

С.А.Громова, В.Е.Машукова

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
В ИНИЦИАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Отделение эпилепсии (рук. — проф. С.А.ГРОМОВ)

Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Р е ф е р а т. На клиническом материале 375 больных (200 — опытная группа, 75 — контрольная, в 100 случаях — пароксизмально протекающие неэпилептические заболевания) изучены особенности лечения и реабилитации больных эпилепсией в начальной стадии заболевания. Установлено, что для инициального периода заболевания характерны: 1) гипердиагностика эпилепсии; 2) молодой возраст больных; 3) мономорфность припадков; 4) отсутствие изменений на ЭЭГ; 5) высокая эффективность лечения; 6) сохранение трудовой адаптации.

С.А.Громова, В.Е.Машукова

ЭПИЛЕПСИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
В ИНИЦИАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

На клиническом материале 375 больных (200 — опытная группа, 75 — контрольная, в 100 случаях — пароксизмально протекающие неэпилептические заболевания) изучены особенности лечения и реабилитации больных эпилепсией в начальной стадии заболевания. Установлено, что для инициального периода заболевания характерны: 1) гипердиагностика эпилепсии; 2) молодой возраст больных; 3) мономорфность припадков; 4) отсутствие изменений на ЭЭГ; 5) высокая эффективность лечения; 6) сохранение трудовой адаптации.

S.A.Gromov, V.E.Mashukova

PECULIARITIES OF TREATMENT
AND REHABILITATION OF EPILEPTICS
AT THE INITIAL STAGE OF DISEASE

On clinical material of 375 patients (200 — test group, 75 — control group, in 100 cases — paroxysmally nonepileptic diseases) peculiarities of treatment and rehabilitation of epileptics at the initial stage of the disease are studied. It is found, that the initial stages of the disease are characterized by: 1) hyperdiagnostics of epilepsy; 2) young age of patients; 3) monomorphism of seizures; 4) absence of ECG-changes; 5) high treatment efficiency; 6) retaining of adaptation to work.

В настоящее время хорошо известно, что эпилепсия является заболеванием, требующим длительного, многолетнего лечения, в процессе которого на различных этапах могут происходить изменения клинических симптомов и параклинических (электроэнцефалографические, психологические, биохимические, фармакологические) показателей [1,2,3]. Поэтому лечебные и психосоциальные воздействия должны корректироваться с учетом стадий заболевания, полученных результатов и соответствующих им болезненных проявлений. Каждая стадия заболевания имеет свои клинические, терапевтические и реабилитационные особенности, последовательное изучение

которых дает возможность разработать дифференцированные медико-реабилитационные программы.

Несомненно, что каждый этап лечения, начиная с проведения восстановительной, а затем и поддерживающей терапии в период ремиссии припадков, влияет на исход заболевания, приводя либо к регрессу, либо к углублению болезни.

На начальных этапах заболевания могут иметь место диагностические трудности, заключающиеся в неправильном распознавании характера патологического процесса и в установлении диагноза эпилепсии у больных с пароксизмами неэпилептического характера. Именно это часто предопределяет особенности реабилитации этих больных на начальных этапах заболевания [4]. Особенно большие споры связаны с трактовкой единичного суточного припадка. На практике часто без достаточного основания устанавливают диагноз эпилепсии, снятие которого в дальнейшем сопряжено с большими трудностями. Единичный приступ, бывший много лет назад, часто служит необоснованно серьезным препятствием при выборе профессии и определении профпригодности.

Реабилитация больных эпилепсией в начальном периоде заболевания имеет свои клинико-диагностические и реабилитационные терапевтические особенности, с учетом которых необходимо решать вопросы планирования конкретных лечебных программ. Разработка реабилитационных мероприятий на ранних этапах эпилепсии должна опираться на данные обследования, объективно отражающие функциональное состояние различных органов и систем организма. Как известно, это заболевание сопровождается не только эпилептическими пароксизмами, но и психическим дефектом разной степени выраженности, органическими изменениями мозга, обменными нарушениями, глубина которых зависит от периода и формы заболевания, видов и частоты припадков, адекватности проводимого антиконвульсантами лечения и т.д.

Разработка наиболее оптимальных реабилитационных программ для больных эпилепсией на разных стадиях заболевания становится возможной лишь на основании проведения комплексного обследования.

Задачи исследования: 1) изучить особенности реабилитации больных эпилепсией в

инициальном периоде заболевания; 2) усовершенствовать и уточнить диагностику эпилепсии на начальных стадиях заболевания; 3) разработать конкретную лечебно-реабилитационную программу для больных в инициальной стадии эпилепсии.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы: метод клинического наблюдения, ЭЭГ, КТ, ПЭГ, М-эхо, РЭГ, экспериментально-психологические и биохимические методы. Катамнез наблюдения 3—5 лет.

Всего обследовано 375 больных эпилепсией, из них 300 (опытная группа) — в инициальной стадии заболевания (болеи не более 3 лет) и 75 (контрольная группа) — страдающих эпилепсией более 10 лет.

В процессе обследования произошло разделение опытной группы на две подгруппы: 1-я, чисто опытная, — 200 больных, у которых был подтвержден диагноз эпилепсии; 2-я — 100 больных, у которых диагноз эпилепсии был признан ошибочным и изменен. У 42 человек пароксизмы были расценены как обмороки, у 18 — истерия, у 12 — гипогликемические состояния, у 10 — дисцие фаллий синдром с вегетативно-висцеральными кризами, у 4 — опухоли головного мозга, у 4 — синдром Унтерхарншейда, у 6 — синдром эпилепсии и нарколепсии, у 2 — синдром беттолепсии, у 2 — офтальмоплегическая мигрень.

Продолжительность инициальной, или начальной, стадии заболевания в 3 года была принята нами условно, исходя из того факта, что именно в течение этого срока происходит стабилизация вида, частоты приступа, изменений кривой на ЭЭГ.

Контрольная группа составлена из 75 больных, длительность заболевания которых превышала 10 лет, аналогично опытной. Введение в исследование группы больных с большим сроком заболевания позволяло достичь более контрастного выявления особенностей реабилитации больных эпилепсией в начальный период заболевания.

В опытной группе было 120 женщин (60%), 80 — мужчин (40%), в контрольной группе — 50 женщин (67%), 25 — мужчин (33%). Возраст больных в обеих группах был от 15 до 40 лет.

У обследуемых больных выделены следующие виды припадков. В опытной группе: генерализованные судорожные — у 115 (57,5%), абсансы — у 45 (22,5%), парциальные — у 23 (11,5%), смешанные — у 17 (8,5%) больных. В контрольной группе: генерализованные — у 10 (13%), абсансы — у 10 (13%), парциальные — у 5 (7%), смешанные — у 50 (67%) больных.

Начиналось заболевание чаще с тонико-клонических припадков, и только спустя 6 мес присоединялись абсансы и смешанные припадки. В опытной группе припадки наблюдались реже (1—2 раза в год), чем в кон-

трольной группе (от 1—2 раз в месяц до ежедневных).

Были изучены возможные причины возникновения заболевания. В опытной группе более чем у половины больных отмечена черепно-мозговая травма, затем инфекции, реже наследственная отягощенность эпилепсией. В контрольной группе инфекции занимали 1-е место, черепно-мозговая травма — 2-е.

Все наблюдаемые больные в инициальной стадии эпилепсии были тщательно обследованы, включая ЭХО, РЭГ, которые изменений не выявляли. ПЭГ в опытной группе была произведена у 128 (64%) больных. Выявлены: кистозно-слипчивые арахноидиты — у 68 (53%), атрофические процессы ствольных структур — у 18 (14%), водянка головного мозга — у 19 (15%), сочетанная патология — у 23 (18%) человек. При ПЭГ-обследовании 75 больных контрольной группы выявлены: кистозно-слипчивые изменения головного мозга — у 10 (13%), водянка — у 10 (13%), сочетанная патология — у 42 (56%) больных.

КТ произведена всем больным; в опытной группе морфологические изменения выявлены у половины больных, в контрольной группе — у всех больных.

Таким образом, различные органические изменения выявлены в обеих группах, но чаще они имели место у длительно болеющих.

Особую важность в инициальном периоде заболевания представляют данные ЭЭГ-исследования. У 1/3 больных этой группы четко регистрировались пароксизмальные нарушения, у остальных они отсутствовали либо были слабо выражены, в то время как у всех длительно болеющих регистрировалась выраженная пароксизмальная активность головного мозга.

Проведено также психологическое обследование больных в начальном и отдаленном периодах заболевания. Жалоб на ослабление психической деятельности, снижение памяти среди лиц, болеющих эпилепсией до 3 лет, никто не предъявлял. У длительно болеющих имели место изменения личности.

Начинаются реабилитационные мероприятия с восстановительного лечения, которое проводится, как правило, в условиях стационара; результаты его являются основой для прогнозирования и построения дальнейшей программы лечения. В этот период уточняются диагноз, характер и частота припадков, этиопатогенетические факторы заболевания, налицо и степень выраженности психического дефекта и уровень социальной дезадаптации, а также подбирается адекватная противозлептическая терапия.

В настоящее время общепринято, что восстановительное лечение включает помимо противозлептической терапии различные психосоциальные методы воздействия: лечение занятостью, лечебно активизирующий режим, "терапевтическую среду", психотерапию, адаптивное "биоуправление" и др.

Всем больным с начальной стадией эпилепсии после тщательного обследования проведен курс восстановительной терапии в условиях клиники эпилепсии института им. В.М.Бехтерева. К ним был применен, помимо медикаментозного лечения, комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий: трудотерапия, лечение "терапевтической средой", психотерапия и др. Терапевтическая эффективность психосоциальных воздействий при лечении эпилепсии достаточно подробно изучена. Тем не менее необходимо остановиться на значении рациональной психотерапии у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания. В ходе ее решались следующие задачи: 1) установление контакта и взаимопонимания с больным; 2) выработка веры в возможность излечения его болезни ("положительная лечебная перспектива"); 3) убеждение больного в необходимости проведения длительного лечения и поддерживающей терапии даже после прекращения припадков в течение 3-5 лет; 4) перестройка его отношения к жизни в семье, в рабочем коллективе, к возможным профессиональным изменениям после выписки из стационара.

Рациональная психотерапия показана всем группам больных эпилепсией, вне зависимости от длительности заболевания, характера и частоты припадков.

В результате проведенного лечения по разработанной реабилитационной программе у всех 200 больных эпилепсией с инициальной формой заболевания получены положительные результаты: у 135 (67,5%) из них припадки удалось устранить полностью и у 65 (32,5%) сократить их число. Анализ показал, что больные, у которых удалось полностью устранить припадки, преимущественно больные с длительностью заболевания 1-2 года, страдавшие генерализованными судорожными и парциальными моторными (джексоновскими) припадками.

Как показали результаты проведенного исследования, акцент реабилитационных мероприятий у больных в инициальной стадии заболевания в отличие от таковых у длительно болеющих смещается в сторону медицинских, а не социально-трудовых, так как у этой группы больных обычно нет трудовой дезадаптации, и поэтому социальные и другие ограничения к ним реже применяются. После проведения курса восстановительной терапии и получения контроля над припадками главной задачей реабилитационной программы является сохранение ремиссии припадков в течение 3-5 лет. Этот период наблюдения необходим также для решения в последующем вопроса о выздоровлении.

Обсуждая вопросы медицинской реабилитации наблюдаемых больных, следует прежде всего рассмотреть вопросы медикаментозного лечения и восстановительной терапии в це-

лом. Кроме непосредственных противозепитических средств использовались патогенетическая терапия и нелекарственные методы: лечение занятостью, аутотренинг, лечебно-активирующий режим.

В опытной группе основная масса (135) больных получала монотерапию и только 65 (32,5%) пациентов были переведены на политерапию, в то время как в контрольной группе почти все больные получали два и более препаратов антиконвульсантов. В результате проведенного лечения, как отмечено выше, у всех больных в опытной группе получены положительные результаты, при этом у 67,5% из них удалось полностью устранить припадки, а у 32,5% сократить их число более чем на 50%. В контрольной группе подобный результат получен только у 50% больных. Следовательно, особенностью лечения больных опытной группы являлось преобладание монотерапии над политерапией, что дало высокий эффект лечения. В конечном счете стало возможным более демократично и обоснованно решать вопросы, связанные с реабилитацией этой категории больных.

Таким образом, в процессе проведенного исследования были выявлены следующие особенности реабилитации больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания: 1) наличие ошибок диагностики (гипердиагностика эпилепсии); 2) моноформность возникающих припадков; 3) невысокий процент наличия пароксизмальных нарушений на ЭЭГ; 4) сохранность интеллекта и отсутствие изменений личности; 5) сохранность социально-трудовой адаптации у большинства больных; 6) молодой возраст заболевших; 7) более высокая эффективность проводимой противосудорожной терапии.

Была составлена также конкретная лечебно-реабилитационная программа для больных в начальной стадии эпилепсии (длительность заболевания 1-3 года). Она включает следующие основные разделы:

1. Своевременная и правильная диагностика с выяснением причины заболевания и уточнением функционального диагноза, с обязательным мониторингом — ЭЭГ- и КТ-обследованием и госпитализацией больного в специализированные или неврологические отделения после любого первого припадка, протекавшего с утратой сознания.

2. Назначение и оптимизация медикаментозной терапии антиконвульсантами с преимущественным использованием монотерапии при редких судорожных припадках, до 1-2 раз в месяц, и политерапии при абсансах, более частых полиморфных или резистентных к терапии приступов под контролем концентрации противосудорожных препаратов в крови.

3. Адекватное решение вопросов социально-трудовой и семейной реабилитации или адаптации больных.

4. Прогнозирование исхода заболевания с учетом результатов реализации лечебно-реабилитационных мероприятий.

5. Динамическое наблюдение за больным, особенно в течение первого года после приступа.

Реализацию рекомендуемой программы целесообразно проводить в условиях поликлиники или областного (городского) эпилептологического центра.

УДК 616.853—085

С.А.Громов, Е.В.Карташева

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Отделение эпилепсии (рук. — проф. С.А.ГРОМОВ)

Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева

Реферат. На клиническом материале 129 больных эпилепсией с изменениями личности рассматриваются вопросы оптимизации дифференцированной терапии выявленного психического дефекта. Приводится новая систематизация изменений личности; обосновывается вывод, что лечение этих больных обязательно должно быть комплексным, включающим наряду с антиэпилептическими препаратами и ряд психотропных средств.

С.А.Громов, Е.В.Карташева

ШЕХЕСАРОНДА ТӨРЛЕ ТИП ҮЗГӨРЭШЛӘР
БАРЛИККА КИЛГӨН: ЭПИЛЕПСИЯ АЙЛУУЛАРЫ
ДӘВАЛАУГА ЗАМАНАҒА ЯКИН КИЛУ

Шеҳесаронда үзгөрешләр клиник тәҗрибә нәтиҗәләре 129 эпилепсия клиник шартларда тикшерү нәтиҗәләре, аңлатылган шәхсәи дефектны буын (дифференциация) үзгәртүгә нәтиҗәләре хәтмә. Шеҳесаре үзгәртүгә яңа систематизациялә һәм аһәтә аңлатуларынә дәваләүгә аһәтәләшә дәваләүгә һайбәр дәруулар болан һайбәр психотроп препаратларынә комплекслы һәм һарнамагы тәһәтләү түрләдә һәтәжәләү мөһәтәләп һәрәлә.

S.A.Gromov, E.V.Kartasheva

PRESENT-DAY METHODS OF THERAPY OF DIFFERENT TYPES OF MODIFICATION OF PERSONALITY IN EPILEPTICS

The question of optimization of differentiated therapy of revealed psychic defect is discussed on clinical material of 129 epileptics with modification of personality. New systematization of modification of personality is given and the conclusion that treatment of such patients must necessarily be complex, including a number of psychoactive drugs, is justified.

Изменения личности (ИЛ) в клинике эпилепсии являются одним из ведущих симптомов заболевания и встречаются в неврологической практике не так уж редко, хотя, как показывает наш опыт, неврологи их часто не регистрируют и не лечат. Традиционно в

ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых.—М.: Медицина, 1984.—288 с.
2. Карлов В.А. Эпилепсия.—М.: Медицина, 1990.—336 с.
3. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией.—СПб.: Образование, 1993.—238 с.
4. Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией.—Л.: Медицина, 1987.—176 с.

Поступила 12.04.96.

литературе описывается классический тип этих изменений, психопатологические феномены, развивающиеся при эпилепсии вследствие органического поражения различных отделов мозга [4, 6, 7, 10, 14]. В то же время ИЛ у наблюдаемых больных играют большую роль в клинической картине заболевания, рассматриваются как психический дефект и часто дезорганизуют больного сильнее, чем припадки. Поэтому разработке лечения этих проявлений заболевания в отделении эпилепсии института им. В.М.Бехтерева последние годы уделяется большое внимание.

В то время как лечение эпилептических припадков предусматривает преимущественно медикаментозную терапию, лечебные мероприятия по купированию психического дефекта включают кроме лекарственных методов еще и психосоциальные и психотерапевтические воздействия. Сейчас становится совершенно очевидным, что вопросы изучения личности и ее изменений принадлежат к наиболее актуальным проблемам современности, являясь объектом исследования многих научных дисциплин: философии, социологии, психологии, психиатрии и др. Личность каждого больного неповторима, определяется разными моментами. Часто на практике мы встречаемся с сочетанием черт разных типов изменений личности. Их формирование обусловлено как эндогенными (генетическими, патогенетическими), так и экзогенными факторами (особенностями воспитания, средой обитания, интеллектном и др.). Хорошо известно, что эпилептоидные черты личности одним помогали достичь высокого, главенствующего положения, другим вредили и превращали их в сутяг, преступников, алкоголиков и т.д.

Основными задачами исследования явились выделение и систематизация различных