

**ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ПО.**

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ
ЭПИЛЕПСИИ**

Проверила:

доц., д.м.н.,
Березовская Марина Альбертовна

Выполнил:

клинический ординатор
2 года обучения
Козловский П.С.

Красноярск, 2018 год.

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ.....	1
Определение.....	3
Описание приступа.....	4
Купирование эпилептического статуса	5
Психические эквиваленты.	5
Основные принципы и тактика лечения эпилепсии:	7
Список литературы.....	9

Определение

Эпилепсия – психическое заболевание, проявляющееся судорожными или бессудорожными припадками, либо эквивалентами припадков, подострыми и затяжными психотическими расстройствами и специфическими изменениями личности, в тяжелых случаях развитием расстройств мышления, вплоть до слабоумия.

Определение ВОЗ: эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга человека, характеризующееся повторными припадками, которые возникают в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождаются разнообразными клиническими и параклиническими симптомами.

Судорожные и иные пароксизмальные состояния, характерные для эпилепсии, встречаются при самых различных органических поражениях центральной нервной системы.

От гениинной (истинной, в основе которой лежит наследственная предрасположенность) эпилепсии отличают так называемую симптоматическую эпилепсию (травматического, инфекционного, сосудистого, алкогольного и другого генеза) и состояния с эпилептиформными проявлениями. По мере накопления научных данных о генезе гениинной эпилепсии ее рамки постепенно сужались. Все чаще в качестве причины эпилептической симптоматики выступали очаговые поражения головного мозга: родовые и послеродовые травмы, асфиксия, аномалии развития плода и др. Тем не менее, во многих случаях причина эпилепсии остается невыясненной. Большую роль в происхождении заболевания отводят повышенной судорожной готовности, возникающей в результате, как наследственного предрасположения, так и приобретенных в течение жизни изменений функционального состояния центральной нервной системы и обмена веществ. Распространенность эпилепсии в популяции составляет 0,8– 1,2%. 47 Значительное число больных эпилепсией – дети. Как правило, первый припадок возникает до 20-летнего возраста. У новорожденных и младенцев наиболее частые причины припадков: тяжелая гипоксия, генетические дефекты метаболизма, а также перинатальные поражения. В детском возрасте припадки во многих случаях обусловлены инфекционными заболеваниями нервной системы. Существует достаточно четко очерченный синдром, при котором судороги развиваются только как следствие лихорадки – фебрильные судороги. Известно, что у 19–36 детей из 1000, по крайней мере, однажды в жизни при повышении температуры наблюдались судороги. Примерно у половины из них следует ожидать повторного припадка, а у трети из этой половины возможны три и более таких эпизодов.

Предрасположенность к фебрильным судорогам наследуется. Приблизительно у 30% больных подобные судороги выявляются в анамнезе у одного из членов семьи. Именно у детей имеют место тяжелые, резистентные к лечению формы эпилепсии – синдром Леннокса–Гасто, синдром Веста. В молодом возрасте основной идентифицированной причиной эпилептических нарушений является черепно-мозговая травма.

При этом следует помнить о возможности развития судорог, как в остром периоде черепно-мозговой травмы, так и в более позднем периоде. В последние годы во всех развитых странах отмечается существенный рост заболеваемости эпилепсией у лиц старших возрастных групп.

Демографические исследования в нашей стране и за рубежом, проводимые за последние 20 лет, показывают, что продолжительность жизни в экономически развитых странах значительно возросла. В связи с тенденцией к «постарению» населения большинства крупных городов мира, увеличению продолжительности трудоспособного периода жизни и особого внимания, которое уделяется качеству жизни, проблема эпилепсии у взрослых и пожилых людей приобретает особое значение: распространенность эпилепсии в старших возрастных группах может достигать 1,5–2%. У больных старше 50 лет среди этиологических факторов эпилепсии следует, прежде всего, указать на сосудистые и дегенеративные заболевания головного мозга. Эпилептический синдром развивается у 6–10% больных, перенесших ишемический инсульт, причем наиболее часто вне острого периода заболевания. Проблема эпилепсии у пожилых пациентов включает в себя важнейшие вопросы геронтологии, эпилептологии и кардио-васкулярной патологии.

Описание приступа

Эпилепсия, как самостоятельное заболевание, характеризуется периодически возникающими судорожными и бессудорожными пароксизмальными состояниями с той или иной степенью утраты сознания, часто имеет место прогрессирующее течение, которое определяется нарастающим изменением личности вплоть до возникновения специфического слабоумия. Эпилепсия клинически проявляется различными пароксизмами, чаще всего наблюдаются большие эпилептические припадки. Большой судорожный припадок. Часто начинается с отдаленных предвестников, которые проявляются тем, что за несколько часов до начала припадка, а иногда и за несколько дней у больного появляется недомогание, выражающееся в состоянии общего дискомфорта. Непосредственным предвестником припадка является аура (дуновение). У каждого больного всегда одна и та же аура. Характер ее может указывать на локализацию участка с патологической активностью. В качестве сенсорной ауры могут выступать парестезии, обонятельные галлюцинации, ощущение тяжести, переливания, жжения. Психическая аура выражается в появлении различных психопатологических расстройств. Могут отмечаться расстройства сенсорного синтеза, галлюцинаторные и бредовые переживания. При раздражении двигательного анализатора наблюдается двигательная аура. Вслед за аурой начинается тоническая фаза судорожного припадка. Сознание нарушено до комы, резкое напряжение всей поперечно-полосатой мускулатуры, дыхание прекращается из-за спазма межреберных мышц, бывает непроизвольное мочеиспускание, прикус языка, пена изо рта. Состояние спазма мускулатуры сохраняется 30–50 секунд, после чего медленно, постепенно ослабевает мышечное

напряжение, наблюдается переменное сокращение различных групп мышц, восстанавливается дыхание - клоническая фаза. Это продолжается 1-2 мин, затем сознание постепенно возвращается, кома переходит в оглушение и сон. Иногда припадок может закончиться на стадии ауры или тонической фазы, это т.н. abortивные припадки. В тяжелых случаях, большие судорожные приступы могут следовать один за другим, и больной не успевает прийти в сознание. Такое состояние называется эпилептическим статусом. Если между припадками наблюдаются светлые промежутки ясного сознания, то это состояние квалифицируется как серия припадков. Малый припадок - внезапное и кратковременное выключение сознания без судорожного компонента. Разновидности малых припадков: абсанс, пропульсивные (кивки, клевки, салаамовы поклоны) и ретропульсивные припадки. Эпилептический статус - следующие друг за другом большие или малые эпилептические припадки, продолжающиеся в течение нескольких часов, при этом между припадками сознание не восстанавливается. В основе этого состояния лежит нарастающий отек мозга и при отсутствии адекватного лечения наступает смерть больного вследствие запредельного торможения жизненно важных центров (дыхательного сосудодвигательного).

Купирование эпилептического статуса:

внутривенное введение больших доз (6 - 10 мл) седуксена или реланиума, (через 30 минут при отсутствии эффекта вливание можно повторить), экстренная транспортировка больного в реанимационное отделение, где проводится терапия, направленная на снятие отека мозга (спинномозговая пункция, внутривенное капельное введение маннита, мочевины), а также терапия, направленная на поддержание функции сердечно-сосудистой системы (сердечные гликозиды).

Психические эквиваленты.

В эту группу болезненных явлений входят расстройства настроения и расстройства сознания: Дисфории - приступы беспричинного тоскливо-злобного настроения. Сумеречное состояние - для него характерно сочетание дезориентировки в окружающем с сохранением взаимосвязанных действий и поступков. Поведение больных диктуется галлюцинаторными и бредовыми переживаниями, протекающими на фоне выраженного аффекта страха. Отличительной чертой сумеречного состояния является стремление к агрессии, ярость, злоба. Воспоминаний об этом периоде у больных не сохраняется. Амбулаторные автоматизмы (непроизвольное блуждание). В основе лежит сумеречное помрачение сознания, однако, отсутствуют страх и галлюцинаторно-бредовые переживания. Во время этих приступов больные совершают бессознательные путешествия. Внешне они производят впечатление несколько растерянных, погруженных в свои мысли людей. Особо выделяют кратковременные состояния амбулаторного автоматизма: фуги и трансы. Особые состояния относятся к так называемым психическим эквивалентам. При этих состояниях не бывает глубокого нарушения сознания

и амнезии, но характерны изменения настроения и нарушения сенсорного синтеза. Эпилептические психозы наступают, как правило, на фоне отсутствия судорожных припадков. Бывают острыми, затяжными и хроническими, протекают без помрачения сознания. Чаще наблюдаются бредовые формы. Острый эпилептический параноид может развиваться на фоне дисфории или вслед за состояниями помрачения сознания без полной амнезии (особые состояния, эпилептический онейроид). Состояния с тревожно-депрессивным аффектом, малосистематизированным бредом преследования, отравления и ипохондрическим бредом встречаются чаще параноидов с экспансивным бредом. Затяжные и хронические бредовые эпилептические психозы часто различаются лишь длительностью. Механизм их возникновения, так же как и симптоматика, сходен. Они 49 могут развиваться по типу резидуального состояния или на фоне рецидивирующих острых параноидов, реже возникают как бы первично. Встречаются паранойяльные, параноидные и парафренные картины. В одних случаях клинические проявления психоза постоянны, в других – склонны к постепенному усложнению. Паранойяльные состояния часто сопровождаются идеями материального ущерба, колдовства, обыденных отношений. При параноидных синдромах бред воздействия нередко сопровождается яркими патологическими ощущениями. Для парафренных состояний характерен религиозно-мистический бред. Острые параноиды продолжаются дни и недели, затяжные и хронические – месяцы и годы. Эквиваленты и особенно эпилептические психозы чаще появляются на отдаленных этапах заболевания, при урежении или даже полном исчезновении пароксизмально-судорожных расстройств. В тех редких случаях, когда проявления эпилепсии исчерпываются лишь эквивалентами или психозами, говорят о скрытой, маскированной, или психической эпилепсии. Изменения личности. Помимо пароксизмально-судорожных расстройств, эквивалентов и психозов без помрачения сознания эпилепсии свойственны изменения личности, особенно нарушения аффективной сферы. Возникший аффект долго преобладает, в связи с чем новые впечатления не могут его вытеснить – так называемая вязкость аффекта. Это касается не только отрицательно окрашенных аффектов, например раздражения, но и аффектов противоположных – чувств симпатии, радости. Мыслительным процессам свойственна медлительность и тугоподвижность – грузность мышления. Речь больных обстоятельна, многословна, полна несущественных деталей, при одновременном неумении выделить главное. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словесный состав беден (олигофазия), часто повторяется уже сказанное (персеверации). Характерно употребление шаблонных оборотов, уменьшительных слов, определений, содержащих аффективную оценку, – «хороший, прекрасный, отвратительный». Собственное «я» всегда остается в центре внимания больного. В высказываниях на первом плане стоит он сам, его болезнь, его повседневные дела, а также близкие, о которых больной говорит с почтением и упором на их положительные свойства. Больные эпилепсией – большие

педанты, особенно в повседневных мелочах, «сторонники правды и справедливости». Они склонны к банальным назидательным поучениям, любят опекать, чем очень тяготеют родные и близкие. Несмотря на то, что больные эпилепсией считают свою болезнь серьезной и охотно лечатся, вера в выздоровление не покидает их даже на отдаленных этапах болезни (эпилептический оптимизм). У одних больных эти изменения сочетаются с повышенной раздражительностью, придирчивостью, склонностью к ссорам, вспышкам злобы, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями, направленными на окружающих. У других, напротив, преобладают робость, боязливость, склонность к самоуничижению, утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении. Эти полярные свойства характера могут сосуществовать. Часто невозможно предугадать, как поведет себя больной, так как «переменяемость психических явлений в сфере чувствования и нрава составляет выдающуюся черту в характере эпилептиков». Если указанные характерологические изменения парциальны и слабо выражены, профессиональная и жизненная адаптация сохранена, то говорят об эпилептическом характере. Резкие характерологические сдвиги, сопровождаемые отчетливыми изменениями памяти, прежде всего на факты, не имеющие к больному отношения, позволяют диагностировать эпилептическое концентрическое слабоумие. У больных эпилепсией наблюдаются и некоторые неспецифические соматоневрологические симптомы: диспластичность телосложения, замедленность, неловкость, неуклюжесть моторики, дефекты произношения. После припадков выявляются патологические рефлексy, возможны параличи и парезы конечностей, расстройство речи (афазия).

Основные принципы и тактика лечения эпилепсии:

Лечение эпилепсии отличается от терапии других заболеваний в связи с особенностями ее проявлений и течения. Поэтому необходимо соблюдать основные принципы и правила: 1. При установлении диагноза эпилепсии полагается сразу начать лечение во избежание прогрессирования болезни и предупреждения последующих припадков. 2. Больному и его родственникам необходимо объяснить цель, смысл и особенности терапии. 3. Прием лекарств должен быть регулярным и длительным. Произвольная отмена лекарств может вызвать резкое ухудшение состояния. 4. Препараты назначают в зависимости от характера припадков и других психических расстройств. 5. Доза лекарств зависит от частоты припадков, длительности болезни, возраста и веса больного, а также индивидуальной переносимости препаратов. 6. Дозу регулируют таким образом, чтобы при минимальном наборе средств и минимальных дозах достигнуть максимального терапевтического эффекта, т.е. полного исчезновения припадков или их значительного урежения. 7. При неэффективности лечения или выраженных побочных действиях производят замену препаратов, однако, это проводится постепенно, желательно в условиях стационара. 8. При хороших результатах

лечения уменьшают дозу препаратов, делают это осторожно, под контролем электроэнцефалографического исследования. 9. Необходимо следить не только за психическим, но и физическим состоянием больного, регулярно проверять анализы крови, мочи. 10. С целью профилактики приступов больному следует избегать воздействия факторов и ситуаций, провоцирующих припадки: приема алкоголя, перегрева на солнце, купания в холодной воде (особенно в реке, в море), пребывания в душной, влажной атмосфере, физического и умственного перенапряжения. Лечение при эпилепсии обычно комплексное и включает назначение различных групп препаратов: непосредственно противосудорожных средств, психотропных, витаминов, ноотропов, инъекций алоэ, стекловидного тела, бийохинола. Для снижения внутричерепного давления используют внутривенные вливания сернокислой магнезии с глюкозой, диакарб. При лечении больших судорожных припадков применяют карбомазепин (финлепсин), бензонал, гексамидин, хлоракон, примидон (милепсин, лизкантил), вальпроат натрия. Для лечения малых припадков и абсансов рекомендуют гексамидин, дифенин, триметин, суксилеп (пикнолепсин). В настоящее время для лечения эпилептических пароксизмов применяются антиконвульсанты третьего поколения – вигабатин (лицензия Великобритании 1989), ламотригин (лицензия Великобритании 1991), габепентин (лицензия Великобритании 1993), топирамат (лицензия Великобритании 1995), тиагабин (лицензия Великобритании 1998). Эти препараты не только эффективны, но и имеют лучший профиль безопасности и меньше взаимодействуют с другими лекарственными препаратами. Практически при всех видах пароксизмов, включая сумеречное расстройство сознания и дисфории, эффективен финлепсин (тегретол). В последние годы широко применяют транквилизаторы, обладающие мышечнорасслабляющим действием (седуксен, феназепам, клоназепам). При выраженных дисфориях добавляют нейролептики (аминазин, сонапакс, неупелтил). Лечение эпилепсии должно дополняться правильным режимом труда и отдыха, соблюдением рациона питания с ограничением воды, соли, острых блюд, полным исключением алкоголя. 51 Показания к отмене противоэпилептических средств. Если припадки и другие пароксизмы отсутствуют в течение 5 лет и на ЭЭГ отмечается стабильная нормальная картина (в том числе при функциональных нагрузках), то препараты можно постепенно отменить. Течение эпилепсии, как правило, хроническое. Начало припадков чаще относится к детскому и подростковому возрасту, реже болезнь дебютирует после 40 лет (так называемая поздняя эпилепсия). Появление первого в жизни припадка иногда совпадает с воздействием провоцирующих факторов (травма головы, инфекция, психическая травма и др.). У отдельных больных проявления болезни различны, но каждому больному свойственно относительное постоянство эпилептических нарушений. Может возникать лишь один тип пароксизмов, например, только большие или малые припадки, но нередко выявляется и полиморфная структура эпилептических пароксизмов. Иногда болезнь ограничивается только психическими

эквивалентами или психозами без помрачения сознания (так называемая скрытая, или маскированная, эпилепсия). Возможна также трансформация одних болезненных проявлений в другие: больших судорожных припадков – в абортивные, малые и, наоборот, эквивалентов – в психозы без помрачения сознания. Болезненный процесс останавливается приблизительно в 5– 10% случаев. Обычно возникшие припадки или иные расстройства не прекращаются, хотя могут появляться с длительными перерывами (10 лет и более). Возможно временное утяжеление болезненных симптомов (состояние декомпенсации), спонтанное или в связи с воздействием экзогенных факторов (алкогольная интоксикация, инфекция, психическая травма и др.). Больным эпилепсией категорически противопоказано употребление спиртных напитков. Темп нарастания личностных изменений и мнестических расстройств зависит от ряда причин – возраста к началу болезни, ее продолжительности, частоты и характера пароксизмальных и других продуктивных расстройств, терапевтических воздействий. Возникновение эпилепсии в раннем детском возрасте вызывает задержку умственного развития, близкую по структуре к олигофрении.

Список литературы.

1. Психиатрия. Учебник. Коркина М.В.Лакосина Н.Д. Личко А.Е. М. ,2005.
2. История и эпистемология пограничной психиатрии. Овсянников С. А ., М., 2005.
3. Клиническая психиатрия под ред. Т.Б.Дмитриевой Руководство для врачей. М., 2009.
4. Диагностика психических нарушений Практикум Ю.Г.Демьянов СПб., 2009.
5. Общая психопатология А.О.Бухановский, Ростов - на – Дону,- 2008.
6. Гиндикин. В.Я. Психиатрия М., 2001.

7. Авербух Е.С. Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии Л., 2012.
8. Нарушения и патологии психики. Р. Комер. М., 2002.
9. Каплан Г.И. Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия М.,2004.
10. Карл. Ясперс. Общая психопатология. Практика. М., 2011.
11. Гиляровский В.А. Руководство для врачей и студентов.- М., 2008.
12. Оценка и документация психопатологических данных. Учебно-методическое пособие Яковлев В.А. Москва 2009