

«Восходящее эпилептическое чувство» в практике психиатра-нарколога

ПISКУНОВ М.В. врач-психиатр отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России; e-mail: 19480@mail.ru

Представлено описание специфического симптомокомплекса — «восходящее эпилептическое чувство» и патогенетические механизмы его развития. Описан и проанализирован ряд клинических наблюдений возникновения данного симптомокомплекса с последующим развитием импульсивного первичного патологического влечения к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). Выделены особенности развития симптоматики и клинической картины «восходящего эпилептического чувства» у наркологических больных. Предложены схемы медикаментозного лечения.

Ключевые слова: «восходящее эпилептическое чувство», импульсивное первичное патологическое влечение к психоактивным веществам

Термином *восходящее эпилептическое чувство* в современной эпилептологии обозначают комплекс симптомов, наблюдающийся при эпигастральной (абдоминальной или висцеросенсорной) ауре, появляющейся перед возникновением эпилептического припадка при височной палеокортикальной (медийотемпоральной) эпилепсии [4].

Впервые этот феномен был описан Н. Gastaut в 1972 г. [8].

В данный симптомокомплекс входят труднопердаваемые больными *восходящие ощущения* в области живота, проявляющиеся в чувстве давления, переворачивания, похолодания, покалывания или тепла, а также болями в области пупка или эпигастрия, урчанием в животе, позывами на дефекацию, тошноту, отхождением газов [3, 4, 8].

По мнению исследователей, существуют три механизма, объясняющих развитие данного феномена. Первый — аура является парциальным сенсорным припадком в первичной сенсорной коре головного мозга. Согласно второму, абдоминальная аура является аналогом парциального моторного припадка в первичной моторной коре, т.е. происходит нарушение функционирования желудочно-кишечного тракта за счёт эпилептического разряда. Третий механизм представляет собой галлюциаторный феномен, аналогичный парциальным припадкам (например *deja vu*), возникающим за счёт аномального мозгового разряда [4].

В практике отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России за 2011—2012 гг., симптомокомплекс «восходящего эпилептического чувства» отмечался у шести пациентов с последующим развитием импульсивного первичного патологического влечения к алкоголю.

Все пациенты проходили стационарное лечение. Пять из них по поводу синдрома зависимости от алкоголя, один с синдромом зависимости от двух и бо-

лее ПАВ (алкоголь, героин). Возраст обследуемых 23—52 года. У четырёх пациентов наследственность была отягощена алкоголизмом по мужской линии. У одного больного отмечалась патология при родах (длительный безводный промежуток). Двое больных являлись вирусоносителями гепатита С, один из них страдал хроническим пиелонефритом.

У всех пациентов в анамнезе имели место закрытые черепно-мозговые травмы (максимальное количество до восьми у одного пациента), по данному поводу проходили стационарное лечение. После этого пять из шести больных отмечали в анамнезе дисфорические реакции различной степени выраженности. Двое упоминали о возникающем иногда чувстве *deja vu*. Генерализованных эпилептических припадков не отмечалось ни у одного из пациентов.

Все обследуемые находились на второй стадии зависимости, имели сформированный абстинентный синдром. Течение алкоголизма в основном имело среднепрогредиентный характер. У всех пациентов черепно-мозговые травмы служили катализатором развития зависимости.

При осмотре, после купирования абстинентного синдрома, у половины пациентов отмечалась лёгкая рассеянная очаговая неврологическая симптоматика.

При расспросе больных о ситуациях, провоцирующих употребление алкоголя, все пациенты отмечали отсутствие каких-либо факторов, предрасполагающих к этому, однако описывали специфическое чувство, предшествующее алкоголизации. Многие пациенты при этом испытывали трудности в подборе слов. В большинстве случаев это чувство было представлено пациентами в виде «волны тепла», поднимающейся из области пупка или нижней части живота к горлу.

Один больной описывал мигрирующее ощущение в виде «чувство жара», начинающегося в области пупка, переходящее на спину и поднимающееся до затыл-

ка, с последующим развитием экзофтальма (на который обращали внимание родственники больного).

Все пациенты описывали финал прохождения «волны» в виде «резкого и неукротимого» желания употребить алкоголь.

При более детальном расспросе двое больных указывали на выраженный дисфорический аффект («внутренний эмоциональный взрыв» с последующим злым состоянием), который и приводил к употреблению алкоголя. У одного из пациентов после этого отмечалась тревожно-фобическая симптоматика, с чувством страха из-за «возможности кому-либо навредить в состоянии злости».

Остальные пациенты отрицали дисфорическую аффективную окраску и называли восходящую волну тепла «тягой» или «желанием» употребления алкоголя, которое они немедленно удовлетворяли. Некоторые из них высказывали тревожные опасения по поводу внезапности возникновения патологического влечения.

Диспептических явлений ни у одного пациента не наблюдалось.

Алкогольное опьянение у этих больных по своей структуре можно отнести к атипичному — сомнолентному. Отмечалась мимолетная стадия эйфории с последующим наступлением сна. Дозу употребляемого алкоголя варьировали от 0,15—0,5 л водки. Один из пациентов употреблял после алкоголя раствор героина до 0,5 г внутривенно.

Всем пациентам было проведено электроэнцефалографическое исследование, по результатам которого были выявлены диффузные патологические изменения электрической активности головного мозга от нерезкой до умеренной степени выраженности. У трёх обследуемых отмечалось лёгкое (субклиническое) снижение порога судорожной готовности с акцентом в височной доле правого полушария. У одного пациента в височно-затылочном отделе левого полушария.

По данным компьютерного картирования ЭЭГ у трех пациентов были обнаружены зоны повышенной мощности медленноволновой активности в височном отделе правого полушария с преобладанием дельта-диапазона. У одного обследуемого обнаружены негрубые органические знаки в том же отделе. К этой группе больных относились оба пациента с дисфорическим аффектом, который приводил к употреблению психоактивных веществ. У остальных двух больных обнаружены зоны повышенной мощности медленноволновой активности дельта-тета-диапазона в височной области левого полушария.

Всем больным с целью купирования первичного патологического влечения был назначен карбамазепин в дозе от 0,1 — 0,8 г в сутки в зависимости от клинических проявлений.

За время госпитализации и дальнейшего амбулаторного наблюдения (до 1 года после выписки из стационара) у пяти пациентов не было выявлено симптомокомплекса «восходящего эпилептического чувства» и следующих за ним аффективных проявлений и импульсивного патологического влечения к употреблению алкоголя. У одного пациента через 2 мес. после выписки отмечался однократный «срыв» ремиссии и употребление алкоголя в течение 2 дней. После последующей амбулаторной коррекции дозы карбамазепина в течение последующих 8 мес. наблюдения возобновления алкоголизации не было.

Еще у двух пациентов отмечалось обострение идеаторного компонента патологического влечения, проявляющегося в снах на алкогольную (наркоманическую) тематику, что не сопровождалось желанием к употреблению алкоголя в дневное время и не требовало коррекции схемы терапии.

Проводя анализ описанной выше серии клинических случаев, можно выделить некоторые особенности развития и клинических проявлений специфического симптомокомплекса «восходящего эпилептического чувства» у наркологических больных:

1. Наличие у всех пациентов закрытых черепно-мозговых травм в анамнезе, которые практически во всех случаях служили катализатором развития зависимости. По данным В.А. Карлова, черепно-мозговые травмы являются этиологическим фактором развития височной эпилепсии в 19,8% случаев [6];

2. Практически у всех пациентов отмечались в анамнезе дисфорические реакции различной степени выраженности, а у некоторых — чувство *deja vu*. При детальном расспросе двое пациентов отмечали наличие «восходящего эпилептического чувства» перед развитием выраженной дисфории, что приводило больных к алкоголизации.

Данный факт можно объяснить наличием у больных аффективных эквивалентов эпилептических припадков, характерных для височной эпилепсии, в виде приступов дисфории, с выраженной злобной окраской и стеничностью, что отличает их от дисфорий алкогольного генеза [9]. Описание злоупотребления алкоголем при данных состояниях было приведено М.В. Коркиной [7]. У некоторых пациентов также отмечались «особые состояния» (по Гуревичу [5]) в виде чувства *deja vu*, которое также служило эквивалентом эпилептических припадков при височной эпилепсии;

3. Аура в большинстве случаев описывалась пациентами как «восходящая волна тепла» и не сопровождалась диспептическими явлениями. Это проявление косвенно может служить подтверждением теории сенсорного припадка при формировании «восходящего эпилептического чувства»;

4. У большинства пациентов эквивалентом эпилептического припадка являлось проявление импульсивного первичного патологического влечения к алкоголю.

Импульсивность патологического влечения к алкоголю как вариант пароксизмальной активности головного мозга была описана В.Б. Альтшулером. Этот феномен проявляется внезапным началом употребления алкоголя в трезвом состоянии на фоне полного психического и физического благополучия, без каких-либо провокаций, планирования употребления алкоголя, отличается внезапностью и непонятностью происходящего для самого пациента [1].

Данный вариант первичного патологического влечения к алкоголю имеет под собой вполне конкретную нейрофизиологическую базу в виде пароксизмального процесса (медленноволновой активности и дельта-ритма) в лимбических структурах головного мозга [2]. Данный вид пароксизмальной активности был обнаружен при ЭЭГ-исследовании в височных отделах практически у всех наблюдаемых пациентов.

По мнению В.А. Карлова, ареал возможной локализации эпилептогенного поражения может включать не только структуры самой височной доли (гиппокамп, амигдаларный комплекс, новая кора), но и ряд других образований, входящих в мезолимбическую систему или лимбико-ретикулярный комплекс (поясная извилина, орбитофронтальная кора и пр.) [6], что является возможным объяснением взаимосвязи симптомокомплекса «восходящего эпилептического чувства» с развитием импульсивного первичного патологического влечения к алкоголю;

5. Алкогольное опьянение можно отнести к атипичному (сомнолентному), что можно расценивать как возможную астенизацию по завершении эпилептического разряда;

6. Положительный эффект от терапии антиконвульсантами (карбамазепином) с развитием длительной, катamnестически подтвержденной ремиссии говорит о правильно выбранном патогенетическом лечении.

Резюмируя изложенные выше факты, можно высказать предположение, что у данной группы боль-

ных в результате перенесённых черепно-мозговых травм, возможно, имело место развитие эпилептогенного очага в височных отделах полушарий головного мозга (в большей части справа), что проявлялось в развитии эквивалентов эпилептического припадка в виде импульсивного первичного патологического влечения к употреблению ПАВ, которому предшествовало развитие эпигастральной ауры (специфического симптомокомплекса «восходящего эпилептического чувства»), финалом которого была сомнолентная форма опьянения. Все пациенты имели хороший ответ на терапию антиконвульсантами (карбамазепином) с развитием длительных ремиссий.

В целом, описанные выше клинические наблюдения подтверждают справедливость «эпилептогенной» концепции патологического влечения к ПАВ для определённых групп наркологических больных [10].

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Импидж, 1994. — С. 93—95.
2. Альтшулер В.Б., Кравченко С.А. Топографическое картирование ЭЭГ при обострениях патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Наркология. — 2003. — №2. — С. 21—25.
3. Вейн А.М. Вегетососудистая дистония. — М.: Медицина, 1981. — С. 114—117.
4. Гофман А.Г. Психиатрия. Справочник практического врача. — М.: Медпресс-Информ, 2006. — С. 175.
5. Гуревич М.О. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1949. — С. 346—347.
6. Карлов В.А. Эпилепсия. — М.: Медицина, 1990. — С. 154—175.
7. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. — М.: Медицина, 1958. — С. 291—292.
8. Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Барлетова Е.И. Эпилептические ауры: клинические характеристики и топическое значение // Русский журнал детской неврологии. — 2011. — Т. IV. — Вып. 1. — С. 19—30.
9. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М.: Медицина, 1973. — С. 274—275.
10. Шайдукова Л.К. «Эпилептогенная» концепция патологического влечения к психоактивным веществам — опыт применения топирамата // Наркология. — 2005. — №1. — С. 50—51.

«RISING EPILEPTIC FEELING» IN THE PRACTICE OF ADDICTION PSYCHIATRISTS

PISKUNOV M.V. MD, Psychiatrist, Serbsky National Researcher Centre of social and forensic psychiatry, Moscow, e-mail: 19480@mail.ru

In article is description of a particular symptom — «rising sense of epileptic» and pathogenetic mechanisms of development. Described and analyzed some clinical cases of this symptom with the subsequent development of the primary impulsive craving for substance abuse. The features the development of symptoms and the clinical picture of «Rising epileptic feelings» in addicted patients. Schemes medication.

Key words: «Rising epileptic feeling», primary impulsive craving for substance abuse