

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Пермский государственный медицинский
университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Бессудорожные пароксизмальные состояния эпилепсии

Выполнил: студент 4 курса лечебного
факультета 420 группы Тихонов К.В
Руководитель: Кузнецов О.И.

Г.

БЕССУДОРОЖНЫЕ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМОВ

Наряду с большими и малыми припадками в клинической картине эпилепсии значительное место занимают бессудорожные пароксизмы:

- **с помрачением сознания** (сумеречные состояния, сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом, амбулаторные автоматизмы) и
- **без расстройства сознания** (аффективные пароксизмы, каталептические и нарколептические, психомоторные и другие припадки)

Сумеречные расстройства сознания среди бессудорожных пароксизмов, или эквивалентов, занимают значительное место.

Они крайне полиморфны по клиническим проявлениям — от сравнительно простых и элементарных действий, совершаемых больными, до сложных по структуре состояний с картиной внешне целесообразных действий или резчайшего возбуждения.

Кратковременные пароксизмально возникающие сумеречные состояния принято называть **амбулаторными автоматизмами**.

Амбулаторные автоматизмы проявляются в виде автоматизированных действий, совершаемых больными при полной отрешенности от окружающего. Выделяют оральные автоматизмы (приступы жевания, причмокивания, облизывания, глотания), ротаторные автоматизмы ("vertigo") с автоматическими однообразными вращательными движениями на одном месте.

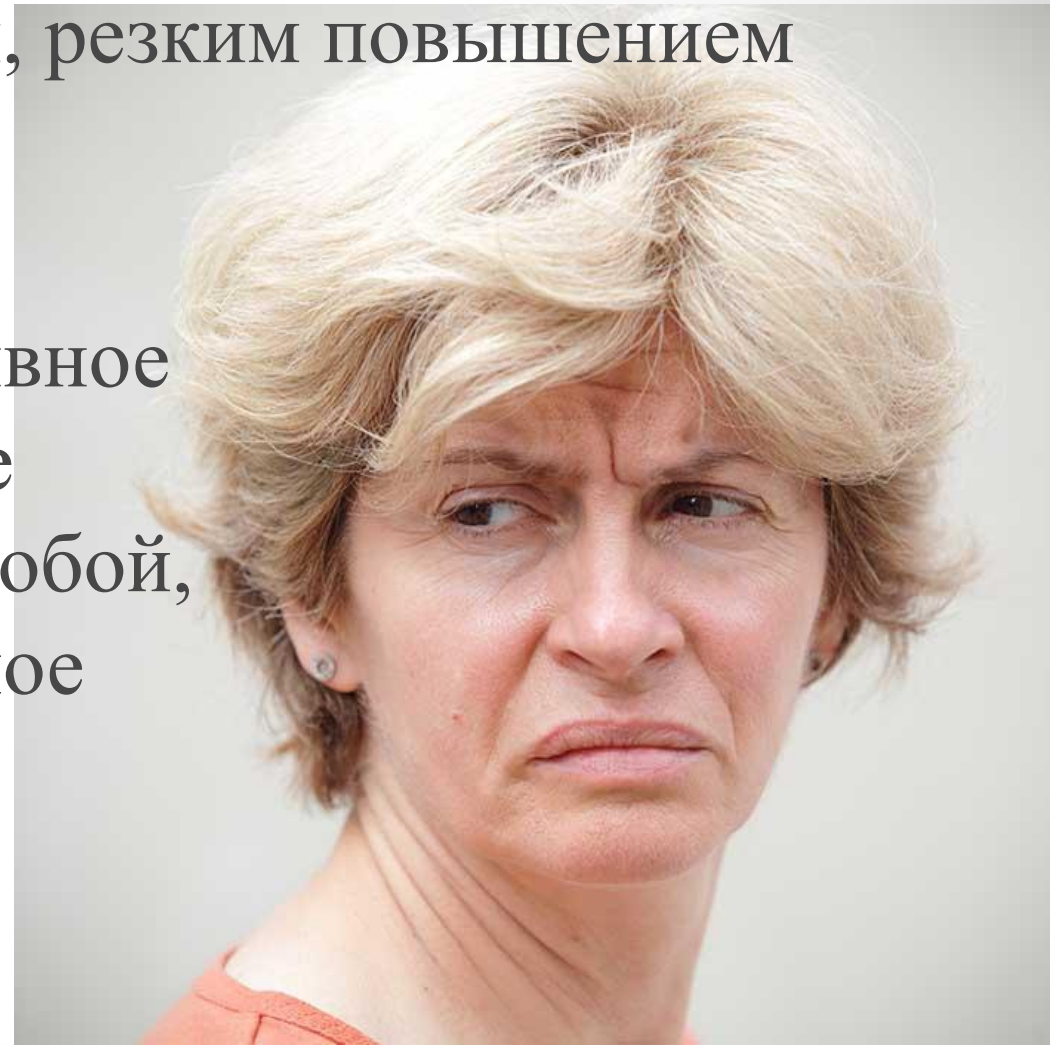
Проявления сумеречных состояний


Сумеречные состояния проявляются различно. В одних случаях поведение больных бывает внешне правильным, они обнаруживают ориентировку в обстановке, окружающих лицах, времени, способны к контакту с окружающими. Обращают на себя внимание лишь особая сосредоточенность больных и некоторая отрешенность от окружающего как в момент общения, так и вне его. Нередко такое поведение внезапно сменяется агрессией со злобностью, разрушительными действиями.



□ В других случаях описываемые состояния неожиданно проявляются резким двигательным возбуждением, на первый взгляд нецеленаправленным и хаотическим, со значительной разрушительной силой, резким повышением тонуса мускулатуры.

□ Обращает на себя внимание аффективное напряжение: пониженное настроение сопровождается неудовольствием, злобой, иногда ярость определяет аффективное состояние больных.



A person wearing a white lab coat stands in a dark, blue-tinted landscape at night. The person is positioned on the right side of the frame, looking towards the left. In the background, a full moon is visible through the dark sky, partially obscured by the bare branches of a tree on the left. The overall atmosphere is mysterious and somber.

Иногда сумеречные состояния приобретают вид ***амбулаторных автоматизмов***, при которых больные совершают длительные переезды, бродяжничают вдали от дома, не зная, что с ними произошло, каким образом они попали в незнакомое место.

Амбулаторные автоматизмы

Могут проявляться в виде кратковременных своеобразных *автоматизированных действий* при полной отрешенности от окружающего. В одних случаях они ограничиваются явлениями орального автоматизма и выражаются в приступах жевания, причмокивания, облизывания, глотания, в других — в виде «vertigo», когда больной автоматически проделывает однообразные круговые движения на одном месте. Нередко отрешенный от окружающей действительности больной автоматически стряхивает с себя что-то; этим ограничивается помрачение сознания. Автоматизмы бывают и более сложные — больной может начать раздеваться, последовательно снимая с себя одежду

К бессудорожным пароксизмам, сопровождающимся помрачением сознания, относятся также *особые состояния* с фантастическим грезоподобным бредом. Они отличаются от пароксизмов с сумеречным помрачением сознания, отсутствием полной амнезии периода помраченного сознания. Больной амнезирует лишь окружавшую его обстановку, а разнообразные психопатологические расстройства сохраняются в памяти. Психопатологически эти состояния близки к онейроидному помрачению сознания



Существует группа бессудорожных пароксизмов, не сопровождающихся помрачением сознания.

Психопатологически они соответствуют структуре аур.

Длительное время основным и главным проявлением эпилептической болезни считался большой судорожный припадок с предшествующей ему в значительной части случаев (50—60%) аурой.

В настоящее время аура расценивается как эпилептический пароксизм, в то время как судорожный припадок, следующий за аурой, является не собственно пароксизмом, а следствием генерализации.

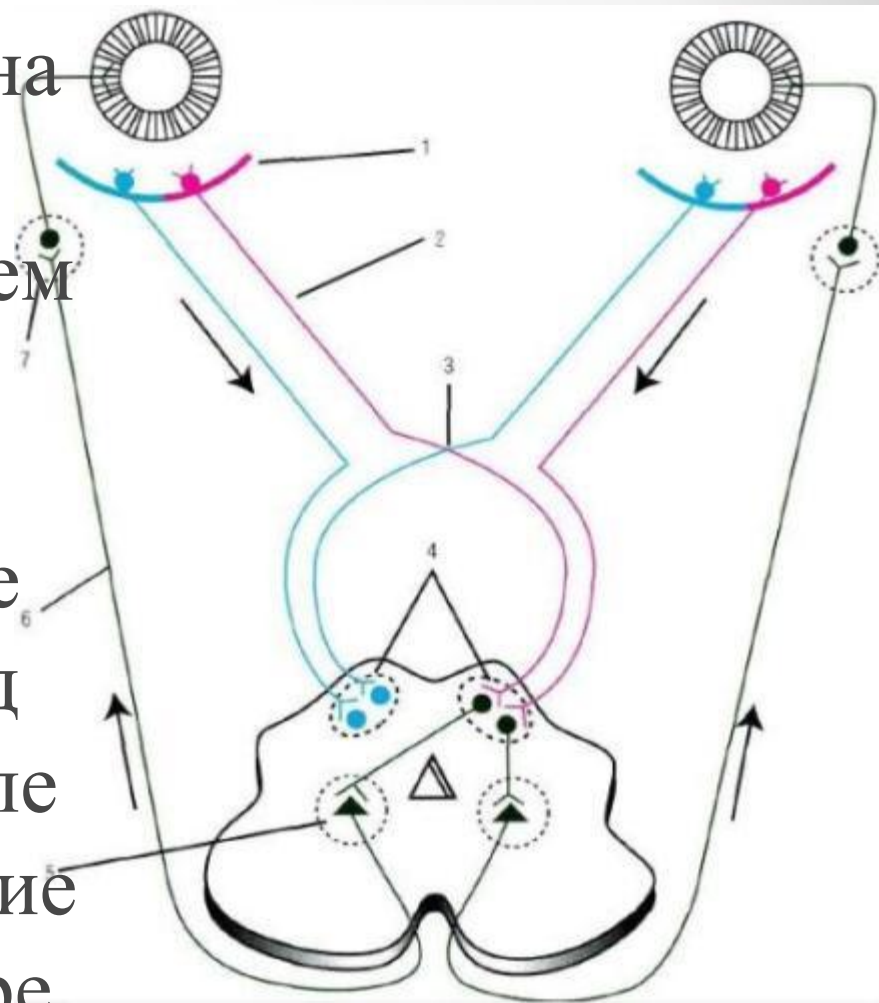
Висцеросенсорная аура

Висцеросенсорная аура обозначалась прежде как эпигастральная. Расстройство начинается с неприятного ощущения в подложечной области, сопровождается тошнотой, которая поднимается вверх, больной ощущает удар в голову, теряет сознание.



Висцеромоторная аура

Висцеромоторная аура крайне разнообразна по проявлениям. Это зрачковая аура, проявляющаяся то сужением, то расширением зрачка, не связанным с изменением освещенности; вслед за чем развивается большой судорожный припадок. Зрачковые расстройства наблюдаются не только перед большим судорожным припадком, но и после завершения тонической фазы, поэтому многие исследователи не склонны относить их к ауре.



Сенсорная аура разнообразна. Сюда относятся соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные и меньероподобные ауры.

Соматосенсорная аура выражается в обилии сенестопатических расстройств (чувство онемения, покалывания, сжатия, растяжения, боли). Могут наблюдаться галлюцинации общего чувства, при которых больной испытывает неприятные ощущения в теле, во внутренних органах, вызванные, по его мнению, каким-либо конкретным предметом.

Зрительные ауры выражаются в появлении элементарных зрительных галлюцинаций фотопсий (искры, яркие, красные, голубые, зеленые вспышки) или в виде внезапного резкого ухудшения зрения вплоть до полной слепоты.

Слуховые ауры проявляются акоазмами.

Психопатологическая оценка ауры с нерезким помрачением сознания, приближающимся к онейроидному, сновидному (окружающее воспринимается необычно, нередко фантастически) затруднена. Состояние сопровождается чувством *страха, тревоги, нередко одновременно развиваются микро- и макросии, метаморфозии (которые могут быть и самостоятельной аурой)*.

Все окружающее воспринимается как очень уменьшенное или резко увеличенное. Иногда больные отмечают резкое ускорение движений окружающих людей, машин или же ощущают, что здания, сооружения наклоняются, начинают ломаться и вся эта лавина обрушивается на них. Это также относят к психической ауре. Страх постоянно сопровождает описанное расстройство. Вслед за аурой наступает припадок.

К бессудорожным пароксизмам, не сопровождающимся помрачением сознания, относят также **аффективные пароксизмы**.

Чаще всего это:

- дисфории со злобностью
- тоской
- агрессивными тенденциями в отношении окружающих и самого себя.

Больные испытывают неудовольствие от происходящего вокруг, они придираются к окружающим, причиняют себе боль (прижигают кожу сигаретами, царапают себя и т. д.)

- Кроме описанных дисфорических депрессий, сравнительно нередки бессудорожные пароксизмальные состояния с пониженным фоном настроения, очень напоминающие депрессии циклотимического круга, но отличающиеся от них внезапным возникновением и столь же внезапным исчезновением.
- Встречаются пароксизмы в виде депрессий с импульсивными влечениями. Появляется непреодолимая тяга к алкоголю (дипсомания), к поджогам (пиромания), к смене места (дромомания) и т. д.
- Реже аффективные бессудорожные пароксизмы сопровождаются приподнято-экстатическим настроением. К бессудорожным пароксизмам без помрачения сознания относят также внезапно возникающие и столь же внезапно проходящие каталептические и нарколептические расстройства.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Диапазон изменений личности при **эпилепсии** весьма значителен — от сравнительно нерезких характерологических особенностей до расстройств, свидетельствующих о глубоком, специфическом для этого заболевания слабоумии.

Эпилептические изменения личности достаточно типичны. Основными чертами психики больных эпилепсией становятся тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к оседанию на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудность переключения. Все это затрудняет накопление нового опыта, ослабляет комбинаторные способности, ухудшает репродукцию и в конечном итоге снижает возможности адаптации к окружающей действительности.

Больным свойствен подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм в отношении как своей одежды, так и особого скрупулезного порядка в своем доме, на своем рабочем месте. Существенной чертой эпилептических изменений личности является инфантилизм. Он выражается незрелостью суждений, особым сверхценным отношением к родным, а также свойственной некоторым больным эпилепсией религиозностью. В настоящее время некоторые исследователи склонны объяснять эпилептическую религиозность не столько самой болезнью, сколько фанатической приверженностью больных к той системе взглядов, которой они воспитывались, что вообще свойственно инфантильным людям.



Относительно часто встречаются также утрированная ханжеская слащавость, подчеркнутая подобострастность, ласковость в обращении и сочетание повышенной чувствительности, ранимости (дефензивных черт) с брутальностью, злобностью, недоброжелательностью, эксплозивностью. На сочетание дефензивных и эксплозивных черт у больных эпилепсией указывает старое, но верное образное выражение:

"С молитвой на устах и с камнем за пазухой". Обращает на себя внимание и особый внешний вид больных, длительно страдающих эпилепсией. Они, как правило, медлительны, скупы и сдержанны в жестах, лицо их малоподвижно и маловыразительно, мимические реакции очень бедны. Нередко бросается в глаза особый, холодный, "стальной" блеск глаз (симптом Чижа).

Важная роль в формировании изменений личности придается противоэпилептическим препаратам, нередко назначаемым в высоких дозах, способствующих развитию у больных раздражительности и дисфорических состояний. Негативный психотропный эффект далеко не всегда зависит от дозы препарата, а чаще это следствие метода лечения.



Большое значение в формировании и изменении личности придается **биологическим и социальным факторам.**

К биологическим патопластическим факторам относят:

- особенности преморбиды
- уровень интеллекта
- степень зрелости мозга к моменту начала заболевания

Социальные факторы принадлежат обществу, в котором живет, учится и работает больной. Важно также отношение к больному родителей, педагогов, врачей, возраст, в котором больному приклеивается ярлык «эпилептика». У лиц, страдающих эпилепсией, могут развиваться реактивные и невротические состояния, связанные с пренебрежительным, а иногда и агрессивным отношением к нему родителей, братьев, сестер.