

КЛИНИКА ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

В.Т.Лекомцев

Кафедра психиатрии (зав. — проф. С.М.Плотников)

Ижевского медицинского института



Проведено клинико-психологическое обследование 310 больных, страдающих травматической эпилепсией. Основным клиническим проявлением продромального периода травматической эпилепсии является сочетание церебрастенической симптоматики с парасимпатическими расстройствами пароксизмального характера.

Стремительный рост нейротравматизма во всех индустриально развитых странах сегодня очевиден. По мнению ведущих специалистов, черепно-мозговая травма в последние десятилетия превратилась в одну из ведущих проблем здравоохранения. Повреждения черепа и головного мозга составляют 30-40% от всех травм, занимая первое место среди причин трудовой инвалидизации трудоспособного населения [13]. Одним из частых осложнений травматической болезни мозга является травматическая эпилепсия [10, 12]. Многие аспекты травматической эпилепсии до сих пор не разрешены. Недостаточно изучены закономерности формирования травматической эпилепсии на доманифестном этапе заболевания, когда представляется возможным проследить влияние факторов риска на развитие травматической эпилепсии и дать таким образом ответ на один из важных вопросов — о причинно-следственных взаимоотношениях патологических процессов, определяющих развитие травматической эпилепсии у каждого конкретного больного. Уточнение клинических критериев продромального периода травматической эпилепсии позволит не только невропатологам и психиатрам, но и врачам общеклинической сети проводить раннюю диагностику, а, следовательно, первичную и вторичную профилактику этого заболевания. По мнению ряда исследователей [3-5], продромальный период эпилепсии складывается из астенических состояний, различных нарушений сна, диффузных головных болей, снохождений, миоклонических вздрагиваний при засыпании и во сне. Травматический церебрастенический синдромокомплекс является осевым синдромом травматической болезни мозга [11, 14]. Степень и глубина травматической церебрастении играют существенную роль в развитии травматической эпилепсии и имеют важное значение для ранней диагностики и прогноза. Лишь в

последние годы установлено, что травматический эпилептический синдром возникает на фоне астенических состояний [2, 7, 9, 11, 15].

Классификация астенических состояний проведена нами по Б.С.Вамдасу [1], который выделяет гиперстеническую и гипостеническую формы астений, синдром раздражительной слабости, астеновегетативный синдром. В процессе изучения церебрастенического синдрома у больных травматической эпилепсией нами выделены еще два варианта церебрастенических состояний: астеносубдепрессивный и астенодеперсонализационно-дереализационный.

Нами было обследовано 310 больных травматической эпилепсией — 226 (72,9%) мужчин и 84 (27,1%) женщины в возрасте от 15 до 75 лет. Церебрастенический синдром диагностирован у 273 (88,0%) больных из 310 обследованных. Гиперстеническая форма травматической церебрастении выявлена у 97 (35,5%) больных. В основном больные этой группы жаловались на головные боли, повышенную раздражительность, нарушение трудоспособности, повышенную утомляемость, особенно при неудачах, психогениях, физической нагрузке. У части больных раздражительность сопровождалась аффективными вспышками, вплоть до «огневой возбудимости». Состояния раздражительности проходили, сменяясь чувством раскаяния и осознания несправедливости своего поведения. Сон характеризовался затрудненным засыпанием, наплывом ярких воспоминаний, не приносил чувства удовлетворения, напротив — вызывал тревогу, беспокойство. Выраженные вегетативные нарушения проявлялись повышенной потливостью, тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями АД со склонностью к гипертензии. Были характерны

жалобы на снижение внимания, нарушения памяти. У 13 (13,4%) больных повышенная раздражительность сопровождалась беспечностью, отсутствием критики к своему состоянию. Фон настроения был повышен, действия отличались легковесностью и непродуманностью. У этих больных можно было констатировать раннее формирование лобного или психоорганического синдрома, его эйфорически-некритического варианта.

Гипостеническая форма травматической цереброастении выявлена у 52 (19,0%) больных. На первый план в этой группе выступали жалобы на слабость, быстро наступающее утомление, утрату интереса к своим увлечениям, окружающим, адинамию, обидчивость, сопровождающуюся слезливостью. Некоторые больные жаловались на неприятные ощущения и боли в области сердца, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта. Беспокоили поверхностный сон, затрудненное засыпание, наплывы ярко окрашенных представлений прошедшего дня, сниженное настроение. АД имело тенденцию к повышению. У 16 пациентов (30,7%) отмечались непереносимость шума, яркого света, «чуткое реагирование организма» на смену атмосферных колебаний. У части больных были выражены перестезии, внутренний дискомфорт. У 9 (17,3%) имело место снижение либидо. Вегетативные нарушения проявлялись онемением рук и ног, общей потливостью. У 4 (7,6%) больных были вегетососудистые кризы, головокружения, у 6 (11,5%) — приступообразные головные боли.

Синдром раздражительной слабости диагностирован у 42 (15,4%) больных. Повышенная раздражительность, гиперестезия к шуму и яркому свету часто сменялась продолжительной слезливостью. Тяжесть в голове, пульсирующие головные боли сопровождалась неприятными ощущениями в различных частях тела. Выявлялись колебания частоты пульса и АД. Сон был поверхностным, с частыми пробуждениями. Утром больные не отмечали гедонического компонента сна.

Астеновегетативный синдром диагностирован у 31 (11,4%) больных. На фоне утомляемости, раздражительности, снижения работоспособности, колебания настроения больных беспокоили разнообразные вегетативные расстройства: общий дискомфорт, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. В жалобах звучало: «Все болит, нет аппетита, тяжесть в желудке». Диарея сменялась запорами. Диспептические расстройства, приступы тахикардии вызывали тревогу; у больных появлялось опасение, что они страдают «серьезным» заболеванием, «врачи их неправильно лечат». Вегетативные нарушения в этой группе были диффузными, особенно при волнении, умственном и физическом напряжении. Имели место головокружения, тошнота, чувство неуверенности в ходьбе.

Астеносубдепрессивный синдром констатирован у 25 (9,4%) больных. У большинства из них к чувству усталости, повышенной утомляемости присоединялись жалобы на снижение интереса к работе, домашним обязанностям. Аффективные вспышки

сопровождались покраснением, потливостью, дрожью. Они были кратковременными, заканчивались извинениями перед окружающими, чувством разбитости, тоскливым настроением, порою идеями самообвинения. Изменчивость настроения больные обычно связывали с физической усталостью, изменениями атмосферных колебаний, повышением или понижением АД. Сон был поверхностным, с частыми пробуждениями; у некоторых отмечалась агнозия сна, они упорно отрицали сон на протяжении нескольких дней и даже недель. Больные просыпались с чувством дискомфорта, со сниженным настроением. На этом фоне они отмечали свою несостоятельность, никчемность. У больных возникали суицидальные мысли.

Астенодеперсонализационно-дереализационный вариант цереброастенического синдрома выявлен у 26 (9,5%) больных. Легкая истощаемость, эмоциональная ранимость, чаще на фоне повышения АД, головокружений сопровождалась ощущением перемещения собственного тела, онемения конечностей с явлениями чуждости — «не моя рука, не моя нога», состоянием тревоги и страха перед возможным «параличом конечностей». У больных, по их словам, было полное отсутствие мыслей, заполнение головы «водой», появление ощущения «как чужая голова». У 4 (15,3%) больных во время сна возникали устрашающие сновидения, когда они воспринимали себя резко увеличенными в размерах. На фоне общего дискомфорта больные отмечали тусклость, нечеткость своего мироощущения. У 2 (7,6%) больных возникало искаженное восприятие деревьев и зданий: «все вокруг изогнуто». На высоте дереализационных переживаний появлялись аффективные расстройства в виде страха, необъяснимой тревоги.

Все клинические варианты травматического цереброастенического синдрома протекали с различными расстройствами сна. В связи с этим нами было проведено тщательное исследование нарушений сна в продромальном периоде. Сон несет важные адаптивные функции — во время сна организм чутко реагирует на изменения характера бодрствования и параметров окружающей среды [1]. Это состояние является одним из наиболее чувствительных и объективных показателей центральной нервной системы [4, 6, 8]. Для изучения расстройств сна у больных травматической эпилепсией мы пользовались классификацией нарушений сна и бодрствования, предложенной А.М.Вейном [6]. Нарушения сна в продромальном периоде наблюдались у 283 (91,2%) больных. Клинические проявления нарушения сна были весьма разнообразными.

Инсомнии, или диссомнические расстройства сна, обнаружены у 62 (20%) больных. Пациенты жаловались на трудность засыпания. Испытывая желание спать, больные вовремя ложились, но сон в этот момент их покидал. В периоде засыпания, со слов больных, «время останавливается». Сон поверхностный — малейший шум, движение транспорта на улице приводят к пробуждению. Нередки миоклонические вздрагивания.

У 16 (25,8%) больных они носили генерализованный характер. Поверхностный сон сопровождался устрашающими стереотипными сновидениями, ночными страхами. После пробуждения больные жаловались на вялость, отсутствие гедонического компонента сна. У 17 из 62 пациентов выявлена агнозия сна. Больные указывали на эмоциональную неустойчивость, пониженное настроение.

Гиперсомнии имели место у 37 (11,9%) обследованных. Основные жалобы — утомляемость, дневные засыпания. Сонливость возникает при монотонной работе, езде на транспорте, просмотре телевизионных передач, чтении книг. Анализ гиперсомнических расстройств у больных не выявил их пароксизмальности. Пациенты легко просыпались, однако после пробуждения не сразу могли включиться в работу, чувствовали во всем теле слабость, желание поспать. У 4 (1,2%) больных при пробуждении наблюдались катаплексические состояния. Они жаловались на «неподвижность» конечностей, трудности управления ими. Катаплексия пробуждения сопровождалась аффективными расстройствами и страхом засыпания в одиночестве.

Парасомнические расстройства диагностированы у 219 (70,6%) больных. В большинстве случаев парасомнии носили пароксизмальный характер и проявлялись двигательными (сомнамбулизм, бормотание во сне, бруксизм, ночные миоклонии) и психическими (ночные кошмары, устрашающие сновидения, спутанность сознания после пробуждения) парасомниями.

Сомнамбулические состояния как проявления амбулаторного автоматизма наблюдались у 16 (5,2%) больных, причем снохождения преобладали у лиц молодого возраста — до 20 лет (3,5%). Со слов родителей, больные в ночное время совершали автоматизированные действия. Попытки их разбудить и привлечь внимание, «привести в чувство», обычно успеха не имели.

Мы наблюдали больную Ф., 43 лет, которая во время приступов сомнамбулизма аккуратно выкладывала белье из шифоньера и складывала под диван. Утром, не обнаружив белья, устраивала скандалы с детьми, что послужило причиной размена квартиры. Приступы сомнамбулизма редко заканчиваются спонтанным пробуждением. Эпизод сомнамбулизма амнезируется. Эпилептическая природа сомнамбулизма подтверждается ЭЭГ-исследованиями и соответствует имеющимся данным [4, 16, 18, 19]. Сногворение выявлено у 27 (8,7%) больных. Чаще оно наблюдается в первой половине ночного сна. Продолжительность сногворения — от нескольких секунд до нескольких минут. Во время сна больной ведет диалог, чему-то удивляется, произносит малозначащие фразы. У 7 (2,5%) больных разговоры во сне были чрезвычайно эмоциональными, сопровождалась вегетативными реакциями.

Бруксизм (скрежетание зубами) наблюдался у 21 (6,7%) больного преимущественно молодого возраста. Скрежетание зубами у 15 (4,8%) больных сочеталось с сомнамбулизмом, у 7 (2,2%) — с ночными кошмарами.

Миоклонические вздрагивания при засыпании и во сне отмечены у 137 (44,2%) обследованных. Вздрагивание обычно охватывало мускулатуру какой-либо конечности. У 91 (29,3%) больного миоклонические вздрагивания были симметричными, с вовлечением мускулатуры всего тела. Изолированные миоклонические вздрагивания больных особо не беспокоили, их отмечали лишь 5 (1,6%) человек, однако общие, генерализованные миоклонические вздрагивания вызвали у больных страх, затрудняли засыпание, нарушали сон, волновали возможными в связи с этим припадками или физическими травмами.

Наиболее частыми нарушениями сна у больных травматической эпилепсией были психические парасомнии пароксизмального характера. Устрашающие сновидения (цветные и чернобелые), характеризовались аффективной насыщенностью переживаний, сопровождалась витальным страхом, генерализованными вегетативными реакциями. Больные сообщали о том, что во сне «все кругом горело, окружающее было окрашено в красный или необычный цвет», их кто-то преследовал; они чувствовали, как падают в пропасть, проваливаются в бездну. У части больных во сне все рушилось. Часты сновидения с искажением восприятия окружающего мира. Реальный мир приобретает особые краски. Мы наблюдали больную Л., 32 лет, которая перед припадками за 2-3 дня видела один и тот же сон: «Вижу, как разбивается корабль, на людей наплывает огромная волна, мачта превращается в морское чудовище». Во сне больная громко кричала, испытывала страх, после пробуждения долго не могла успокоиться. У больного П., 22 лет, после просмотра кинофильма «Легенда о динозавре» появились устрашающие сновидения: в течение недели он видел сон, как ящер разрывал людей. Больной во сне метался, плакал. Просыпаясь утром, долго не мог прийти в себя. Вечером испытывал тревогу за возможные повторения снов. Через неделю у больного возникли пароксизмы височного характера. У 4 больных отмечались «припадоочные» сны. Сны были аффективно окрашены.

Ночные кошмары выявлены у 27 (8,7%) больных, из них у 17 (5,4%) подростков. На фоне глубокого сна больные внезапно просыпались с выражением ужаса и страха на лице. Наблюдалось резкое мышечное оцепенение, на замечание родителей не реагировали, не могли воспроизвести свои переживания.

Состояния спутанности сознания после пробуждения возникали у 34 (11%) больных. Со слов родителей и близких, больные после подъема выглядели необычно, не могли сразу понять окружающее, осознать реальность окончания сна. У 13 (4,2%) больных отмечалось двигательное возбуждение: они совершали автоматизированные действия, устремлялись к окну, размахивали руками, уходили из квартиры. Большинство из них (6,2%) после пробуждения находились в состоянии обездвиженности, «оцепенения», не могли совершать никаких действий, произнести слово.

Выводы:

1. Церебрастеническую симптоматику, являющуюся признаком общецеребральных расстройств и снижения порога судорожной готовности мозга, а также расстройства сна, особенно парасомнические расстройства пароксизмального характера, следует рассматривать как проявления продромального периода травматической эпилепсии.

2. Выделение продромального периода травматической эпилепсии, знание его психопатологических, пароксизмальных проявлений и своевременная терапия позволят практически врачам проблему эпилепсии психиатрического уровня перевести на уровень врачей-невропатологов и врачей общей сети.

Литература:

1. Бамдас Б.С.// Астенические состояния — М., 1961.
2. Бачериков Н.Е., Рак Л.С.// Клиническая психиатрия. Под ред. проф. Н.Е.Бачерикова. — К., 1980.
3. Болдырев А.И.// Эпилепсия у взрослых — М., 1971.
4. Болдырев А.И.// Эпилепсия у взрослых — М., 1984.
5. Болдырев А.И.// Эпилепсия у детей и подростков — М., 1990.
6. Вейн А.М.// Нарушения сна и бодрствования — М., 1974.
7. Габашвили В.М.// Клиника и лечение эпилепсии — Тбилиси, 1986.
8. Латаш Л.П.// Гипоталамус, приспособительная активность и электроэнцефалограмма — М., 1968.
9. Лекомцев В.Т.// Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — №6. — С.43-46
10. Мердалов В.С.// Посттравматический эпилептический синдром (Патогенез, прогноз развития и некоторые вопросы терапии): Автореф. дисс. докт. мед. наук. — М., 1988.
11. Погада Й., Гепхард Я., Дмитриева Т.Б.// Руководство по психиатрии. Под ред. Г.В.Морозова — Т.1. — М., 1988. — С. 610-639.
12. Ромоданов А.П., Педаченко Т.А.// Вопр. нейрохир. — 1984. — №3. — С.9-13.
13. Трошин В.Д., Шубина Л.П.// Теоретические и методологические основы нейропрофилактики — Новосибирск, 1988.
14. Угрюмов В.М., Лубенский Е.Г. Калинер С.С. и др.// Диагностика и хирургическое лечение травматической эпилепсии. — Л., 1967
15. Хамилис М.Д.// Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — №6. — С.30-31
16. Хашимов Р.А.// Актуальные вопросы физиологии патологии сна. — М., 1985.
17. Чудновский В.С. Крджечковский А.Ю.// Частная психиатрия. Учебно-методическое пособие. — Ставрополь, 1988.
18. Yacobson A., Kales A. et al.// Science. — 1965. — Vol. 148. — P. 975-977.
19. Williams H., Cartwright R.// Arch. gen. Psychiat. — 1969. — Vol.20. — P. 307-314.

Поступила 02.03.93.

Травматик эпилепсиянең яшерен периоды клиникасы

В.Т.Лекомцев

Травматик эпилепсия белән авырчы 310 авыруга клиник-психологик тикшеренүләр үткәрелде. Алынган нәтижеләр нигезендә травматик эпилепсиянең яшерен периодында төп клиник күренеш булып церебрастеник симптомнарның пароксизмаль рәвештәге парасомник какшаулар белән аралашуы тора дип әйтергә мөмкин. Китерелгән мәғлүмәтләр хәзергә заманча профилактика чараларын оештыруны яхшытырга ярдәм итәләр.

Clinical picture of the prodromal period of traumatic epilepsy

V.T.Lekomtsev

The clinicopsychologic examination of 310 patients suffering from traumatic epilepsy is performed. The basic clinical manifestation of the prodromal period of traumatic epilepsy is the combination of cerebrasthenic symptomatology with parasomnipathic disorders of paroxysmal nature.