А.Е. Дубенко, д.м.н., профессор, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков;
В.И. Коростий, к.м.н., кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета

Диагностика и фармакотерапия непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией

А.Е. Дубенко

В.И. Коростий

Психические нарушения являются существенным компонентом клиники эпилепсии, видоизменяя и усложняя ее течение. Фармакогенная атипизация клинической картины в условиях политерапии противоэпилептическими препаратами (в значительной степени за счет недостаточно адекватной или шаблонной терапии) находит отражение в полиморфизме не только собственно пароксизмальных расстройств, но и психических нарушений, среди которых большой удельный имеют расстройства пограничного, непсихотического уровня. Важно не только диагностировать и лечить эти расстройства. Их наличие указывает на неблагоприятное течение или неоптимальное лечение самой эпилепсии, при этом прослеживается прямая связь негативных эффектов терапии антиконвульсантами с частотой психических нарушений.

По данным В.А. Карлова (2007), при неэффективности терапии антиконвульсантами психические расстройства встречаются в 2,5 раза чаще, чем у больных с положительным эффектом противосудорожной терапии. Hitiris и соавт. (2007) показали, что фармакорезистентность, наблюдаемая в большой выборке больных эпилепсией на протяжении 20 лет, была связана с наличием предшествующих или текущих психических коморбидных симптомов. Anhoury и соавт. (2000) выяснили, что «пациенты, имевшие в прошлом психические расстройства и у которых возобновилась психическая симптоматика, имеют неблагоприятный исход в отношении частоты приступов». По данным Kanner и соавт. (2006), значительная продолжительность депрессивного состояния является неблагоприятным прогнозом для достижения ремиссии при ряде клинических форм эпилепсии.

Исторически в течение многих лет эпилепсия считалась психиатрической патологией, из-за того что приступы часто ассоциировались с психиатрической симптоматикой. В последнее время неврологическая основа эпилепсии была выдвинута на первый план, а психологические и психические ее аспекты стали считаться коморбидными. Однако сегодня нельзя отрицать тесную взаимосвязь между неврологической и психиатрической сторонами эпилепсии.

В отличие от исследований по фармакотерапии острых и затяжных эпилептических психозов работы, посвященные принципам и методам лечения пограничных психических расстройств при эпилепсии, крайне немногочисленны. В целом к лечению этой группы расстройств вполне применимы все основные клинические показания в области пограничной психиатрии (с использованием психотропных препаратов по принципу синдрома-мишени). Однако относительно эпилепсии возникает ряд терапевтических сложностей, связанных со следующими неблагоприятными факторами:

– наличием церебрально-органического фона, особенно у пациентов, страдающих симптоматической эпилепсией;

– более высоким риском возникновения нежелательных побочных реакций на фоне лечения психотропными препаратами;

– необходимостью сочетания различных психотропных препаратов с базисными антиконвульсантами;

– высокой вероятностью в условиях комбинированного лечения отрицательного взаимодействия препаратов разных групп с возможностью либо их потенцирования с риском лекарственной интоксикации, либо взаимного ослабления с уменьшением терапевтического эффекта, в том числе формированием терапевтической резистентности.

Отмечаемый в последние несколько лет, по данным статистических исследований, рост в структуре психической заболеваемости в целом непсихотических психических расстройств вследствие эпилепсии при снижении удельного веса эпилептических психозов отражает патоморфоз клинических проявлений болезни, обусловленный влиянием ряда биологических и социальных факторов. Одно из ведущих мест в клинике непсихотических форм эпилепсии занимают аффективные нарушения, которые нередко обнаруживают тенденцию к хронизации. Это подтверждает положение о том, что, несмотря на достигнутую при эпилепсии ремиссию припадков, частым препятствием к полноценному восстановлению здоровья пациента являются нарушения эмоциональной сферы.

Существуют разные принципы классификации психических расстройств у больных эпилепсией, основанные на разграничении по феноменологии, структуре ведущих клинико-психопатологических синдромов, месту в клинике и течении болезни, характеру течения и т.д. Однако согласно мнению большинства исследователей предпочтительнее систематизировать нарушения психики относительно основного проявления болезни, то есть эпилептического припадка.

Взаимоотношение психических нарушений с эпилептическими припадками (А. Максутова, В. Фрешер, 1998):

– психическое нарушение как продром;

– психическое нарушение как компонент припадка;

– постприпадочные нарушения психики;

– психическое нарушение в межприступном (интериктальном) периоде.

Психопатологические расстройства в межприступном периоде наиболее многообразны по клинике и вариантам динамики. Также следует отметить, что недостаточно изучена связь психических расстройств с тяжестью течения эпилепсии.

В зависимости от различных этиологических факторов у больных эпилепсией принято выделять три взаимосвязанные группы нарушений психики:

• психические нарушения, взаимосвязанные с механизмами развития самой эпилепсии;

• нарушения психики, связанные с влиянием медикаментозной терапии;

• реактивные психические расстройства.

В основе психических расстройств у больных эпилепсией лежат различные факторы, повышающие судорожную готовность мозга, в том числе органическое поражение, следствием которого являются приступы; нейронные эпиразряды, влияющие на функцию мозга пораженной области; факт наличия болезни и реакция больного на заболевание (в первую очередь на связанные с болезнью ограничения), а также противоэпилептическая терапия, в частности ее интенсивность.

Припадки могут играть двоякую роль в возникновении психических расстройств: с одной стороны, они приводят к органическим изменениям ЦНС, с другой – как ятрогенный фактор способствуют формированию психогенных наслоений. Происходит сужение интересов личности вокруг темы болезни.

Согласно диагностическим критериям МКБ-10 эпилепсия как заболевание классифицируется по неврологическому разделу с выделением трех основных форм болезни (идиопатической, симптоматической и криптогенной), а психические нарушения при эпилепсии – по психиатрическому разделу в рубрике «Органические, в том числе симптоматические психические расстройства», подразумевающей психические расстройства в результате непосредственных повреждений головного мозга либо дисфункций вследствие физической (соматической) болезни (F06). Эти состояния объединяются в связи с церебральной основой указанных нарушений или как возникшие в результате психогенной реакции на церебральную патологию. При этом учитывается имеющаяся связь между возникновением психопатологических нарушений и временем воздействия церебрального фактора.

В популяции среди больных эпилептологической клиники признаки, относящиеся к диагностическим критериям органического эмоционально-лабильного расстройства (F06.6), в той или иной степени можно обнаружить у каждого третьего пациента. Однако о квалификации данного синдрома как клинически завершенного может идти речь только при наличии всех его компонентов на протяжении длительного времени (2 мес), включая случаи, когда персистирование этого расстройства прямо не связано с тяжестью и частотой эпилептических припадков.

Диагностика и дифференциальная диагностика непсихотических психических расстройств при эпилепсии

Феноменологически пограничные психические расстройства представлены в клинике эпилепсии неврозоподобными синдромами различной структуры.

Пограничные психические расстройства неэпилептической природы в клинике эпилепсии:

1. Преморбидные невротические (психогенные) синдромы:
   • неврастенический;
   • психастенический;
   • истерический;
   • другие.
2. Состояния декомпенсации у психопатических личностей:
   • эксплозивно-возбудимого типа;
   • сутяжно-паранойяльного типа;
   • мозаичной структуры;
   • другие.
3. Обострение циклотимоподобных расстройств.
4. Реактивные состояния (непсихотического уровня).

К пограничным психическим принято относить вторично-невротические расстройства как следствие реакции пациента на заболевание. В связи с этим получила широкое распространение трактовка большинства нарушений аффективного и тревожного спектра как отражающих преимущественно особенности личностного реагирования и менее зависимых от припадков и других параметров болезни.

Вследствие полиморфизма эпилептических припадков у больных в психиатрических учреждениях представляется крайне трудным проведение анализа зависимости развития тех или иных пограничных психических расстройств от характера припадка и формы эпилепсии, опираясь на современную их классификацию.

Неврозоподобные нарушения при эпилепсии необходимо разграничивать по наличию или отсутствию связи их формирования с базисными признаками болезни.

Выделяют расстройства психогенной природы, при которых возможен как истинный психогенез невротических и феноменологически близких синдромов, так и развитие психопатологии по реактивно-опосредованным механизмам. Речь идет о неврозоподобных синдромах как вторичных образованиях, где наряду с реактивными механизмами большую роль играют эпилептогенез и весь комплекс церебральных влияний, обусловленных органическим поражением (дисфункцией) мозга.

Признавая возможность дебюта эпилепсии у лиц с ранее имевшими место теми или иными психическими расстройствами, следует учитывать иную (неэпилептическую) природу указанных проявлений. Кроме того, необходимо принимать во внимание возможность развития пограничных расстройств преморбидно-психопатических или акцентуированных личностей, у которых впервые в связи с возникновением припадков возникает заметное обострение психического состояния.

Наряду с описанными выше состояниями аффективной лабильности и депрессивными расстройствами среди спектра пограничных расстройств в клинике эпилепсии одно из главных мест занимает аффект тревоги. В отличие от собственно пароксизмальной тревоги тревожный аффект в ремиссиях приближается по форме к классическим вариантам в виде немотивированных опасений за свое здоровье, судьбу близких и т.д.

В клинике эпилепсии значительный удельный вес принадлежит дисфориям в форме пролонгированных состояний с более стертыми границами. Их продолжительность обычно не превышает нескольких часов, реже дней.

Ряд неквалифицируемых в качестве самостоятельных синдромов расстройств преимущественно субклинического характера возникал как предвестник тех или иных пароксизмальных синдромов. Наиболее часто наблюдались кратковременные или пролонгированные состояния сниженного настроения либо его

колебания в сторону преобладания раздраженно-угрюмого аффекта. Нередко аффективные колебания предшествовали началу приступа за 2-3 нед, когда более отчетливыми становились повышенная эксплозивность, склонность к конфликтам, не связанная с ситуационными влияниями. Эти симптомы отличаются лабильностью с возможностью самокупирования.

На основе данных катамнеза, терапевтической динамики, характеристики органического процесса у наблюдаемых нами больных, как отмечалось выше, можно выделить так называемый первичный механизм развития пограничных расстройств, отражающий особенности эпилептогенеза, и вторичный, где связь между формированием пограничного синдрома и эпилепсией носит опосредованный характер.

Особое место в оформлении клиники вторично-невротических расстройств принадлежит собственно церебральному фактору, модифицирующему органические (дефицитатрные) компоненты ряда психических расстройств. Этот «органический» фон привносит атипию в клиническое оформление вышеописанных психопатологических феноменов, о чем более подробно будет сказано ниже.

Наиболее часто встречаются расстройства настроения, возникающие без видимых причин в виде эмоциональной лабильности, склонности к раздражительности, слезливости со снижением активности или побуждений. Эти расстройства могут возникать вне связи с приступом и повторяться в межприступном периоде. Реже возникает импульсивность или апатия.

Особое место в клинике эпилепсии занимают реакции пациента на заболевание. Могут также присоединяться индивидуальные формы реакции на собственные психические изменения, а также на измененное отношение окружающих к больному. Убедительные данные о взаимосвязи частоты приступов с длительностью заболевания, с одной стороны, и психическими, особенно психоорганическими, изменениями – с другой, пока еще отсутствуют. Имеющиеся сведения весьма противоречивы.

Пограничные психические нарушения в клинике эпилепсии по результатам изучения контингента специализированного стационара составляют 29% всей популяции госпитализированных больных, что подтверждает статистические данные РФ о большей распространенности эпилепсии с непсихотическими расстройствами по сравнению с формами болезни, протекающими с психотической симптоматикой или слабоумием (8%).

К невротическим расстройствам принято относить: фобические тревожные и другие фобические расстройства; паническое расстройство, генерализованное тревожное и другие тревожные расстройства; обсессивно-компульсивные расстройства; диссоциативные (конверсионные) расстройства; неврастению; соматоформную вегетативную дисфункцию и другие соматоформные расстройства; ипохондрические расстройства.

Взаимосвязь эпилепсии и невротических расстройств довольно сложна (рис.). На этапах первичного обращения за медицинской помощью наиболее актуальной представляется дифференциальная диагностика эпилептических припадков с различными пароксизмальными проявлениями невротических расстройств.

Наибольшую сложность для диагностики эпилепсии и ее дифференциальной диагностики с другими пароксизмальными состояниями, в том числе характерными для невротических расстройств, представляет наличие у больных немоторных простых парциальных припадков, протекающих без потери сознания и имеющих клинические проявления, которые у большинства клиницистов не ассоциируются с диагнозом «эпилепсия».

К простым парциальным немоторным эпилептическим припадкам относят большую группу эпилептических пароксизмальных состояний, которые проявляются разнообразными сенсорными, вегетативными или психическими симптомами. Нередко они идентичны различным соматическим симптомам или невротическим проявлениям, и только непродолжительность симптомов, их повторяемость, стереотипность и спонтанность позволяют заподозрить эпилептический характер пароксизма.

Выделяют следующие немоторные парциальные эпилептические припадки.

Простые сенсорные припадки:

• соматосенсорные – покалывание, онемение, боль, ощущение прохождения тока и т.п.;

• зрительные – вспышки, мигание света, пятна, скотомы или слепота;

• слуховые – шум, дребезжание, восприятие отдельных звуков;

• обонятельные – ощущение запаха, как правило, неприятного;

• вкусовые – ощущение кислого, соленого, горького, металлического, сладкого привкуса;

• эпигастральные – дискомфорт в животе, тошнота, ощущение сжатия, пустоты, дрожания, чувство голода (эти ощущения могут распространяться на грудную клетку и горло; часто расцениваются как вегетативные припадки);

• цефалические – ощущение покалывания и боли в голове.

Простые вегетативные припадки:

• ощущения пациентов, свидетельствующие о нарушениях вегетативной нервной системы:

– кардиоваскулярные симптомы;

– вазомоторные симптомы;

– пиломоторные симптомы;

– пароксизмальные нарушения терморегуляции;

– желудочно-кишечные симптомы.

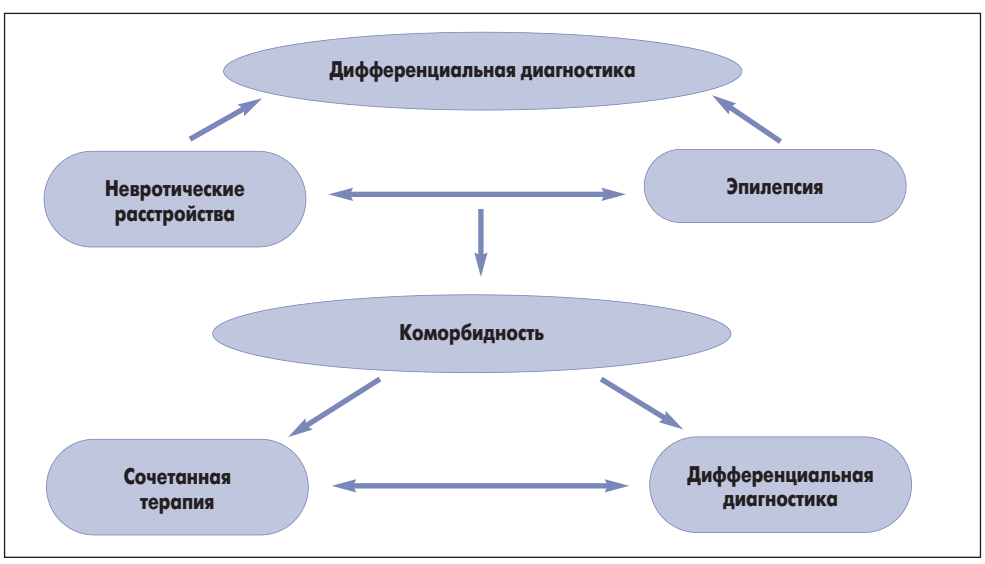

Рис. Взаимосвязь эпилепсии с невротическими расстройствами

Простые припадки с психическими симптомами:

• аффективные (страх, депрессия, радость, злость);

• галлюцинаторные – слуховые (акоазмы, фонемы), обонятельные, зрительные (фотопсии, фосфены, часто с дереализацией), вкусовые, соматосенсорные (ощущение посторонних предметов на теле, ползания мурашек и т.п.);

• особые состояния сознания:

– деперсонализация – расстройство восприятия собственной личности, когда мысли, ощущения, части тела кажутся измененными (аутотопагнозия, асоматогнозия, псевдомелия, аутоскопия, ощущение пустоты в голове, отсутствия мыслей и т.п.);

– нарушения чувства знакомости (deja-vu, jamais-vu);

– дереализация – восприятие окружающего мира в измененном виде (макро-, микропсии, метаморфопсии);

– сноподобные состояния.

Как следует из приведенной выше классификации, больные эпилепсией во время простого парциального припадка периодически испытывают стереотипные сенсорные и вегетативные ощущения, которые в большинстве случаев являются для них крайне неприятными и изматывающими. Диагноз «эпилепсия» у таких больных ставится обычно при утяжелении состояния, когда развивается вторично-генерализованный припадок или возникают нарушения сознания, свидетельствующие о комплексном парциальном припадке. При этом необходимо отметить, что даже развитие нарушения сознания без полной его потери не приводит к подозрению на эпилептический характер пароксизма. Диагноз «эпилепсия» обычно устанавливается после развития вторично-генерализованного тонико-клонического припадка. Реже эпилептический характер пароксизма устанавливается при ЭЭГ-видеомониторинге, на который больных направляют после длительного обследования и безуспешного лечения у терапевтов или врачей общей практики по поводу той или иной соматической патологии.

Нередки ситуации, когда такие пациенты длительно лечатся у неврологов по поводу вегетативных расстройств, пароксизмальных вегеталгий, пароксизмальных невралгий и т.п. Затяжное и упорное течение пароксизмальных сенсорных или моторных проявлений приводит к невротизации таких больных, появлению у них различных непароксизмальных симптомов невротического круга.

Наличие необъяснимых кратковременных сенсорных и вегетативных нарушений, с одной стороны, и вторичное развитие реактивных психиатрических симптомов – с другой, служат основанием для направления больного к психиатру. Врач, наблюдая вышеописанную симптоматику, диагностирует то или иное невротическое расстройство, терапия которого также оказывается безрезультатной, что приводит к естественному прогрессированию эпилептического процесса, учащению припадков и нарастанию невротической симптоматики.

Рано или поздно развитие эпилептического процесса приводит к вторичной генерализации эпилептического припадка и установлению диагноза «эпилепсия». При этом у больных сохраняются уже имеющаяся невротическая симптоматика или расстройство, которые затрудняют последующую терапию и контроль лечения у них. Невротические расстройства у таких больных могут сохраняться длительное время после достижения контроля эпилептических припадков и требуют дополнительной адекватной терапии.

Не меньшую сложность представляет диагностика эпилепсии у больных с простыми немоторными парциальными припадками с психическими симптомами.

Во время припадка больные испытывают чувство тревоги, ощущение страха, приступы ужаса, депрессию, спонтанное возбуждение, паранойяльные симптомы, форсированное мышление, обсессивные симптомы, помрачение сознания, агрессию. Непродолжительность этих симптомов либо способствует своевременной диагностике эпилептического характера процесса, либо приводит к сомнениям относительно наличия симптоматики и объяснению ее возникновения теми или иными неврологическими расстройствами.

В отличие от больных с сенсорными и вегетативными парциальными эпилептическими припадками пациентам, у которых наблюдаются приступы с психическими симптомами, диагноз эпилепсии устанавливают быстрее, но прогрессирование иктальных психических симптомов способствует присоединению постиктальных психических симптомов, таких как помрачение сознания, депрессия, возбуждение, постиктальная паранойя, галлюциноз, мания, неконтролируемая агрессия. Все это приводит к развитию у таких пациентов стойких психиатрических нарушений как психотического, так и непсихотического характера, в том числе и невротических (неврозоподобных) расстройств.

В клинической практике в дифференциальной диагностике простых парциальных приступов с немоторными проявлениями существует ряд сложностей, обусловленных, с одной стороны, недостаточным вниманием к возможности их развития, а с другой – отсутствием специфических феноменов при рутинном ЭЭГ-исследовании в интериктальном периоде, сложностью интерпретации данных ЭЭГ-видеомониторинга при локализации эпилептического очага в глубинных отделах мозга и, наконец, недостаточным учетом возможности коморбидности эпилептических припадков и неэпилептических пароксизмальных симптомов.

Соотношение неврозоподобных синдромов с пароксизмальными проявлениями

На основе клинико-психопатологического изучения структурных особенностей и динамики указанных расстройств, их места в клинической картине болезни и отношения к базисным пароксизмальным синдромам выделены два варианта их развития: первичные, ассоциированные с припадком нарушения (53,4%), и выступающие в качестве составных компонентов самого пароксизма. При этом они могут выступать в рамках инициальной (доманифестной) стадии непосредственно в структуре ауры в качестве элемента судорожного или бессудорожного припадка, в постприпадочной стадии и/или интериктальном периоде. Следует подчеркнуть, что разные психогенные механизмы принимают различное участие в формировании клиники пограничных расстройств.

По отношению к группе других неврозоподобных синдромов не удается проследить прямую связь их формирования с собственно пароксизмальными феноменами, что позволяет оценить их как вторично реактивные, личностные расстройства.

Также определенные сложности возникают при дифференциальной диагностике иктальных, постиктальных и в меньшей степени интериктальных нарушений памяти, поведения и эмоций у больных эпилепсией и пациентов с различными диссоциативными расстройствами.

В ряде случаев сложно дифференцировать постиктальную амнезию от диссоциативной; постиктальную или интериктальную эпилептическую фугу от диссоциативной. Диссоциативный ступор

Продолжение на стр. 56.

А.Е. Дубенко, д.м.н., профессор, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков; **В.И. Коростий**, к.м.н., кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета

Диагностика и фармакотерапия непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией

Продолжение. Начало на стр. 54.

в некоторых клинических случаях принимают за комплексный парциальный припадок.

Помимо дифференциальной диагностики невротических расстройств и клинических проявлений эпилепсии, актуальной в клинической практике является коморбидность эпилепсии и различных невротических расстройств.

Коморбидность эпилепсии и невротических расстройств

В литературе сочетанию эпилепсии и невротических симптомов уделено меньше внимания, чем коморбидности эпилепсии и депрессии. Однако известно, что у значительного количества больных эпилепсией разные авторы отмечали те или иные невротические расстройства.

Невзирая на высокую коморбидность эпилепсии и невротических расстройств, возможность такой коморбидности в клинической практике учитывается в недостаточной степени. Установление коморбидности эпилепсии с тем или иным невротическим расстройством требует от клинициста понимания того, что необходимо продолжить дифференциальную диагностику генеза различных симптомов у таких больных, поскольку это является залогом адекватного лечения.

Вышесказанное наглядно демонстрируют результаты исследования, проведенного А.Е. Дубенко и Т.А. Литовченко (2003).

В исследование были включены 463 больных с декомпенсированной или субкомпенсированной верифицированной эпилепсией, у которых, по данным медицинской документации, можно было предположить наличие в клинической картине неэпилептических пароксизмов.

Из них у 121 пациента наблюдались различные пароксизмальные состояния неэпилептического характера. У исследованных больных эпилепсией отмечены следующие неэпилептические пароксизмы:

- конверсионные припадки – 36 больных;
- панические атаки – 44 больных;
- синкопы – 39 больных;
- абстинентные приступы – 6 больных;
- мигренозные пароксизмы – 1 больной.

Длительно протекающая эпилепсия нередко приводит к психологической и социальной дезадаптации больных и появлению у них предпосылок для возникновения диссоциативных симптомов, которые поддерживаются зависимостью социальной адаптации от установленной степени инвалидизации. Это приводит к развитию у пациентов неэпилептических конверсионных припадков, которые имитируют имеющиеся у больных эпилептические приступы. Подобные припадки наблюдались у 36 пациентов и клинически проявлялись своеобразными расстройствами сознания, которые имитировали его потерю, иногда судорожными подергиваниями в конечностях. У 14 больных, имеющих различные парциальные приступы без полной потери сознания, неэпилептические приступы имитировали картину эпилептических, но были более продолжительными, менее однотипными и имели демонстративную направленность.

В исследованной группе наблюдали 44 больных с паническими атаками. У 3 пациентов панические атаки сочетались с конверсионными пароксизмами, у 2 – с синкопальными состояниями. У 8 больных отмечалась коморбидность панических атак и парциальных эпилептических припадков с вегетативными симптомами. Панические атаки отличались от сходных с ними по клиническому рисунку эпилептических парциальных припадков с вегетативными симптомами разнообразием клинических проявлений, разной длительностью, связью с различными провоцирующими факторами и отсутствием характерных эпилептических ЭЭГ-феноменов.

На основании ошибочной оценки клинических и параклинических данных у 6 больных был поставлен под сомнение диагноз «эпилепсия», в связи с чем отменены антиконвульсанты. Это привело к декомпенсации эпилепсии, возобновлению и учащению эпилептических припадков, заострению эпилептических черт личности и существенному ухудшению ЭЭГ-показателей в межприступный период. У 5 больных возврат к прежней дозе антиконвульсантов не привел к компенсированному состоянию, а у 2 развилась вторичная фармакорезистентность.

У 18 больных присоединившиеся к клинической картине неэпилептические пароксизмы были расценены как эпилептические, в связи с чем неоправданно была увеличена доза антиконвульсантов. Как результат ни у одного из больных не наблюдалось клиническое улучшение, а у 10 развились дозозависимые побочные эффекты. Двум больным к получаемым антиконвульсантам был добавлен еще один препарат, без клинического эффекта.

Псевдоприступ как проявление невротической симптоматики

Помимо дифференциальной диагностики немоторных простых парциальных припадков, определенную сложность представляет дифференциальная диагностика различных неэпилептических пароксизмов, чаще всего невротического круга с эпилептическими припадками. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать, что эпилептические припадки менее продолжительны, стереотипны, обычно возникают без видимой причины, имеют одинаковую длительность, проходят самостоятельно. Ведущая роль в дифференциальной диагностике эпилептических и невротических пароксизмов принадлежит ЭЭГ-видеомониторингу.

По нашему мнению, имеющиеся у больных эпилепсией псевдоэпилептические (неэпилептические) припадки, которые в значительной степени имитируют наблюдаемые у пациентов эпилептические припадки, являются признаком развития конверсионного расстройства.

Неэпилептические приступы, также известные как псевдоприступы или психогенные приступы, можно определить как внезапные, деструктивные, изменяющие поведение, чувствительность, мышление, ощущения, которые обычно ограничены во времени и похожи на эпилептические приступы или ошибочно принимаются за них. При псевдоприступах не отмечены характерные электрофизиологические изменения на ЭЭГ, которые обычно наблюдаются при эпилептических приступах (Беттс, 1998) и являются психогенными.

Псевдоприступ не является самостоятельной нозологической формой, а представляет собой сборное понятие, применяемое только в эпилептологии для обозначения различных пароксизмальных состояний неэпилептической природы, которые либо создают дифференциально-диагностические сложности, либо являются коморбидными эпилептическим припадкам. Фактором, в дальнейшем определяющим диагноз «псевдоприступ» и частоту заболевания, служит наличие в анамнезе эпилепсии. (Беттс и Боден, 1992; Фентон, 1986; Лессер, 1985).

В изученных популяциях пациенты находились в специализированных эпилептологических клиниках для больных с рефрактерной эпилепсией, и было установлено, что более чем 20% пациентов страдают псевдоприступами (Тримбл, 1986; Гейтс и соавт., 1985).

У псевдоприступов нет патогномоничных симптомов или признаков. Они могут проявляться по-разному – от коллапса с приходящей потерей сознания с судорогами или без них до развития приступов без потери сознания с наличием некоторых видов двигательных, эмоциональных или когнитивных нарушений, таких как внезапное изменение эмоционального состояния, беспокойство в виде внутреннего страха или внешней агрессии (Беттс, 1998; Вилли и соавт., 1999). Клинические проявления включают большое разнообразие двигательных и поведенческих изменений. Псевдоэпилептический пароксизм может напоминать эпилептические приступы, ранее отмечавшиеся у пациента, или те приступы, которые он видел у других больных. Приступы возникают и заканчиваются произвольно, протекают в присутствии свидетелей и провоцируются стрессорными ситуациями. Характерна высокая частота приступов (ежедневные, несколько раз в день, десятки в день). Только очень небольшой процент пациентов сознательно симулирует эпилептический приступ.

Диагноз «псевдоприступ» всегда был исключительным. Это привело к тому, что с момента начала заболевания до установления окончательного диагноза проходит немало времени. По возможности предпочтительно активное проведение диагностики, основанной на распознавании патогномоничных симптомов. Рубер и соавт. (2002) рассчитали, что правильный окончательный диагноз «псевдоприступ» ставится через 7,2 года после появления симптомов заболевания. Это обусловлено объективными трудностями в дифференциальной диагностике эпилептических приступов и псевдоприступов, которые заключаются в том, что для эпилепсии не существует эксклюзивного или единственного клинического признака, а также в отсутствии патогномоничных феноменов на интериктальной ЭЭГ при эпилепсии и возможности эпилептиформной активности при наличии псевдоприступов у больных эпилепсией. Многие авторы считают, что для сокращения этого срока всех пациентов с атипичными приступами необходимо обследовать на ранней стадии заболевания с использованием различных методов диагностики, в том числе домашнего видео и провокации приступов при проведении ЭЭГ-видеомониторинга.

Псевдоприступы могут возникнуть практически в любом возрасте – от 4 до 80 лет, но все-таки большинство пациентов – это люди в возрасте от 15 до 35 лет. Как правило, псевдоприступы у больного эпилепсией возникают уже после окончания эпилептических приступов. Однако часто наблюдается сочетание эпилептических пароксизмов и псевдоприступов одновременно.

По нашему мнению, псевдоприступы можно рассматривать как конверсионные пароксизмы в структуре конверсионного расстройства у больных эпилепсией. Появление псевдоприступа у больного эпилепсией может свидетельствовать о развитии у него невротического конверсионного расстройства, требующего адекватной медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

При этом необходимо помнить о том, что конверсионное расстройство у больных эпилепсией с появлением в клинической картине псевдоприступа вовсе не является единственно возможным вариантом развития у них невротического расстройства. Возникновение псевдоприступа подробно описано в литературе, хотя на практике крайне редко рассматривается в качестве конверсионного расстройства.

Аффективные и тревожные расстройства

Аффективные и тревожные расстройства – наиболее часто встречающиеся психические расстройства у лиц, страдающих эпилепсией.

По классификации МКБ-10 и DSM-IV, к аффективным относятся маниакальное, депрессивное, дистимическое, циклотимическое и биполярное расстройства, а к тревожным – генерализованное тревожное, паническое и обсессивно-компульсивное расстройства.

Собственно аффективные расстройства, такие как тревога и депрессия, могут быть идентифицированы при наличии типичных клинических проявлений. Так, опираясь на наиболее значимые признаки аффективного органического расстройства (Е06.3.), применительно к эпилепсии феноменологически депрессивное органическое расстройство может быть определено как транзиторное или пролонгированное состояние измененного настроения со снижением психической активности, побуждений, интересов и затруднением интеллектуально-мнестических функций. Однако многие пациенты с эпилепсией страдают от атипичных аффективных расстройств, для которых в недостаточной степени установлены диагностические критерии. В качестве примера можно привести межприступные дисфорические расстройства и необычные психотические состояния, наступившие в результате уменьшения или устранения припадков (то есть принудительной нормализации состояния) или как следствие побочных эффектов противоэпилептических препаратов.

Распространенность аффективных и тревожных расстройств при эпилепсии

Распространенность большого депрессивного эпизода в общей популяции составляет около 3,7-6,7%. А у пациентов, страдающих эпилепсией, она колеблется в пределах от 11 до 62%. В среднем 30% таких больных предположительно попадали в поле зрение врачей. Степень распространенности большого депрессивного эпизода снижается на 3-9% у пациентов с хорошо контролируемыми приступами. Тревожные расстройства также часто встречаются у таких больных и составляют 10-25%. Смешанные тревожные и депрессивные расстройства составляют 8,5% (J.J. Barry et al., 2007).

Распространенность диагностируемого ранее биполярного расстройства у пациентов с эпилепсией была изучена Эттингером (2005). Он обнаружил, что биполярная симптоматика присутствует у 12,2% пациентов, однако почти у половины из них было диагностировано биполярное аффективное расстройство.

Патогенез депрессии при эпилепсии

Патогенетически депрессию у больных эпилепсией, по-видимому, можно рассматривать с тех же позиций, что и депрессию при других органических поражениях головного мозга.

Основной причиной развития депрессии у больных эпилепсией являются патологические изменения в мозге, во главе угла которых стоят нарушения различных медиаторных систем, в том числе нарушение обмена биогенных аминов, что создает

биохимические условия для формирования и поддержания депрессивных симптомов.

Безусловно, в развитии депрессии и ее поддержании у больных эпилепсией определенную роль играет получаемая ими в течение длительного времени лекарственная терапия. Также нельзя не учитывать реакцию на длительное заболевание, связанную с ним стигматизацию и социальные ограничения на поддержание депрессивной симптоматики.

Однако такие данные, как высокий процент депрессивных расстройств как предиктора развития эпилепсии; эффективность вагостимуляции при фармакорезистентной эпилепсии и тяжелой депрессии; наличие единичных работ о роли гиппокампальной области в развитии депрессии; эффективность мелатонинергической терапии при эпилепсии и депрессии; эффективность противоэпилептических препаратов в терапии биполярных расстройств свидетельствуют о том, что депрессию у больных эпилепсией нельзя считать психогенной или невротической.

«Двусторонние взаимоотношения» между эпилепсией и депрессией

Авторы многих недавних исследований пытались ответить на вопрос, является ли взаимосвязь между эпилепсией и депрессией двунаправленной. Эта дилемма возникла давно. 26 веков назад Гиппократ писал: «Меланхолики обычно становятся эпилептиками, а эпилептики – меланхоликами». В настоящее время многие исследователи придерживаются точки зрения о двунаправленной патогенетической связи.

• Взрослые пациенты с развитием эпилепсии в позднем возрасте (старше 54 лет) в 3,7 раза чаще страдали от депрессии в отличие от контрольной группы.

• Пациенты с ранним началом эпилепсии в 7 раз чаще страдают в дальнейшем от депрессии в отличие от контрольной группы, и риск ее развития может быть намного выше (в 7 раз) у пациентов с фокальной эпилепсией.

• У детей с ранним началом эпилепсии в 4 раза чаще наблюдается депрессивный эпизод, предшествующий первому приступу.

• У взрослых пациентов и детей старше 10 лет, переживших первый приступ или имеющих в анамнезе ранее диагностированную эпилепсию, в 5 раз чаще встречалась попытка суицида.

Депрессивные симптомы, связанные с приступами

Распространенность предприступных аффективных симптомов в литературе недостаточно освещена. И все-таки многие пациенты с очаговыми приступами сообщают, что за несколько часов или даже дней до приступа у них наблюдаются депрессивные состояния, раздражительность или тревожность.

Простые или сложные парциальные приступы, поражающие лимбическую систему, были связаны с наличием множественных аффективных (страх, гнев, депрессия, сексуальное возбуждение) симптомов, многие из которых были зарегистрированы при проведении стереоэлектроэнцефалограммы у пациентов во время приступа или после электростимуляции электродами. Иктальные (во время приступа) страх или паника непродолжительны, однако их длительность составляет не менее 30 секунд. Они более характерны при темпоральной, хотя могут наблюдаться и при экстратемпоральной эпилепсии (Gloor et al., 1982). Подобные случаи могут представлять сложность в плане диагностики и иногда ошибочно принимаются за первичную паническую атаку, которая также характерна для пациентов с эпилепсией. Иктальная депрессия может проявляться как умеренным чувством тоски, так и ощущением глубокой безнадежности и отчаянием. Депрессивные состояния, вызванные высокоамплитудными импульсами, хорошо были продемонстрированы Bejjani (1999), который вызвал острую транзиторную депрессию путем стимуляции левой черной субстанции в течение 5 секунд, используя глубокую мозговую стимуляцию у 65-летней женщины, страдающей болезнью Паркинсона в течение 30 лет. Такое состояние быстро проходит после окончания стимуляции, однако во время этого эпизода пациентка начала плакать, а также испытывала чувство вины, безнадежности и говорила: «Я не желаю больше жить, желаю ничего не видеть и не слышать... мне надоело жить... у меня отвращение к жизни... я больше жить не хочу».

Многие послесудорожные аффективные симптомы могут следовать за единичными приступами или после целой серии приступов. A.M. Kanner et al., (2000) последовательно исследовали 100 пациентов с резистентной к лечению эпилепсией в послеприпадочном периоде и отметили, что симптомы депрессии наблюдаются у 43% больных, раздражительности – у 45%, гипомании – у 22%, активные и пассивные суицидальные мысли – у 8 и 13% соответственно. Существует тесная связь между наличием в прошлом депрессии и таких симптомов, как ощущение безнадежности, суицидальные мысли, самоуничижение и самообвинение; продолжительность этой симптоматики составляет в среднем около 24 ч после приступа.

Аффективные расстройства при эпилепсии

Диагностические и терапевтические аспекты коморбидной с эпилепсией депрессии достаточно хорошо изучены.

Согласно МКБ-10 основные симптомы депрессивного эпизода включают:

– сниженное настроение, наблюдающееся изо дня в день и не зависящее от внешних факторов;

– снижение работоспособности и внимания;

– пониженную способность к получению удовольствия и сниженный интерес;

– повышенную усталость после минимального труда;

– расстройства сна (гиперсомния или бессонница);

– сниженный аппетит и потеря массы тела (по классификации DSM-IV снижение массы тела на 5% за месяц без каких-либо диет);

– пониженные самоуважение и самоуверенность даже при умеренной степени тяжести депрессивного эпизода; часто присутствуют некоторые идеи самообвинения и чувство собственной никчемности;

– «соматические» симптомы, включающие раннее утреннее пробуждение, суточные колебания настроения (ухудшение настроения с утра), психомоторное торможение или возбуждение, снижение либидо;

– периодические мысли о смерти и суицидальные мысли, частота возникновения которых возрастает с усугублением депрессии;

– при тяжелой степени депрессии возможны иллюзии, галлюцинации и ступор.

DSM-IV устанавливает, что пять или более симптомов должны присутствовать почти ежедневно в течение двух недель (WHO, 1992).

Наконец, может наблюдаться либо сниженное настроение, либо потеря интереса и ангедония. Депрессивные эпизоды, соответствующие этим критериям, часто встречаются у пациентов с эпилепсией, и тем не менее их не относят к атипичным аффективным расстройствам.

Атипичные аффективные расстройства при эпилепсии

Значительная часть депрессивных расстройств не отвечает диагностическим критериям. В исследовании с участием 97 пациентов, страдающих эпилепсией и тяжелой степенью депрессии, требующей медикаментозной коррекции, Каннер отметил, что среди лиц со значительной депрессией у 29% наблюдались симптомы, соответствующие диагностическим критериям DSM-IV.

Наиболее часто встречающееся атипичное аффективное расстройство при эпилепсии – это хронический интермиттирующий межприпадочный дисфорический синдром. Симптомокомплекс, подобный этому синдрому, впервые был описан в 1923 г. Крепелином, который назвал его Verstimmungszustand с целью обратить внимание на периодичность изменения у пациентов дисфорического настроения, для которого характерны раздражительность и вспышки агрессии. Эти дисфорические состояния часто сопровождались чувством отвращения к жизни и суицидальными тенденциями.

Основные симптомы таких состояний следующие:

– раздражительность;

– бессонница;

– сниженное настроение;

– тревожность;

– изредка эйфория.

Продолжительность этой симптоматики может варьировать от нескольких часов до двух суток с перерывами, а также от нескольких дней до нескольких месяцев. Такая закономерность была открыта Блюмером (2000), который внес в классификацию шесть основных симптомов: подавленное настроение, отсутствие работоспособности, боль, бессонницу, лабильность аффективной симптоматики (страх и тревога) и специфические симптомы в виде пароксизмальной раздражительности и эйфории. Современная форма этого расстройства носит название «дистимическиподобное эпилептическое расстройство». Указанное расстройство и расстройство, приведенное в классификации DSM-IV, имеют разную длительность и степень тяжести. Между периодами, при которых отмечают сниженное настроение, ангедонию, сниженное внимание, чувство вины, периодические мысли о смерти, чувство собственной никчемности, потерю/прибавку массы тела, бессонницу/гиперсомнию, а также психомоторную заторможенность или ажитацию, наблюдаются светлые промежутки длительностью от одного до нескольких дней, что соответствует критериям классификации DSM-IV. В исследовании Каннера (2004) у 71% пациентов с эпилепсией проявлялась депрессивная симптоматика. Ангедония протекала в замаскированном виде приблизительно у половины пациентов и была связана с наличием в анамнезе тяжелой депрессии. У остальных пациентов раздражительность и незначительная фрустрация были основными симптомами.

Mula (2008) исследовала, является ли межприступное дисфорическое расстройство специфичным для эпилепсии. Было установлено, что такое расстройство неспецифично для эпилепсии и может рассматриваться как отдельное нервное заболевание, например мигрень. Несмотря на это, клинический опыт показывает, что указанное расстройство тесно связано с эпилепсией.

Представляют интерес данные некоторых исследователей о том, что депрессивные расстройства в форме пролонгированного тоскливо-тревожного настроения могут купироваться после эпилептического статуса.

Некоторые исследователи по аналогии с альтернативными эпилептическими психозами выделяют альтернативные аффективные расстройства, в том числе и при малых припадках, которые описаны как у больных с генерализованной, так и с парциальной эпилепсией.

Суицидальные попытки при эпилепсии

Около 1,5% от общей смертности в мире составляют суициды, и показатель совершенных суицидальных попыток у пациентов с эпилепсией очень высок. Исследование, проведенное Гарисом и Бараклаумом (2006), показывает, что из 2196 случаев смерти больных эпилепсией 181 связан с совершением суицида (8%). Другие авторы утверждают, что этот процент на самом деле ниже. Недавнее исследование, проведенное в Дании, Великобритании и Швеции, продемонстрировало, что этот показатель составляет от 3 до 5,5%. Также было отмечено, что суицидальные мысли в 2 раза чаще посещают пациентов с эпилепсией, нежели здоровых людей. В ходе двух исследований (одно было проведено в Нидерландах, другое – в Шотландии) было продемонстрировано, что показатель совершения суицида у пациентов с эпилепсией составлял 2,1 по сравнению с 1,7 в популяции, что не является достоверной разницей. Всемирная организация здравоохранения считает, что показатель распространенности суицидов при эпилепсии колеблется в зависимости от страны, и он выше всего в Дании, так как в этой стране общий процент суицидов довольно высок (I. Nilsson et al., 2002).

Факторы риска, приводящие к суициду при эпилепсии

1. Самый высокий риск суицида отмечается в течение 6 мес после озвучивания диагноза эпилепсии пациенту, особенно у лиц с психическими расстройствами.

2. Прием антипсихотических препаратов увеличивает риск в 10 раз.

3. Раннее начало эпилепсии (возраст от 18 до 29 лет) и наличие хотя бы одного припадка в течение прошедшего года.

4. Пациенты, страдающие темпоральной эпилепсией (риск в 25 раз выше), и пациенты, получившие хирургическое лечение.

Диагностика депрессии при эпилепсии

Обычно диагностика депрессии основывается на критериях МКБ-10 и DSM-V. Поставить диагноз депрессии таким больным сложно, так как они не всегда предъявляют жалобы на сниженное настроение (или же жалуются редко, когда их спрашивают об этом) и жалобы в отношении сна, аппетита и либидо, когнитивной функции и памяти, и перечисленные симптомы могут интерпретироваться как побочные эффекты противоэпилептических препаратов. Сильное чувство вины и нарушения циркадных ритмов при эпилепсии встречаются редко.

Gilliam и соавт. (2006) попытались решить проблему диагностики путем исключения неврологической природы депрессии при эпилепсии. Такой способ диагностики сводит к минимуму риск спутать симптомы, возникшие как побочные эффекты от противоэпилептических препаратов, или когнитивные нарушения, развившиеся в результате эпилепсии. Некоторые статьи описывают глубокие симптомы депрессии, такие как ангедония, чувство вины, никчемности и желание умереть. Эти симптомы были подтверждены у пациентов с эпилепсией и считаются специфичными для них.

Beck Depression Inventory (BDI-2) – скрининговый метод, для проведения которого требуется всего 5 мин. Балл свыше 20 свидетельствует о наличии тяжелой степени тяжести депрессии (A.T. Beck, 1996). Суицидальные поступки можно предупредить с помощью опросника Mini International Neuropsychiatrical Interview (MINI) (D.V. Sheehan, 1998).

Продолжение в следующем номере.