

*С.Г. Носов***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АЛЬТЕРНАТИВНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИХ ПСИХОЗІВ З РІЗНИМ ТИПОМ ПЕРЕБІГУ У ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ЗВ'ЯЗКУ З ЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ**

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: альтернативні епілептичні психози, клінічні прояви, епілептичні напади, особливості клініко-патогенетичного взаємовпливу

Актуальність дослідження клініко-патогенетичних особливостей розвитку альтернативних епілептичних психозів полягає, насамперед, в тому, що недостатньо вивчено закономірності розвитку клінічних особливостей цих психотичних станів у патогенетичному зв'язку з передуючими та зникаючими епілептичними нападами [1,2,3,4,5], різноманітним та протиріччям поглядів вчених на цю проблему, відсутності чіткої системи знань закономірностей формування епілептичних психозів [6,7], а також недостатньою розробленістю патогенетично спрямованих підходів лікування та реабілітації хворих на цю патологію [7,8].

Метою дослідження є визначення закономірностей розвитку клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з транзиторним, нападopodobним та хронічним типом перебігу у патогенетичному зв'язку з особливостями редукції різних видів епілептичних нападів.

Задачі дослідження:

1. Визначення клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різними типами перебігу.

2. Визначення закономірностей розвитку клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різними типами перебігу у патогенетичному взаємозв'язку з епілептичними нападами.

Матеріал та методи дослідження

Нами було обстежено 60 хворих (43 чоловіка та 17 жінок) віком від 19 до 50 років, що страждають на епілептичні психози (F06 за МКХ-10) з альтернативним типом формування і провідними афективно-маячними та галюцинаторно-маячними розладами. Криптогенна (або умовно-симптоматична) форма епілептичного захворювання спостерігалась у 34 хворих, симптоматична форма епілепсії – у 26 обстежених. У хворих епілепсія характеризувалась несприятливим (53 чол.) або злоякісним перебігом (7 чол.), переважною скроневою (53 чол.) або лобно-скроневою (7 чол.) локалізацією вогнищового епілептичного процесу в одній півкулі головного мозку або з обох боків. У всіх хворих під час розвитку епілептичних психозів спостерігався різного ступеню вираженості феномен «насилницької нормалізації ЕЕГ» у вигляді зменшення проявів аж до повного зникнення проявів епілептичної активності, яка реєструвалась при епілептичних нападах. У хворих спостерігались прості та комплексні парціальні напади переважно з сенсорною, вегетативною та психопатологі-

чною симптоматикою, а також первинно та вторинно-генералізовані судомні (переважно тоніко-клонічні) і безсудомні епілептичні напади. Переліковані напади були рідкими, середньої частоти або частими (2-4-9 на місяць), які перед розвитком психозу частково (більш, ніж на 50% відносно первинної частоти) або повністю припинялись. Органічне ураження головного мозку, яке привело до розвитку епілептичного захворювання, виникло у хворих внаслідок перенесених черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, або не уточнених причин в перинатальному або постнатальному періоді (особливо в дитячому або підлітковому віці). Загальна діагностика епілептичних психозів відбувалась на підставі клініко-нейрофізіологічних критеріїв [9,10].

З дослідження виключались хворі на не епілептичні психози, хворі з наявністю перебігаючого церебрального органічного процесу, з наявністю гострого або хронічного у стані декомпенсації соматичного захворювання, яке б могло проявитися симптоматичними (соматогенни-

ми) психічними розладами, а також хворі з алкогольною та наркотичною залежністю.

В роботі використовувались клініко-психопатологічний метод, психометричний метод за допомогою шкали NPI (Neuropsychiatric Inventory) [11] для визначення ступеню вираженості психотичних проявів, клініко-катамнестичний (з терміном спостереження хворих від 1 до 3 років).

За шкалою NPI розглядалися такі показники психопатології, як частота виникнення психічного розладу: 1 - рідко (менше, ніж 1 раз на тиждень); 2 - нерідко (більше, ніж 1 раз на тиждень); 3 - часто (декілька разів на тиждень, але не щоденно); 4 - дуже часто (щоденно), а також вираженість психічного розладу: 1 - слабка (розлад мало порушує функціонування хворого); 2 - помірна (розлад порушує функціонування хворого, але може бути скоректованим наданням медичних послуг); 3 - виражений розлад (розлад в значній мірі порушує функціонування хворого і воно важко поновлюється за допомогою медичних послуг). Загальна характеристика (величина) психічного розладу визначається як частота розладу, помножена на його вираженість. Нами проводилась загальна оцінка кожного розладу при альтернативних епілептичних психозах з різним типом перебігу і різними особливостями взаємовпливу з епілептичними нападами.

Серед обстежених нами були виділені 2 групи хворих на альтернативні епілептичні психози. Перша група досліджених хворих (23 чол.) характеризувалась тим, що у них епілептичні психози розвивались з повним альтернуванням по відношенню до епілептичних нападів (тобто спостерігалось повне припинення нападів перед розвитком психозу), ці стани були названі альтернативними психозами 1 типу.

Хворі першої групи дослідження розподілялись на дві підгрупи з урахуванням повноти та швидкості (одночасності або поступовості) припинення епілептичних нападів при формуванні альтернативних психозів: підгрупа з повним та одночасним припиненням епілептичних нападів (17 чол.) та підгрупа з повним, але поступовим припиненням певних типів нападів і розвитком альтернативного психозу (6 чол.).

Друга група досліджених хворих (37 чол.) характеризувалась неповним (не менше, ніж на 50% порівняльно з первинною частотою) та поступовим припиненням епілептичних нападів і розвитком альтернативних психозів 2 типу.

Альтернативне виникнення епілептичних психозів було обумовлено, поряд з несприятливим перебігом епілепсії, впливом додаткових

факторів, до яких відносилось використання у середньодобових або відносно великих (але не вищих, не токсичних) добових дозах нових антиепілептичних препаратів з потужним лікувальним впливом (вальпроати, ламотриджин, топамекс) протягом від 3 тижнів до 8 місяців, що спостерігалось у 23 хворих. Крім того, альтернативні психози виникали в умовах недостатності попереднього антиепілептичного лікування стандартними препаратами (бензонал, карбамазепін, етосуксимід, діфенін), які помітно знижували частоту епілептичних нападів, але не спиняли розвиток психотичних розладів (26 хворих) в поєднанні з певними проявами «насиленої нормалізації ЕЕГ». У 3 хворих альтернативні психози виникли після проведеної нейрохірургічної операції з приводу епілепсії, а у 8 хворих спостерігався спонтанний розвиток альтернативних психозів, який не можна було пояснити впливом приведених факторів.

Перечислені фактори приймали участь у розвитку альтернативних епілептичних психозів 1 та 2 типу. У хворих 1 групи дослідження альтернативні психози виникали переважно під впливом фактору призначення нових антиепілептичних препаратів (20 чол.), після нейрохірургічних втручань з приводу епілепсії (2 чол.), а також у 1 хворого спостерігалось спонтанне альтернативне виникнення психозу. У хворих 2 групи дослідження альтернативні психози виникали під впливом всіх перелічених лікувальних факторів, а саме: в результаті терапії новими антиепілептичними препаратами (3 чол.), в процесі лікування стандартними антиепілептичними препаратами (26 чол.), після нейрохірургічного втручання з припаду епілепсії (1 чол.), і спонтанне альтернативне виникнення альтернативних психозів відбулось у 7 хворих на епілепсію.

На підставі проведеного дослідження були виявлені наступні клініко-патогенетичні закономірності редукції епілептичних нападів і наступного розвитку альтернативних епілептичних психозів у хворих обох груп, враховуючи транзиторний, нападоподібний та хронічний перебіг психотичних станів: повне та одночасне припинення епілептичних нападів і швидкий (протягом наступних 1-2 діб) розвиток альтернативного психозу з феноменом «насиленої нормалізації ЕЕГ», повне і поступове припинення епілептичних нападів протягом останнього місяця з наступним поступовим розвитком альтернативного психозу на фоні декількох останніх нападів зі зменшенням їх частоти (протягом до

1-3 тижнів) з наступним їх повним припиненням, а також неповне і поступове зменшення частоти епілептичних нападів (на 50% і більше

порівняльно з попередньою частотою) з наступним розвитком альтернативного психозу на фоні нападів, що повторюються.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного дослідження були виявлені клінічні закономірності формування альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу в залежності від особливостей редукції епілептичних нападів.

падів.

Клінічні особливості альтернативних психозів з різним типом перебігу при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів подано в таблиці 1 та таблиці 2.

Таблиця 1

Особливості клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів під час розвитку психотичних станів (за шкалою NPI) з урахуванням середніх показників по групі хворих (n=17)

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу								
	Транзиторний (n=11)			Нападоподібний (n=4)			Хронічний (n=2)		
	Частота виникнення	Виразеність	Загальна величина	Частота виникнення	Виразеність	Загальна величина	Частота виникнення	Виразеність	Загальна величина
Маячні ідеї	4	3	12	3	3	9	3	2	6
Галюцинаторні розлади	4	3	12	3	3	9	2	2	4
Ажитация (збудження)	4	3	12	2	2	4	1	2	2
Депресія	2	3	6	2	2	4	1	2	2
Тривога	4	3	12	2	2	4	1	2	2
Ейфорія	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Апатія	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Поведінкова розгаломованість	4	3	12	3	2	6	2	2	4
Збудливість	4	3	12	3	2	6	2	1	2
Нічна активність	3	3	9	1	1	1	1	1	1
Розлади апетиту та прийому їжі	2	2	4	1	1	1	0	0	0
Потьмарення свідомості*	1	1	1	0	0	0	0	0	0

* - на початковому етапі розвитку психозу з наступним відновленням свідомості

Виходячи з отриманих результатів дослідження, при повному та одноразовому припиненні епілептичних нападів з наступним розвитком психозу найчастіше виникає транзиторний тип перебігу альтернативного до нападів психотичного стану, який характеризується поліморфізмом психотичних розладів з деяким переважанням афективних, маячних та галюцинаторних проявів, що виявляється при кореляційному аналізі даних. Крім того, при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів (за нашими попередніми даними – генералізованих судомних нападів середньої частоти або складних парціальних нападів з вторинною генералі-

зацією) при транзиторних альтернативних психозах на початковому етапі розвитку виникає стан з нерізко вираженим потьмаренням свідомості (тривалий сутінковий психоз), що швидко трансформується у поліморфний психотичний розлад з непотьмареною свідомістю.

Альтернативні епілептичні психози з нападоподібним типом перебігу виникають значно рідше, а хронічні психотичні стани виникають зовсім нечасто, і основним шляхом їх виникнення є трансформація альтернативного психозу з нападоподібним перебігом у хронічний. Поліморфізм клінічних проявів при нападоподібних психозах виражений значно менше, ніж при

транзиторних, спостерігається досить чітке переважання афективно-маячних або галюцинаторно-маячних проявів з початком формування відповідного психопатологічного синдрому. При хронічному перебігу спостерігається повністю сформований психотичний синдром, що рідко

спостерігається з самого початку розвитку альтернативного психозу при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів, що й обумовлює низьку частоту виникнення хронічних альтернативних психозів порівняльно з транзиторними.

Таблиця 2

Кореляції (r) різних проявів альтернативних психозів з типами перебігу психотичних станів при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу		
	Транзиторний (n=11)	Нападоподібний (n=4)	Хронічний (n=2)
Маячні ідеї	0.52**	0.64*	0.48*
Галюцинаторні розлади	0.47*	0.54*	0.47*
Ажитация (збудження)	0.59*	0.23*	0.19*
Депресія	0.43**	0.31*	0.22*
Тривога	0.57*	0.45*	0.21**
Ейфорія	-0.12*	0.18**	-0.24**
Апатія	-0.23*	0.17**	0.11**
Поведінкова розгальмованість	0.65*	0.48*	0.27*
Збудливість	0.41*	0.31*	0.25*
Нічна активність	0.44*	-0.23**	-0.18**
Розлади апетиту та прийому їжі	0.22**	-0.33**	-0.29**
Потьмарення свідомості	0.21*	-0.35*	-0.57*

* - $p < 0.05$ ** - $p > 0.05$

Клінічні особливості альтернативних психозів з різним типом перебігу при повному та

поступовому припиненні епілептичних нападів подано в таблиці 3 та таблиці 4.

Таблиця 3

Особливості клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу при повному та поступовому припиненні епілептичних нападів під час розвитку психотичних станів (за шкалою NPI) з урахуванням середніх показників по групі хворих (n=6)

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу								
	Транзиторний (n=1)			Нападоподібний (n=4)			Хронічний (n=1)		
	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина
Маячні ідеї	3	3	9	3	6	6	3	2	6
Галюцинаторні розлади	3	3	9	3	9	9	2	2	4
Ажитация (збудження)	3	3	9	2	4	4	0	0	0
Депресія	1	3	3	2	4	4	1	2	2
Тривога	3	3	9	2	4	4	1	2	2
Ейфорія	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Апатія	0	0	0	1	1	1	1	2	2
Поведінкова розгальмованість	3	3	9	2	4	4	1	1	1
Збудливість	4	3	12	2	4	4	1	1	1
Нічна активність	2	2	4	1	1	1	1	1	1
Розлади апетиту та прийому їжі	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Потьмарення свідомості*	1	1	1	0	0	0	0	0	0

* - на початковому етапі розвитку психозу з наступним відновленням свідомості

Кореляції (r) різних проявів альтернативних психозів з типами перебігу психотичних станів при повному та поступовому припиненні епілептичних нападів

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу		
	Транзиторний (n=1)	Нападоподібний (n=4)	Хронічний (n=1)
Маячні ідеї	0.53*	0.75*	0.57*
Галюцинаторні розлади	0.39*	0.62*	0.44*
Ажитація (збудження)	0.35*	0.31**	-0.23*
Депресія	0.47**	0.34**	0.28*
Тривога	0.39*	0.37**	0.25**
Ейфорія	-0.44**	-0.35**	-0.28**
Апатія	-0.72	0.22**	0.34**
Поведінкова розгалуженість	0.45*	0.33*	0.13*
Збудливість	0.38*	0.29*	0.36*
Нічна активність	0.49**	-0.23*	-0.14**
Розлади апетиту та прийому їжі	0.33**	-0.28*	-0.25**
Потьмарення свідомості	0.11*	-0.48*	-0.55*

* - $p < 0.05$ ** - $p > 0.05$

Таким чином, при повному і поступовому припиненні епілептичних нападів (за нашими попередніми даними – складних парціальних без або з вторинною генералізацією) найчастіше виникали нападоподібні альтернативні психози з окресленими клінічними проявами провідного психотичного синдрому. Прояви цього синдрому найчастіше впливали з психопатологічної симптоматики складних парціальних нападів, або (рідше) з тривалих сутінкових психозів, що виникали після вторинно-генералізованих судомних нападів середньої частоти або частих, а також після серійних дисфоричних реакцій. Після тривалих сутінкових психозів та дисфорій нападоподібні психози спочатку були схожі за деякими клінічними проявами на транзиторні (поліморфізм розладів, але з швидким наступним переважанням проявів афективного, афективно-маячно-галюцинаторного психотичного синдрому), і характеризувались наступним тривалим перебігом. Хронічні психози, які нечасто спостерігались у наших хворих при повному та поступовому припиненні нападів, виникли внаслідок подальшої клінічної трансформації нападоподібних психозів, що виникали з психопатології складних парціальних нападів.

Клінічні особливості альтернативних психозів з різним типом перебігу при їх неповному та поступовому припиненні епілептичних на-

падів подано в таблиці 5 та таблиці 6.

При неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів переважали за частотою виникнення нападоподібні та хронічні альтернативні психози з переважанням афективно-маячно-галюцинаторної симптоматики, яка була чітко структурованою і оформленою у відповідний психотичний синдром з рисами подальшої динаміки складових синдрому (схильність до систематизації маячення, конкретизація маячної фабули, одномодальність галюцинаторних розладів та їхня сюжетна відповідність до маячення та ін.). Хронічні альтернативні психози виникали з попередніх нападоподібних, які, в свою чергу, з'являлись з психопатологічної симптоматики складних парціальних нападів, а також вторинно генералізованих безсудомних нападів (зокрема, з атипових абсансів). На особливості клінічної картини нападоподібних та хронічних альтернативних психозів впливали також емоційно-поведінкові та когнітивні розлади симптомокомплексу помірно-виражених та виражених специфічних для епілепсії змін особистості та епілептичного недоумства, що показано в інших наших працях. Транзиторні психози були небагаточисленними і виникали з симптоматики парціальних та генералізованих безсудомних нападів без попередніх тривалих сутінкових психотичних розладів.

Таблиця 5

Особливості клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу при неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів під час розвитку психотичних станів (за шкалою NPI) з урахуванням середніх показників по групі хворих (n=37)

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу								
	Транзиторний (n=3)			Нападоподібний (n=26)			Хронічний (n=8)		
	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина
Маячні ідеї	3	3	9	3	2	6	2	2	4
Галюцина торні розлади	3	3	9	3	2	6	2	2	4
Ажитация (збудження)	2	2	4	1	2	2	0	0	0
Депресія	1	2	2	2	1	2	2	2	4
Тривога	3	2	6	2	2	4	1	1	1
Ейфорія	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Апатія	0	0	0	1	1	1	2	2	4
Поведінкова розгальмованість	3	2	6	2	1	2	1	1	1
Збудливість	3	2	6	2	2	4	1	1	1
Нічна активність	2	1	2	1	1	1	0	0	0
Розлади апетиту та прийому їжі	3	1	3	1	2	2	1	1	1
Потьмарення свідомості	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблиця 6

Кореляції (r) різних проявів альтернативних психозів з типами перебігу психотичних станів при неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу		
	Транзиторний (n=3)	Нападоподібний (n=26)	Хронічний (n=8)
Маячні ідеї	0.57*	0.81*	0.65*
Галюциаторні розлади	0.49*	0.75*	0.54*
Ажитация (збудження)	0.55*	0.24**	-0.35*
Депресія	0.32**	0.27**	0.31*
Тривога	0.41*	0.24**	0.14**
Ейфорія	-0.42**	-0.65**	-0.47**
Апатія	-0.35	0.35**	0.22**
Поведінкова розгальмованість	0.39*	0.29*	0.17*
Збудливість	0.34**	0.22**	0.32*
Нічна активність	0.23**	-0.23*	-0.11**
Розлади апетиту та прийому їжі	-0.13**	-0.19*	-0.12**
Потьмарення свідомості	-0.65**	-0.72**	-0.87**

* - $p < 0.05$ ** - $p > 0.05$

Висновки:

1. Альтернативні психози найчастіше проявляються афективно-маячно-галюциаторними розладами, які проявляються при транзиторному, нападоподібному та хронічному перебігу

психотичного стану і мають клінічні особливості в залежності від характеру редукції епілептичних нападів.

2. При повному та одночасному припиненні епілептичних нападів найчастіше виникають

транзиторні альтернативні психози з поліморфною клінічною картиною, що вбирає в себе також і афективно-маячні та галюцинаторні розлади.

3. При повному та поступовому припиненні епілептичних нападів частіше спостерігаються нападopodobні альтернативні психози з оформленням афективно-маячного або галюцинатор-

но-маячного синдрому.

4. При неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів виникають переважно нападopodobні та хронічні альтернативні психози, які характеризуються стійкістю та подальшою негативною психопатологічною динамікою афективно-маячно-галюцинаторного синдрому.

С.Г. Носов

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ

Днепропетровская государственная медицинская академия

В статье представлены результаты научного исследования, характеризующие особенности клинических проявлений альтернативных эпилептических психозов с транзиторным, приступообразным и хроническим течением в зависимости от вида и особенностей редукции эпилептических припадков при их полном и одновременном, полном и постепенном, неполном и постепенном прекращении. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 92-98)

S. Nosov

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ALTERNATIVE EPILEPTIC PSYCHOSES WITH DIFFERENT TYPES OF DURATION AND PATHOGENIC RELATIONS WITH EPILEPTIC SEIZURES

Dnepropetrovsk State Medical Academy

This article is devoted to the research data of peculiarities of clinical manifestations of alternative epileptic psychoses with different types of duration and pathogenic relations with specific reduction of epileptic seizures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 92-98)

Література

1. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии.-М., 1999.-416с.
2. Голубков О., Иванов Н., Пастухова Т. К вопросу клиники и патогенеза эпилептических психозов//II Міжнар. конф. укр. противоєп. ліги.-К.,1998.-С.20.
3. Мельник В.И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике.-К.:Науковий світ.-2005.-С.10-23.
4. Roy A.K., Rajesh S.V., Iby N., Jose J.M. et al. A study of epilepsy-related psychosis// Neurol India.- 2003.- Vol.51, N3.-P.359-360.
5. Gelisse P., Samuelian J.C., Genton P. Epileptic psychosis// Rev. Neurol. (Paris).- 2002.-Vol.158, N 6-7.-P.661-668.
6. Isotani T., Kinoshita T. Psychotic episodes and chronic psychoses with epilepsy//Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.- 2002.-Vol.37, Pt 6.-P.79-84.
7. Sachdev P. The psychoses of epilepsy// J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.- 2001.-Vol.70, N5.-P.708-709.
8. Trimble MR. Interictal psychoses of epilepsy//Adv. Neurol.-1991.-Vol.55.-P.143-152.
9. Юр'єва Л.М., Носов С.Г. Типологія та діагностика епілептичних психозів//Вісник психіатрії та психофармакотерапії.-2006.-№1 (9).-С.176-178.
10. Ashidate N. Clinical study on epilepsy and psychosis// Seishin Shinkeigaku Zasshi.- 2006.-Vol.108, N3.-P.260-265.
11. Cummings J.L., Mega M., Gray K. et al. Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia//Neurology.-1994.-Vol.44.-P.2308-2314.

Поступила в редакцию 17.05.2007