

Үзек гемодинамика үзгөрөшөн төзөтү — ишемик  
инсульт гадэттөн тыш дөвалау ысулының мөһим  
компоненты

*Е.А.Широков, А.В.Поткин, Б.С.Виленский*

Баш мие кан әйлөнеше үзгөргөн 100 авыруның заманча  
ультразвук ысуллар кулланып клиник һәм инструменталь тик-  
шерү нәтижәсендә, үзек һәм церебраль гемодинамиканың һәрберсе  
аерым дөваланырга тиешле, 3 типтагы гемодинамик какшау булуы  
ачыкланган. Инсульт кичергән авыруларны кан басымын төшерү  
препаратлары, бета-блокаторлар, периферик вазодилататорлар  
белән дөвалауга күрсәтмәләр һәм тыюлар билгеләнгән.

Correction of central hemodynamics disorders — the  
most important component of special therapy of  
ischemic insult

*E.A.Shirokov, A.V.Potkin, B.S.Vilensky*

The clinical examination of 100 patients with acute cerebral  
circulation disorders is performed using instrumentation. The use  
of current ultrasonic methods to study central and cerebral  
hemodynamics allows to show three types of hemodynamic disorders  
calling for differentiated treatment. Contraindications to the  
prescription of hypotensive drugs of central action, beta blocators,  
peripheric vasodilators in patient after insult are determined.

УДК 616.853.005

## О НЕКОТОРЫХ ВОЗМОЖНЫХ АЛЬТЕРНАТИВАХ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЭПИЛЕПСИИ

В.С.Чудновский

*Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.С.Чудновский)  
Ставропольского медицинского института*



На основании психопатологического изучения психических изменений у лиц, страдающих эпилептическими припадками, сделан вывод о возможности альтернативной классификации эпилепсии, в основу которой положен уровень выраженности энцефалопатического синдрома. Подобный подход повышает терапевтическую активность врача и благоприятно сказывается на больных в плане социальной реабилитации.

Психиатрические аспекты эпилепсии изучены столь полно и  
разносторонне, что постановка той или иной частной клинической  
проблемы в этой области может показаться трюизмом. Но болезнь  
продолжает существовать, и ее клиническое, социальное значение  
велико, несмотря на достигнутые успехи в консервативном  
лечении и реабилитации больных. Возможности оказания ради-  
кальной помощи больным эпилепсией посредством нейрохирурги-  
ческих вмешательств на современном этапе четко определились в  
общем комплексе терапевтических мероприятий, но они проводят-  
ся у сравнительно небольшой части таких больных.

Дальнейшее изучение клинических проявлений, внутренних  
механизмов и путей лечения больных эпилепсией требует поиска  
новых теоретических позиций и направлений, без которых  
прилагаемые усилия будут неизбежно приводить лишь к  
повторению ранее достигнутых результатов, в лучшем случае с

некоторым уточнением получаемых данных. В свою очередь, поиск  
новых путей невозможен без критического анализа достигнутого  
в русле традиционных клинических подходов к проблеме. Такой  
анализ высвечивает ряд противоречий в существующем учении об  
эпилепсии и практике ее лечения. Приводим лишь некоторые из  
них.

Что общего между гармонично сложенным, интеллектуально  
хорошо развитым, социально адаптированным человеком с  
периодически возникающими эпилептическими припадками и  
субъектом с задержкой психического развития, патологическим  
формированием характера и дезадаптивным поведением с раннего  
возраста, с диспластическим телосложением, аномалиями строе-  
ния лица, зубочелюстной системы, у которого среди многочислен-  
ных симптомов тяжелого психического заболевания отмечаются и  
эпилептические припадки (иногда довольно редкие)? Не идет ли

здесь речь о принципиально различных формах патологии, и есть ли основания утверждать, что эпилептические пароксизмы в любых условиях представляют собой центральное звено болезни, определяющее ее диагноз независимо от прочих ее симптомов? Существование промежуточных, переходных вариантов не придает убедительности концепции «единой» эпилептической болезни, так как континуум есть общий закон патологии, как и природы вообще. Между тем включение различных по клиническим проявлениям, течению и исходу патологических форм в единую болезнь заставляет тратить большие усилия на поиск их «общих» патогенетических механизмов, а практических врачей ориентирует на применение одинаковых схем лечения, не приводящих к удовлетворительным результатам.

Известно, что психопатологические симптомы при эпилепсии не всегда принимают форму грубых интеллектуально-мнестических расстройств; гораздо чаще они протекают в виде сравнительно легких изменений личности, которые принято называть эпилептическими. Уже сам термин подчеркивает их специфическую нозологическую принадлежность. Сходные изменения личности, встречающиеся при других нервно-психических заболеваниях, преимущественно органической природы, принято обозначать как эпилептиформные. Конвенциональный характер таких терминологических обозначений достаточно очевиден, и против него не было бы надобности возражать, если бы не возникла иная альтернатива понимания клинических отношений между эпилептическими и органическими эпилептиформными проявлениями, диктуемая новыми биологическими концепциями эпилепсии и представлениями о природе органических психических заболеваний. Понятие «органическое» в психиатрии за последние десятилетия перестало отождествляться с поражениями головного мозга, которые могут быть выявлены патологоанатомом визуально при вскрытии или под микроскопом. Оно стало гораздо шире и включает в себя психические нарушения в структуре мозгового синдрома — острого и хронического, в основе которого лежат не только морфологические изменения ткани головного мозга, но и немозговые заболевания, нарушения обмена веществ, приводящие к ухудшению функционирования центральной нервной системы.

Наименее определенное положение в системе психических заболеваний органической природы занимают непсихотические расстройства пограничного уровня. Будучи непосредственно связанными с поражениями мозговых структур, они в то же время открыты психогенным влияниям и тем самым приобретают известное сходство с неврозами и психопатиями. Но понимание их действительных отношений со сходным психопатологическими синдромами иного происхождения представляет собой сложную задачу, и она еще более осложняется использованием таких терминов, как неврозо- и психопатоподобные состояния,

псевдоневрозы и псевдопсихопатии. Термины, указывающие на подобие, неизбежно предусматривают, что синдромы, с которыми они схожи, являются подлинными, абсолютно специфическими в отношении вызвавшей их причине и клинически четко определенными. Но каждому известно, что такой уровень идентификации синдрома практически недоступен для современной психиатрии.

Более продуктивным, на наш взгляд, является выделение в качестве основного непсихотического мозгового расстройства энцефалопатического синдрома. Название это было однократно использовано во 2-м издании руководства по психиатрии Д.Федотова и А.Портнова, но не получило там достаточной клинической расшифровки.

В нашем представлении энцефалопатический синдром является собой полиморфную картину психических нарушений, включающую в себя, наряду со стойкой астенией, головными болями, соматовегетативными симптомами, ухудшение качества всех психических процессов (органическое снижение личности). Отмечаются ухудшение памяти, активного внимания, ригидность и чрезмерная обстоятельность мышления, эгоцентризм и консерватизм суждений, неустойчивость эмоциональных реакций, что не исключает в общем удовлетворительную семейно-бытовую и трудовую адаптацию на несколько сниженном уровне. Среди многочисленных и разнообразных симптомов — аффективных, obsессивно-фобических, ипохондрических и др. — центральное место в структуре энцефалопатического синдрома занимает неустойчивость уровня бодрствования. Она может проявляться извращением формулы сна с бессонницей ночью и принудительными засыпаниями за столом в дневное время, а также возникновением сновидных состояний с перцептивными и оптико-вестибулярными расстройствами. Примером их могут служить гипногагические и гипнопомпические галлюцинации, внезапные ощущения «проваливания», «утраты» собственного веса тела, «парения в воздухе», метаморфозии, расстройства «схемы тела». Их связь со снижением уровня бодрствования подтверждается многими фактами: они обычно возникают неожиданно в состоянии покоя, когда больной не занят активной деятельностью, находится в постели. Несмотря на тягостный характер переживаний, внешне проявляемая эмоциональная реакция отсутствует (подобно тому, как это бывает при «падении» во сне). Больной не делает попыток коррегировать ложные переживания волевыми действиями (например, ощупать себя, посмотреть на себя в зеркало при расстройствах «схемы тела»). Сами больные часто затрудняются определить свое состояние как бодрствующее или дремотное, допуская что оно «наполовину такое и другое».

Психические расстройства, связанные со снижением уровня бодрствования, чаще всего возникают пароксизмально и длятся недолго, на протяжении около 5-15 минут (точно учесть их длительность затруднительно, и сами больные не могут этого

сделать). Последующая амнезия бывает лишь частичной или может отсутствовать. Но они могут также затягиваться и на более продолжительное время, до нескольких часов. В этом случае изменения сознания бывают менее выраженными, и волевая активность больного в той или иной степени сохраняется. Так, больной с энцефалопатическим синдромом, выйдя из автобуса на остановке в районе своего дома, в растерянности осматривается, не узнавая знакомые места, долго бессмысленно ходит в разных направлениях, заходит в чужие подъезды, отдавая себе отчет, что ищет дорогу к собственному дому, но никогда при этом не обращается к прохожим, чтобы, назвав свой адрес, получить от них помощь.

Все изменения состояния, связанные со сниженным бодрованием, очень плохо осознаются больными, особенно в своих подробностях, и при первичном медицинском обследовании они практически никогда не жалуются, несмотря на тягостность субъективных переживаний. Выявление их требует от врача направленного внимания и навыков. Тщательное анамнестическое и психопатологическое изучение позволяет также у многих больных обнаружить более глубокие пароксизмальные нарушения сознания в виде абсансов, которым больные не придавали значения. Реже в амнезии встречаются и единичные судорожные припадки. Независимо от нозологической принадлежности заболевания, мы не считаем правильным обозначать их термином «эпилептиформные», так как по описанию они ничем не отличаются от эпилептических.

Но вернемся к проблеме эпилепсии. Если подойти к ней с точки зрения социальной роли больного, страдающего этим заболеванием, то можно различить по крайней мере три вида болезни. Один из них проявляется лишь пароксизмальными состояниями при отсутствии психических нарушений, имеющих генетическую связь с пароксизмами. Такой вид можно было бы обозначить как болезнь эпилептических припадков.

На другом полюсе находится злокачественно протекающее психическое заболевание, вероятнее всего, эндогенной природы, приводящее к деменции. В числе его многочисленных и разнообразных симптомов отмечаются и эпилептические припадки. С учетом большого удельного веса в его картине негативных симптомов, приводящих больного к глубокой социальной дезадаптации, есть все основания рассматривать его как хронический эпилептический психоз. Эндогенная его природа, помимо всего прочего, подтверждается наблюдениями В.Н.Фавориной, показавшей что на последних этапах заболевания клиническая картина злокачественно протекающей эпилепсии и шизофрении становится практически идентичной.

Третий вид заболевания, который характерен для большинства больных, наиболее сложен и многообразен — это эпилептические припадки разных типов и разной частоты, без слабоумия, но с

более или менее выраженными личностными расстройствами. Психиатр, придерживающийся классических установок, постарается найти у больных этой группы специфические эпилептические черты, но практически никогда не сможет этого сделать, избежав типизации наблюдаемых психических феноменов: акцентирования «нужных» их черт и сглаживания или игнорирования «ненужных». Психопатолог, сумевший избавиться от заранее заданной цели и избежать предвзятости в оценках, не найдет в большинстве случаев принципиально различных клинических, психопатологических проявлений, позволяющих уверенно дифференцировать картину эпилепсии и органического, энцефалопатического синдрома. Что же касается возникающего иногда в специальной литературе и в клинической практике вопроса о необходимости различения энцефалопатии с «эпилептиформными» проявлениями и эпилепсии с органическим изменением личности, то его лучше вообще не ставить, чтобы не придавать психиатрии статус науки, которая сама создает такие сложные проблемы, которые вряд ли когда-нибудь сможет разрешить.

Можно сделать предположение, что вся эта довольно разнородная в клиническом отношении группа больных эпилепсией представляет собой единое целое с теми больными, у которых диагностируется энцефалопатический синдром в связи с перенесенными черепно-мозговыми травмами, интоксикациями, нейроинфекционными, сосудистыми заболеваниями и т.д. Различия между ними, безусловно, имеются, но они носят не столько качественный, сколько количественный характер: в одних случаях эпилептические припадки очевидны и занимают большое место в картине болезни, в других — они часто находятся в скрытой форме, для их выявления требуются специальные приемы, а главное, не они определяют социальную роль больного человека. В одних случаях связь симптомов заболевания с органическим процессом в головном мозге известной степени этиологии не вызывает сомнений, в других — для выявления органической патологии требуются специальные условия и сложные диагностические приемы. Естественно предположить, что у какой-то части больных эпилепсией с изменением личности при самом совершенном обследовании не удастся выявить признаки органической патологии центральной нервной системы, а у какой-то части больных с энцефалопатическим синдромом — никаких эпилептических проявлений, и это ставит под сомнение всю представленную схему. В принципе против такого замечания трудно найти возражения. И все же нужно учесть, что ни один из существующих в настоящее время диагностических приемов не может претендовать на абсолютное выявление всех тонких изменений в мозговой ткани. Точно так же при соблюдении всех правил сбора анамнеза не удастся выявить таких симптомов болезни, которые оказываются вне сферы самосознания больного вследствие того, что ранее он ничего не слышал о них, не замечал их в других людях и в

самом себе, а потому не может выразить в словах и понятиях. Как было показано в наших исследованиях, такие болезненные расстройства остаются в сфере недифференцированных, «темных» ощущений и не находят отражения в самоощущении больного. В числе таких «темных» ощущений могут оказаться и некоторые виды эпилептических пароксизмов, не находящие отчетливого внешнего выражения в виде моторных и вегетативных феноменов. Наконец, было бы опрометчиво предположить, что существует такая схема, которая могла бы отразить все безбрежное многообразие клинических проявлений болезней.

Практическая польза выделения укрупненной группы заболеваний, включающей как явные формы эпилепсии с припадками и изменением личности, так и энцефалопатический синдром, видится в следующем. При обследовании больных врач освобождается от неблагодарной задачи дифференциации «органического», «эпилептического» и «эпилептиформного» видов, что позволит ему больше доверять своему реальному клиническому опыту и знаниям, чем психопатологическим амбициям. Предлагаемый принцип — от дифференциации к интеграции — концентрирует внимание врача на поиске «органической» основы любого заболевания с эпилептическими припадками и на более тщательном выявлении эпилептических проявлений при органических заболеваниях головного мозга, повысит его терапевтическую активность. Часть больных эпилепсией, утратив свой статус «психически больных», выиграет в плане реабилитации. Укрупнение группы больных, требующих специальной медицинской

помощи, послужит аргументом в пользу решения давно уже назревшей проблемы оказания им квалифицированной помощи бригадой специалистов, включая невропатолога, нейрохирурга, психиатра, нейрофизиолога и других — по мере надобности.

Поступила 09.04.93.

Эпилепсиянең клиник классификациясендә мөмкин  
булган альтернативалар турында

*В.С. Чудновский*

Эпилептик еянек белән интегучеләрдеге психик узгәрешләрне психопатологик өйрәнү нигезендә эпилепсияне альтернатив классификацияләү мөмкинлеге турында нәтижә ясалган, аның нигезенә энцефалопатик синдромның чагылы дәрәжәсе салынган. Мондый караш врачның терапевтик активлыгын күтәрә һәм авруларга социаль реабилитация планында уңайлы тәэсир итә.

On some possible alternatives of the clinical  
classification of epilepsy

*V.S. Chudnovsky*

Based on the psychopathologic study of psychical changes in persons suffering from epileptic attacks, the conclusion is made regarding the possibility of the alternative classification of epilepsy which has its origins in the pronounced level of encephalopathic syndrome. Similar approach increases the therapeutic activity of a physician and favourably affects the patients from the viewpoint of social recovery.