

Лечение больных эпилепсией с проявлениями психических расстройств в практике семейного врача

С.Г. Носов

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Данная статья содержит информацию об основных клинико-патогенетических направлениях оказания медицинской помощи больным эпилепсией с психическими расстройствами, знакомит с группами средств лекарственной терапии и показаниями к их применению при различных психопатологических состояниях у этих больных. Сведения, представленные в статье, дополняют информацию о лечении больных эпилепсией, изложенную в Унифицированном клиническом протоколе первичной, экстренной, вторичной и третичной медицинской помощи при эпилепсии у взрослых.

Ключевые слова: эпилепсия, психические расстройства, лечение, семейная медицина.

Семейным врачам в своей практике приходится оказывать медицинскую помощь больным эпилепсией не только с эпилептическими приступами, но и с различными психическими расстройствами (непсихотические продуктивные расстройства, проявления психозов, специфических изменений личности и деменции), как самостоятельно, так и с учетом рекомендаций специалистов-психиатров стационарного и амбулаторного звена. Предлагаемая статья адресована семейным врачам, проводящим лечебные мероприятия психически больным эпилепсией с психозами, специфическими изменениями личности и деменцией.

Основными патогенетически ориентированными направлениями лечебных мероприятий у больных эпилепсией с психопатологией [1], важных для практических семейных врачей, но не получивших широкого отражения в Унифицированном клиническом протоколе первичной, экстренной, вторичной и третичной медицинской помощи при эпилепсии у взрослых [2], являются следующие положения.

1. Дифференцированное психофармакотерапевтическое воздействие на непсихотические психические расстройства при эпилепсии [3] в зависимости от их принадлежности к пароксизмальной (антиэпилептические препараты – АЭП, транквилизаторы – Т) или непароксизмальной (антидепрессанты – АД, нейролептики – НЛ в сочетании с АЭП) составляющей эпилептогенеза.

2. Непосредственное влияние на психотические расстройства с развитием их полной или частичной редукции с помощью антипсихотических средств прямого действия (АЭП, НЛ, Т, АД) в зависимости от типа течения психотического состояния: АЭП и Т эффективны преимущественно при транзиторных психозах с помрачением и без помрачения сознания, НЛ оказывают антипсихотический эффект при всех типах течения эпилептических психозов, АД вызывают редукцию психотической симптоматики при депрессивных психозах, но их также используют в комплексе с другими психотропными препаратами при психозах со смешанными клиническими проявлениями с преобладанием аффективных.

2. Опосредованный лечебный эффект от АЭП в связи с прекращением эпилептических припадков, с которыми тесно связано развитие постиктальных эпилептических психозов и непсихотических расстройств, а также положительное

лечебное воздействие в комплексе с другими лекарственными средствами (АД, Т) на транзиторные интериктальные продуктивные психопатологические состояния. Прекращение эпилептических припадков с помощью АЭП приводит к замедлению темпа роста стойкой диффузной эпилептической энцефалопатии и является способом профилактики развития специфических изменений личности и затяжных непсихотических психических расстройств и психозов.

3. Предотвращение возможного повторного появления психотических состояний и сдерживающее влияние на текущие эпилептические психозы с помощью антиэпилептической, нейрометаболической и психотропной лечебной коррекции стойкой эпилептической дисфункции и ее клинических проявлений – специфических изменений личности и деменции [4], с которыми связано возникновение затяжных психотических состояний при эпилепсии.

4. Нейрометаболическая коррекция проявлений лобной дисфункции как одной из составляющих стойкой диффузной нарастающей эпилептической энцефалопатии, санкционирующей возникновение эпилептических психозов [5]; повышение функциональной активности системы противоэпилептической защиты (лобных отделов мозга, орбитофронтальной коры) с последующим уменьшением вероятности развития психотических состояний при эпилепсии.

5. Коррекция суточных доз или пересмотр назначений АЭП с целью повышения их лечебной эффективности.

7. Коррекция ликвородинамических и гемодинамических расстройств как важных патогенетических звеньев развития эпилепсии и ее психопатологии.

8. Оптимальная продолжительность лечения больных с эпилептическими непсихотическими нарушениями и психозами с помощью НЛ, АД, Т в зависимости от типа течения психотического состояния, а также наличия клинического варианта и степени выраженности специфических изменений личности или эпилептической деменции с коррекцией последних нейрометаболическими средствами (НМС). Антиэпилептическая терапия во всех случаях развития психозов долговременная (в течение всей жизни больного), с динамическим изменением лечебной схемы или суточных доз АЭП в зависимости от индивидуального текущего клинико-нейрофизиологического состояния больного. Продолжительность терапии обусловлена типом течения эпилепсии, а также непсихотического психического расстройства или психоза: лечение продолжают до окончания транзиторных и приступообразных состояний, оно является непрерывным в течение жизни больного при хронических продуктивных нарушениях. Опосредованное воздействие на симптоматику с помощью НМС во всех случаях является долговременным, постоянным или периодическим процессом, а продолжительность его обусловлена степенью выраженности и клиническим вариантом специфических изменений личности или деменции, степенью выраженности лобной мозговой дисфункции, способствующих развитию продуктивной психопатологии. При среднетяжелом течении эпилепсии лечение с помощью НМС является эпизодическим с увели-

чением продолжительности терапевтических эпизодов по мере снижения благоприятности течения заболевания.

Для лечения больных с эпилептической психопатологией используют следующие лекарственные средства с такими особенностями их назначения.

Транквилизаторы – лекарственные средства для купирования непсихотической психопатологии, транзиторных психозов в средних и высоких суточных дозах с преобладанием величины суточных доз при психозах с помрачением сознания. Т назначают при постиктальных, преиктальных психозах в качестве монотерапии, тогда как при интериктальных психотических состояниях – в комплексе с другими лекарственными средствами (НЛ, АД). Т также полезны для коррекции эмоционально-поведенческих составляющих симптомокомплекса специфических для эпилепсии изменений личности, как в виде монотерапии, так и в комплексе с другими психотропными средствами. Кроме того, Т могут быть назначены с АЭП для противосудорожного лечения при учащении приступов и активизации психотического процесса, а также при коррекции специфических изменений личности и деменции. Чаще всего Т используют при истероэпилептическом, дистимоепилептическом, эксплозивном клинических вариантах специфических изменений личности. Целесообразно использовать феназепам, сибазон, гидазепам в индивидуальных суточных дозах, анксиолитическое средство бупирон. Кроме того, Т используют для оказания неотложной помощи при эпилепсии с целью купирования эпилептического статуса, предотвращения дальнейшего развития серий эпилептических приступов, а также для купирования острых транзиторных сумеречных психозов и дисфорических расстройств.

Для купирования проявлений эпилептических психозов с различными типами течения вследствие прямого воздействия на механизмы развития психотических состояний используют НЛ. Целесообразно использование атипичных НЛ второго поколения с минимальным количеством потенциальных побочных эффектов (особенно неврологических экстрапирамидных, которые часто развиваются при органическом поражении головного мозга), хотя могут быть использованы и НЛ первого поколения или переходные НЛ с четким соблюдением титрации их суточных доз. НЛ с успехом могут быть назначены в оптимальных, чаще невысоких суточных дозах в сочетании с АЭП при транзиторных психозах для предотвращения повышения частоты эпилептических приступов. Кроме того, НЛ в средних суточных дозах могут быть использованы при интериктальных транзиторных и затяжных аффективно-бредовых, бредовых, галлюцинаторно-бредовых психозах в комбинации с АЭП, другими лекарственными средствами психотропного действия, в том числе и с НМС, в периоды малой выраженности психопродуктивных расстройств. НЛ в малых или средних суточных дозах в комплексе с АЭП, Т и АД показаны при затяжных постиктальных психозах без помрачения сознания. НЛ целесообразно использовать для базисного лечения больных с не связанными с приступами приступообразными и хроническими эпилептическими психозами в сочетании с индивидуально подобранными дозами АЭП, АД и Т. НЛ в комплексе с АД, Т и НМС показаны для коррекции эмоционально-поведенческих составляющих симптомокомплекса специфических для эпилепсии изменений личности (бредовом, истероэпилептическом, эксплозивном и смешанном клинических вариантах) и деменции. Увеличение суточных доз этих препаратов обусловлено нарастанием степени выраженности эмоциональных и поведенческих расстройств у больных и их устойчивостью к терапии, но все же ограничено потенциальным проконвульсивным эффектом НЛ, АД и НМС. Назначая НЛ, рекомендуется обращать внимание на степень выраженности когнитивных расстройств симптомокомплекса специфических измене-

ний личности и деменции, поскольку средние–высокие суточные дозы многих НЛ могут увеличивать выраженность органической когнитивной дисфункции. НЛ является одним из ведущих средств коррекции бредовых специфических изменений личности и предотвращения дальнейшего их развития в монотерапии или в комплексе с НМС. Нейрокоррекция бредового варианта специфических изменений личности способствует уменьшению вероятности дальнейшего развития длительных психотических состояний, а также снижению интенсивности текущих интериктальных приступообразных и хронических психозов. Для лечения больных чаще используют rispoleпт, оланзапин, труксал, сероквель, солиан, клопиксол-акуфаз, флуанксол, сонапакс, при необходимости – в сочетании с невысокими суточными дозами корректоров экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии (циклодол). Кроме того, при эпилепсии НЛ используют для оказания неотложной помощи при психомоторном возбуждении при острых психозах или обострениях хронических психотических состояний, для купирования сумеречных расстройств и дисфорических нарушений.

АД показаны для лечения больных с преиктальной, постиктальной и интериктальной непсихотической психопатологией, при эпилептических психозах с различными типами течения и отношения к приступам, в клинической картине которых преобладают депрессивные расстройства. Их используют в оптимальных суточных дозах, возможно сочетание с Т или НЛ, а также АЭП для предупреждения повышения частоты эпилептических приступов и для развития совместного тимолептического лечебного эффекта. Рекомендуется использовать АД с малым количеством побочных эффектов и минимальным проконвульсивным влиянием (группа ингибиторов обратного захвата серотонина, серотонина и норадреналина, неспецифических активаторов системы серотонина и норадреналина, производных мелатонина) с соблюдением схемы титрования суточных доз. При дисфорических расстройствах АД назначают в средних или высоких дозах наряду с малыми дозами НЛ или средними–высокими дозами Т, а также с оптимальными дозами АЭП, что позволяет завершить психотическое состояние и предупредить развитие последующих эпилептических приступов. АД целесообразно использовать в индивидуальных суточных дозах для коррекции эмоционально-поведенческих составляющих симптомокомплекса специфических для эпилепсии изменений личности (дистимоепилептический, эксплозивный, истероэпилептический варианты) и деменции в сочетании с другими психотропными веществами. АД также могут способствовать снижению частоты эпилептических приступов, если последние связаны с преиктальной непсихотической или психотической депрессией. Наиболее показаны во всех перечисленных случаях флуоксетин, флувоксамин, венлафаксин, мirtазапин, миансерин, агомелатин (мелитор), тразодон (триттико).

АЭП являются обязательными для больных эпилепсией с приступами и непсихотическими расстройствами, при эпилептическом психозе, при наличии изменений личности, деменции. Рекомендуется использовать АЭП с нейропротективным эффектом (вальпроаты, ламотриджин, леветирацетам), а также топирамат, лакозамид, карбамазепин. При транзиторных, связанных с приступами (постиктальных), психотических состояниях с помрачением сознания АЭП могут оказывать прямой антипсихотический эффект, прекращая проявления психоза, что чаще наблюдается при наличии непродолжительных сумеречных состояний при парентеральном введении АЭП в сочетании с оптимальными дозами Т. При психозах без помрачения сознания антипсихотический эффект АЭП неполный, дополняющий основное лечебное влияние НЛ, АД и Т. Косвенный антипсихотический эффект АЭП проявляется в профилактике повторного

возникновения транзиторных эпилептических психозов с помрачением или без помрачения сознания, в нейропротекции, в замедлении, прекращении дальнейшего развития стойкой диффузной эпилептической энцефалопатии с клиническими проявлениями специфических изменений личности и деменции как источников появления непсихотических состояний и психозов. АЭП также способствуют снижению частоты эпилептических припадков и уменьшают вероятность возможного развития связанных с приступами психозов и непсихотических расстройств. Кроме того, АЭП способны оказывать тимолептическое влияние и корректировать аффективные проявления – депрессивные (ламотриджин), маниакальные расстройства (вальпроаты) при эпилептических аффективных психозах, непсихотических нарушениях, изменениях личности, деменции. При выборе АЭП учитывают форму и тип течения эпилепсии, вид эпилептических припадков, клинический вариант психопатологии и динамику ее формирования, характер эпилептической активности, нейрофизиологический тип эпилептической системы по результатам ЭЭГ-исследования.

НМС рекомендуем назначать для комплексного лечения больных с эпилептическими психозами с целью коррекции, уменьшения выраженности стойкой диффузной эпилептической дисфункции и ее клинических проявлений (когнитивных и эмоционально-поведенческих расстройств, симптомокомплекса специфических изменений личности и деменции), что способствует уменьшению вероятности развития продуктивных клинических проявлений диффузной эпилептической энцефалопатии – непсихотических расстройств и по-

стиктальных, интериктальных эпилептических психозов. В качестве НМС назначают ноотропы (пантогам, ноофен), блокаторы NMDA-рецепторов нейронов мозга (акатинол мемантин) в индивидуальных дозах, витаминотерапию (В1, В6, С, Е, РР), сосудистые препараты (цераксон, винпоцетин, энелбин ретард, виноксин), препараты, нормализующие ликвородинамику в головном мозге (диакарб, трифас), метаболитические вещества (глицин, мелатонин). НМС положительно воздействуют на функции памяти, внимания, темпа и качества мышления, способствуют замедлению снижения интеллекта при деменции. Для комплексного лечения больных с психозами и тесной связью с эпилептическими приступами высокой частоты рекомендуется проведение лечения НМС в периоды минимальной выраженности или отсутствия проявлений психоза, использование их в индивидуальных дозах, в сочетании с АЭП, НЛ, АД в суточных дозах, способных сдерживать развитие пароксизмальных и непароксизмальных проявлений эпилепсии. Не рекомендуется проводить лечение НМС на фоне активных психотических и непсихотических продуктивных расстройств и высокой частоты эпилептических припадков, поскольку это довольно часто провоцирует пароксизмальные состояния и психопатологию.

ВЫВОДЫ

Таким образом, эффективное лечение больных эпилепсией с психопатологией связано с особенностями и закономерностями применения психотропных, антиэпилептических и нейрометаболических препаратов, знание и учет которых повысит качество лечебной деятельности семейного врача.

Лікування хворих на епілепсію з проявами психічних розладів в практиці сімейного лікаря С.Г. Носов

Дана стаття містить інформацію про основні клініко-патогенетичні напрямки надання медичної допомоги хворим на епілепсію з психічними розладами, знайомить сімейних лікарів з групами засобів лікарської терапії і показаннями до їхнього застосування при різних психопатологічних станах у цих хворих. Відомості, представлені у статті, доповнюють інформацію про лікування хворих на епілепсію, викладену в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, екстреної, вторинної та третинної медичної допомоги при епілепсії у дорослих.

Ключові слова: епілепсія, психічні розлади, лікування, сімейна медицина.

Treatment of epilepsy patients with manifestations of mental disorders in the practice of the family doctor S.G. Nosov

The proposed for family doctors article contains information about the basic clinical and pathogenetic directions of care in patients with epilepsy with mental disorders, introduces the groups means of drug therapy and indications for their use in various psychopathological conditions in these patients. The information, presented in the article, complete the information on the treatment of patients with epilepsy, set out in a Uniform clinical protocol primary, emergency, secondary and tertiary care for epilepsy in adults.

Key words: epilepsy, mental disorders, treatment, family medicine.

Сведения об авторе

Носов Сергей Григорьевич – Кафедра психиатрии ФПО Государственного Учреждения «Днепропетровская медицинская академия Минздрава Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул.Дзержинского, 9, Государственное Учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства Здравоохранения Украины», кафедра психиатрии ФПО; (097) 996-71-65, (0567) 53-46-56. E-mail nosovmed2009@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Юр'єва Л.М., Носов С.Г. Психічні розлади при епілептичному захворюванні. – К., 2009. – 195 с.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при епілепсії у дорослих. – К., 2014. – С. 104–230.
3. Зенков Л.Р. Непароксизмальные

4. Trimble M., Schmitz B. The Neuropsychiatry of Epilepsy. – Cambridge, 2011. – 133–153.
5. Ettinger A., Kanner A. Psychiatric Issues in Epilepsy.-Philadelphia, 2007. – P. 53–64, 203–236 p.

Стаття постуила в редакцію 11.02.2015