

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ОЧАГОВОЙ (ВИСОЧНОЙ) ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ СЛОЖНЫМИ ПАРЦИАЛЬНЫМИ (ВЕГЕТАТИВНО-ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ И ПСИХО-СЕНСОРНЫМИ) ПРИСТУПАМИ И ТРАНЗИТОРНЫМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПСИХОЗОМ

Анатолий Васильевич Стародубцев, Юрий Федорович Ермолаев, Ольга Вячеславовна Петрунько
(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф.
В.В. Шпрах, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. –
д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. В статье приводится случай фокальной эпилепсии со сложными парциальными (вегетативно-висцеральными, психосенсорными феноменами) приступами и кратковременными психотическими расстройствами с бредом мистического содержания, сочетающиеся с эпилептиформной активностью на ЭЭГ, наличием кисты правой височной доли, нарушением внимания, памяти, личностными расстройствами. Показана возможность коррекции вальпроевой кислотой, окскарбазепином.

Ключевые слова: психосенсорные феномены, экстатические приступы, психотические расстройства, спайковая активность на ЭЭГ, высокопольная МРТ, киста височной доли, психофизиологические нарушения, противосудорожная терапия.

CLINICAL OBSERVATION OF PATIENT WITH FOCAL (TEMPORAL) FORM OF EPILEPSY, MANIFESTED BY COMPLEX PARTIAL (VEGETATIVE VISCERAL AND PSYCHOSENSORY) SEIZURES AND TRANSIENT EPILEPTIC PSYCHOSES

A. V. Starodubtsev, Y. F. Ermolaev, O. V. Petrunko
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. The article provides a case of focal epilepsy with complex partial (vegetative visceral, psychosensory phenomena) seizures and episodic psychotic disorders with mystical delusion, combined with epileptiform activity in the EEG, cyst in the right temporal lobe, attention and memory disorder and personality disorders. The article also shows the possibility of treatment with Valproic acid and Oxcarbazepine.

Key words: psychosensory phenomena, generalized convulsive seizures, psychotic disorders, EEG spike activity, high field MRI, cyst in the temporal lobe, psychophysiological disorders, antiepileptic therapy.

Об экстатических припадках, особенно религиозного характера, в литературе по эпилепсии сообщается редко, хотя они и занимают важное место в истории, в виду того, что среди религиозных деятелей, по некоторым утверждениям, были эпилептики. Описание случаев эпилептических приступов с необычными ощущениями экстаза с религиозным подтекстом приводятся в ряде работ [4,5,6,8,9,10,13]. Электроэнцефалография, как правило, показывала те или иные нарушения биопотенциалов в лобно-височных отделах мозга (чаще справа) в виде замедления активности и острых волн низкой амплитуды. Сравнительно редко эпилептическая активность трансформируется в клинику психоза [2,3]. Экстатическим припадкам приписывают возникновение эпилептиформной активности в правой височной доле и переднем ростверке головного мозга [1,7,11].

Особенностью представленного клинического случая является наличие в начале развития заболевания генерализованных и сложных парциальных приступов, а в последующем, несмотря на проводимое лечение, отмечено продолженное развитие эпилептического процесса, появление нового типа экстатического приступа с религиозным содержанием, носившего психотический характер, сочетавшихся с эпилептиформными пароксизмальными изменениями на ЭЭГ, изменениями при психофизиологическом и психологическом исследованиях, а также наличием кисты правой височной доли при высокопольной МРТ.

Больная Р., 26 лет, предъявляет жалобы на приступы, во время которых появляется ощущение «уже виденного», затем насильственное воспоминание, где и когда это видела, появляется чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание, сердцебиение, отмечается бледность лица, слюнотечение. Приступ продолжается от 10 до 30 секунд. Сознание во время приступа не теряет. После приступа отмечается слабость, сонливость. Реже приступы заканчиваются утратой сознания и судорогами, сопровождаются прикусыванием языка. Длительность подобного приступа – 2-2,5 мин. Со слов матери, во время приступа возможно двигательное возбуждение: куда-то идет, что-то ищет и т.д. С мая 2005 года было около 20 подобных приступов, которые возникали как днем, так и во время ночного сна. Больная также жаловалась на снижение памяти на текущие события, плохое засыпание, нарушение внимания и ориентации во времени.

Со слов матери, с 9 по 10 июля 2010 г. на даче была серия из 6 приступов. Вскоре появились «странные» в поведении в виде улыбок, легкого смеха, вопросов – «Какое сегодня число? Какой день недели? Какой месяц?». Через два часа настроение резко изменилось на тревожное. Спрашивала о близких, была какой-то особенно ласковой, могла подойти прижаться к матери и произнести, растягивая слова: «Ты моя мама!» или «Мама крепись, это случилось, это произошло, крепись. Тебе будет очень трудно, но ты крепись!». У матери даже мелькнула мысль о суициде. Больная тихо и неразборчиво говорила отдельные фразы – «моя голова ...», «как больно», «мне страшно», «я сошла с ума», «это случилось...». По дороге в город, была дезориентирована, спрашивала: «Куда мы едем? Где мой дом?».

По приезду домой данное состояние продолжалось. Артериальное давление было 100/70 мм рт.ст., отмечалась слабость, головная боль. Было впечатление, что испытывает какие-то видения, во время которых больная была спокойна, умиротворенно улыбалась.

Часто больная просила сесть мать рядом, брала её руки в свои и с улыбкой на лице произносила: «Мы – одно целое, я – это вы, а вы – это я. Мама он есть, вы только верьте, какие мы все глупые...». Мать спрашивала: «Кого ты видишь? Ты видишь Бога?». Она ответила, что Бог есть, и что она его чувствует, всё время призывала верить в него. Она говорила: «Я сейчас умру, я это знаю и чувствую, он меня держит за затылок – это очень больно, он хочет, чтобы я ушла с ним». Больная не спала до 5 часов утра. Лежала с открытыми глазами и молчала. На вопросы окружающих не отвечала, как будто их не слышала. Утром, когда она проснулась, спросила: «Что со мной было?». При этом вела себя адекватно, у неё отмечалась слабость, головная боль, легкое онемение в левой руке и ноге.

Со слов больной, 10 июля 2010 г. она проснулась на даче в 12 часов дня. В течение некоторого времени, наблюдая за окружающими, стала ощущать, что знает, что дальше должно было произойти. Эти ощущения вначале её забавляли. «Моя семья уже стала замечать мои странные улыбки, я хотела рассказать матери про эти ощущения, но вскоре они изменились. В моей голове повторялись «картинки», например, мама входит в комнату, и она входит вновь, вновь и вновь. Такие повторения были с перерывами, но довольно ча-

сто. Также была сильная головная боль. В моей голове было всё очень беспорядочно, больно и постоянные повторения «уже виденного». Из-за этого стало казаться, что схожу с ума». Говорила маме и сестре: «Это случилось, готовьтесь, крепитесь». И наказывала сестре, чтобы она заботилась о маме. Большую часть пути с дачи больная не помнила. Затем уже дома снова была серия состояний «уже виденного», отказывалась принимать препараты, считая, что если их примет, умрет или исчезнет. Очень смутно помнила врачей «скорой помощи», однако очень ярко запомнился муж её сестры. Когда он был рядом с ней, чувствовала, что становилось легче, ощущала, как сильно он хочет ей помочь, из него как будто бы исходила энергия.

Больная также рассказывала: «И ещё я помню необыкновенный свет. Он был белого, бледно-желтого или даже желтого цвета. Он нёс какой-то смысл, чего-то светлого, доброго, небесного. Было чувство присутствия Бога, точнее, сильное знание того, что он существует, невероятное осознание, что он действительно есть. Я была этому бесконечно рада. Я говорила моей семье: «Бог есть!!! Нет, он действительно есть! Верьте! И всем говорите, что Бог есть!». Больная продолжала: «Было чувство того, что Бог меня держит. Не могу это описать точнее, помню, что мне было больно, но я терпела».

Были также видения космического масштаба: «Видела «картинку», когда множество маленьких шариков (пузырьков) соединены друг с другом. И я знала, что это все люди (всё человечество). Я понимала, что нас очень много, и мы все связаны между собой. В каком-то космическом пространстве видела треугольник, только под каким-то особым углом. Он был красно-фиолетового цвета и переливался. Я не знала, что это такое. Ещё видела природу с высоты «птичьего полёта». Это были леса, поля, реки. Всё было очень красиво, и я восхищалась тем, как огромен и красив наш мир. Видела также нашу планету Земля, как она рассыпается на мелкие части, и что на её месте остаётся темнота. Я знала, что это конец света».

Больная продолжала: «Также были очень важные ощущения, но, к сожалению, сейчас не всё помню. Смысл этих ощущений в том, что я знала, для чего мы живём, что за этим всем скрывается. Это было что-то иное, другое, что-то невообразимое, фантастическое, до безумия интересное и восхитительное. Казалось, что тогда я поняла смысл этих ощущений, но не могла бы передать словами, все было с одной стороны чудесно, а с другой – просто. Это не мог придумать человек. Тогда я была счастлива и говорила: «Какой он чудак (Бог), что так надо было все придумать! Я очень часто повторяла эту фразу».

При пробуждении на следующее утро в голове было ощущение тумана, и отмечалась слабость в левой кисти и хуже ощущала правую ступню, когда на неё наступала. Больная помнила, что с ней происходило, помнила всё виденное и думала, что никогда этого не забудет. В этот день она также уверенно говорила о существовании Бога.

Сама больная, по прошествии нескольких месяцев, при разговоре с ней утверждала: «Сейчас могу сказать, что я больше осознаю существование Бога и испытываю к нему огромную любовь. Я не знаю, что было со мной, может быть галлюцинации, но на следующий день я хотела увидеть это вновь, помню то огромное счастье, которое переживала, и величие Бога. Я сегодня хотела бы всё это ощутить и увидеть снова».

Анамнез заболевания. Впервые приступы появились в 10 лет. Больная получала финлепсин ретард 400 мг в сутки, однако приступы сохранялись. В последующем добавлен де-

пакин хроно – 600 мг/сут. С 2010 г. принимала трилептал 900 мг/сут. (назначен вместо финлепсина ретард) и депакин хроно 900 мг/сут., приступы стали значительно реже, примерно 1 раз в 1,5 мес. В настоящее время доза трилептала увеличена до 1500 мг/сут.

Анамнез жизни. В семье и у родственников эпилепсии не отмечалось. Родилась в срок, вторым по счету ребенком, вес при рождении 5800, затяжные роды, акушерское пособие во время родов. Росла подвижным ребенком. Черепно-мозговых травм не было. Закончила 10 классов, затем получила высшее экономическое образование, училась удовлетворительно. Не замужем.

Объективные данные: Рост – 170 см, масса тела 61 кг. АД 116/70 мм рт.ст., пульс – 68 в мин. В неврологическом статусе: Зрачки равны, слабее выражена левая н.г. складка, нистагма нет, рефлексы с рук S>D, рефлексы коленные S>D, ахилловы – S>D. Патологических рефлексов нет, чувствительность и координация движений не нарушены. В позе Ромберга устойчива, верхний с-м Нойка с обеих сторон.

Заключение психиатра: 10 июля 2010 года больная перенесла пароксизмальный острый психоз по типу особого состояния сознания по М.О. Гуревич (1946), описанный также как сценородные состояния (dreamy states) по J.H. Jackson (1931). Отмечена симптоматика онейроидного помрачения сознания, когда фантастические переживания сочетались с биполярными аффективными расстройствами (тревога, страх, экстаз, растерянность), дезориентировкой в окружающем, сложными сценородными зрительными галлюцинациями, симптомами «уже виденного», бредовыми нарушениями мистического, религиозного содержания, соматосенсорными нарушениями. На заключительном этапе отмечалось состояние обездвиженности. После выхода из указанного состояния наблюдалась амнезия части приступа с резидуальным бредом религиозного содержания.

Дополнительные исследования. ЭЭГ. (рис. 1). Регистрируется среднеамплитудная электроэнцефалограм-

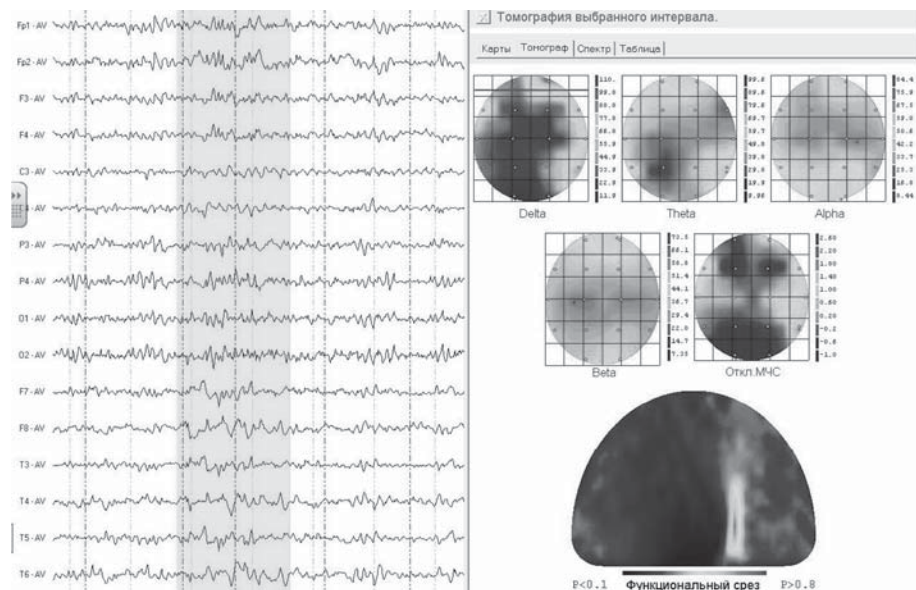


Рис. 1. Фоновая регистрация ЭЭГ (бодрствование). Слева на рисунке в височных отведениях правого полушария отмечена эпилептиформная активность в виде комплексов острая-медленная волна. Справа – картирование основных частотных поддиапазонов.

ма. Полиритмичная активность с составляющими Delta 16%, Theta 7%, Alpha 29%, Beta1 42%, Beta2 4%.

Правосторонняя асимметрия в Delta поддиапазоне составила 16%, максимально проявляясь в отведениях (F7-F8 34%), и носила регулярный характер. Правосторонняя асимметрия в Theta поддиапазоне составила 7%, максимально проявляясь в отведениях (O1-O2 24%), и носила регулярный характер. Правосторонняя асимметрия в Alpha поддиапазоне составила 10%, максимально проявляясь в отведениях (O1-O2 32%), и носила регулярный характер. Правосторонняя асимметрия в Beta1 поддиапазоне составила 4%, максимально проявляясь в отведениях (O1-O2 17%). Правосторонняя асимметрия в

Beta2 поддиапазоне составила 1%, максимально проявляясь в отведениях (O1-O2 19%).

При функциональной пробе с открытыми глазами амплитуда альфа-активности составила 84% уровня фона. Под влиянием трехминутной гипервентиляции уровень электроактивности стал равен 118% уровня фона. В конце гипервентиляции доминирующий ритм не выявлен.

Низкочастотная фотостимуляция вызвала эффект усвоения преимущественно в альфа-диапазоне. Высокочастотная фотостимуляция вызвала эффект усвоения преимущественно в альфа-диапазоне.

Заключение: Регистрируются: умеренные диффузные изменения с нестабильным очагом, проявляющимся справа в височных отведениях; редкие единичные островолновые комплексы с очагом, определяющимся с обеих сторон преимущественно в височных отведениях; умеренные ирритативные изменения без четкой локализации; признаки умеренной дисфункции стволовых структур.

MPT (рис. 2). На базе Центра компьютерной томографии г. Иркутска произведено нативное высокоразрешающее (1,5 T) MPT-исследование головного мозга (T1-ВИ, T2-ВИ) в сагиттальной и аксиальной проекциях, с прицельным исследованием височных долей (косааксиальные и косокоронарные T2-ВИ и T1-ВИ с толщиной среза 3,0 мм). Первое MPT-исследование от 2010 г. В зоне медиобазальных отделов височной доли справа имеется округлое

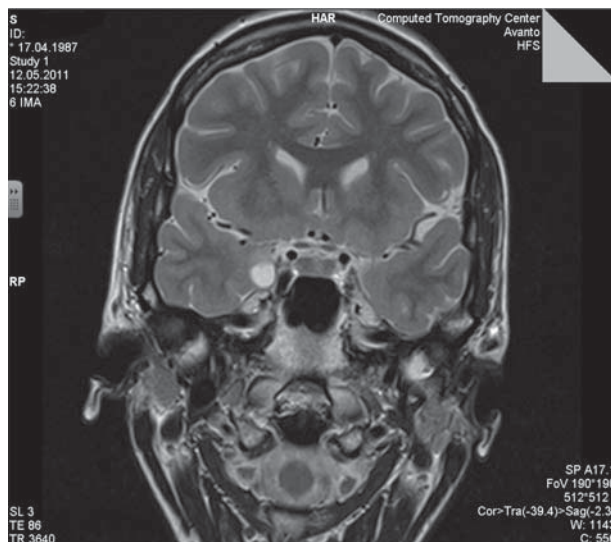


Рис. 2. Высокоточная (1,5 T) МРТ. Коронарный срез в T2-режиме. Справа в зоне медио-базальных отделов височной доли справа имеется округлое кистозное образование размером 10x12x8 мм.

кистозное образование размером 10*12*8 мм псевдотуморозного характера, которое внедряется в структуры коры височной доли. Киста расположена кпереди и книзу от височного рога правого бокового желудочка, переходит в локально расширенное субарахноидальное пространство. Изменений подобного характера со стороны левой височной области нет.

Второе МРТ-исследование от 2011 г. Киста правой височной области осталась на прежнем месте, однако изменилась её структура, прилегающая к веществу мозга, в виде «размытости» границ в мозговой части кисты и уменьшение интенсивности сигнала в T2 режиме. Не исключено, что это связано с дополнительными изменениями глии (наличие глиозного рубца).

Нейропсихологическое исследование. Тест Леонгарда-Шмишека (Акцент). Доминируют пик эмоциональности, педантизма, циклотимии и дистимии.

Тест Сонди. Класс влечений. Низкая откликаемость на проблемы социального микроклимата. Недостаточная спонтанность в социальных контактах, недостаток необходимой «дипломатичности» и созвучности настроениям референтной группы, что приводит к усилению интроверсии. Временами возникает навязчивая потребность в одиночестве. Неадекватная агрессивность. Определенная склон-

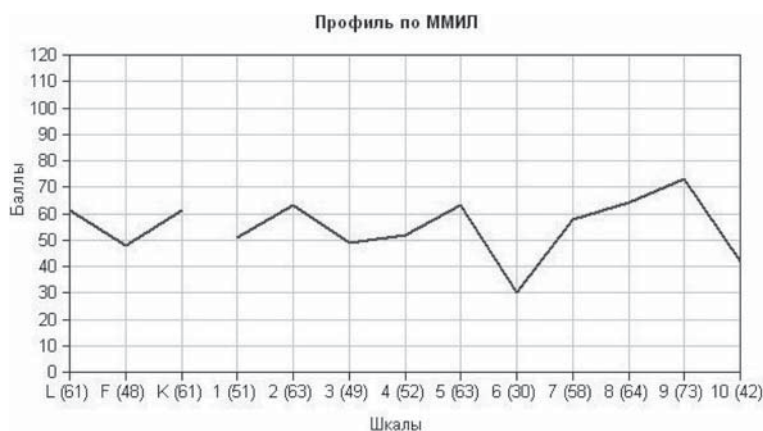


Рис. 3. Профиль по ММИЛ. Отмечено увеличение показателей по шкалам (7,8) тревожности и индивидуальности.

ность к девиантным формам поведения.

Интегративный профиль по тестам ММИЛ, Сонди и Люшера (рис. 3). Склонность к циклотимическому варианту реагирования. Не исключены перепады настроения, возникающие с определенной периодичностью. Самооценка не отличается устойчивостью. Внутренняя напряженность. При возникновении внешних препятствий вероятна агрессивная реакция, которая, не достигая своей глубины и интенсивности, может проецироваться вовне и проявляться в виде предъявления претензий и обвинений окружающим. Зависимость настроения и активности от успешности предпринятых действий. Соккрытие своих истинных реакций на жизненные ситуации. Настороженность. Скрытое неподчинение, оппозиционность, которые могут прикрываться внешней гибкостью концепций и жизненной позиции. Способность к манипуляциям окружающими и использование их в своих целях. Общительность, выставление напоказ своих характерологических особенностей. Снисходительное отношение к собственным недостаткам и стремление к уклонению от трудных ситуаций.

Психофизиологическое исследование. При проведении психофизиологических тестов (корректирующая проба, таблицы Шульте, красно-черные таблицы, тест Равена и др.) отмечается снижение концентрации и переключения внимания, снижение слуховой и зрительной памяти при проведении теста 10 слов; уровень интеллектуального развития по тесту Равена в пределах нормальных значений, что отчетливо проявилось при выборе более сложных матриц серий В, С, Д, Е. Тест Спилберга-Ханина выявил высокие уровни агрессивности и ригидности, что соотносится с соответствующими

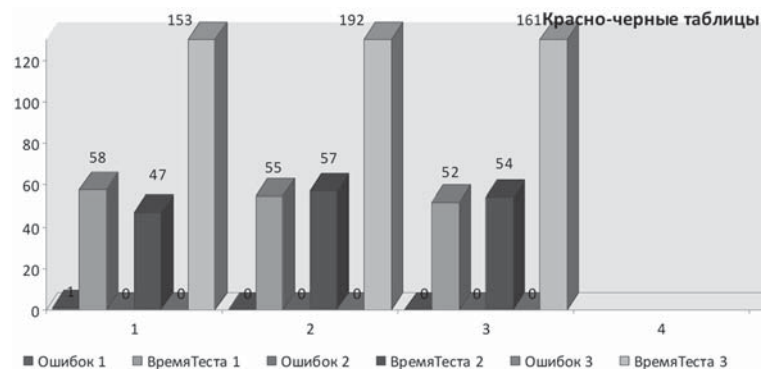


Рис. 4. Красно-черные таблицы. Значительное увеличение времени выполнения 3 части теста, указывающее на снижение концентрации и переключения внимания при усложнении тестового задания.

показателями других психологических тестов (рис. 4).

В течение последнего года больная постоянно получала вальпроевую кислоту – 900 мг, окскарбазепин – 1500 мг/сут.; кортексин 10 мг в/м. 10 инъекций, 2 курса с интервалом в 0,5 года.

Таким образом, у больной со сложными парциальными приступами отмечено появление нового типа экзатических приступов с религиозным содержанием, носивших психотический характер, сочетавшихся с локальными эпилептиформными пароксизмальными изменениями на ЭЭГ, умеренными изменениями при психофизиологическом исследовании со стороны сферы внимания, кратковременной памяти при сохранном интеллекте, и психологическими

нарушениями преимущественно по шкалам эмоциональности, педантизма, циклотимии и дистимии опросника К. Леонгарда – Г. Шмишека, свидетельствующими о вовлечении в эпилептический процесс лимбических структур мозга. Наряду с этим, при проведении высокопольной МРТ отмечено наличие кисты правой височной доли.

Назначение современных противосудорожных препаратов (вальпроевой кислоты, окскарбазепина), кортексина позволило получить медикаментозную ремиссию приступов и стабилизировать состояние психоэмоциональной и психофизиологической сферы (наличие положительной динамики основных тестов на внимание, память и интеллект в течение последних 2 лет).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванцини Дж. Клинические формы и классификация эпилепсии // Журнал неврол. и психиатр. – 2005. – №8. – С.59-62.
2. Громов С.А., Киссин М.Я., Якунина О.Н., Ерошина Е.С. Эпилепсия, изменения личности, лечение. – СПб., 2006. – С.59-63.
3. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. – М.: Амипресс, 1999. – С.162-171.
4. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин. – М.: Медицина, 2010. – С.452-456.
5. Эпилептология детского возраста: Рук-во для врачей / Под ред. А.С. Петрухина. – М.: Медицина, 2000. – С.571-519.
6. Carrazana E., Cheng J. St Theresa's Dart and a Case of Religious Ecstatic Epilepsy // Cognitive And Behavioral Neurology. – 2011. – Vol. 24. №3. – P.152-155.

7. Craig A.D. How do you feel – now? The anterior insula and human awareness // Nat. Rev. Neurosci. – 2009. – Vol. 10. – P.59-70.
8. Daly D. Ictal affect // Am. J. Psychiatry. – 1958. – Vol. 115. – P.97-108.
9. Devinsky O., Lai L. Spirituality and religion in epilepsy // Epilepsy Behav. – 2008. – Vol. 12. – P.636-643.
10. Morgan H. Dostoevsky's epilepsy: a case report and a comparison // Surg.Neurol. – 1990. – Vol. 33. – P.413-416.
11. Persinger M.A. Religious and mystical experiences as artifacts of temporal lobe function: a general hypothesis // Percept. Mot. Skills. – 1983. – Vol. 57. – P.1255-1262.
12. Saver J.L., Rabin J. The neural substrates of religious experience // J. Neuropsych. Clin. Neurosci. – 1997. – Vol.9. – P.498-510.
13. Williams D. The structure of emotions reflected in epileptic experiences // Brain. – 1956. – Vol. 79. – P.29-67.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра неврологии и нейрохирургии, тел. (3952)467279, e-mail: AnStar2006@yandex.ru, Стародубцев Анатолий Васильевич – доцент кафедры, к.м.н., доцент; Ермолаев Юрий Федорович – доцент кафедры, к.м.н., доцент; Петрунько Ольга Вячеславна – доцент кафедры, к.м.н., доцент.