

типов ИА у больных эпилепсией, разработка адекватной дифференцированной терапии с учетом типа ИА, вида припадков и других особенностей болезненного процесса.

Объектами исследования послужили 129 больных эпилепсией с ИА в возрасте от 15 до 49 лет с давностью заболевания от 1 года до 33 лет, страдавших разными видами эпилептических припадков. Мужчин было 68 (52,7%), женщин — 61 (47,3%).

Проведенные исследования позволили выделить [5], кроме "типичного" для эпилепсии (ИАЭ), еще 4 смешанных типа изменений личности при этом заболевании: эпилептоидно-истероидный (ИАЭИ), эпилептоидно-неустойчивый (ИАЭН), эпилептоидно-циклоидный (ИАЭЦ) и эпилептоидно-шизоидный (ИАЭШ). Приведем их краткую характеристику.

1. *Эпилептоидный тип* (69 больных, или 53,5%). Основными чертами этого типа являются тугоподвижность, замедленность, вязкость, инертность психических процессов и склонность к дисфориям. Больные лживы, угодливы и в то же время очень упрямы, стеничны в достижении своих целей, склонны к правдоискательству, сутяжничеству, крайне злопыхатны, мелочны, даже несущественное нарушение заведенного ими порядка может вызвать бурный аффективный разряд. Аффективные вспышки могут возникнуть по любому случайному поводу, являющемуся "последней каплей", они отличаются большой продолжительностью; больные очень агрессивны, жестоки. Они склонны к злоупотреблению алкоголем, предпочитают крепкие напитки (водку, спирт) в больших количествах, чтобы достичь сильного опьянения. Толерантность к спиртному, как правило, высокая. Прием алкоголя может спровоцировать развитие дисфории.

2. *Эпилептоидно-истероидный тип* (27 больных, или 20,9%). Чаще наблюдается у женщин (81,5%). Больные вкрадчивы, слащавы, угодливы, стараются произвести лучшее впечатление, выставить себя в более выгодном свете, показать, как их любят окружающие, сколько добрых дел они совершили. Вместе с тем эгоистичны, претенциозны, склонны к демонстративному поведению, стеничны, стремятся подчинить окружающих их людей, склонны симулировать припадки для достижения своих целей, особенно в семье. Игровая роль страдальцев, могут часами плакать "для лечащего врача", предъявлять много жалоб на боли и неприятные ощущения в различных частях тела, что порой ошибочно трактуется как астеноневротический синдром. Желая больных, многие врачи совершают типичную ошибку, начиная выполнять все их требования: необоснованно проводят множество ненужных обследований, отпускают больных домой и т.д., что приводит к полной декомпенсации и социальной дезадаптации этих пациентов. В результате такой "доброты" многие трудоспособные больные становятся

инвалидами, деспотами в семье и в тех лечебных учреждениях, где наблюдаются.

3. *Эпилептоидно-неустойчивый тип* (15 больных, или 12,2%). Большую часть больных (73,3%) составляют мужчины. Этот тип ИА назван нами по аналогии с неустойчивым типом психопатий [8, 9]. Больные эйфоричны, их суждения легковесны, они как бы "плывут по течению", примыкая к более активным лицам. Часто меняют места учебы, работы, так как быстро разочаровываются в своем выборе. У них повышена тяга к развлечениям, праздности, безделью. Легко, не задумываясь, соглашаются на предложения других лиц совершить любой асоциальный поступок: совершить мелкую кражу, принять наркотические средства и т.д. Находясь в больнице, эти больные часто нарушают режим, затем извиняются, внешне производя впечатление глубоко раскаявшихся людей, и тут же вновь совершают асоциальные поступки. Очень часто эти больные становятся алкоголиками и наркоманами.

4. *Эпилептоидно-циклоидный тип* (12 больных, или 9,8%). Под циклоидностью часто подразумевают относительно легкие случаи маниакально-депрессивного психоза, ставя под сомнение существование подобных психических изменений в рамках других заболеваний. Существует мнение, что депрессивные состояния у больных эпилепсией обычно психогенного происхождения, выражены в легкой форме и наступают только в связи с сильными аффектогенными влияниями [1]. Однако наши наблюдения показали, что у ряда больных эпилепсией наблюдаются беспричинные циклические изменения эмоционального фона как на непсихотическом уровне по типу субдепрессий или гипоманиакальных состояний, так и достигающие степени выраженных психических нарушений: депрессивные состояния с элементами витальной тоски, выраженной апатией, бредовыми идеями самоубийства с появлением истинных суицидальных мыслей и намерений, с явлениями деперсонализации, астенодепрессивные состояния и др.

5. *Эпилептоидно-шизоидный тип* (6 больных, или 4,7%). Больные этого типа большую часть времени проводят за чтением книг или в постели, притворяясь спящими, чтобы их "оставили в покое". Они много читают о своем заболевании и, как правило, имеют собственную концепцию его развития, резонерствуя об этом; проявляют крайнее упрямство, всегда оставаясь "при своем мнении". Внешне производят впечатление чудаков, странных, инфантильных. Как правило, сами к контакту с окружающими не стремятся, однако могут вдруг проявить крайнюю назойливость и бестактность, отстаивая свое мнение. Недостаток общения компенсируется увлечениями, при которых они проявляют порой удивительную стеничность (гимнастика йогов, карате, культура, парapsихология, особые диеты, голодание), многие обнаруживают у себя экстрем-

сенсорные способности и т.д. Любимое увлечение может занимать все свободное время, при этом больные бывают крайне пунктуальны, педантичны.

Для выяснения вопроса о возможной патогенетической связи припадков и развивающихся ИА мы провели их корреляционный анализ. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по видам припадков и группам с разными типами изменений личности

Тип изменений личности	Вид припадков							
	Парциальные		Генерализованные				Смешанные	
			Абсансы		Судорожные			
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1. ИАЭ	32	46,4	15	21,7	47	68,1	25	36,2
2. ИАЭИ	11	40,7	—	—	25	93,6	9	33,3
3. ИАЭН	8	53,3	—	—	13	86,7	6	40,0
4. ИАЭЦ	4	33,3	7	58,3	11	91,7	9	75,0
5. ИАЭШ	5	83,3	—	—	5	83,3	4	66,7

Примечание. При определении итоговых данных необходимо учитывать, что у некоторых больных были смешанные припадки.

Как видно из табл. 1, наибольшее количество больных с ИА разных типов страдало генерализованными судорожными припадками, абсансы наблюдались только в группах больных с ИАЭ и ИАЭЦ. Значительное количество больных с ИАЭШ страдало парциальными припадками со сложной симптоматикой (83,3%). В группах больных с ИАЭЦ и ИАЭШ преобладали больные с сочетанием различных форм пароксизмов. Следует также отметить, что у 5 (18,5%) больных с ИАЭИ наблюдались дисцефальные пароксизмы, у больных других групп их не выявлено. Таким образом, генерализованные судорожные припадки чаще, чем другие виды приступов, сочетались с наличием ИА (от 68,1 до 91,7%), такая же корреляция выявлена в отношении сложных парциальных (височных) приступов (85,7%).

ЭЭГ-исследование больных с ИА показало, что четкая пароксизмальная активность мозга выявляется у них чаще (у 93,9%), чем среди всех больных эпилепсией. У 81 (62,8%) больного акцент пароксизмальных изменений приходился на одно из полушарий мозга, а у 48 (37,2%) зарегистрированы генерализованные билатерально-синхронные вспышки активности.

Лечению разных форм эпилепсии посвящена обширная литература, однако в ней подробно освещены преимущественно вопросы, касающиеся применения различных антиэпилептических препаратов и их сочетаний. О медикаментозной коррекции психических нарушений при этом страдании

упоминается лишь вскользь, в основном при купировании психотических состояний. Составляя конкретную терапевтическую программу для больного эпилепсией, врач должен знать не только точный нозологический диагноз, вид и частоту приступов, но и характеристику личности больного [2].

В настоящее время общепринято, что медикаментозная терапия эпилепсии должна быть комплексной. Основная роль при этом отводится противосудорожной терапии, которая назначается с учетом вида пароксизмов [3]. Эти сведения представлены нами на основании обобщенного опыта лечения больных эпилепсией отечественными и зарубежными препаратами в табл. 2.

Таблица 2

Эффективность антиэпилептических препаратов (в порядке убывания) при разных видах эпилептических приступов

Вид приступов	Препарат выбора
Парциальные (простые, сложные) Вторично-генерализованные	Карbamазепин Гексамидин Бензонал Вальпроат натрия Фенобарбитал Дифенин
Первично-генерализованные (тонические, клонические, тонико-клонические, атонические)	Дифенин Карbamазепин Гексамидин Бензонал Фенобарбитал Вальпроат натрия
Абсансы (типичные, атипичные)	Клоназепам Этосуксепид Вальпроат натрия Фенобарбитал Гексамидин Нитразепам Диазепам
Миоклонические	Вальпроат натрия Клоназепам (нитразепам) Гексамидин

Традиционно большинство авторов при купировании дисфорических состояний при эпилепсии предлагают широко использовать аминазин, однако, по нашему мнению, к его использованию надо подходить очень дифференцированно. Нецелесообразно использовать его при лечении больных с выраженной заторможенностью, ригидностью и значительным снижением интеллектуально-эмоциональных функций, а также в комплексной терапии лиц с ИАЭЦ и ИАЭШ, так как он обладает депрессогенным действием и может способствовать развитию так называемого лекарственного апатоабулического синдрома. Таким образом, применение препарата может привести к ухудшению психического состояния больного. Использование препарата в стан-

дартных дозировках возможно лишь при купировании дисфорий у больных с ИАЭИ и ИАЭН.

Для профилактики развития дисфорий значительно эффективнее использовать карбамазепин (финлепсин, тегретол) 0,4—1,2 мг/сут, который обладает, как известно, нормотимическим действием и редко вызывает побочные эффекты. Больным с выраженной гидроцефалией и головными болями с этой же целью целесообразно назначать мочегонные 1—2 раза в неделю.

Мы рекомендуем также широко использовать карбамазепин (финлепсин, тегретол) для профилактики развития депрессивных состояний. Антидепрессивное действие его даже в больших дозах при эпилепсии очень слабо выражено, поэтому для купирования депрессивных состояний мы чаще применяем другие средства: амитриптилин 0,05—0,3 мг/сут, мелипрамин 0,05—0,2 мг/сут, азафен 0,05—0,2 мг/сут. При депрессиях с явлениями деперсонализации и бредовыми идеями самообвинения целесообразно назначение небольших доз нейролептиков, обладающих стимулирующим действием, — френола 0,015—0,03 мг/сут, соннапакса 0,03—0,05 мг/сут, эглонила 0,05—0,075 мг/сут, а при тревожно-депрессивных состояниях — феназепам 0,0015—0,003 мг/сут, тизерцина 0,025—0,05 мг/сут. При астенодепрессивных состояниях наибольший эффект оказывает сочетание френола 0,015—0,03 мг/сут с сиднокарбом 0,01—0,03 мг/сут.

При лечении больных с ИАЭШ, на наш взгляд, наибольший эффект дает применение таких препаратов, как френолон 0,015—0,06 мг/сут, соннапакс 0,03 — 0,075 мг/сут, галоперидол 0,009—0,015 мг/сут, тизерцин 0,0125—0,05 мг/сут, феназепам 0,0015—0,003 мг/сут. При длительном приеме препаратов отмечается положительная динамика: больные становятся активнее, улучшаются отношения в семьях и на работе.

Наибольшие трудности возникают при лечении больных с ИАЭИ и ИАЭН. Как правило, больные с ИАЭИ привыкли к роли "страдальцев"; симулируя в нужных ситуациях эпилептические припадки, они извлекают из этого выгоду: о них заботятся, освобождают от повседневных обязанностей и т.д. Объяснение врачам того, что эти припадки неэпилептической природы и что от них легко можно избавиться самостоятельно, порой вызывает у больного реакцию протеста, так как лишает его ореола тяжелобольного человека. Иногда подобные объяснения приводят к резкому ухудшению состояния. При проведении психокоррекционной работы с этими больными требуется много такта и терпения, однако никогда не следует потакать им, идти на поводу. Поскольку больные крайне стеничны, психотерапевтические беседы эффективнее проводить после применения седативных средств: френолона, соннапакса,

неулетила в небольших дозах. Большинство больных с ИАЭИ поддаются гипнозу, и это можно широко использовать при работе с ними.

Наименее эффективным оказывается лечение больных с ИАЭН. Эти больные редко соблюдают рекомендации, склонны к употреблению алкоголя и наркотиков. Проведение психотерапевтических бесед абсолютно неэффективно. Поэтому с первых дней пребывания в клинике целесообразно назначать нейролептики: аминазин, тизерцин, галоперидол, неулетил. В ряде случаев положительный эффект дает пирогенал (начиная с 25 МПА, постепенно увеличивать дозу, на курс 15—20 инъекций). Пирогенал можно широко использовать также для преодоления лекарственной резистентности и при купировании дисфорических состояний. (Представленные выше в описательном варианте рекомендации по лечению ИА мы суммировали в табл. 3.)

Таблица 3

Рекомендуемые группы препаратов для лечения больных с различными типами ИА

Группы препаратов	Типы ИА				
	ИАЭ	ИАЭИ	ИАЭН	ИАЭЦ	ИАЭ
1. Подбор оптимальной дозы (табл. 2)	+++	+++	+++	+++	+++
2. Нейролептики со стимулирующим эффектом	++	++	—	++	++
3. Нейролептики с седативным эффектом	+	++	+++	—	—
4. Антидепрессанты	—	—	—	+++	++
5. Транквилизаторы	—	+-	—	+	+
6. Психостимуляторы	—	—	—	+	+
7. Пирогенная терапия	++	++	+++	+	+

В заключение следует отметить, что в основе развития ИА, возникающих у больных эпилепсией, видимо, лежит эпилептический припадок с его дезинтегрирующим влиянием на деятельность головного мозга. Поэтому терапия ИА должна быть прежде всего направлена на устранение припадков, а затем (или одновременно) — на возникший психический дефект. Сам комплекс лечебных мероприятий по купированию ИА должен включать в себя медикаментозные и немедикаментозные — психотерапевтические и психосоциальные мероприятия. Опыт работы с больными эпилепсией показывает, что ИА начинают регрессировать примерно через 2—3 года после полного купирования припадков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых.—М.: Медицина, 1984.—288 с.
2. Громов С.А. Реабилитация больших эпилепсией.—А.: Медицина, 1987.—176 с.
3. Громов С.А. Восстановительное лечение больших эпилепсией //Восстановительная терапия больших эпилепсий: Сб. науч. тр. /Психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева.—СПб., 1993.—С.7—34.
4. Доброхотова Т.А. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга.—М.: Медицина, 1974.
5. Карташова Е.В. Новое в диагностике и систематизации изменений личности при эпилепсии //Материалы XII съезда психиатров России.—М., 1995.—№ 335.
6. Колосова О.А. Локальные поражения головного мозга и структура личности //Церебральные механизмы психических заболеваний.—Казань, 1971.—Т.2.—С.121—123.
7. Колотчиц А.Е., Никоненко В.И. Хронические психические изменения при эпилепсии и их зависимость от локализации поражения головного мозга //Там же.—С.153—155.
8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.—А.: Медицина, 1983.—256 с.

9. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей.—А.: Медицина, 1985.—416 с.
10. Тец И.С. Клинико-психопатологические особенности форм локальной кортикальной эпилепсии при преимущественном поражении доминантной, субдоминантной и обеих гемисфер головного мозга //Журн. невропатол. и психиат.—1977.—Вып.3.—С.392—402.
11. Якушина О.Н. Психокоррекционная работа в системе восстановительного лечения больших эпилепсией //Восстановительная терапия больших эпилепсией: Сб. науч. тр. /Психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева.—СПб., 1993.—С.122—153.
12. Bear D.M., Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy //Arch. of Neurol.—1977.—Vol.34.—P.454.
13. Bickenbach W. Klinik und Elektroencefalogramm der akuten epileptischen Psychosen.—Diss.—Bonn, 1972.
14. Kohler G. Epileptische Psychosen //Fortschr. Neurol. Psychiat.—1973.—Bd.41, № 9.—S.496—509.

Получено 12.04.96

УДК 616.89:618.2

М.В.Ситарская, Л.А.Козлов, М.Ф.Исмагилов, Э.Р.Сафина

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Ю.И.БОРОДИН),
кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав. — проф. М.Ф.ИСМАГИЛОВ)
Казанского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Проведено изучение вегетативного гомеостаза у здоровых беременных в срок 30–40 нед методом кардиоинтервалографии. Обнаружено наличие двух типов вегетативного реагирования, которые, вероятно, являются вариантами нормы. Сделан вывод, что адаптационные процессы при физиологической беременности происходят за счет усиления тонуса симпатико-адреналового звена, степень активации которого зависит от исходного уровня функционирования регулирующих систем.

М.В.Ситарская, Л.А.Козлов, М.Ф.Исмагилов, Э.Р.Сафина

ХАТЫН-КЫЗЛАРДА ФИЗИОЛОГИК ЫСКАЛАККЕН
ӨЧЕНЧЕ ТРИМЕСТРЕНДА МАТЕМАТИК АНАЛИЗ
ЫСЛУ ИНГЪАУМАТААРЫНА ТАХИКАРДИЯ
ТИПШЕН ВЕГЕТАТИВ КЫЯЛУ

Тыкылмаган 30–40 аттысында салмак калдык йонка шалтырган вегетатив тэнхәстәвен кардиоинтервалография ысулы белән ойроу үткәреде. Вегетатив жавап шайрыш 2 төре билдәленде. Физиология билдәлек шайтында аралы процессләри симпатико-адреналин чыбары (буш) тонусы үсешә киләшәк берәмәкә янә дәрәжә төрәкә йсәде. Әлеге аралышын активлаштыру регуляциялу системәвләри (функционировани) башлангыч дәрәжәдә төрәк.

M. V. Sitar'skaya, L. A. Kozlov,
M. F. Ismagilov, E. R. Safina

VEGETATIVE REGULATION IN WOMEN IN THE THIRD TRIMESTER OF PHYSIOLOGICAL PREGNANCY ACCORDING TO MATHEMATICAL ANALYSIS OF CARDIAL RHYTHM DATA

A study on vegetative homeostasis in healthy pregnant women at the term of 30–40 weeks was held by the method of cardiointervalography. Availability of two types of vegetative response was found, which are likely variants of standard response. A conclusion was made, that processes of adaptation in physiologic pregnancy are accounted by the growth of the tonicity of sympato-adrenalic link, degree of activation of which depends on initial level of functioning of regulating systems.

Сомонга нидации плодного яйца в организме беременной происходит изменение нейрогуморальных процессов, направленных на адекватное обеспечение жизнедеятельности развивающегося плода [12, 14]. Известно, что адаптационные реакции у беременных сопровождаются гиперкинетическим типом циркуляции, гиперволемией, усилением активнос-