

ПРЕМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Е. В. Малинина

*Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования*

До настоящего времени остается недостаточно изученным вопрос о преморбидных особенностях больных эпилепсией. В литературе описываются случаи возникновения эпилепсии у пациентов, имеющих в преморбиде специфические черты личности, особенности характера, темперамента, а также непароксизмальные и пароксизмальные расстройства сна (сногворения, снохождение, вздрагивания, ночные страхи и крики), головные боли, ночной энурез (1–3). Существует мнение о том, что церебральные (функциональные) нарушения, которые обуславливают развитие эпилептических феноменов, могут у некоторых пациентов способствовать и формированию ряда психопатологических расстройств еще задолго до манифестации приступов (5), это необходимо учитывать при правильной квалификации психических нарушений (3).

Значительный интерес представляет изучение преморбидных особенностей у детей, больных эпилепсией, так как именно у этих пациентов встречается широкий спектр различных патологических состояний, манифестирующих задолго до развития эпилептических приступов (4).

Целью данного исследования явилось изучение преморбидных психических особенностей у детей, больных эпилепсией.

Материалы и методы исследования

Было изучено 346 детей в возрасте от 3 до 18 лет (средний возраст составлял $11,5 \pm 4,1$ лет; 47,2% жен., 52,8% муж. пола), прошедших комплексное обследование в условиях детских психиатрических отделений и эпилептологического кабинета Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1. Критериями включения в исследование явились: 1) наличие эпилепсии в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10, раздела G40; 2) наличие в межприступном периоде психических и поведенческих расстройств в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10; 3) возраст больных от 3

до 18 лет. Критерии исключения: 1) отсутствие эпилепсии; 2) психотические психические расстройства; 3) возраст младше 3 и старше 18 лет.

Все пациенты подверглись психопатологическому, психологическому (адаптированный вариант методики Векслера), электрофизиологическому (ЭЭГ) и нейрорадиологическому (КТ, МРТ) обследованию. Оценка ведущего психопатологического синдрома проводилась в соответствии с психиатрическим разделом МКБ-10 (1995). Диагноз эпилепсии верифицировался согласно рекомендациям комиссии ILAE по диагностике эпилепсии и основывался на Международной классификации эпилепсии и эпилептических синдромов (1989), на проекте новой классификации эпилептических синдромов (2001), а также МКБ-10 раздел G40–47. Статистический анализ полученных данных проводился с применением программы SPSS version 13.0. С целью сравнения групп по значению показателей был использован статистический критерий Манна-Уитни. За уровень значимости различий была выбрана величина $p < 0,05$.

Учитывая цель настоящей работы, необходимо было соотнести выявленные психические расстройства со сроками появления эпилепсии и определить их взаимосвязь. С этой целью было выделено две группы обследуемых. Первая группа – 190 пациентов (54,9%), у которых психические нарушения наблюдались до развития эпилепсии, в преморбиде. Именно эта группа (основная) и явилась объектом исследования. Вторая группа была представлена детьми, у которых психопатологические расстройства возникли после появления эпилептических приступов, она составила 156 человек (45,1%). Возникновение эпилептических приступов у обследуемых второй группы привело к появлению психопатологических расстройств. В преморбиде у данных пациентов не обнаруживалось какой-либо психической патологии, их интеллектуальное развитие соответствовало возрастной норме, они не обращались к специалистам. Эта группа обозначена как контрольная.

Результаты исследования

В результате данных, полученных из указанных выше диагностических источников, всем детям ($n=190$) был выставлен диагноз эпилепсии в соответствии с Международной классификацией эпилепсии и эпилептических синдромов (1989), а также МКБ-10, разделом G40–47 и проектом новой классификации эпилептических синдромов (2001) (см. таблицу).

Как видно из таблицы, большее число больных основной группы (64,2%) составили фокальные формы эпилепсии. Среди них преобладающими были вероятно симптоматическая (37,4%) и симптоматическая формы (25,8%). Сюда вошли дети, у которых клинические и электрофизиологические проявления свидетельствовали о фокальном характере эпилептических приступов. Генерализованные эпилепсии зарегистрированы у 35,8% обследованных, преимущественно это были вероятно симптоматические формы (26,3%), где доминировали недифференцированная форма с изолированными тонико-клоническими приступами (18,4%) и синдром Леннокса-Гасто (9,5%). Достоверные различия ($p=0,003$) по формам эпилепсии в группах выявлены по симптоматическим, как фокальным, так и генерализованным (преобладали в основной группе) и идиопатическим фокальным (преобладали в контрольной группе). Данное обстоятельство могло указывать на наличие более тяжелых поражений головного мозга в основной группе. Рассмотрение этиологических факторов симптоматических эпилепсий у данных пациентов с помощью методов нейровизуализации (КТ и МРТ головного мозга) показало, что достоверно чаще ($p<0,005$) здесь встречались: гидроцефалия (15,3%), атрофические процессы (9,5%), внутримозговые и арахноидальные кисты (8,9%), аномалии развития (7,4%), сосудистые мальформации (1,1%), поствоспалительные изменения (0,5%).

Результаты неврологического обследования в обеих группах указывали на наличие органической церебральной недостаточности преимущественно перинатального генеза. В контрольной группе она выражалась в рассеянной микросимптоматике, а в основной – носила более грубый очаговый характер. Достоверные различия по группам отмечены по таким симптомам как гемипарез, косоглазие, центральный парез VII и XII пары черепных нервов,

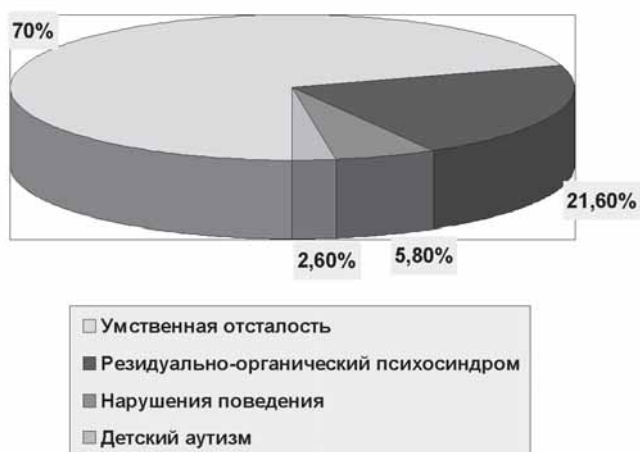
стато-моторная недостаточность, мозжечковые нарушения и тремор век (данные симптомы преобладали в основной группе).

Изучение анамнестических сведений у детей основной группы и сравнение их с контрольной группой показало, что пациенты с преморбидной психической патологией были более раннего возраста (7–10 лет), у них достоверно чаще ($p<0,005$) встречалась наследственная отягощенность по умственной отсталости (14,7%) и наркологическим заболеваниям (32,6%). Во время беременности у матерей этих детей наблюдалась угроза прерывания беременности (47,9%), инфекции (22,6%), роды были преждевременными (17,9%), с пособием (31,6%), асфиксией (49,5%) и родовой травмой (14,7%). В постнатальном периоде жизни данные пациенты имели хроническую соматическую патологию (34,7%) и часто болели (21,6%). Анализ семейного социального статуса оказался достоверно более низким у больных с преморбидной психической патологией. Дети чаще воспитывались в неполных рабочих семьях (45,3%), родители имели среднее образование (54,7%) и проживали в сельских районах (21,1%), где уровень специализированной помощи был ниже.

В результате клинко-анамнестического и клинко-психопатологического изучения было выявлено, что отдельные симптомы психической патологии у обследуемых основной группы были отмечены уже на первом году жизни, практически с самого рождения. Все дети наблюдались неврологом с диагнозом «перинатальная энцефалопатия». Начальные проявления нарушенного психического развития в большинстве случаев оценивались по становлению статокINETических и речевых функций. Поэтому даже при раннем дебюте эпилептических приступов (до 3-х лет) можно было судить о патологическом преморбиде. По данным анамнеза и медицинской документации (все дети наблюдались детским психиатром) обнаруживалось, что клинические проявления выглядели полиморфно и были представлены астенической симптоматикой, когнитивными, невротическими нарушениями, поведенческими реакциями. Выраженность данных расстройств была неоднородна. В зависимости от клинических проявлений, степени тяжести и уровня когнитивных расстройств были выделены четыре варианта преморбидных психических расстройств:

Структура форм эпилепсии

Форма эпилепсии	Основная группа ($n=190$)		Контрольная группа ($n=156$)		p
	абс.	%	абс.	%	
1. Идиопатическая фокальная эпилепсия	2	1,0	2	1,3	
2. Симптоматическая фокальная эпилепсия	49	25,8	19	12,2	0,003
3. Вероятно симптоматическая фокальная эпилепсия	71	37,4	77	49,3	
4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия	4	2,1	9	5,8	0,003
5. Симптоматическая генерализованная эпилепсия	14	7,4	5	3,2	0,003
6. Вероятно симптоматическая эпилепсия	50	26,3	44	18,2	
Всего	190	100,0	156	100,0	



Систематика преморбидной психической патологии при эпилепсии в детском возрасте

умственная отсталость, резидуально-органический психосиндром, детский аутизм и поведенческие расстройства.

Первый вариант включал 133 ребенка (70%), в клинической картине которых с самого рождения наблюдались выраженные расстройства интеллектуально-мнестических функций. В клинко-анамнестических сведениях, в медицинской документации у всех детей зафиксированы нарушения становления двигательных функций (ходьбы, ручной умелости), запаздывание формирования навыков опрятности и самообслуживания, недоразвитие речи. Отмечалось замедление темпов развития всех психических функций. У обследуемых прослеживалась задержка становления познавательной деятельности, которая, прежде всего, проявлялась в недоразвитии предпосылок интеллекта (памяти, внимания, работоспособности). Они с трудом и неточно запоминали, были неспособны к сосредоточению, имелись отвлекаемость и дефицит внимания. Среди речевых расстройств по заключениям логопеда наиболее характерны были: общее недоразвитие речи, дизартрия, алалия. Обнаруживались у них и изменения в эмоционально-волевой сфере (неадекватность реакций, слабость побуждений, консерватизм и тугоподвижность эмоций), в поведении (непоследовательность, импульсивность поступков, снижение критических способностей). Степень выраженности описанных нарушений отражала глубину и уровень интеллектуального недоразвития. Изучение динамики течения представленных расстройств до эпилепсии показало отсутствие прогрессивности симптоматики. Таким образом, по своим клиническим характеристикам данные нарушения отвечали диагностическим критериям умственной отсталости, разделу F70 МКБ-10. По данным медицинской документации уровень интеллектуального развития в преморбидный период соответствовал легкой, умеренной и тяжелой умственной отсталости.

У обследуемых с тяжелой формой умственной отсталости (24 чел.; 12,6%) наблюдалось глубокое

снижение всех психических процессов. У части детей (6 чел.) эпилептические припадки возникли на фоне детского церебрального паралича с грубыми двигательными расстройствами. Другие пациенты (9 чел.) были двигательно беспокойны, совершали стереотипные движения или действия автоматизированного, хаотичного характера. У 10 детей речь отсутствовала, они издавали только отдельные звуки, плохо понимали обращенную к ним речь. Периодически у большинства обследуемых (13 чел.) могли возникать импульсивность, двигательное возбуждение, агрессивность по отношению к себе или окружающим. Такие дети чаще всего находились дома, содержание их в медицинских учреждениях и организациях социальной защиты было затруднено по причине не только психического статуса, но и частых эпилептических приступов.

У 47 пациентов (24,7%) степень интеллектуального дефекта была умеренно выраженной. У них отмечались косность, тугоподвижность мыслительных процессов, недоразвитие речи, логической стороны деятельности, процессов обучения. По этим причинам такие дети не могли посещать школу. Эмоционально-волевая сфера была более дифференцирована. Некоторые из них (10 чел.) были послушны, выполняли простые просьбы, реагировали на похвалу. Другие (21 чел.) – проявляли полное равнодушие к близким, были импульсивными, агрессивными, мстительными, сексуально расторможенными.

Наибольшее количество детей этого варианта было с легкой умственной отсталостью (62 чел.; 32,7%). В клинической картине на первый план выступали интеллектуальные расстройства, которые проявлялись в разных сферах деятельности и главным образом в учебной. Практически все обследуемые обучались по специализированной программе 8 вида. У них отмечались слабость развития предпосылок интеллекта – внимания, памяти, психической работоспособности. Наблюдались нарушения целенаправленности внимания, трудности привлечения и фиксации. Детям были свойственны замедление и непрочность процессов запоминания. Особенно страдало логическое, опосредованное запоминание, в то время как механическая память была сохранной. Значительное место занимали речевые нарушения. Эмоционально-волевая сфера также отличалась чертами недоразвития. Поведение таких пациентов характеризовалось слабостью побуждений и инициативы, недостаточной самостоятельностью, нецеленаправленными и импульсивными поступками. Они были склонны к девиантным формам поведения – делинквентным, аддиктивным. У 88,8% детей этого варианта наблюдались различные формы нарушенного поведения.

Клиническая картина второго варианта, к которому отнесено 41 обследованных (21,6%), была представлена церебральной астенией, содержащей элементы соматовегетативных, когнитивных, психомоторных, эмоциональных и поведенческих на-

рушений резидуально-органического генеза, что соответствовало структуре резидуально-органического психосиндрома по МКБ-10 и отвечало рубрике F07.9. По данным анамнеза и медицинской документации с первых дней жизни все эти дети имели признаки перинатальной энцефалопатии, наблюдались неврологом. На первом году регистрировались проявления органической невропатии с последующей задержкой становления моторных функций, проявляющихся в недостаточности тонких движений, координации, с дальнейшим затруднением выработки двигательных, школьных навыков. Речевые расстройства были представлены недоразвитием от легких до тяжелых форм. Уровень интеллектуального развития соответствовал легким когнитивным нарушениям, IQ у всех детей был в зоне 70–79. Достаточно ярко была выражена и эмоционально-волевая незрелость – преобладание игровых интересов, несамостоятельность, неспособность к волевому напряжению.

Третий вариант был представлен детским аутизмом и составил 5 детей (2,6%). Психический статус данных пациентов соответствовал диагностическим критериям МКБ-10 – F84.0. В клинической картине у обследованных отмечались качественные нарушения социального поведения и расстройства коммуникативной сферы – отгороженность от внешнего мира, отсутствие потребности в общении с окружающими. Дети имели специфические интересы и стереотипное поведение – игра неигровыми предметами, игровое перевоплощение, приверженность к рутинному порядку. Среди речевой патологии наблюдалось, прежде всего, нарушение коммуникативной функции речи – отсутствие диалога, речь в третьем лице, речевые стереотипии (эхолалии), неологизмы. Уровень интеллектуального развития у всех детей соответствовал пограничному (задержке психического развития). Манифестация симптоматики отмечена до трехлетнего возраста.

В четвертом варианте в клинической картине 11 больных детей (5,8%) преобладали невротические расстройства в основном в рамках поведенческой патологии. По МКБ-10 данный вид нарушений квалифицировался в рубрике F91 – расстройства поведения. У большинства из них (8 чел.) ключевыми были расстройства, связанные с неблагоприятным социальным окружением (дети воспитывались в неполных, неблагополучных семьях), и характеризовались расстройствами невротического уровня – эмоциональной напряженностью, аффективной лабильностью, раздражительностью, агрессивностью. В этой связи у них наблюдались делинквентные поступки, прогулы школы, суицидальные высказывания, алкоголизация.

Изучение динамики преморбидных психических расстройств у больных эпилепсией выявило следующие закономерности. Возникновение эпилептических приступов у данных пациентов изменяло течение психопатологической симптоматики. В за-

висимости от формы эпилепсии происходило либо утяжеление клинических проявлений, либо симптоматика оставалась неизменной. Сравнение уровня интеллектуального развития в преморбиде и на фоне течения эпилепсии, то есть в динамике, показало, что у 44 (23,2%) пациентов произошло изменение когнитивного функционирования по пути нарастания интеллектуального дефекта. Усложнение преморбидной симптоматики наблюдалось при вероятно симптоматических формах эпилепсии.

Обсуждение

В результате изучения детей, больных эпилепсией, с наличием в клинической картине психической патологии было установлено, что выявленные психопатологические расстройства определяются временем дебюта эпилепсии. В большей части случаев (54,9%) они являются преморбидными и не связаны с эпилепсией, в 45,1% – могут быть следствием эпилептического процесса.

Клинико-анамнестическое исследование детей с преморбидными психическими нарушениями выявило ряд особенностей, связанных с условиями их формирования. Основанием для развития преморбидной психической патологии явились множественные повреждающие воздействия в ранние периоды онтогенеза мозга. Прежде всего, это пренатальные и перинатальные факторы, среди которых значимыми явились: угроза прерывания беременности и инфекции у матери во время беременности, преждевременные роды, роды с пособием, с асфиксией, родовая травма, хроническая соматическая патология и тяжело протекающие заболевания. Помимо факторов раннего органического поражения ЦНС существенная роль в развитии преморбидной психической патологии принадлежит генетическим механизмам. Катамнестический анализ в семьях обследованных позволил выявить наличие наследственной отягощенности по умственной отсталости и наркологическим заболеваниям. Существенную роль для данных пациентов сыграли и неблагоприятные социальные условия. Следовательно, у обследованных детей причинные факторы носили комплексный характер и определялись как ранним органическим повреждением ЦНС, неблагоприятным социальным статусом, так и генетическими механизмами. Сочетание множественных факторов привело к очень ранним нарушениям головного мозга, явившимся основой для развития, в первую очередь, психической патологии (умственной отсталости, резидуально-органического психосиндрома, детского аутизма и поведенческих расстройств), на фоне которой в последующем возникла эпилепсия. Рассмотрение структуры эпилепсии у данных детей показало преобладание симптоматических форм, как генерализованных, так и фокальных, что свидетельствовало о наличии тяжелых и резистентных ее форм.

Таким образом, эпилепсия в детском возрасте может протекать на фоне умственной отсталости,

резидуально-органического психосиндрома, детского аутизма и поведенческих нарушений. Данные психические расстройства не связаны с дебютом эпилепсии и не могут рассматриваться в рамках эпилептического процесса. Течение эпилепсии на

фоне преморбидной психической патологии усугубляет общую клиническую картину болезненного процесса, что требует правильной и точной их систематизации и квалифицированного оказания помощи данным пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
2. Гиндикин В.Я. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. проф. В.А.Гурьевой. – М.: Генезис, 2001. – 480 с.
3. Максимова Э.Л., Фрешер В. Психотерапевтическая эпилепсия. – Берлин-Вена: Блэквелл Виссенштафтс-Ферлаг, 1998. – 180 с.
4. Betts T.A. Psychiatric disorder in epilepsy / J.S.Duncan, J.Q.Gill (Eds.). Lecture notes British branch of the International League against epilepsy. – Oxford: Keble College, 1995. – P. 153–158.
5. Huber G., Penin H. Psychische Dauerveränderungen und Persönlichkeit der Epileptiker // Psychiatrie der Gegenwart, Band 2, Teil 2, Aufl. 2 / K.P.Kisker, J.E.Meyer, M.Moller, E.Stromgren (Hrsg.). – Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1972. – S. 641–690.

PREMORBID MENTAL DISORDERS IN CHILD EPILEPSY

E. V. Malinina

The purpose of this investigation is studying mental health characteristics of epileptic children. Subjects are 346 epileptic children; 190 of them (54.9%) had premorbid mental pathology. The article discusses the pathogenic factors involved in development of premorbid

disorders and describes the four major variants of premorbid mental pathology, specifically, mental retardation (70%), residual organic psychosyndrome (21.6%), child autism (2.6%) and behavior disorders (5.8%).