

УДК 616.853:616.89-008.444-036

*С.Г. Носов***КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦИФІЧНИХ ЗМІН ОСОБИСТОСТІ, ДЕМЕНЦІЇ ТА НЕАЛЬТЕРНАТИВНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИХ ПСИХОЗІВ ПРИ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ВЗАЄМОВПЛИВУ**

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: неальтернативні епілептичні психози, специфічні для епілепсії зміни особистості, епілептична деменція, особливості клініко-патогенетичного взаємовпливу

Необхідність розробки обраної теми дослідження полягає в недостатній вивченості закономірностей виникнення різних клінічних варіантів епілептичних психозів з різними типами перебігу і шляхами формування психотичних станів у патогенетичному зв'язку з різними клінічними типами специфічних для епілепсії змін особистості або деменції [1-5]. Існуючі в літературі дані [6-17] стосовно цих питань є досить несистематизованими, нерідко протилежними і не становлять собою системних знань з цього приводу, які змогли б допомогти у діагностиці, прогнозі та призначенні ефективних лікувальних заходів хворим на епілептичні психози з неальтернативним типом формування.

Метою наукової роботи є визначення клініко-патогенетичного взаємозв'язку різних варіантів неальтернативних епілептичних психозів транзитного, нападopodobного та хронічного перебігу, певного відношення до епілептичних на-

падів з різними клінічними типами специфічних для епілепсії змін особистості та деменції.

Задачі дослідження:

1. Визначити клінічні прояви та клінічні варіанти специфічних для епілепсії змін особистості, деменції, у клініко-патогенетичному зв'язку з якими відбувається формування неальтернативних епілептичних психозів з різними клінічними проявами, типами перебігу та взаємостосунками з епілептичними нападами.

2. Визначити особливості клінічного взаємозв'язку формування різних клінічних варіантів неальтернативних епілептичних психозів транзитного, нападopodobного та хронічного перебігу з різними клінічними типами специфічних для епілепсії змін особистості та деменції.

3. Виявити загальні закономірності розвитку неальтернативних епілептичних психозів у зв'язку з клінічними проявами специфічних змін особистості та деменції.

Матеріали і методи дослідження

Нами було обстежено 170 хворих (134 чоловіка та 36 жінок) віком від 19 до 50 років, що страждають на епілептичні психози (F06 за МКХ-10) з неальтернативним типом формування, психотичними розладами з потьмаренням та непотьмаренням свідомості, провідними сутінковими, афективно-маячними, маячними та галюцинаторно-маячними розладами. Криптогенна форма епілептичного захворювання спостерігалась у 116 хворих, симптоматична форма епілепсії – у 54 обстежених. У хворих епілепсія характеризувалась середньопрогресивним (9 чол.), несприятливим (150 чол.) або злякисним перебігом (11 чол.). У хворих до розвитку і протягом психотичного стану з різною частотою спостерігались різноманітні парціальні напади

з вторинною генералізацією в судомні та безсудомні форми, первинно генералізовані судомні пароксизми. Органічне ураження головного мозку, яке привело до розвитку епілептичного захворювання, було виявлено у всіх хворих і виникло внаслідок перенесених черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, або неуточнених причин в перинатальному або постнатальному періоді (переважно в дитячому та підлітковому віці). Загальна діагностика епілептичних психозів відбувалась на підставі клініко-нейрофізіологічних критеріїв [1,2,3,6].

В роботі використовувались клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний (з терміном спостереження хворих від 1 до 3 років), шкали для оцінки розладів особистості при органічній патології головного мозку –

Personality Inventory [18]. Обстеження хворих за допомогою психометричної шкали відбувалось на початку дослідження. З дослідження виключались хворі на неепілептичні психози, хворі з наявністю перебігаючого церебрального органічного процесу (наприклад, пухлина головного мозку), з наявністю гострого або хронічного соматичного захворювання у стані декомпенсації, яке могло б проявитися симптоматичними (соматогенними) психічними розладами, а також хворі на епілепсію з алкогольною та наркотичною залежністю.

Серед обстежених нами були виділені 3 групи хворих на неальтернативні епілептичні психози. Перша група досліджених хворих включала 18 хворих, у яких розвиток епілептичних психозів поєднувався зі зниженням частоти епілептичних нападів, в ряді випадків - аж до повного їх припинення, але без електрофізіологічного феномену «насильницької нормалізації ЕЕГ». В залежності від ступеню зниження частоти нападів

хворі 1 групи були розподілені на 2 підгрупи: до 1 підгрупи (10 чол.) ввійшли хворі, у яких відзначалось виражене (більш, ніж на 50% відносно первинної частоти) зниження частоти епілептичних нападів до виникнення і (або) протягом розвитку психотичного стану, а до 2 підгрупи (8 чол.) були віднесені хворі на епілепсію, у яких спостерігалось помірне зниження частоти нападів до виникнення і (або) протягом розвитку епілептичного психозу менш, ніж на 50% відносно первинної частоти. До 2 групи (127 чол.) ввійшли хворі, у яких спостерігалось підвищення частоти епілептичних нападів до виникнення і (або) протягом, після епілептичного психозу з різним типом перебігу. Третя група вбирала 25 хворих на епілепсію, у яких не відмічалось виразної зміни частоти епілептичних нападів до виникнення і (або) протягом епілептичного психозу. Результати дослідження були отримані на підставі статистичної обробки первинних даних за допомогою комп'ютерних програм.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження насамперед, передбачало визначення клінічних проявів та типів специфічних змін особистості, які у хворих на епілепсію патогенетично співвідносились з розвитком неальтернативних психозів. Нами встановлено, що у 38 хворих спостерігався експлозивний тип специфічних змін особистості, у 11 хворих – експлозивний тип епілептичної деменції; змішаний

тип специфічних змін особистості був виявлений у 109 хворих. Маячний (шизоепілептичний) тип специфічних змін особистості спостерігався у 12 хворих на епілепсію з неальтернативними психозами.

Загальна клінічна характеристика відмічених типів специфічних змін особистості та деменції наведена в таблицях 1, 2, 3.

Таблиця 1

Клінічна характеристика змішаного варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали неальтернативні психози у хворих на епілепсію (показники по загальній групі хворих на неальтернативні психози за шкалою Personality Inventory) (n=109)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків в %					
Балакучий	31	12		45	12	Мовчазний
Подразливий	35	25		28	12	Спокійний
Емоційний	47	26		21	6	Неемоційний
Товариський	3	29		49	19	Нетовариський
Нещасний	27	51		15	7	Щасливий
Енергійний	9	19		58	14	Повільний
Приземлений	23	49		28		Мрійник
Необережний		23		53	24	Обережний
Охайний	33	65		2		Неохайний
Безініціативний	23	35		32	10	Ентузіаст
Зрілий	24	28		48		Дитинський
Чутливий	16	39		26	19	Нечутливий
Жорстокий	77	21		2		Легідний
Щедрий	6	9		78	7	Скупий
Безтурботний	8	53		31	8	Розважливий
Постійний у поглядах	27	49		17	7	Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	35	57		8		Незлопам'ятний
Релігійний		84	12	4		Атеїстичний
Відвертий	4	27		52	17	Догідливий

Таблиця 2

Клінічна характеристика експлозивного варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали неальтернативні психози у хворих на епілепсію (показники по загальній групі хворих на неальтернативні психози за шкалою Personality Inventory) (n=49, з них експлозивна деменція легкого та помірного ступеню вираженості – у 11 хворих)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків в %					
Балакучий	32	47		21		Мовчазний
Подразливий	56	44				Спокійний
Емоційний	67	33				Неемоційний
Товариський		18		54	28	Нетовариський
Нещасний	29	67		4		Щасливий
Енергійний	41	34		25		Повільний
Приземлений		68		22	10	Мрійник
Необережний	12	29		47		Обережний
Охайний	34	43		23		Неохайний
Безініціативний		11		78	11	Ентузіаст
Зрілий	15	34		21		Дитинський
Чутливий	37	59		4		Нечутливий
Жорстокий	34	61		5		Лагідний
Щедрий		2		86	12	Скупий
Безтурботний		45		39	16	Розважливий
Постійний у поглядах	11	57		15	17	Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	49	45		6		Незлопам'ятний
Релігійний		46	32	19		Атеїстичний
Відвертий		47		53		Догідливий

Таблиця 3

Клінічна характеристика шизоепілептичного (маячного) варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали неальтернативні психози у хворих на епілепсію (показники по загальній групі хворих на неальтернативні психози за шкалою Personality Inventory) (n=12)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків в %					
Балакучий		23		77		Мовчазний
Подразливий	9	44		26	21	Спокійний
Емоційний		35		57	8	Неемоційний
Товариський		2		68	30	Нетовариський
Нещасний	3	27	24	15	31	Щасливий
Енергійний		8		58	44	Повільний
Приземлений		29		65	6	Мрійник
Необережний	5	24		45	26	Обережний
Охайний	47	34		19		Неохайний
Безініціативний	9	79		12		Ентузіаст
Зрілий		28		72		Дитинський
Чутливий		11		89		Нечутливий
Жорстокий	23	53		24		Лагідний
Щедрий	7	5		55	33	Скупий
Безтурботний	17	81		2		Розважливий
Постійний у поглядах	29	41		30		Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	21	77		2		Незлопам'ятний
Релігійний	23	65	10	2		Атеїстичний
Відвертий		12		88		Догідливий

Наступним етапом дослідження стало виявлення відповідності розвитку певних клінічних варіантів неальтернативних психозів з різним типом перебігу і клінічних типів специфічних змін особистості або деменції. Транзиторні психози виникли у 100 хворих на епілепсію, психо-

тичні стани з нападopodobним перебігом – у 45 хворих, а хронічні психози – у 25 осіб. Психози виникали як преіктальні (5 чол.), постіктальні (96 чол.) та інтеріктальні (69 чол.) стани. Для хворих на транзиторні неальтернативні психози результати дослідження подані в таблиці 4.

Таблиця 4

Клінічна структура специфічних змін особистості та неальтернативних епілептичних психозів з транзиторним типом перебігу (n=100)

Клінічний варіант психозу, кількість хворих	Типи формування не альтернативних психозів							
	Психози з вираженим зниженням частоти нападів (група 1, підгрупа 1)		Психози з помірним зниженням частоти нападів (група 1, підгрупа 2)		Психози з підвищенням частоти нападів (група 2) (n=97)		Психози без зміни частоти нападів (група 3) (n=3)	
	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції
Сутінковий (81 чол.)	-	-	-	-	80 (постіктальний – 80)	Експлозивний – 24 Змішаний – 56	1 (постіктальний – 1)	Експлозивний – 1
Афективний (дисфоричний) (5 чол.)	-	-	-	-	5 (преіктальний – 5)	Експлозивний – 5	-	-
Афективно-маячний (7 чол.)	-	-	-	-	6 (постіктальний – 6)	Експлозивний – 3 Змішаний – 3	1 (інтеріктальний – 1)	Змішаний – 1
Галюцинаторно-маячний (7 чол.)	-	-	-	-	6 (постіктальний – 6)	Змішаний – 5 Деменція легкого ступеню – 1	1 (інтеріктальний – 1)	Змішаний – 1

Аналізуючи отримані результати, слід відмітити, що в нашому дослідженні транзиторні психози не спостерігались у хворих зі значним та помірним зниженням частоти епілептичних нападів, тоді як при розвитку епілептичних психозів, які поєднувались з підвищенням частоти нападів (група 2), транзиторні психози за частотою спостерігання займали перше місце, і серед них в значній мірі переважали психотичні стани з сутінковим потьмаренням свідомості, які, поряд з афективно-маячними та галюцинаторно-маячними психозами, були постіктальними, тобто виникали після декількох генералізованих судомних епілептичних нападів або їх серії. Ці психотичні стани розвивались у патогенетичному зв'язку з пароксизмальним механізмом епілептогенезу, а також з вираженими специфічними змінами особистості переважно змішаного типу (66 чол.), експлозивного клінічного варіанту (33 чол.), а також деменції легкого ступе-

ню (1 чол.). Відмічалась закономірність виникнення цих станів у поєднанні зі специфічними змінами особистості: експлозивний тип змін особистості патогенетично поєднувався з транзиторними психозами короткочасного перебігу, що виникали при потьмареній і непотьмареній свідомості, а наявність змішаного типу специфічних змін особистості або деменції поєднувалась з тривалішим перебігом транзиторних психозів.

Крім того, у групі 2 спостерігались також преіктальні афективні дисфоричні психози (5 чол.), які нерідко закінчувались з розвитком епілептичного нападу або їх серії, серед яких також переважали генералізовані судомні пароксизми, але у декількох випадках відмічались генералізовані безсудомні напади, а також парціальні зі вторинною генералізацією (це відображено в інших наших працях). Дисфоричні психози були досить міцно пов'язані з пароксизмальним епілептогенезом і виникали у хворих з

експлозивним типом виражених специфічних змін особистості.

Транзиторні психози у зв'язку з беззмінними (малозмінними) за частотою нападами (група 3) виникали нечасто, серед них тільки сутінковий психоз був постіктальним, тоді як інші психотичні стани були інтеріктальними. Постіктальний сутінковий психоз поєднувався з експлозивним типом виражених специфічних змін особистості, а інтеріктальні стани розвивались у зв'язку зі змішаним варіантом специфічних особистісних змін. Зростання тривалості психозів, що виника-

ли з непотьмаренням свідомості, поєднувалось зі зменшенням їх патогенетичного зв'язку з пароксизмальним механізмом епілептогенезу і підвищенням зв'язку з клінічними проявами наслідків пароксизмального епілептогенезу (стійкої прогресуючої епілептичної дисфункції, або набутої з хворобою дифузної епілептичної енцефалопатії) – специфічними змінами особистості і деменцією.

Відповідність розвитку певних клінічних варіантів неальтернативних психозів з нападодібним типом перебігу і клінічних типів специфічних змін особистості відображена в таблиці 5.

Таблиця 5

Клінічна структура специфічних змін особистості та неальтернативних епілептичних психозів з нападодібним типом перебігу (n=45)

Клінічний варіант психозу, кількість хворих	Типи формування не альтернативних психозів							
	Психози з вираженим зниженням частоти нападів (група 1, підгрупа 1) (n=3)		Психози з помірним зниженням частоти нападів (група 1, підгрупа 2) (n=5)		Психози з підвищенням частоти нападів (група 2) (n=21)		Психози без зміни частоти нападів (група 3) (n=16)	
	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції
Афективний (дисфоричний) (5 чол.)	1 (інтеріктальний - 1)	Змішаний - 1	1 (постіктальний - 1)	Експлозивний - 1	3 (постіктальний - 1, інтеріктальний - 2)	Експлозивний - 3	-	-
Афективно-маячний (13 чол.)	2 (інтеріктальний - 2)	Шизоепілептичний - 2	2 (інтеріктальний - 2)	Змішаний - 1 Експлозивний - 1	4 (інтеріктальний - 4)	Змішаний - 4	5 (постіктальний - 1, інтеріктальний - 4)	Змішаний - 3 Шизоепілептичний - 2
Маячний (9 чол.)	-	-	-	-	6 (інтеріктальний - 6)	Змішаний - 6	3 (інтеріктальний - 3)	Змішаний - 3
Галюцинаторно-маячний (18 чол.)	-	-	2 (інтеріктальний - 2)	Змішаний - 2	8 (інтеріктальний - 8)	Змішаний - 7 Деменція легкого ступеню - 1	8 (інтеріктальний - 8)	Шизоепілептичний - 2 Змішаний - 5 Деменція легкого ступеню - 1

Дані таблиці 5 свідчать про наявність афективних (в тому числі й дисфоричних), афективно-маячних та галюцинаторно-маячних нападодібних психотичних станів у хворих зі зниженням частоти епілептичних нападів (група

1(1) та 1(2)). Більш виражене зниження частоти нападів співвідносилось з афективними та афективно-маячними проявами психозів, інтеріктальним їх розвитком та зв'язком зі змішаними та маячними (шизоепілептичними) специфічним

змінами особистості. Менш виражене зниження частоти нападів характеризувалось появленям інтеріктальних афективно-маячних і галюцинаторно-маячних психозів у поєднанні зі змішаним та експлозивним варіантами змін особистості.

Нападоподібні психози з підвищенням частоти нападів (група 2) характеризувалися появленям переважно інтеріктальних станів у патогенетичному зв'язку зі змішаним типом специфічних змін особистості, а у 1 випадку – при розвитку галюцинаторно-маячних психозів - легкої епілептичної деменції. Постіктальний (1 чол.), і інтеріктальні (20 чол.) епілептичні психози, виникли при експлозивному (3 чол.), змішаному (17 чол.) варіанті специфічних змін особистості або деменції легкого ступеню (1 чол.). Небагаточисленні постіктальні нападоподібні психози у всіх випадках виникли внаслідок трансформації попередніх затяжних транзиторних психотичних станів (зокрема, з постіктальних затяжних сутінкових психозів при їх

трансформації у стани з непотьмаренням свідомості або з преіктальних і постіктальних дисфоричних психозів), тоді як інтеріктальні нападоподібні психотичні розлади розвивались внаслідок трансформації з транзиторних психозів, але більшість – в результаті первинного переважачого впливу хронічної епілептичної дисфункції.

Психотичні стани нападоподібного перебігу, що виникли у зв'язку з малозмінними (незмінними) за частотою епілептичними нападами (група 3), були переважно інтеріктальними, афективно-маячними, маячними і галюцинаторно-маячними за клінічними проявами, характеризувались міцним патогенетичним зв'язком з стійкою дифузною епілептичною енцефалопатією і розвивались разом зі змішаними, шизоепілептичними змінами особистості або деменцією.

Особливості розвитку клінічних варіантів неальтернативних психозів з хронічним типом перебігу і клінічних типів специфічних змін особистості відображені в таблиці 6.

Таблиця 6

Клінічна структура специфічних змін особистості та неальтернативних епілептичних психозів з хронічним типом перебігу (n=25)

Клінічний варіант психозу, кількість хворих	Типи формування не альтернативних психозів							
	Психози з вираженим зниженням частоти нападів (група 1, підгрупа 1) (n=7)		Психози з помірним зниженням частоти нападів (група 1, підгрупа 2) (n=3)		Психози з підвищенням частоти нападів (група 2) (n=9)		Психози без зміни частоти нападів (група 3) (n=6)	
	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Кількість клінічних варіантів специфічних змін особистості або деменції
Афективно-маячний (5 чол.)	3 (інтеріктальний – 3)	Змішаний – 3	1 (інтеріктальний – 1)	Змішаний – 1	-	-	1 (інтеріктальний – 1)	Змішаний – 1
Маячний (5 чол.)	-	-	-	-	3 (інтеріктальний – 3)	Змішаний – 1 Шизоепілептичний – 1 Деменція легка - 1	2 (інтеріктальний – 2)	Змішаний – 1 Шизоепілептичний - 1
Галюцинаторно-маячний (15 чол.)	4 (інтеріктальний – 4)	Шизоепілептичний – 2 Змішаний – 2	2 (інтеріктальний – 2)	Змішаний – 1 Шизоепілептичний - 1	6 (інтеріктальний – 6)	Шизоепілептичний – 1 Деменція по-мірна - 5	3 (інтеріктальний – 3)	Змішаний – 1 Деменція помірна - 2

Аналізуючи дані таблиці 6, слід звернути увагу на наявність тільки інтеріктальних психозів при хронічному їх перебігу, які формувались у патогенетичному зв'язку з шизоепілептичним (маячним), змішаним варіантами виражених специфічних змін особистості, а також при деменції помірного (7 чол.) та легкого (1 чол.) ступеню вираженості. Інтеріктальність хронічних психозів підкреслює їх досить слабкий прямий,

безпосередній патогенетичний зв'язок з пароксизмальними складовими епілептогенезу і міцні зв'язки зі зростаючою хронічною епілептичною дисфункцією.

Загальна представленість різних варіантів специфічних для епілепсії змін особистості та епілептичних психозів з різним типом перебігу та взаємозв'язку з епілептичними нападами по відповідних групах дослідження подана в таблиці 7.

Таблиця 7

Представленість різних варіантів специфічних для епілепсії змін особистості та епілептичних психозів з різним типом перебігу та взаємозв'язку з епілептичними нападами по групах дослідження

Тип перебігу психозу та кількість спостережень	Номер групи (підгрупи) дослідження	Клінічні варіанти специфічних змін особистості та деменції і їхня представленість у хворих на епілептичні психози				
		Експлозивний (n=38)	Шизоепілептичний (n= 12)	Змішаний (n=109)	Деменція легкого ступеню вираженості (n=4)	Деменція помірно виражена (n=7)
Транзиторний (n=100)	1 (1)	-	-	-	-	-
	1 (2)	-	-	-	-	-
	2	32	-	64	1	-
	3	1	-	2	-	-
	Загалом	33 (33%)	-	66 (66%)	1 (1%)	-
Нападоподібний (n=45)	1 (1)	1	-	2	-	-
	1 (2)	1	2	2	-	-
	2	3	-	17	1	-
	3	-	4	11	1	-
	Загалом	5 (11%)	6 (13%)	32 (71%)	2 (5%)	-
Хронічний (n=25)	1 (1)	-	2	5	-	-
	1 (2)	-	1	2	-	-
	2	-	2	1	1	5
	3	-	1	3	-	2
	Загалом	-	6 (24%)	11 (44%)	1 (4%)	7 (28%)

З таблиці 7 випливає зростаюча представленість змішаного варіанту специфічних змін особистості під час розвитку епілептичних психозів та появи шизоепілептичного типу змін особистості при нападоподібних психозах; при хронічних психозах частота виявлення шизоепілептичних змін особистості зростає, певна кількість психотичних станів з хронічним перебігом виникають у патогенетичному зв'язку з епілептичною деменцією помірного та легкого ступенів вираженості.

ВИСНОВКИ

1. Зміна типу перебігу неальтернативних психозів відбивається на їхній клінічній структурі: із зростанням тривалості все частіше виникають стани з непотьмаренням свідомості, які домінують серед психозів з нападоподібним та хроніч-

ним перебігом. Зміни частоти епілептичних нападів до та при розвитку психозів закономірно співвідносяться з клінічними особливостями провідних психотичних синдромів та з особливостями виникнення психозів відносно нападів. Ступінь вираженості специфічних змін особистості і активність пароксизмального механізму епілептогенезу обумовлює тип перебігу психозів, а клінічний варіант специфічних змін особистості впливає на формування певної синдромологічної структури психозів, і цей вплив є прямопропорційним тривалості перебігу психотичних станів.

2. Транзиторні епілептичні психози виникають при підвищенні або збереженні незмінною (малозмінною) частоти епілептичних нападів найчастіше як постіктальні у патогенетичному

зв'язку з експлозивним типом виражених специфічних змін особистості або деменції легкого ступеню вираженості.

3. Нападopodobні психотичні стани спостерігаються при різних варіантах патогенетичних взаємовідносин психозів та епілептичних нападів, вони найчастіше інтеріктальні, і виникають у зв'язку зі змішаним, шизоепілептичним типами специфічних змін особистості та деменцією легкого ступеню.

4. Хронічні епілептичні психози спостерігаються виключно як інтеріктальні і поєднуються

у розвитку зі змішаним, шизоепілептичним варіантами виражених специфічних змін особистості і помірно вираженою епілептичною деменцією.

5. Постіктальні неальтернативні психози виникають при розвитку експлозивного варіанту специфічних змін особистості або легкого ступеню вираженості деменції, інтеріктальні стани виникають при змішаних, шизоепілептичних змінах особистості та при помірно вираженій епілептичній деменції. Преіктальні психози (дисфоричні стани) виникають у поєднанні з експлозивним типом змін особистості.

С.Г. Носов

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ, ДЕМЕНЦИИ И НЕАЛЬТЕРНАТИВНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ С РАЗВИТИЕМ В УСЛОВИЯХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВЗАИМОВЛИЯНИЯ

Днепропетровская государственная медицинская академия

В статье представлены результаты научного исследования, отражающие особенности развития различных клинических вариантов неальтернативных эпилептических психозов в патогенетической взаимосвязи с разными клиническими типами специфических изменений личности и эпилептического слабоумия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 1 (18). — С. 22-29).

S.Nosov

CLINICAL PECULIARITIES OF SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS, DEMENTIA AND NON-ALTERNATIVE EPILEPTIC PSYCHOSES IN STATE OF PATHOGENIC RELATIONS

Dnepropetrovsk State Medical Academy

This article is devoted to the research data of peculiarities of development of different clinical types of non-alternative epileptic psychoses in pathogenic relations with different clinical types of specific personality epileptic disorders and epileptic dementia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 22-29).

Література

1. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии.-М., 1999.-416с.
2. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией.-М.:Медицина, 2000.-384с.
3. Голубков О.З. Структура стойких изменений психики при эпилепсии//Вісник епілептіології.-№2 (5-6).-2003.-С.3-16.
4. Голубков О., Иванов Н., Пастухова Т. К вопросу клиники и патогенеза эпилептических психозов//II Міжнар. конф. укр. противоєп. ліги.-К.,1998.-С.20.
5. Голубков О.З., Иванов М.Д., Саржевський С.Н. та ін. Хронічні зміни особистості – специфіка епілептичної хвороби// Вісник епілептіології.-№1 (1).-2002.-С.55-56.
6. M.Trimble. A neurobiological perspective of the behaviour disorders of epilepsy (In M.A.Ron, A.S.David. Disorders of Brain and Mind.)-Cambrige University Press, 1998.-P.233-251.
7. Taneli V. Epileptic phenomena underlying psychiatric disorders: schizophrenic disorder, affective and anxiety disorder. Epileptologia.- 2001.-Vol. 9 (Suppl. 1).-P. 18-19.
8. Мельник В.И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике.-К.:Науковий світ.-2005.-С.10-23.
9. Голодец Р.Г., Авербах Я.К., Афанасьев Ю.И. К вопросу течения, генеза и терапии эпилептических психозов// VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. -М., 1981.- Т. 3.- С.134.
10. Богословский А.А. Психологический анализ и

- диагностика эпилептоидной личности//Вісник епілептіології.-№2 (2).-2002.-С.27-36.
11. Тальце М.Ф. Особенности эпилептического слабоумия.- М., 1954.-145с.
12. Болдырев А.И. Патоморфоз личностных изменений у больных эпилепсией//Журн. невропатол. и психиатр.-1989.-№6.- С.50-53.
13. Болдырев А.И., Поздняков В.С. Патоморфоз хронических эпилептических психозов//Журн. невропатол. и психиатр.-1980.- №6.-С.829-833.
14. Хижняков В.И. Личность больного эпилепсией в семье. - М., 1972.-132с.
15. Куценко Б.М. О параноидно-галлюцинаторных психозах при эпилепсии// Эпилепсия. -М., 1972. -С.54-56.
16. Nathaniel-James DA, Brown RG, Maier M, Mellers J, Toone B, Ron MA. Cognitive abnormalities in schizophrenia and schizophrenia-like psychosis of epilepsy// J. Neuropsychiatry Clin Neurosci.- 2004.-Vol.16,N4.-P.472-479.
17. Bouras N, Martin G, Leese M, Vanstraelen M, Holt G, Thomas C, Hindler C, Boardman J. Schizophrenia-spectrum psychoses in people with and without intellectual disability// J. Intellect. Disabil Res.- 2004 Sep.-Vol.48,N6.-P.48-55.
18. Brooks D.N., McKinlay W. Personality and behavioural change after severe blunt head injury – a relative's view//Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry.-Vol.46.-P.336-344.

Поступила в редакцию 16.11.2007