

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-

сти шеи с последующей утратой сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Анамнез заболевания: 18.10.2009 г. перенес производственную ЧМТ. УГМ тяжелой степени с формированием в/м гематомы теменной доли справа, САК. Проникающий импрессионно-оскольчатый перелом теменной кости справа, линейный перелом височной кости справа с переходом на основание СЧЯ, линейный перелом затылочной кости справа. Формирование левостороннего гемипареза. 24.01.2011 г. перенес повторную бытовую ЧМТ. УГМ правой теменной доли на фоне травматической болезни мозга. При выписке назначен бензонал 1 т. на ночь. 28.06.2011 г. утром в 11.00 почувствовал усиленное моргание век, «всего как сжимало», сжималась челюсть, судороги в левых конечностях, утрата сознания, пена изо рта. Данный приступ впервые в жизни. Неврологом назначена терапия: бензонал 1 т. на ночь + депакин хроно 500 по 1 т. 2 раза в день. Консультация эпилептолога – впервые 01.08.2011 г., предположительный диагноз – формирование посттравматической эпилепсии. По данным амбулаторной карты, в 2011 г. выставлен диагноз гепатит В (АСТ до 80 ммоль/л, АЛТ до 78 ммоль/л). Ожирение 2 ст. МРТ г/м от 17.02.2010 г. – посттравматические кистозно-глиозные деформации в лобной, теменной долях правой гемисферы. ЭЭГ от 14.06.2011 г. – межполушарная асимметрия в теменно-височно-затылочных отведениях с акцентом по медленно-волновой активности – очаг патологической активности. ЭЭГ от 22.12.2011 г. – зарегистрирована нерегулярная эпилептиформная активность (острая, острая – медленная волна) в височных отведениях справа. Рекомендовано: отмена депакина, продолжить прием бензонал ½ т. на ночь + финлепсин ретард 200 мг 2 раза в день. В дальнейшем больной отмечает пароксизмы фокальных судорог в левых конечностях, в левой половине лица до нескольких раз в день, с редкими эпизодами утраты сознания до 2 раз в месяц (провокация – депривация сна). Постоянное ощущение тревоги, «ожидание» приступа.

Диагноз: «Симптоматическая посттравматическая фокальная эпилепсия». Частые сложные фокальные припадки, с эпизодами вторичной генерализации. Коррекция терапии: отмена бензонала, увеличена доза финлепсина ретард 400 мг 2 раза в день + лирика 75 мг 2 раза в день. Результат: в течение 2 мес. приступов утраты сознания не было, уменьшение фокальных приступов – до 3-4 раз в день. Со слов родственников, судорог нет, чаще – жалобы на ощущение «начала приступа» или «сейчас стянет руку», пробуждение ночью, тревога.

Клиническое наблюдение №2.

Больной У., 33 года, обратился с жалобами на разнообразные приступы: 1) субъективно больной ощу-

щает состояние дереализации, нарушение сознания, контакту не доступен, совершает однообразные движения правой рукой в виде потирания о правую ногу, падение без судорог, приходит в себя, неадекватен 2 ч, сон. Частота приступов – до 1-2 раз в мес.; 2) изменение внешнего вида, взгляд останавливается, совершает действия в виде бесцельного хождения по комнате, может раздеться, попытка выйти в окно. Длительность приступа до нескольких секунд, полная амнезия на приступ. Приступы до 2-4 раз в мес.; 3) ночью приступы в виде ощущения стягивания рук, ног, туловища, пробуждение. Пароксизмы до 10-12 раз за ночь. В 2002 г. оперирован по поводу астроцитомы височной доли справа, в дебюте заболевания генерализованные тонико-клонические припадки. ЭЭГ 2012 г. – единичные комплексы «острая – медленная» волна в передних отделах височной области справа. Медленно-волновые очаговые изменения «висок – темя справа» (февраль 2012 г.). МРТ (с контрастированием) в 2011 г. – состояние после костно-пластической трепанации правой височной области, дефект кости замещен. Послеоперационная кистозно-рубцовая трансформация правой височной доли, порэнцефалическая киста 4,3×3,2×2,7 см. В беседе тревожен, обстоятелен, эпизоды агрессии, разведен, «врачи не могут вылечить», красочно описывает приступ или его ощущение, «живу в ожидании приступа», «кому я нужен», но охотно обсуждает перспективы лечения, считает, что ориентирован в «вопросах медицины, лечения своей болезни».

Диагноз: «Симптоматическая фокальная эпилепсия на фоне астроцитомы правой височной доли (оперативное лечение). Частые сложные полиморфные фокальные приступы в виде вегетативно-висцеральных, простых сенсорных, сенсорно-моторных, атонических. Синдром когнитивно-мнестических нарушений. Феномен БСР по ЭЭГ».

Схемы терапии: 1) ламотриджин 200 мг/сут. + депакин хроно 1200 мг + финлепсин 600 мг/сут. (или трилептал 600 мг/сут). Отмена депакина в связи со стойкой тошнотой, периоды рвоты; 2) топирамат 300 мг/сут. + замена карбамазепина на тигретол 800 мг/сут. + ламотриджин 200 мг/сут.; 3) ламотриджин 200 мг/сут. + топирамат 300 мг/сут. + (отмена финлепсина – БСР по ЭЭГ) + фенобарбитал 1 т. на ночь.

Успех: отсутствие приступов падения, урежение до 1-3 раз в месяц сложных парциальных приступов в виде неадекватности поведения, «застывания». Сохраняются ночные пароксизмы до 10-12 раз в виде «сжимания, стягивания» рук, ног, туловища, ощущения «ползания мурашек». Продолжена терапия: ламотриджин 200 мг/сут. + топирамат 300 мг/сут. + фенобарбитал 1 т. на ночь. Лирика 75 мг 2 раза в день – без эффекта, затем 150 мг 2 раза в день – эффекта нет.