

фол. У одного ребенка отмечено осложнение на тиопенталовый наркоз в виде артериальной гипотензии и острой почечной недостаточности. Продолжительность ВВРЭС у трех детей составила 7, 13 дней и 2 дня соответственно. В одном случае ВВРЭС прекратился на фоне тио- и бпенатолового наркоза. В двух других ВВРЭС прекратился после проведения курса пульс-терапии метипредом в течение от 3 до 5 сут. в суточ-

ной дозе от 500 до 750 мг, в дальнейшем терапия метипредом у них была продолжена перорально в суточной дозе 1 мг/кг/сут. в течение 1,5 мес. Летальных случаев не было. Все пациенты в настоящее время получают политерапию: леветирацетам и вальпроат в средних терапевтических дозах. Степень выраженности когнитивных и двигательных нарушений зависела от длительности ВВРЭС.

Постморбидные состояния при эпилепсии

Четвериков Д.В.

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодников», Омск

Актуальной тенденцией современной медицины является системный подход к патологии, где болезнь, особенно хроническая, рассматривается как неотъемлемый компонент системы отношений «человек – среда», в которой формируется широчайший спектр пре- и коморбидных (экстра- и интранозологических) состояний. До недавнего времени практически все хронические заболевания априорно рассматривались как фатальные состояния, заканчивающиеся, в лучшем случае стойкой ремиссией с тем или иным уровнем пораженных органов и систем. Увеличение продолжительности жизни и несомненные успехи в лечебно-реабилитационных интервенциях дали возможность рассматривать последствия некоторых хронических состояний в несколько ином, более оптимистичном, аспекте. Однако воздействие разнообразных патологических факторов, вовлеченность в нозологию биологических, психологических и социальных воздействий не могут не повлиять на дальнейшее развитие человека и как биологического объекта, и как субъекта психосоциальных отношений.

В связи с вышеизложенным актуализируется проблема постморбидных состояний, то есть, по нашему мнению, биопсихосоциальных феноменов патологического и непатологического характера, которые возникают у человека, долгое время страдавшего определенной нозологической формой, признаки которой актуально не определяются. Формат данного сообщения не позволяет разграничить постморбидные и ремиссионные состояния при психических

заболеваниях, дифференциальной диагностике которых планируется посвятить цикл научных работ.

Остановимся на тех нарушениях, которые выявлены у больных, ранее страдавших эпилепсией. Многие формы данного заболевания при своевременной диагностике и качественном лечении современными антиконвульсантами претерпели значительный патоморфоз, вектор которого в целом направлен на урежение пароксизмальных проявлений, коррекцию личностных и когнитивных расстройств, психосоциальное восстановление и развитие. Вследствие этого происходит увеличение количества «бывших» больных эпилепсией. Мы наблюдали 47 пациентов 18-44 лет, у которых долгое время не выявляется судорожной симптоматики, а личностные особенности представлены негрубым своеобразием, которое не только не мешало психосоциальной адаптации, а подчас, в силу гиперсоциального вектора – является фактором социальной успешности. Для включения в группу использовались следующие критерии: наличие эпилептической болезни в анамнезе, длительный период без верифицированных пароксизмов (5-12 лет), начало приступов в 10-18 лет, приступы не чаще 1 раза в 3 мес., своевременное качественное лечение, длительность приема АЭП не менее 3 лет с момента последнего приступа, социальная стабильность, отсутствие инвалидности, сохранность интеллектуально-мнестических функций, отсутствие данных о специфике эпилепсии (пациенты лечились у неврологов), в 65% случаев – диссимуляция эпилептического анамнеза, анозогнозия.

Наблюдаемые пациенты обращались в психотерапевтическое отделение в связи с аффективными расстройствами, прежде всего, непсихотическими депрессиями. Только внимательное изучение анамнестических сведений позволило установить диагноз эпилепсии в прошлом. Для депрессий в постморбиде эпилепсии была характерна незавершенность, рудиментарность аффективных проявлений, нарушения сна, практически всегда гиперсомния, ипохондричность, слезливость, периодическая тревожность, астения, невыраженность моторных нарушений и тоски. В 15 случаях выявлялось коморбидное злоупотребление спиртными напитками. Существенный клинический интерес, на наш взгляд, представляют панические состояния, которые наблюдались у всех пациентов группы наблюдения. Модный ныне диагноз «панических атак», информация о которых широко представлена в глобальной сети, часто являлся причиной обращения больных за специализированной помощью. Дифференциальная диагностика соматовегетативных эквивалентов эпилептической болезни и истинных панических состояний весьма затруднительна, данный вопрос в настоящее время активно изучается.

При лечении этих пациентов в амбулаторных условиях мы столкнулись с рядом проблем: анозо-

нозия эпилептической болезни, негативное отношение к психофармакологическому лечению, легкие когнитивные нарушения, плохая переносимость ТЦА и нейролептиков, сложности клинической оценки, проблемный комплаенс, негативный опыт предшествующего лечения, ипохондричность, ограничение применения психотерапевтических методик, негативное отношение к групповой терапии. При выборе препаратов мы ориентировались на следующие критерии: минимальная поведенческая токсичность, минимальная гепатотоксичность, отсутствие взаимодействий с АЭП и алкоголем, отсутствие аддиктогенных свойств, характеристики комплаентности. Из психофармакопрепаратов выбор чаще всего останавливался на оригинальном сертралине (Золофт), прегабалине (Лирика) и вальпроатах.

Мы считаем, что изучение постморбидных состояний при психических заболеваниях следует рассматривать в превентивном контексте, который в данной ситуации заключается в продолжении курации больных без явных признаков психических нарушений. В идеале целесообразно формирование единого электронного Паспорта здоровья, где будут указаны все патологические состояния, выявленные у человека на протяжении всего онтогенеза.

Клинические случаи применения прегабалина в качестве дополнительной терапии у больных с фокальной эпилепсией и тревожным расстройством поведения

Прозорова Н.В.

ГЭЦ МБУЗ Городская клиническая больница № 3, Кемерово

Симптоматическая эпилепсия представляет собой серьезную проблему, учитывая частое сочетание неврологической патологии с соматическими заболеваниями, когнитивными нарушениями, тревожными расстройствами поведения. Особые трудности представляет подбор адекватной медикаментозной терапии и прогноз заболевания. В последние годы синтезированы новые противоэпилепти-

ческие препараты, обладающие как антиэпилептическим эффектом, так и купированием тревожного расстройства.

Клиническое наблюдение №1.

Больной Р., 28 лет, обратился жалобами на приступы фокальных судорог в левых конечностях: сначала с пальцев левой руки, а затем с распространением судорог и ощущением онемения вдоль руки, в обла-