

УДК 303.732.4

**ИНТЕРИКТАЛЬНЫЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ  
ПСИХОЗ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ  
БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Данилова Екатерина Владимировна  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Костомарова Галина Анатольевна  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Мельник Валентина Александровна  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Чернобай Елена Георгиевна  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Похлебаев Владимир Алексеевич  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Похлебаева Ирина Николаевна  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Эпилептический психоз включает состояние, в основе которого лежат эпилептические нарушения деятельности нейронов, в основном, в лимбических структурах, связанных с регуляцией эмоций, мотиваций, сложных автоматических форм поведения. Модифицирующим фактором является не степень выраженности органического поражения мозга, а интенсивность и пролонгированность эпилептиформной активности. Приведен клинический случай собственного наблюдения, в котором основные симптомы относились к нарушению в аффективно-эмоциональной, личностной и поведенческой сфере. Лечение противосудорожными и антипсихотическими препаратами привело к клиническому улучшению.

Ключевые слова: ЭПИЛЕПСИЯ,  
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПСИХОЗ,  
ПСИХОТИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ  
РАССТРОЙСТВА, БЕРЕМЕННОСТЬ.

UDC 303.732.4

**INTERICTAL EPILEPTIC PSYCHOSIS  
DURING THE LAST PREGNANCY PERIOD.  
CLINIC CASE**

Danilova Ekaterina Vladimirovna  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Kostomarova Galina Anatol'evna  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Mel'nik Valentina Alexandrovna  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Chernobai Elena Georgievna  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Pokhlebaev Vladimir Alexeevich  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Pokhlebaeva Irina Nikolaevna  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

The epileptic psychosis includes the conditions based on epileptic disturbances of neuron activity mainly in limbic structures connected with regulation of emotions, motivations, complex automatic behavior. The modified factor is the intensity and duration of epileptic activity, not the extent of brain injury. The clinic case is demonstrated. The main symptoms of the case were the disorders in affective-emotional, individual and behavioristic fields. The treatment with anti-epileptic and anti-psychotic drugs led to clinic improvement.

Key words: EPILEPSY, EPILEPTIC PSYCHOSIS,  
PSYCHOTIC AND BEHAVIORISTIC  
DISTURBANCES, PREGNANCY.

В определении эпилепсии указывается на то, что это заболевание характеризуется повторяющимися эпилептическими припадками и сопровождается другими клиническими и параклиническими проявлениями, среди которых важнейшие – изменения психики [1]. Под эпилептическим психозом понимают острые расстройства психики и поведения больного эпилепсией, отличающиеся от обычных для него припадков своей феноменологией и большей длительностью (часы, дни, недели, иногда месяцы).

Психозы в подавляющем большинстве случаев возникают у пациентов с височно-долевой эпилепсией, сопровождающейся комплексными парциальными припадками с генерализацией или без нее. Они характеризуются длительными изменениями сознания, выраженными в разной степени, – от негрубых нарушений внимания и слежения, невозможности поддержания последовательной структурированной деятельности до грубых нарушений по типу ступора. Проявления аффективных нарушений имеют характер тревоги, страха, мании, гнева, что определяет поведение избегания, бегства, агрессии. Мнестические расстройства включают ретроградную и антероградную амнезию. Насильственный характер интеллектуально-психических переживаний делает поведение больного неуправляемым [5].

В основе развития психозов, очевидно, лежат эпилептические нарушения деятельности нейронов, в основном, в лимбических структурах, связанных с регуляцией эмоций, мотиваций, сложных автоматических форм поведения. Это подтверждается исследованиями ЭЭГ: в тех случаях, когда удается ее зарегистрировать, обнаруживается генерализованная или фокальная эпилептиформная активность в медиобазальных отделах, чаще левой височной доли, иногда носящая характер паттерна бессудорожного эпилептического статуса. Модифицирующим фактором являются не степень выраженности органического поражения мозга, а интенсивность и

продолжительность эпилептиформной активности. Нередко (около ¼ случаев) эпилептическая активность в скальповой ЭЭГ отсутствует и заменяется или относительно нормальной, или низкоамплитудной десинхронизированной активностью [1, 2]. Появление психозов наиболее характерно в позднем подростковом и раннем молодом возрасте у больных с длительным анамнезом парциальных припадков, чаще у лиц с труднокурабельными эпилепсиями. Это, в свою очередь, связано с политерапией, нарушением правил подбора и комбинации препаратов и, в особенности, с нарушениями режима лечения, несанкционированной его коррекцией или отменой. Психозы часто развиваются на фоне учащения или серийных общих судорожных припадков, возникают непредсказуемо, полная картина разворачивается в течение нескольких секунд или минут, часто проявляясь неукротимым опасным поведением бегства или агрессии [4, 5].

По отношению к припадкам психозы условно разделяют на иктальные, постиктальные и интериктальные. Наиболее частыми психотическими нарушениями при эпилепсии являются интериктальные психозы [1,3]. Ниже приводится клинический случай совместного наблюдения врачами перинатального центра, отделения функциональной диагностики КДЦ и неврологом-эпилептологом неврологического центра поликлиники СКАЛ.

Пациентка Д., 25 лет, инвалид второй группы, состоит в зарегистрированном браке, срок беременности – 34–35 недель. Анамнез пациентки: рождена от 23-летней матери, второй, нормально протекавшей беременности, раннее темповое развитие без особенностей, фебрильные судороги, ЧМТ и нейроинфекции отрицает, семейный анамнез по эпилепсии и психопатологии не отягощен. Пациентка больна с пятилетнего возраста, когда появились генерализованные судорожные приступы 1–2 раза в год в бодрствовании и при пробуждении, в

пубертатном периоде присоединились комплексные парциальные припадки, иногда испытывала состояния *déjà vu*; приступы бодрствования стереотипны (чувство тревоги, шум в голове, замирание с фиксацией взора, потеря сознания); с 17 лет нарастание приступов по частоте – до 4–6 раз в месяц, в 22 года на фоне прекращения терапии перенесла психоз с госпитализацией в психоневрологический стационар. Пациентка лечилась нерегулярно, различными комбинациями фенобарбитала, карбамазепина, вальпроатов, топирамата, лечение без достижения медикаментозного контроля над течением заболевания (сохранялись генерализованные судорожные приступы частотой 1–2 раза в месяц, катамениально зависимые). Последние рекомендации по лечению, полученные в 2010 году в психоневрологическом диспансере города Сочи, где пациентка состоит на учете с диагнозом «идиопатическая эпилепсия с вторично-генерализованными судорожными приступами, выраженным органическим расстройством личности и поведения», включали прием депакина-хроно – по 1500 мг и финлепсина ретард – 400 мг в сутки. Фактически перед наступлением беременности принимала финлепсин ретард – 300 мг в сутки (самостоятельную коррекцию лечения объясняла тем, что «эффект одинаков, несмотря на количество и дозировки препаратов»). Данная беременность первая, желанная, с ранних сроков регулярно наблюдалась в женской консультации. Впервые проконсультирована эпилептологом в кабинете по лечению пароксизмальных состояний 14.06.2011 г. по направлению городской больницы одного из городов края в сроке беременности 31 неделя, прибыла в сопровождении супруга. На день приема, со слов пациентки, сохранялись судорожные приступы с частотой один раз в месяц, при осмотре состояние удовлетворительное, эмоциональная лабильность, тревожность (беспокойство за исход беременности и здоровье ребенка), рассеянность внимания, замедленность темпа мышления, вязкость,

обстоятельность, снижение критического восприятия серьезности своего заболевания и необходимости адекватного медикаментозного лечения. В неврологическом статусе признаки очагового поражения нервной системы не выявлялись. Ранее в марте 2011 года пациентка консультирована неврологом консультативного отдела перинатального центра, рекомендации по коррекции лечения в виде увеличения суточной дозы антиконвульсанта не выполнила.

По ЭЭГ от 14.06.2011 г. (с фоновой записью – 20 минут) регистрировались выраженные ирритативные нарушения по лобно-центрально-височным отделам без четкой латерализации с вовлечением срединных структур. Пароксизмальные формы активности и типичная эпилептиформная активность на момент обследования не зарегистрированы (рис. 1).

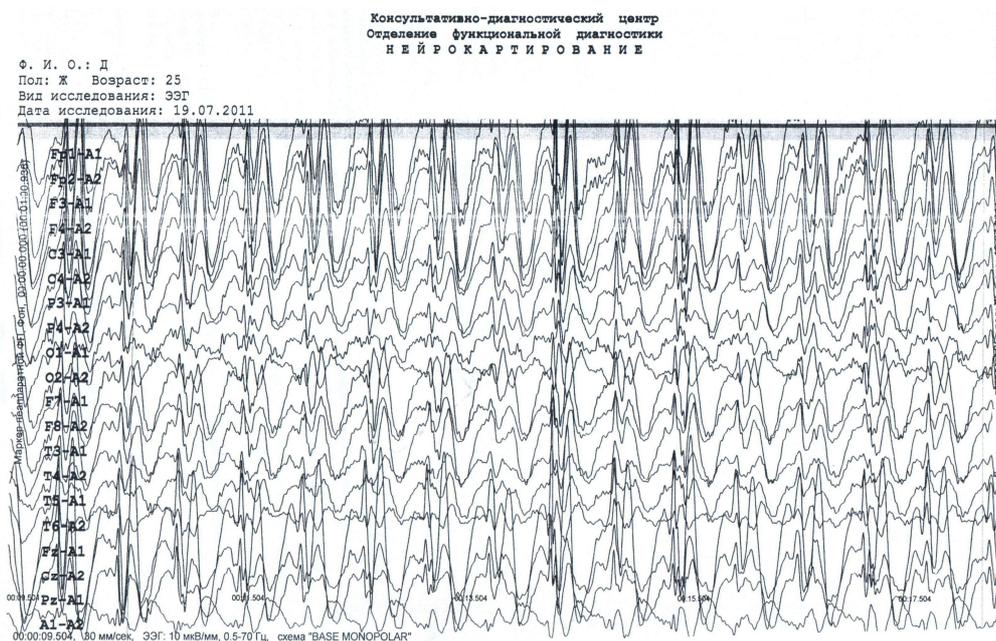


Рисунок 1. Пациентка Д., 25 лет. По ЭЭГ от 14.06.2011 г. – выраженные ирритативные нарушения по лобно-центрально-височным отделам без четкой латерализации с вовлечением срединных структур. Пароксизмальные формы активности и типичная эпилептиформная активность на момент обследования не зарегистрированы

Пациентке было рекомендовано увеличить суточную дозу финлепсина ретард – до 700 мг с повторным осмотром через 4 недели.

17.07.2011 г. пациентка поступила по СМП в отделение акушерской патологии беременности краевого родильного дома № 5 с жалобами на слабость, головокружение, подъемы АД до 140/90 мм рт. ст., отеки. В соматическом статусе АД d=s= 124/75 мм рт. ст. ЧСС – 92 в мин; отеки голеней. Осмотрена терапевтом, установлен диагноз «гестационная артериальная гипертензия»; заключение офтальмолога: «На глазном дне начальные проявления ретинопатии»; диагноз невролога: «Идиопатическая височно-долевая эпилепсия с вторично-генерализованными приступами. Выраженное органическое расстройство личности и поведения». Назначена магниевая терапия, продолжение приема противосудорожных препаратов.

Осмотр эпилептолога на следующий день 18.07.2011 г. Анамнестически последний судорожный приступ был 16.06.2011 г., после которого прекратила прием карбамазепина полностью (причину объясняла отсутствием эффекта от лечения после однократного увеличения суточной дозы препарата на 200 мг), другие виды нарушений сознания отрицала. Во время осмотра эмоционально лабильна, тревожна, суетлива, к необходимости обследования и лечения настроена негативно. В неврологическом статусе без очаговой симптоматики. Было рекомендовано принимать финлепсин ретард – по 200 мг утром и днём, 300 мг на ночь в присутствии медперсонала, выполнить ЭЭГ, ЭХО-ЭС с последующим осмотром. 19.07.2011 г. рано утром в палате зафиксирован генерализованный судорожный приступ. При проведении ЭЭГ в тот же день на 9-й секунде фоновой записи регистрируется генерализованная эпилептиформная активность по типу «острая-медленная волна» А до 690 мкВ в течение 16 секунд, которая сопровождалась сложным парциальным

приступом по типу псевдоабсанса (рис. 2). Была усилена противосудорожная терапия: к лечению добавлен депакин-хроно – по 300 мг два раза в день, при нарастании возбуждения – диазепам 0,5 %-й раствор – 2 мл внутривенно, медленно. Пациентку изолировали в бокс наблюдательного отделения роддома, организовали индивидуальный пост.

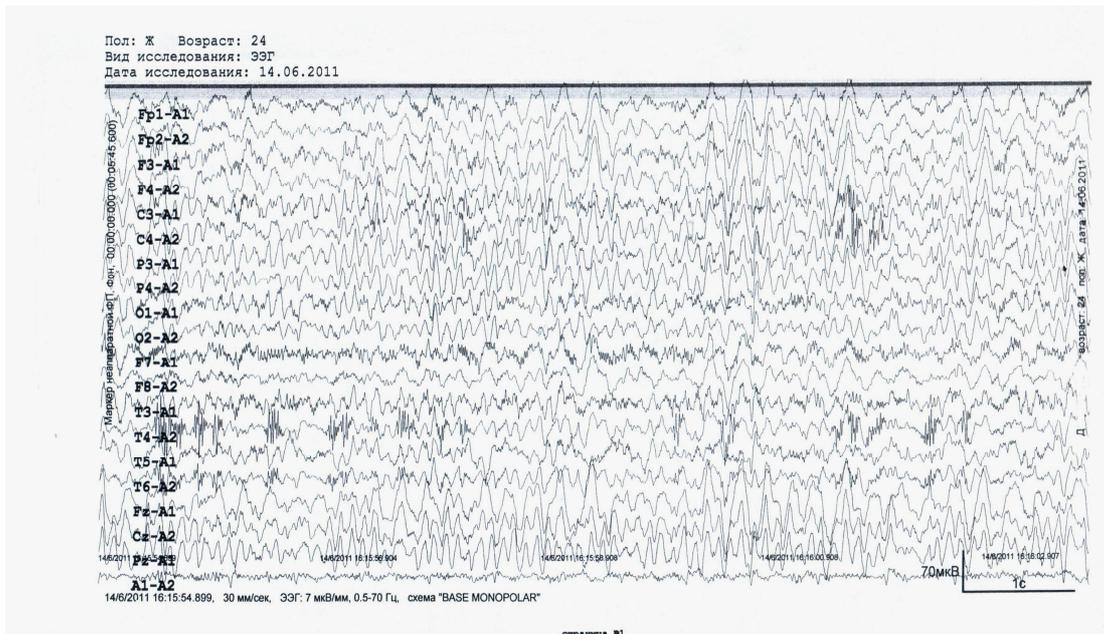


Рисунок 2. Пациентка Д., 25 лет. По ЭЭГ от 19.07.2011 г. регистрируется генерализованная эпилептиформная активность по типу «острая-медленная волна» А до 690 мкВ в течение 16 секунд, которая сопровождалась сложным парциальным приступом по типу псевдоабсанса

В течение второй половины 19.07 2011 г. и первой половины 20.07.2011 г. отмечено ухудшение состояния: повторные комплексные парциальные приступы, нарастание поведенческих нарушений (отказ от приема препаратов, негативность, периодически бессвязная речь, при попытках осмотра и манипуляций склонность к импульсивным протестным реакциям и агрессивное поведение с угрозами персоналу физической расправой). В 16 ч 05 мин того же дня пациентка консультирована врачом-психиатром психиатрической бригады СМП, заключение: «Выраженное органическое расстройство личности и

поведения в связи с эпилепсией»; по заключению консилиума, проведенного в 16 ч 30 мин, диагноз: «Беременность 34–35 недель, гестоз легкой степени. Хроническая фетоплацентарная недостаточность, многоводие. Идиопатическая локализационно обусловленная височно-долевая эпилепсия с комплексными парциальными и вторично-генерализованными приступами, декомпенсация на фоне отмены АЭП, интериктальный эпилептический психоз». Пациентке показано экстренное родоразрешение путем кесарева сечения по жизненным показаниям, согласие пациентки на операцию не получено. В течение полутора часов состояние продолжало прогрессивно ухудшаться, нарастало беспокойство, психомоторное возбуждение, при попытках осмотра и манипуляций кричала, грозила расправой, отталкивала персонал. В 18 ч 15 мин повторный осмотр психиатра, во время которого произошел сложный парциальный приступ, перешедший в генерализованный судорожный, пациентке внутривенно введен 0,5 %-й раствор диазепама – 4 мл внутривенно. С помощью психиатрической бригады пациентка доставлена в родильный зал для оперативного родоразрешения. Произведено кесарево сечение, извлечен плод мужского пола, вес 2930, рост 54 см, по шкале Апгар 6–7 баллов. В послеоперационном периоде первые двое суток пациентка в сознании, контакт формальный, чередование эпизодов агрессии и психомоторного возбуждения (бросалась на медперсонал, кусалась, пыталась встать), принудительно фиксирована в постели, принудительный прием препаратов. Два раза в сутки назначены: депакин-хроно – 750 мг, финлепсин ретард – по 400 мг, хлорпромазин 2,5 %-й раствор – по 2 мл внутримышечно. С третьих суток пациентка менее протестна, эмоционально несдержанна, контакт формален, ориентирована, упорядочена в поведении, бредовых идей, обманов восприятия не обнаруживает, настроена на лечение в амбулаторных условиях. В неврологическом статусе без очаговой симптоматики. В лечении суточная

доза депакина-хроно увеличена до 1750 мг, инъекции хлорпромазина заменены на тиоридазина гидрохлорид – по 10 мг три раза в день. Результаты проведенных исследований: осмотр окулиста 22.07.2011 г. – «глазное дно без патологии»; ЭХО-ЭС от 22.07.2011г – «смещения М-эхо нет»; КТ головного мозга 25.07.2011 г. – «признаков объемного и очагового поражения головного мозга не выявлено».

В послеоперационном периоде медицинским персоналом приступы нарушения сознания не зафиксированы. Швы сняты на седьмые сутки, заживление первичным натяжением. Перед выпиской из стационара родильного дома повторно консультирована психиатром стационара краевой психиатрической больницы, от предложенной госпитализации пациентка и ее мать категорически отказались, показания к госпитализации в недобровольном порядке на день выписки отсутствовали, рекомендовано продолжать назначенную медикаментозную терапию, динамическое наблюдение невролога и психиатра по месту жительства, самостоятельный уход за ребенком противопоказан.

Ребенок выписан на одиннадцатые сутки под ответственность своего отца с диагнозом: «Недоношенность 35–36 недель, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС I-II степени, синдром вегетативно-висцеральных нарушений».

Таким образом, в представленном клиническом случае у пациентки развился статус с паттерном эпилептического психоза, предиктором которого был типичный для его провокации комплекс: височно-долевая эпилепсия с комплексными парциальными приступами с психическими симптомами; неудовлетворительная лекарственная терапия (низкие дозы препарата); нарушение режима и самостоятельная отмена препарата; учащение приступов перед развитием психоза; наличие психотравмирующего фактора в виде тревоги за исход беременности и здоровье ребенка. Коррекция противоэпилептической терапии и

назначение психотропных препаратов улучшили состояние пациентки. Однако условием профилактики психотических расстройств у больных эпилепсией является поддержание устойчивой ремиссии заболевания при сотрудничестве пациента с врачом, адекватной лекарственной терапии и оптимальной психосоциальной адаптации.

### Список литературы

1. *Карлов В.А.* Эпилепсия у детей и взрослых, у мужчин и женщин (руководство для врачей). – М.: Медицина, 2010.
2. *Зенков Л.Р.* Клиническая эпилептология (руководство для врачей). – М.: Медицинское информационное агентство, 2010.
3. *Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю.* Эпилепсия. Атлас электроэнцефалографической диагностики. – М.: Альварес Паблишинг, 2004.
4. Эпилептология детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. А.С. Петрухина. – М.: Медицина, 2000.
5. *Усюкина М.В., Корнилова С.В., Шаманаев А.С., Шахбази Т.А.* Хронические шизофреноподобные психозы при эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2009. – № 8. – С. 16–19.
6. *Зенков Л.Р.* Непароксизмальные психические и поведенческие нарушения, связанные с билатерально-синхронными эпилептиформными разрядами в ЭЭГ (анализ собственных случаев и обзор литературы) // Неврологический журнал. – 2009. – № 5. – С. 22–27.