

## **О СОЧЕТАНИИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ И СУДОРОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

Проблема судорожных проявлений при шизофрении весьма дискуссионна. Крепелин считал, что при шизофрении, особенно в начальном ее периоде, эпилептические припадки могут иметь место. В дальнейшем получило распространение мнение о том, что судорожные припадки, помрачение сознания, амнестические и астенические расстройства для шизофрении как эндогенного заболевания не характерны. Существование определенного антагонизма между шизофренией и эпилепсией даже послужило обоснованием для проведения судорожной терапии шизофрении. В то же время получили распространение представления о шизоэпилепсии как самостоятельном заболевании с двойной наследственной отягощенностью. Советские психиатры [1, 2] придерживались мнения об органической природе шизоэпилепсии и не допускали возможности сочетания двух эндогенных болезней (шизофрении и генуинной эпилепсии).

Вопрос о судорожных проявлениях в детском возрасте приобретает особый интерес и практическое значение в связи с повышенной судорожной готовностью и большой частотой эпилептиформных проявлений у детей. По данным детских психиатров [3—10], в анамнезе больных детской шизофренией часто встречаются указания на различные антенатальные и перинатальные вредности. Многие современные исследователи в США и Англии считают, что детская шизофрения непосредственно связана с «минимальной мозговой дисфункцией» и является одним из проявлений «мозгового синдрома». Советские детские психиатры, придерживаясь гипотезы об эндогенной природе детской шизофрении, тем не менее допускают видоизменяющее влияние на ее клинику и течение органически измененной почвы, связанной у детей с ранней церебральной недостаточностью [11—14]. Одним из проявлений органически измененной почвы являются судорожные припадки и их эквиваленты.

Настоящее сообщение посвящено судорожным проявлениям у детей дошкольного возраста при шизофрении и резидуально-органических поражениях центральной нервной системы, которые сопровождаются шизофреноподобными состояниями.

За 5 лет в одном из дошкольных отделений Московской городской детской психиатрической больницы № 6 нами было отобрано 25 детей, у которых шизофреническая и шизофреноподобная симптоматика сочеталась с различными судорожными проявлениями. Число этих больных значительно уступало числу пациентов с судорожными проявлениями без каких-либо шизофренических симптомов (281), а также с шизофренией, т.е. без судорожных проявлений (165), находившихся в тот же период в том же отделении. На основании этих данных нельзя, конечно, судить о распространенности форм заболеваний, в которых выступает сочетание шизофренических или шизофреноподобных и судорожных проявлений, но можно все же сказать, что они встречаются относительно редко (во всяком случае, реже, чем только эпилептиформные проявления или «чистая» шизофрения).

В отношении самих пароксизмальных проявлений не удалось отметить каких-либо существенных различий между больными с шизофреноподобной симптоматикой и с судорожными проявлениями без признаков шизофрении. У тех и других встречаются указания на фебрильные приступы в анамнезе, а в клинической картине наблюдались различные эпилептиформные проявления, которые можно было расположить в единый ряд (по Г.Е. Сухаревой): от эпилептиформных реакций до эпилептиформного синдрома, или симптоматической эпилепсии. Наблюдались также различные виды малых и психомоторных приступов, снохождение, сноговорение. Однако следует отметить, что у больных, страдающих шизофренией и шизофреноподобными состояниями, полиморфизм эпилептиформных проявлений отмечался значительно реже, чем у тех больных, у которых отмечались эпилептиформный синдром и эпилепсия без признаков шизофрении. У наблюдав-

---

<sup>1</sup> Опубликовано в Журн. невропатол. и психиатр., 1984, т. 84, вып. 10, с. 1547-1550.

шихся нами 25 больных отмечались фебрильные приступы в виде вздрагиваний и генерализованных припадков (13 человек); генерализованные припадки, не связанные с подъемом температуры (4); вздрагивания с остановкой зрения либо кивки (6); abortивные судорожные припадки в сочетании с кивками (2). В 2 случаях можно было отметить более отчетливый височно-диэнцефальный характер приступов: у одного больного — короткие судорожные подергивания мышц лица, жевательные движения, возникающие пароксизмально состояния хаотического двигательного беспокойства с беспричинным смехом; у другого — очерченные во времени состояния двигательного беспокойства со страхом и последующим сном, у него же наблюдались снохождение и сноворение. Некоторые больные наряду с картиной шизофрении или шизофреноподобного состояния обнаруживали отдельные признаки эпилептических изменений личности. У отобранных нами детей не наблюдались истинные сумеречные состояния, фуги, эпилептический статус и состояния эпилептиформного возбуждения. Частота пароксизмальных состояний была значительно реже, чем у больных эпилепсией и эпилептиформным синдромом без шизофрении и шизофреноподобных расстройств. Фебрильные приступы наблюдались в более раннем возрасте, затем возникали эпизодически; можно было отметить их явную положительную динамику как в отношении частоты, так и тяжести приступов. Иногда у больных отмечались дисфории и психопатоподобные особенности поведения.

Не было также существенных различий и в картине ЭЭГ. Преобладали нерезкие диффузные изменения электрической активности головного мозга резидуально-органического характера при фебрильных приступах. При более стойких пароксизмальных состояниях отмечались снижение порога судорожной готовности, чаще с очагом ирритации в подкорковых структурах, и другие изменения, характерные для эпилептиформной активности. Регулярная противосудорожная терапия в этих случаях сопровождалась положительной динамикой ЭЭГ. По данным М-эхо и рентгенографии черепа, у больных выявлялись признаки гидроцефалии.

Начало заболевания большей частью было неочерченным и отличалось постепенным развитием, симптомы органического поражения мозга выявлялись во многих случаях раньше эндогенных, больные длительно наблюдались у невропатологов, назначавших им преимущественно противосудорожную терапию. Впоследствии наряду с задержкой психического развития и моторики органического характера обнаруживались шизоидные особенности личности и признаки недоразвития, свойственные рано начавшемуся эндогенному процессу. У некоторых больных в связи с ранним началом и злокачественным течением заболевания быстро наступало выраженное слабоумие, которое в сочетании с симптомами органического поражения создавало впечатление дегенеративного процесса и значительно затрудняло диагностику. Однако изучение преморбидных особенностей и дальнейшего течения заболевания с преобладанием специфической для шизофрении прогрессивности при редуцировании органических симптомов, в том числе эпилептиформных проявлений, давало основание диагностировать шизофрению. Для шизофреноподобного синдрома при раннем органическом поражении мозга были характерны большая стойкость эпилептиформных проявлений, более выраженная неврологическая симптоматика и отсутствие указаний на прогрессивность.

Картина шизофренического психоза на органически измененной почве во многом соответствовала обычной детской шизофрении в отношении как позитивной, так и негативной симптоматики (аутизм, вычурность, негативизм, амбивалентность и т.п.). Как и у больных детской шизофренией без судорожных проявлений, отмечались явления сопутствующего дизонтогенеза: олигофреноподобный дефект при злокачественном течении или психофизический инфантилизм при относительно благоприятном течении. Различия состояли в наличии у больных с судорожными проявлениями признаков психоорганического синдрома и значительно реже — изменений личности по эпилептическому типу.

Следует отметить также наши предварительные впечатления о том, что в семьях больных шизофренией с эпилептическим синдромом или при его сочетании с шизофреноподобными проявлениями у родственников (преимущественно первой степени родства) нередко отмечались личностные особенности эпилептоидного круга или малые эпилепти-

ческие признаки (энурез, заикание, мигрень). Последние наблюдались и у самих больных. Этот вопрос представляет особый интерес и требует отдельного изучения. Во всяком случае, предположение о простом сочетании «шизофренической» и «эпилептической» наследственности у подобных больных представляется нам малообоснованным.

Лечение при шизофрении и шизофреноподобных состояниях при наличии эпилептиформных проявлений представляет большие трудности. Назначение нейролептиков с активизирующим действием, в частности стелазина, нередко вызывало учащение либо усложнение пароксизмальных состояний. В тех случаях, когда приступов не было на протяжении 2-3 лет, назначение нейролептиков, как правило, не вызывало их появления. По нашим данным, эффективными являются транквилизаторы с антисудорожным действием, а также соннапакс, меллерил, небольшие дозы аминазина. У некоторых больных отмечался удовлетворительный эффект при применении небольших доз тизерцина, френолона.

Противосудорожная терапия под контролем ЭЭГ проводилась во всех случаях при наличии приступов или при указании на фебрильные приступы в анамнезе. Дегидратационная терапия была обязательна для всех больных. Рекомендации по режиму, проведению оздоровительных мероприятий давались с учетом судорожной готовности центральной нервной системы больных.

Анализ результатов наших наблюдений позволяет высказать несколько предположений, которые, естественно, требуют дальнейшего уточнения и проверки.

В большом числе наших наблюдений имела место детская шизофрения на органически измененной почве, при этом судорожные проявления у больных были обусловлены остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга. У больных с шизофреноподобным состоянием на почве резидуально-органического поражения мозга эпилептиформный синдром проявлялся более стойко, чем у больных с шизофренией. Шизофреноподобная симптоматика в некотором числе подобных наблюдений была связана с височной эпилепсией [15], о чем свидетельствовали, в частности, соответствующие изменения личности, выступавшие с большей или меньшей отчетливостью, а также данные ЭЭГ. По данным наших наблюдений, как и наблюдений других авторов [1, 2, 16], нет достаточных оснований для выделения шизоэпилепсии как самостоятельной нозологической единицы, при которой имеет место сочетание двух эндогенных болезней: шизофрении и эпилепсии. Включение в терапию нейролептиков вызывало у некоторых из наблюдавшихся больных усиление пароксизмальных проявлений, что можно рассматривать как осложнение, связанное с терапией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гейер Т.А. В кн.: Шизофрения и травматические заболевания головного мозга и трудоспособность при них. М.—Л., 1936, с. 7-69.
2. Лобова Л.П. Труды Центрального ин-та психиатрии, 1940, т. 1, с. 64-77.
3. Bender L. Psychiat. Quart., 1953, v. 27, p. 663-681.
4. Симсон Т.П., Кудрявцева В.П. В кн.: Шизофрения у детей и подростков. М., 1959, с. 11-52.
5. Мнухин С.С. В кн.: Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). М., 1962, с. 77-83.
6. Чехова А.Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. М., 1963.
7. Броно М.Ш. Возрастные особенности течения шизофрении у детей и подростков. Дис. докт. М., 1967.
8. Жезлова М.Я. Клинические варианты течения шизофрении раннего возраста. Дис. канд. М., 1967.
9. Мамцева В.Н. В кн.: Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979, с. 330-376.
10. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М., 1980.
11. Осипова Е.А., Шур И.В. Невропатол., психиатр. и психогиг., 1935, т. 4, № 11, с.

35-46.

12. Сухарева Г.Е. В кн.: Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 4-й. Тезисы докладов. М., 1963, т. 1, с. 463-465.

13. Сосюкало О.Д. Клинические особенности шизофрении у больных с остаточными явлениями мозговых травм и инфекций (По наблюдениям детской клиники). Дис. канд. М., 1963.

14. Левина А.Л. Ж. невропатол. и психиатр., 1974, № 5, с. 738-742.

15. Висневская Л.Я. Там же, 1980, № 6, с. 809-812.

16. Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. Л., 1979, с. 90-124.