

Неврастенический синдром в общей врачебной практике. Возможности терапии

К.Н. Дадашева, к.м.н. Б.В. Агафонов, д.м.н. М.Н. Дадашева, д.м.н. Л.А. Подрезова

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

РЕЗЮМЕ

В обзоре рассмотрена проблема неврастенического синдрома. Приведена классификация, описаны клиническая картина и методы лечения. Неврастения — постепенно развивающееся психопатологическое расстройство, это наиболее частый синдром в клинической практике. Актуальность проблемы неврастении подтверждают многочисленные исследования. Симптомокомплекс складывается из трех составляющих: собственно клинических проявлений неврастении; нарушений, связанных с лежащим в ее основе патологическим состоянием; расстройств, обусловленных психологической реакцией пациента на заболевание. Проявления неврастении — это усталость, снижение психической и физической работоспособности, нарушение сна, повышенная раздражительность или, наоборот, вялость, эмоциональная неустойчивость, вегетативные нарушения. Основными задачами терапии больных являются уменьшение степени неврастении и ассоциированных симптомов, увеличение уровня активности, улучшение качества жизни пациента. В статье приведены собственные наблюдения авторов по применению бромкамфоры у лиц различных возрастных групп с неврастеническим синдромом и кожным зудом.

Ключевые слова: неврастения, классификация, клиническая картина, лечение, кожный зуд, бромкамфора, Доброкам.

Для цитирования: Дадашева К.Н., Агафонов Б.В., Дадашева М.Н., Подрезова Л.А. Неврастенический синдром в общей врачебной практике. Возможности терапии. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;4(II):91–95.

ABSTRACT

Asthenic syndrome in general practice: therapy possibilities

K.N. Dadasheva, B.V. Agafonov, M.N. Dadasheva, L.A. Podrezova

Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirskiy

The article presents the asthenic syndrome problem, its classification, clinical picture, and methods of treatment. Asthenia is a gradually developing psychopathological disorder. It is the most common syndrome in clinical practice. The relevance of the asthenia problem is confirmed by numerous studies. There is an asthenia symptom complex consisting of three parts: asthenia clinical manifestations, disorders associated with the underlying pathological condition, and disorders due to the patient psychological response to the disease. Asthenia manifestations consist of the following symptoms: fatigue, a decrease in mental and physical capability, sleep disorder, increased irritability or vice versa lethargy, mood swings, vegetative disorders. In this regard, the treatment main objectives are to reduce the asthenia degree and associated symptoms, increase the activity level, and improve the patient's life quality. In-house observation results of the senile patients' group with the asthenic syndrome and skin itching demonstrated clinical efficacy, the satisfactory safety and tolerability profiles, which became the basis to recommend the drug for widespread use. The article also presents the authors' own observations on the Bromcamphora use in senile patients with asthenic syndrome and skin itching.

Keywords: asthenia, classification, clinical picture, treatment, skin itching, senile age, Bromcamphora, Dobrocam.

For citation: Dadasheva K.N., Agafonov B.V., Dadasheva M.N., Podrezova L.A. Asthenic syndrome in general practice: therapy possibilities. RMJ. Medical Review. 2019;4(II):91–95.

ВВЕДЕНИЕ

Неврастенический синдром — постепенно развивающееся психопатологическое расстройство, которое сопровождается значительное число заболеваний, один из наиболее распространенных симптомов многих соматических и психических заболеваний, который может манифестировать даже в их начальные периоды. Это наиболее частый синдром в клинической практике любого врача, доля жалоб, связанных с ним, составляет около 60% [1].

Неврастения определяется как расстройство нервной системы вследствие метаболических нарушений, инфекционных, соматических, эндокринных заболеваний, операций, психофизиологических перегрузок и т. д. По этиологическим категориям выделяют реактивную неврастению, которая развивается на фоне стресса, эмоциональных

перегрузок, переживаний, и вторичную симптоматическую (органическая, соматогенная) [2, 3]. Различают два основных типа проявления неврастении — с превалированием умственной (проблемы с концентрацией внимания, рассеянность, ослабление памяти) и физической утомляемости (слабость, мышечные боли даже после небольшой нагрузки, невозможность расслабиться). Обе формы заболевания сопровождаются общими симптомами — головокружением, головной болью, раздражительностью, неуверенностью в себе, незначительно выраженной депрессией и тревогой, нарушениями сна. Для неврастении характерен астенический синдром, который может развиваться под влиянием различных экзогенных и органических факторов. Когда главным этиологическим фактором психического расстройства служит соматическое или эндокринное

заболевание, выставляют диагноз соматогенного заболевания, а не невроза. Актуальность проблемы невротических расстройств с астеническим синдромом (неврастении) подтверждают многочисленные исследования социальных и разновозрастных проявлений этого феномена. Данное состояние наблюдается у детей, студентов, людей среднего возраста и стариков. Так, синдром старческой астении (frailty) в последние годы стал предметом особого интереса не только гериатров, но и врачей всех специальностей, поскольку в связи с увеличением продолжительности жизни может являться основной точкой приложения лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий у пациентов зрелого и более старшего возраста [4–6].

Своевременное выявление неврастенической симптоматики, использование комплексной терапии снижают риск рецидива и хронизации заболевания [2]. По-прежнему остается актуальной проблема выявления новых подходов терапии неврастении. Отмечено, что специалисты всех профилей констатируют наличие неврастении у своих пациентов, но не часто занимаются их терапией и иногда не вполне понимают природу этого расстройства. При этом ситуация осложняется тем, что у врачей не существует достаточно эффективных методов диагностики, а оценка состояния часто основана на жалобах больных, которые субъективно трактуются врачами [5, 6]. Основными задачами терапии больных являются уменьшение степени неврастении и ассоциированных симптомов, улучшение качества жизни пациента. Сегодня важен поиск новых препаратов с мягким седативным эффектом, которые бы достаточно быстро и эффективно купировали проявления неврастенического синдрома.

Эпидемиология

Неврастения наблюдается у всех категорий населения, являясь одним из бедствий современности в силу своего влияния на физические и интеллектуальные способности человека. Неврастения значительно нарушает повседневную жизнь людей и снижает ее качество. Выявлено, что женщины страдают от неврастенического синдрома в 2–3 раза чаще, чем мужчины; ему подвержены не только люди трудоспособного, но и лица более старшего возраста, у которых имеются с одной стороны несколько хронических заболеваний, а с другой — нарушены адаптационные механизмы [7–9].

В современных российских исследованиях рассматривается эпидемиология не только неврастенического синдрома в различных возрастных и социальных группах, но и преастении. Например, в среднем распространенность старческой астении составляет 12,9%, а старческой преастении — 48,9% [10–12].

Патофизиология.

Роль ретикулярной формации

По данным ряда зарубежных исследований был сделан вывод, что неврастенический синдром развивается вследствие нарушения функции ретикулярной активирующей системы (РАС). Формация ретикулярная, система ретикулярная активирующая (Reticular Activating System) — это совокупность нейронов и соединяющих их нервных волокон, которые расположены в стволе мозга и образуют сеть. Это древняя группа клеток, которая есть у всех позвоночных и которая в значительной мере регулирует активность центральной нервной системы, состояние бодрствования

и готовность всего организма к защите. Эти данные подтверждены рядом исследований в других странах. Было подчеркнуто, что РАС является ведущим звеном в патофизиологии астении. Представляя собой плотную нейрональную сеть, РАС отвечает за управление энергетическими ресурсами организма, контролирует координацию произвольных движений, автономную и эндокринную регуляцию, сенсорное восприятие, запоминание, активацию коры головного мозга. РАС влияет на физическую активность, модуляцию психологического отношения, аффективного выражения, интеллектуальные функции. Неврастения формирует сигнал о перегрузке РАС и хода управления энергетическими ресурсами организма. Неврастения — это сигнал тревоги, который информирует индивидуума о том, что необходимо временно прекратить все виды физической и умственной деятельности [13].

Классификация

В зависимости от длительности существования неврастенического синдрома выделяют острую и хроническую формы. Острая неврастения обычно носит функциональный характер, развивается после сильного стресса, перенесенного острого заболевания или инфекции. Хроническая неврастения отличается длительным течением и, как правило, является органической. К хронической функциональной неврастении относится синдром хронической усталости [13, 14].

Клиническая картина

Симптомокомплекс неврастенического синдрома включает три составляющие: собственно клинические проявления астении; нарушения, связанные с лежащим в ее основе патологическим состоянием; расстройства, обусловленные психологической реакцией пациента на заболевание. Выделяются два основных типа расстройства, в значительной степени перекрывающих друг друга. Главной чертой первого типа являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной нагрузки, с которой часто связано некоторое снижение производственных показателей или продуктивности в повседневных делах. Умственная утомляемость описывается больным как неприятное возникновение рассеянности, ослабления памяти, невозможности сосредоточиться и неэффективности умственной деятельности. При другом типе расстройства основной упор делается на ощущение физической слабости и изнеможения даже после минимальной нагрузки, сопровождаемых ощущением мышечных болей и невозможностью расслабиться. Оба типа расстройства характеризуются рядом общих неприятных физических ощущений, таких, как головокружение, напряженная головная боль и ощущение общей нестабильности. Общими чертами являются также беспокойство по поводу снижения своих умственных и физических способностей, раздражительность, утрата способности радоваться и незначительно выраженная депрессия и тревога. Сон часто нарушен в своей начальной и средней фазе, но также может быть выраженной и сонливостью.

Следует отличать неврастению от обычной усталости, которая возникает после чрезмерного физического или психического напряжения, смены часовых поясов или климата, при несоблюдении режима труда и отдыха. В отличие от физиологической усталости неврастения развивается постепенно, со-

храняется длительное время, не проходит после полноценного отдыха, для ее устранения требуется вмешательство врача.

Неврастения нередко сопровождается нарушениями со стороны вегетативной нервной системы: тахикардия, лабильность пульса, перепады артериального давления, зябкость или чувство жара в теле, генерализованный или локальный гипергидроз, понижение аппетита, запоры, болевые ощущения по ходу кишечника. Возможны головные боли и головокружение. У мужчин наблюдается снижение потенции.

В зависимости от формы неврастения может сопровождаться различными по своему характеру нарушениями сна. Гиперстеническая астения характеризуется трудностями с засыпанием, беспокойными и насыщенными сновидениями, ночными пробуждениями, ранним просыпанием и чувством разбитости после сна. Гипостеническая астения отличается дневной сонливостью. При этом сохраняются проблемы с засыпанием и плохое качество ночного сна. Сон — естественный физиологический процесс, продолжительность сна у человека в среднем составляет 7–8 ч. При дефиците сна снижается иммунитет, активность, трудоспособность, качество жизни, психоэмоциональное состояние, может развиваться неврастения и другие заболевания. Распространенность в популяции инсомнии, нарушения ночного сна и дневного бодрствования, согласно российским и зарубежным данным, резко возросли в последние 5 лет с 8–15% до 20%, а в отдельных регионах и выше. Многие исследователи связывают это с психоэмоциональным напряжением, стрессовой ситуацией в мире. Выделяют мо-

дифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития инсомнии. К немодифицируемым факторам риска относят генетическую предрасположенность, женский пол, возраст. К модифицируемым — острый стресс, длительные психоэмоциональные перегрузки, характер работы (скользящий график с ночными сменами и напряженным ритмом). Многие лекарственные средства, такие как антибиотики, гормональные, антиаритмические, гипотензивные, антидепрессанты, диуретики, ноотропные препараты, могут нарушить сон. Острые и хронические соматические и неврологические заболевания провоцируют развитие инсомнии. Пациенты с инсомнией чувствуют себя в утренние часы уставшими, а во второй половине дня, наоборот, в возбужденном состоянии, что обусловлено увеличением секреции кортизола, который способствует гиперактивности ренин-ангиотензиновой системы, повышению частоты сердечных сокращений, температуры. Проявлениями инсомнии могут быть любые нарушения процесса сна — его инициации (пресомнические), поддержания (интрасомнические) или завершения (постсомнические). При пресомнических расстройств человек не может сразу заснуть. Пресомническое расстройство проявляется трудностями засыпания в течение длительного времени. Тревожные мысли, вечерняя гиперактивность, вызванная различными причинами удлиняют период засыпания до 3–4 ч. Интрасомнические расстройства проявляются частыми ночными пробуждениями, трудностями засыпания после таких пробуждений. Для постсомнических расстройств характерно раннее, преждевременное (на 1–2 ч) пробуждение [14].

ДОБРОКАМ®

Безрецептурный препарат для нормализации сна



Облегчает наступление естественного сна



Помогает в борьбе с бессонницей



Короткий курсовой прием – 10-15 дней



Реклама

www.dobrocam.ru

ОАО «Авексима», Москва, Ленинградский проспект, д. 31А, стр. 1, тел. +7 (495) 258-45-28

avexima
www.avexima.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ДИАГНОСТИКА

Диагностика неврозов сложна вследствие сглаженности симптомов и сложности объективного подтверждения диагноза, при этом врач может пропустить начальные признаки более тяжелых заболеваний. Характерные для неврозов симптомы могут наблюдаться практически при любом психическом заболевании, необходимо проводить дифференциальный диагноз астенического синдрома, присущего неврастению, с маскированной депрессией. Для депрессии характерны пессимизм, чувство тоски, снижение жизненного тонуса, апатия, пониженная самооценка, усиление симптомов в утренние часы, раннее пробуждение. Проявления неврастенического синдрома, напротив, нарастают к вечеру, утром наблюдается сонливость, сон не приносит ощущения отдыха, аппетит не нарушен, пациенты не чувствуют себя больными. При неврастении процессы торможения ослаблены, человек неверно оценивает свои возможности, переоценивает их.

В случаях, когда астения является следствием перенесенного стресса, травмы, заболевания или выступает как предвестник начинающейся в организме патологии, симптомы ее ярко выражены. Если неврастения возникает на фоне существующего заболевания, то ее проявления могут отходить на второй план и быть не так заметны за симптомами основного заболевания. Чтобы получить объективную картину, необходимо провести исследование мнестической сферы пациента, оценить его эмоциональное состояние и ответную реакцию на различные внешние сигналы. В некоторых случаях необходимо дифференцировать астению от ипохондрического невроза, гипертонии, депрессивных реакций.

Диагностика неврастенического синдрома требует обязательного обследования пациента на предмет основного заболевания, которое послужило причиной развития астении. Нередко необходимы консультации узких специалистов. Обязательна сдача клинических анализов крови и мочи. Диагностика инфекционных заболеваний проводится путем бактериологических исследований и проведения ПЦР-диагностики. По показаниям назначают инструментальные методы исследования.

Для объективизации астенического состояния используют «Шкалу астенического состояния» (ШАС), адаптированную Т.Г. Чертовой, Л.Д. Малковой. Шкала астенического состояния разработана на базе данных клинико-психологических наблюдений и известного опросника MMPI (Миннесотский многомерный личностный перечень) и предназначена для диагностики астенического состояния. Шкала состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния. Исследование проводится индивидуально в отдельном, хорошо освещенном и изолированном от посторонних звуков помещении: от 30 до 50 баллов — «отсутствие астении»; от 51 до 75 баллов — «слабая астения»; от 76 до 100 баллов — «умеренная астения»; от 101 до 120 баллов — «выраженная астения» [14–16].

ЛЕЧЕНИЕ

При неврастении необходимы подбор режима труда и отдыха, отказ пациента от различных вредных воздействий, в т. ч. от употребления алкоголя, введение в режим дня оздоравливающих физических нагрузок, соблюдение витаминизированной и соответствующей основному за-

болеванию диеты. Следует заметить, что при неврастении обычно даже длительный отдых не дает ощутимой пользы, поскольку после возвращения в привычное русло симптомы астенического синдрома возобновляются. Большое значение для пациентов имеют спокойная рабочая обстановка и психологический комфорт дома. В этих случаях будут полезны психотерапия, тренинги «повышения личной эффективности» и правильного распределения личного времени.

Симптоматическая терапия включает седативные препараты, позволяющие купировать симптомы неврастения и нормализовать сон. Препараты брома, такие как бромкамфора, усиливают процессы торможения в коре мозга, что особенно выражено при повышенной возбудимости центральной нервной системы [16]. Воздействуя на первую фазу, бромкамфора облегчает наступление естественного сна, тем самым оказывает физиологическое действие, не нарушая его структуру. Это в значительной мере способствует восстановлению нервно-психической функции и разрыву порочного круга астении. К препаратам мягкого седативного и антиастенического действия относится бромкамфора (Доброкам®). Доброкам® — отечественный препарат, легко абсорбируется в желудочно-кишечном тракте. Рекомендован к назначению при неврастеническом синдроме, нарушениях сна, вегетативных проявлениях в виде кардиалгии, тахикардии, нестабильности артериального давления. Препарат выпускается в таблетках, суточная доза зависит от возраста и общего самочувствия, средний курс лечения — 10–15 дней. Препарат может применяться у детей с 7 лет. Бесспорным преимуществом препарата является его доступность как средства безрецептурного отпуска.

Нередко пациенты занимаются самолечением и принимают хорошо известные и относительно недорогие препараты, содержащие фенобарбитал, который вызывает различные побочные симптомы. Так, при применении таких средств со стороны сердечно-сосудистой системы могут отмечаться брадикардия, гипотензия. Со стороны центральной нервной системы — нервозность, головная боль, угнетение дыхательного центра, сонливость, головокружение, тревога. В США принята практика лечения неврастения значительными дозами витаминов группы В. Между тем этот метод терапии ограничен в применении высоким процентом побочных аллергических реакций. Ряд авторов считают, что оптимальной является комплексная витаминотерапия, включающая не только витамины группы В, но и С, РР, а также участвующие в их метаболизме микроэлементы (цинк, магний, кальций) и нейропротекторы. Однако их эффективность при неврастении окончательно не доказана вследствие отсутствия крупных исследований в этой области. Неврастения требует симптоматического психотропного лечения. В индивидуальном порядке при неврастении назначают антидепрессанты — ингибиторы обратного захвата серотонина и дофамина, нейрореплетики, препараты прохалинергического действия. Успех лечения астении, возникшей вследствие какого-либо заболевания, во многом определяется эффективностью лечения последнего [14–16].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Нами было проведено клиническое исследование, целью которого стало определение возможности применения бромкамфоры (Доброкам®) для коррекции клинических проявлений неврастенического синдрома у лиц с кожным зудом, не купирующимся стандартной терапией.

Материал и методы: группа пациентов состояла из 30 человек: 9 (30%) мужчин, и 21 (70%) женщин в возрасте 25–80 лет (средний возраст 74,4 года). Все пациенты жаловались на разнообразные проявления неврастения в течение 4–6 месяцев. Развитию заболевания предшествовал психоэмоциональный стресс, физическое перенапряжение, психоэмоциональные перегрузки. Кроме повышенной утомляемости отмечались нарушение сна, сердцебиение, колебание артериального давления, у лиц старшей возрастной группы — сухость кожи и выраженный кожный зуд, не купируемый стандартной терапией. Проводилась оценка соматического и неврологического статусов, анамнеза жизни и заболевания. Степень выраженности астенических проявлений определялась по ШАС (в модификации Л. Д. Малковой и Т. Г. Чертовой). Шкала состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния. Исследование проводили индивидуально в отдельном, хорошо освещенном и изолированном от посторонних звуков помещении.

Результаты: все пациенты получали Доброкам® по 250 мг (1 таблетка) 3 раза в день 15 дней. На фоне приема препарата отмечалось снижение чувства напряженности и тревоги, нормализовалось качество сна — уменьшилось число ночных пробуждений, улучшилось самочувствие после утреннего пробуждения, исчезло ощущение вялости, разбитости и усталости при пробуждении. На фоне лечения уменьшились раздражительность, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления, сердцебиение. После курса приема препарата отмечалось уменьшение кожного зуда. Изначально по ШАС, у 9 (30%) человек отмечалась «слабая астения» (от 51 до 75 баллов); у 3 человек (10%) — «умеренная астения» (от 76 до 100 баллов), у 18 человек (60%) — «выраженная астения» (от 101 до 120 баллов). После проведенного курса лечения Доброкамом наблюдалась выраженная положительная динамика.

у 21 (70%) человека астения отсутствовала, у 9 человек (30%), среди которых преобладали лица зрелого и более старшего возраста, отмечена «слабая астения», однако улучшилось общее состояние.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты нашего наблюдения подтвердили значимый эффект препарата Доброкам® в лечении неврастенического синдрома и удовлетворительный профиль его безопасности. На фоне приема бромкамфоры отмечался положительный лечебный эффект у лиц различных возрастных групп.

Литература

1. Шакирова И.Н., Дюкова Г.М. Астения как междисциплинарная проблема. Трудный пациент. 2012;5(10):14–16. [Shakirova I.N., Dyukova G.M. Asthenia as an interdisciplinary problem. Difficult patient. 2012;5(10):14–16 (in Russ.).]
2. Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В., Шукина, Е.П., Биняминов Х.Т. Астения — симптом, синдром, болезнь. Эффективная фармакотерапия. 2014;1:30–38. [Lebedev M. A., Palatov S. Yu., Kovrov G. V., Shchukin E. P., Binyaminov H. T. Asthenia-symptom, syndrome, disease. Effective pharmacotherapy. 2014;1:30–38 (in Russ.).]
3. Воробьева О.В. Многогранность феномена астении. РМЖ. 2012;5:248–251. [Vorobyeva O.V. The Diversity of the phenomenon of fatigue. ВС. 2012; 5:248–251 (in Russ.).]
4. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии. Геронтология: научно-практический журнал. 2013;1:5–16. [Il'nitskiy A.N., Proshchayev K.I. Senile asthenia (frailty) as the concept of modern gerontology. Gerontology: scientific and practical journal. 2013;1:5–16 (in Russ.).]
5. Шалькевич Л.В. Астения в педиатрической практике: взгляд невролога. Мед. новости. 2016;9:5–9. [Shalkevich L.V. Fatigue in paediatric practice: a view of the neurologist. Honey. current events. 2016;9:5–9 (in Russ.).]
6. Чёрная Н.А. Распространенность признаков астении среди студентов медицинского ВУЗа. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016;4:35–37. [Chyornaya N.Ah. Prevalence of signs of asthenia among medical students. Volgograd scientific and medical journal. 2016;4:35–37 (in Russ.).]
7. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В. Старческая астения: что необходимо знать о ней врачу первичного звена? РМЖ. 2017;25(25):1820–1822. [Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Ostapenko V.S., Sharashkina N. In. Senile asthenia: what should a primary care doctor know about it? ВС. 2017;25(25):1820–1822. (in Russ.).]

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Фокальные эпилепсии у взрослых: клиническая лекция

Д.м.н. А.С. Котов

ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

РЕЗЮМЕ

У лиц старше 18 лет редко можно встретить самоограничивающиеся эпилептические синдромы детского возраста или разрушительные младенческие эпилептические энцефалопатии. При помощи электроэнцефалографического видеомониторинга лобные приступы удалось разделить на 6 групп: 1) фокальные клонические моторные; 2) асимметричные тонические; 3) гиперкинетические (психомоторные, гипермоторные, комплексные парциальные); 4) оперкулярные; 5) абсансы; 6) приступы, напоминающие медиальную височную эпилепсию. Височные эпилепсии можно разделить на 2 вида в соответствии с четко определенными синдромами: 1) медиальную, или амигдало-гиппокампальную, связанную с поражением лимбической системы в глубинных отделах височной доли; 2) латеральную, или неокортикальную, в основе которой лежит поражение височного неокортекса. Классические симптомы теменной эпилепсии представлены парестезиями, обычно контралатеральными очагу приступов. Пациенты могут описывать иктальные соматосенсорные симптомы как «ползание мурашек», «онемение», «покалывание», «сведение». При затылочной эпилепсии иктальные зрительные симптомы могут быть как позитивными в виде «ярких вспышек», «кругов», «мурашек», «птичек», «мерцающих ярких пятен» и т. д., так и негативными в виде «темноты перед глазами» (амавроза) или «черных пятен» (черных скотом). При затылочных приступах встречаются различные глазодвигательные симптомы, например тоническое отведение глазных яблок.

Ключевые слова: эпилепсия, лобная, височная, теменная, затылочная, клиника, диагностика, лечение.

Для цитирования: Котов А.С. Фокальные эпилепсии у взрослых: клиническая лекция. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;4(II):95–99.