливо-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхоталией, ответами «мимо».

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией (F07.02)

Диагностическая категория органического расстройства личности охватывает спектр психопатологических состояний различной глубины и тяжести, соответствующих в большинстве случаев эксплозивному и эйфорическому вариантам психоорганического синдрома, и включает, согласно МКБ-10:

1. Значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху
2. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии
3. Когнитивные нарушения
4. Расстройства мышления – выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость, гиперграфия
5. Расстройства влечений.

При органическом расстройстве личности вследствие эпилепсии выделяется совокупность условно специфичных патохарактерологических особенностей в форме застойности и полярности аффекта, выражающихся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и эксплозивности, аффективной взрывчатости, импульсивности, - с другой. Эти особенности аффекта выражаются в таких типичных для больных эпилепсией личностных особенностях, как эгоцентризм, злопамятность, мстительность, злобность, брутальность.

По мере прогрессирования заболевания больные все более утрачивают гибкость, подвижность, становятся мелочными, своенравными, властными, иногда - приторно учтивыми, слащавыми, угодливыми, льстивыми, но при этом эгоцентричными. У части больных отмечается гиперсоциальность в виде чрезвычайной прилежности, основательности, добросовестности, а также чрезмерное стремление к правдолюбию и справедливости; склонность к банальным и назидательным поручениям. Обращает на себя внимание отсутствие чувства юмора (непонимание шуток, подчеркнутая серьезность).

В характере отмечаются такие не свойственные больным ранее особенности, как настороженность, ощущение недоверчивого отношения окружающих к себе, сензитивность, подозрительность, тревожность, ипохондричность, чувство ущербности, ипохондрические переживания. В большинстве случаев внешний вид больных: аккуратность в одежде, контрастность в моторике, плохая переключаемость движений, медлительность и тяжеловесность. Речь — обстоятельная, многословная, полна несуществующих деталей. Отсутствует способность отделить главное от второстепенного. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словарный запас беден (олигофазия), характерна склонность повторять сказанное (персеверация), употребление шаблонных оборотов, уменьшительно-ласкательных суффиксов, определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный»). Наиболее значимыми для установления эпилептической природы психических нарушений являются отмечающиеся у больных эпилепсией типичные изменения личности и дефицитарные нарушения мышления.

Изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами расстройств - эксплозивно-эпилептоидным с паранойяльными чертами (аффективная взрывчатость, импульсивность, злопамятность, склонность к гневливо-злобным реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) проявлениями.

Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, нагляднообразного мышления

Деменция в связи с эпилепсией (F02.8x2) характеризуется прогрессирующим снижением памяти, возникновением иных когнитивных нарушений (апраксии, афазии и т.д.), поведенческих и психотических расстройств, нарушением социальной и профессиональной адаптации.

Согласно МКБ-10 (F02.8x2), диагностические критерии деменции включают: □

- Расстройства памяти как вербальной, так и невербальной
- Расстройства других когнитивных функций – способности к выработке суждений, мышлению (планированию, организации своих действий) и переработке информации
- Нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания
- Наличие по меньшей мере одного из следующих признаков: эмоциональной лабильности, раздражительности, апатии, асоциального поведения. □

Для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

Нарушения мышления представлены изменением темпа, последовательности процесса, логическими особенностями его построения (замедленностью, конкретностью, обстоятельностью, ригидностью, вязкостью). Прогрессирующая олигофазия (оскудение словарного запаса) становится более выраженной по мере утяжеления деменции. Расстройство функции внимания у больных эпилепсией проявляется снижением способности к поддержанию и концентрации внимания, что особенно наглядно проявляется при выполнении соответствующих тестов. Нарушения памяти, как правило, могут быть обусловлены не только ее прямым поражением, но и влиянием других психопатологических расстройств (внимания, настроения, возможностью осмысления, происходящего вокруг и т.д.). По мере утяжеления деменции мнестические нарушения нарастают. Значительное снижение памяти как на недавние, так и на отдаленные события сопровождается выраженной инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Прослеживается нивелирование индивидуальных личностных черт. Характерным является обеднение эмоциональных реакций, безразличие к окружающему, ослабление побуждения с появлением назойливости, монотонности. Эмоционально - волевые расстройства проявляются импульсивностью, раздражительностью, двигательной расторможенностью, бестактностью, болтливостью.

Диагностика

Анамнез заболевания должен быть получен как из рассказов самих пациентов, так и из свидетельств членов семьи. Крайне важно иметь подтверждения правильности слов пациента. Необходимо получить детальные сведения о приступах (их картину, продолжительность и прочие характеристики), медицинский и социальный анамнез, включая факторы, относящиеся к этиологии, сведения о семье и предшествующих периодах жизни (включая рождение и раннее развитие), а также информацию обо всех получаемых и полученных видах лечения.

При клиническом исследовании, прежде всего, следует обратить внимание на этиологические особенности, распознать сопутствующие неврологические и психические нарушения, определить связанные с приступами те, или иные нарушения или побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

Клинико - психопатологическое исследование должно охватывать основные когнитивные сферы: ориентировку в месте, времени, собственной личности, память, праксис, зрительнопространственные функции, речь, гнозис, интеллект. Во время беседы с пациентом выявляются:

- 1) состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования
- 2) особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения
- 3) отношение пациента к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам
- 4) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с критериями диагностики и разработки тактики лечения. Соматическое и неврологическое обследование пациента, первоначально проводится самим врачом-психиатром

Функциональные методы исследования и консультации специалистов.

Для уточнения неврологического или терапевтического диагноза, влияющего на оценку общего состояния и выбора психотропных препаратов необходимо провести ряд дополнительных исследований. Нейровизуальное исследование нацелено на выявление патологического процесса, постановку синдромального и этиологического диагноза, определение прогноза, тактики лечения.

Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения, локализацию поражения и внутричерепную гипертензию. Обязательны при исследовании всех видов приступов. В соответствии с общепринятыми правилами необходимо исследовать влияние на ЭЭГ некоторых раздражителей (гипервентиляция и световая стимуляция).

ЭЭГ - мониторинг - поведение пациента может в течение длительного времени записываться на видеопленку одновременно с записью ЭЭГ. Видеозаписи поведения и данные ЭЭГ должны быть совмещены во временном интервале при помощи синхронизированной системы показаний времени или путем одновременной записи на ленте того или другого (видео ЭЭГ).

Компьютерная томография - проводится дополнительно при наличии в анамнезе указаний на черепно-мозговую травму, для выявления патологических образований в головном мозге (опухоли и кальцификаты).

Ядерно - магнитно - резонансное исследование - показано всем больным эпилепсией, кроме не вызывающих сомнений случаев идиопатической эпилепсии. Основными показаниями для МРТ являются фармакорезистентные случаи, парциальные припадки.

Реоэнцефалографическое исследование - отражает состояние сосудистой системы мозга.

Консультация окулиста – определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

Обобщение данных клинического и 14 дополнительных методов неврологического исследования позволяет вынести топический и нозологический диагнозы поражения головного мозга.

Экспериментально - психологическое (психодиагностическое) исследование проводится медицинским психологом учреждения (отделения). Дает информацию об индивидуально - психологических особенностях и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

Терапия

Показаниями для амбулаторного лечения являются неврозоподобные синдромы, когнитивные и психопатоподобные расстройства, депрессивные состояния без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций, кратковременные и неглубокие психотические расстройства, пароксизмальные состояния с судорожными проявлениями и бессудорожные.

Показаниями для стационарной помощи являются развитие состояний нарушенного сознания, частых, полиморфных пароксизмальных расстройств, не купирующихся в условиях амбулаторной помощи, острых психотических и аффективных состояний, сопровождающихся ауто - и гетероагрессивными формами поведения, суицидальными намерениями или попытками не купирующихся в амбулаторных условиях, а также для решения диагностических и социальных вопросов. При развитии эпилептических психозов лечение предпочтительно проводить в стационарных условиях. Стационарное лечение проводится больным с деменцией при эпилепсии при появлении состояний спутанности, острых (обострений хронических) психотических и аффективных расстройств, при выраженных нарушениях поведения, а также для решения вопросов нозологической принадлежности деменции (в сложных в диагностическом отношении случаях) и для решения социальных вопросов одиноких больных.

Антиконвульсанты назначаются при установленном диагнозе эпилепсии (клиническая и ЭЭГ-верификация), отсутствии тяжелых соматических и неврологических заболеваний. Противосудорожная терапия (ПСТ) проводится непрерывно (не менее 2-х лет). Проводят регулярный клинический, ЭЭГ-контроль (не реже 1 раза в 6 месяцев), клинические анализы крови, мочи. При купировании припадков и стойкости достигнутой ремиссии (не менее 1 года) можно рассмотреть вопрос о переходе на меньшие дозы препарата с последующим клиническим и ЭЭГ-контролем. При отсутствии или слабом противосудорожном эффекте следует произвести постепенное снижение (в течение не менее 1 месяца) и отмену препарата и начать терапию другим антиконвульсантом, монотерапию которым проводить по тем же принципам. Присоединение второго антиконвульсанта может производиться при достижении максимальных значений суточной дозы ранее назначенным препаратом, при инициальных минимальных дозах второго препарата. Лечение тремя препаратами целесообразно только при неэффективности терапии двумя адекватными препаратами. Отмена препарата должна быть постепенная с обязательным учетом формы эпилепсии и ее прогноза, возможности возобновления припадков, индивидуальных особенностей пациента.

Отмену противоэпилептической терапии проводят, как правило, не менее чем через 2-3 года после полного прекращения припадков.

Выбор препарата осуществляется в зависимости от типа приступов:

	Препараты 1-го выбора	Препараты дальнейшего выбора
Парциальные	Карбамазепин Оскарбазепин Вальпроаты	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Генерализованные тоникоклонические	Вальпроаты Карбамазепин	Ламотриджин Оскарбазепин Топирамат Леветирацетам
Абсансы	Вальпроаты Этосуксимид	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Миоклонические	Вальпроаты Клоназепам	Леветирацет Топирамат

Принципы терапии психотических расстройств

В случае развития острого психоза с явлениями страха, тревоги, выраженным психомоторным возбуждением, наличием галлюцинаторно - параноидной симптоматики, агрессивностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин), в том числе парентерально. При наличии в структуре психоза галлюцинаторно - параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин, оланзапин, зуклопентиксол, рисперидон). С осторожностью надо назначать зуклопентиксол, рисперидон, т.к данные препараты могут вызывать пароксизмальные состояния.

В данных случаях при необходимости назначения данных препаратов можно рассмотреть вопрос об увеличении дозы противосудорожных препаратов. При психозе, сопровождающемся психомоторным возбуждением, бреде, галлюцинациях, тревожнодепрессивной симптоматике, наличии выраженного возбуждения с агрессивностью на фоне участвовавших припадков, дисфорических состояниях, а также больным с разными проявлениями психопатоподобного поведения - галоперидол начиная

с 1,5 мг 2 - 3 раза в сутки, в дальнейшем среднесуточная терапевтическая доза редко превышает 5 - 10 мг/сутки. В случаях труднокупируемого психомоторного возбуждения следует повысить дозу галоперидола до 20 - 30 мг в сутки (потенцирует действие антидепрессантов, барбитуратов).

Терапия аффективных расстройств подразумевает применение широкого спектра психотропных препаратов: антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы, антиконвульсанты и основана на структуре ведущего психопатологического синдрома.

При лечении аффективных расстройств при эпилепсии необходимо помнить, что многие антиконвульсанты являются нормотимиками. Терапия аффективных расстройств при эпилепсии основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение карбамазепина до 600 мг. в сутки, маниакальные состояния лучше купируются нейролептическими препаратами и производными вальпроевой кислоты, при наличии депрессивного спектра расстройств - антидепрессанты, предпочтительнее селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - пароксетин 20 - 40 мг/сутки, сертралин 50 - 100 мг/сутки, феварин 50 - 100 мг/сутки.

При наличии неврозоподобной симптоматики (обсессивно - компульсивные, истероформные и др.), тревожные расстройства, расстройства сна показано назначение транквилизаторов: феназепам, диазепам, (не более 2-х недель непрерывно). Для быстрого купирования страха, тревоги, психомоторного возбуждения возможно внутримышечное введение препарата 0,5 - 1мл. 0,1% р - ра до 3 - 7 мл 0,1% р - ра в тяжелых случаях. Для купирования тревоги, психомоторного возбуждения, внутреннего возбуждения, повышенной раздражительности также рекомендуется назначение атаракса (средняя суточная доза 100 мг) При назначении бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, клоназепам, нитразепам, клобазам) необходимо помнить о развитии физической зависимости и абстинентного синдрома при отмене. Рекомендуется интермитирующее применение бензодиазепинов и очень медленная отмена.

Лечение больных эпилепсией с психическими расстройствами должно быть комплексным, основываясь на синдромах, сопутствующих основному заболеванию.

Заключение

Психические расстройства частое, но необязательное проявление эпилепсии. Значительная часть больных с наиболее благоприятными формами болезни наблюдаются у невропатологов. Необходимость в обращении к психиатру возникает у больных с яркими психическими расстройствами в момент пароксизма, с грубыми расстройствами личности и интеллекта, а также с эпилептическими психозами.

Самыми частыми вариантами эпилептических пароксизмов являются генерализованные тонико - клонические судорожные припадки и абсансы, они составляют около 65 %. Но при этом проявления эпилептических припадков крайне полиморфны. Приступные психические расстройства встречаются у пациентов на разных этапах эпилептического процесса. Они представлены простыми парциальными, сложными парциальными и вторичногенерализованными приступами. Клинические проявления простых парциальных приступов включают аффективные, идеаторные, речевые, дисмнестические, сенестопатические, галлюцинаторные феномены, приступы дереализации/деперсонализации, припадки, протекающие по типу «уже виденного», «уже пережитого», «никогда не виденного». Клиника сложных парциальных приступов разнообразна - от элементарных автоматизмов до сложных состояний.

Трудности диагностики возникают при позднем начале заболевания, слабой выраженности изменений личности, а также при отсутствии типичных припадков. Особенно сложна диагностика эпилептических психозов. В ряде случаев необходим дифференциальный диагноз с эндогенными заболеваниями (шизофрения, БАР). Важнейшим методом выявления эпилептиформной активности является ЭЭГ. Однако следует учитывать, что снижение порога судорожной готовности на ЭЭГ может наблюдаться у 5 - 20% здоровых людей, поэтому метод ЭЭГ предназначен в первую очередь для подтверждения клинического диагноза, анализа эффективности терапии, а также для выявления признаков локального поражения мозга.

От правильно поставленного диагноза зависит дальнейший выбор терапии и прогноз данного заболевания. Учет клинических особенностей проявлений приступных психических расстройств, позволяет осуществлять дифференцированную фармакотерапию и добиваться эффективного контроля над течением эпилептического процесса, что благоприятно влияет на качество жизни пациента.

Список использованной литературы

1. Усюкина М.В., Лаврущик М.В. статья «Психические расстройства при эпилепсии в современных классификациях», Российский психиатрический журнал, 2019г.
2. «Психиатрия»: Научно-практический справочник / Под. ред. Академика РАН Тиганова А.С. - М.: ООО «Издательство», 2020г.-608с.
3. З.И. Кекелидзе, Н.Г. Незнанов «Клинические рекомендации. Диагностика и лечение психических расстройств при эпилепсии», 2019 год.
4. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. «Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике», 2018 год.
5. Д.Ф. Хритинин «Лекции по психиатрии и наркологии». Издательство: БИНОМ, 2019г.
6. Незнанов Н.Г., «Психиатрия» (Электронный ресурс): учебник Н.Г. Незнанов - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2021г.
7. В.А. Карлов статья «Расстройства психики при эпилепсии», клиническая и экспериментальная неврология 2018 год.
8. <http://www.psychiatry>.