

Современные аспекты эпилептологии: опыт российских коллег

Продолжение. Начало на стр. 68.

ленные автором об очаговом происхождении абсансов. Описаны структура и механизмы противозащитной функции мозга. Подробно раскрывается генез фармакорезистентности эпилепсии, рассмотрены современные медикаментозные и альтернативные подходы к лечению эпилепсий и эпилептических синдромов, а также социальные аспекты заболевания.

Доцент кафедры неврологии Московского государственного медико-стоматологического университета, кандидат медицинских наук Ирина Александровна Жидкова



представила доклад под названием «Эпилепсия, беременность и потомство», в котором рассмотрела два важных аспекта ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, таких как риск для матери и ребенка в связи с неконтролируемыми припадками и потенциально неблагоприятное влияние ПЭП на развитие плода. В начале выступления докладчик отметила, что в 13% случаев эпилепсия дебютирует во время беременности, в 5% — у женщин с эпилепсией припадки начинаются во время родов, а в послеродовом периоде отмечается их учащение, при этом 90% беременностей на фоне эпилепсии имеют благоприятный исход (по данным EURAP Study Group, 2006).

— Вопрос тератогенности отдельных ПЭП остается открытым, хотя в целом влияние данной группы лекарственных средств на развитие плода считается доказанным. В исследованиях, посвященных данной проблеме, показано, что частота врожденных аномалий развития у детей, рожденных женщинами, которые принимали ПЭП во время беременности, составляет 4-6% и более по сравнению с 2-3% в общей популяции (M. Yerby, 2003; D. Spencer, 2005).

На основании накопленных к настоящему времени доказательств можно сформулировать основные рекомендации:

— планирование и ведение беременности на фоне эпилепсии должно осуществляться в тесном сотрудничестве эпилептолога и акушера-гинеколога;

— при наличии стойкой медикаментозной ремиссии (более 3 лет) возможно планирование и ведение беременности на фоне отмены ПЭП;

— с целью профилактики пороков развития нервной трубки, которые могут быть обусловлены приемом ПЭП, показан прием препаратов фолиевой кислоты до зачатия и в I триместре беременности;

— родоразрешение через естественные родовые пути возможно при отсутствии припадков во время беременности или при наличии редких бессудорожных припадков.

В докладе «Развивающийся мозг и эпилепсия» Наталья Владимировна Фрейдкова рассмотрела особенности эпилептогенеза и клинических форм эпилепсии в разные периоды детского возраста.

— Почти 2/3 случаев эпилепсии дебютируют в возрасте от 0 до 18 лет. Причина этого кроется в структурных и функциональных особенностях нервной системы детей. В мозге ребенка продолжают процессы миелинизации и синаптогенеза в новой и старой коре, а также в субкортикальных структурах. Электрические процессы более диффузны, чем у взрослых, возбудимость

нейронов повышена. Этим объясняются и высокая пластичность детского мозга (в том числе невероятная способность детей к обучению), и особенности формирования и течения эпилепсии у детей. Кардинальным клиническим фактом является наличие у детей возрастзависимых форм эпилепсии, которые не наблюдаются у взрослых (например, классические синдромы Отахара, Веста и Леннокса-Гасто). С другой стороны, у детей могут формироваться и стабильные формы эпилепсии, которые не эволюционируют с возрастом, например ранняя миоклоническая энцефалопатия.



Разная функциональная организация головного мозга на разных этапах онтогенеза определяет разнообразие формирующихся эпилептических систем и, соответственно, форм эпилепсии и эпилептических синдромов.

Эпилептиформная активность оказывается особенно губительной для развивающегося мозга ребенка, и может вызывать тяжелые речевые, когнитивные, поведенческие и другие расстройства. Тщательное исследование этого явления позволило выделить принципиально новый раздел эпилептологии — учение об эпилептической энцефалопатии в новом понимании данного термина. При этом современная адекватная противозащитная терапия может приводить к полному или значительному регрессу имеющихся нарушений. Проблема эпилепсии детского возраста посвящена одна из глав монографии профессора Карлова. В ней разбираются причины и механизмы повышенной эпилептогенности у детей, факторы, которые повышают чувствительность к ней созревающего мозга. Также рассмотрены все формы эпилептических синдромов, эпилепсий и эпилептических энцефалопатий начиная с неонатального периода и включая подростковый возраст, особенности их диагностики и лечения.

Профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета, доктор медицинских наук



П.Н. Власов подробно осветил гендерные аспекты эпилепсии, отметив, что у мужчин и женщин различается эпидемиология, структура эпилепсий и эпилептических состояний, а также ответ на лечение, что обусловлено структурно-функциональными особенностями ЦНС, гормональными различиями и особенностями периодов жизни, в частности менопаузы и климактерия у женщин. Кроме того, различается восприятие болезни, что связано с более высокой склонностью женщин к тревожности и развитию депрессии.

В рамках небольшого обзора невозможно отразить тот массив информации, который был представлен на симпозиуме. Надеемся, что изложение основных моментов докладов ведущих российских эпилептологов окажется полезным для украинских коллег.

Подготовил Дмитрий Молчанов

UA.VPA.11.02.02



Этимологические термины в психиатрии

Синдром Мюнхгаузена

Синдром Мюнхгаузена (англ. Munchausen syndrome) назван по имени реального исторического лица — немецкого барона, кавалерийского офицера Карла Фридриха Иеронима Мюнхгаузена, жившего в XVIII веке в Германии. Несколько лет он прослужил в русской армии, участвуя в турецких войнах. Уйдя в отставку, барон получил известность как сочинитель невероятных, фантастических рассказов о своих военных приключениях, которые впоследствии послужили основой для книги «Приключения барона Мюнхгаузена», написанной младшим современником барона Рудольфом Эрихом Распе (1737-1794).

В медицину термин «синдром Мюнхгаузена» ввел Ричард Ашер (Richard Asher), который в 1951 г. впервые описал поведение пациентов, склонных воображать или намеренно вызывать у себя болезненные симптомы, чтобы подвергнуться медицинскому обследованию, лечению, госпитализации, хирургическому вмешательству. Первоначально предложенное Ашером название использовалось для обозначения всех симулятивных расстройств. Сегодня под синдромом Мюнхгаузена понимают крайнюю форму симулятивного расстройства, при которой симуляция болезни занимает центральное место в жизни человека.

Нозологическая принадлежность синдрома недостаточно выяснена, но это расстройство включено в DSM-IV и в МКБ-10. В DSM-IV синдром Мюнхгаузена определен как хроническое имитируемое расстройство, которое характеризуется триадой следующих признаков: выраженные соматические проявления, патологическая лживость (pseudologia fantastica) и перемещение из стационара в стационар — «кочевание». В Международной классификации болезней 10-го пересмотра синдром Мюнхгаузена кодируется в рубрике F68.1.

Синдром Мюнхгаузена наблюдается как у мужчин, так и у женщин, у лиц любой возрастной категории, но наиболее типична манифестация заболевания в возрасте до 30 лет (Sutherland, Rodin, 1990).

Пациенты с синдромом Мюнхгаузена, как правило, отрицают искусственную природу своих симптомов, даже если им предъявляют доказательства симуляции. Не получая ожидаемого внимания к своим симптомам, они часто становятся вздорными и агрессивными. В случае отказа в лечении одним специалистом больной обращается к другому. Характерные черты личности больных — склонность к путешествиям, частой смене места жительства и работы, употреблению наркотических и лекарственных средств.

Чтобы иметь возможность обманывать в разных лечебных учреждениях, пациенты используют вымышленные имена, фальсифицируют дату рождения, место жительства и другие личные данные (Huffman, Stern, 2003), что значительно затрудняет определение истинной распространенности синдрома. Даже если эти уловки раскрываются, пациенты по-прежнему препятствуют попыткам персонала получить детальную информацию об их предыдущих госпитализациях. Их склонность к даче неправдивых сведений не всегда достигает степени pseudologia fantastica, но они лгут настолько правдоподобно, что это воспринимается как правда.

В начале XXI века в литературе появилось множество сообщений (в основном сделанных педиатрами), которые послужили основанием к выделению новой формы симулятивного расстройства — делегированного синдрома Мюнхгаузена (англ. Munchausen Syndrome by Proxy, MSBP), когда родители или опекуны

намеренно вызывают у ребенка или уязвимого взрослого человека (например, инвалида) болезненные состояния или выдумывают их, чтобы обратиться за медицинской помощью. Такие действия совершают почти исключительно женщины, в подавляющем большинстве случаев — родные матери или супруги. При этом лица, симулирующие болезни ребенка, сами могут проявлять поведение, типичное для синдрома Мюнхгаузена. За рубежом выделяют два варианта MSBP (Reier, 2009): с наличием у матери специфического расстройства видения состояния здоровья ребенка (как правило, это женщины, которые сами получили в детстве психотравму); с получением родителями социальных выгод от нахождения ребенка на лечении. В любом случае дети таких родителей подвергаются высокому риску психических и физических травм.

Существует множество описаний клинических случаев синдрома Мюнхгаузена, однако доказательное обоснование эффективных способов лечения все еще отсутствует. Пациенты обычно попадают к психиатрам после длительных многолетних «скитаний» по разным специалистам и клиникам, после того как кто-то из врачей выявляет симуляцию, или, что чаще описано в литературе, когда пациента уличают в самоповреждениях медперсонал лечебного учреждения. Синдром Мюнхгаузена по-прежнему трудно поддается лечению и, как правило, вызывает реакцию контрпереноса у членов терапевтической бригады. В то же время описаны случаи самодеактуализации расстройства у пациентов, которые в стремлении к получению лечения перенесли оперативные вмешательства с тяжелыми, жизнеугрожающими осложнениями.

В литературе описаны два альтернативных метода ведения пациентов с синдромом Мюнхгаузена, и оба они базируются на психологическом, а не на фармакологическом подходе (J. Bourke, V. Turner, 2008).

Стратегия конфронтации заключается в предоставлении пациенту таких данных, которые сводят на нет возможность их фальсификации. Это могут быть анализы крови или результаты других исследований. Конфронтационный по определению, этот подход, тем не менее, должен быть поддерживающим и непреследующим. Реализуя этот подход, специалист делает акцент на убеждении пациента в том, что он болен, нуждается в лечении и получит от него пользу.

В отличие от этого неконфронтационный подход в меньшей степени связан с этиологией и направлен скорее на последствия расстройства и его дальнейший контроль. Его цель — обеспечить пациенту возможность для выздоровления без принуждения его к тому, чтобы оценить значительную клиническую картину как имитируемую.

Подготовил Дмитрий Молчанов

