

Снежневский Андрей Владимирович

Руководство по психиатрии

В двух томах. Том 2

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
С53

С53 **Снежневский Андрей Владимирович**
Руководство по психиатрии: В двух томах. Том 2 / Снежневский Андрей Владимирович – М.: Книга по Требованию, 2024. – 544 с.

ISBN 978-5-458-39385-0

Первое советское фундаментальное руководство по психиатрии. А. В. Снежневский - академик АМН СССР, директор Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР. Авторский коллектив - высококвалифицированные специалисты, работающие в ведущих психиатрических учреждениях страны, учителя создателей современного руководства под редакцией А. С. Тиганова. В томе 2 руководства изложены разделы частной психиатрии: эпилепсия, психические расстройства при атрофических процессах головного мозга, органических заболеваниях нервной системы с наследственным предрасположением, сосудистых, инфекционно-органических заболеваниях и опухолях головного мозга, психические нарушения при болезнях эндокринной системы, черепно-мозговых травмах; алкоголизм и неалкогольные токсикомании, психогенные заболевания, психопатии и задержки психического развития. Для психиатров, невропатологов. Список литературы в книге - 398 названий.

ISBN 978-5-458-39385-0

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2024

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Эпилепсия относится к числу распространенных психических заболеваний. Однако показатели ее распространенности в населении по данным разных авторов колеблются даже в пределах одной страны.

С. П. Воробьев (1965) приводит показатель 3—6 на 1000 населения. Показатели, приводимые зарубежными специалистами, также весьма различны (табл. 15)

Т а б л и ц а 15. Болезненность эпилепсией в различных странах

Страна	Число больных на 1000	Автор год
Австралия	2,8	D. Crombie с соавт. (1960)
Дания	6,9	P. Juul-Jensen, J. Ipsen (1975)
Великобритания	7,9	D. Pond с соавт. (1960)
Мексика	3,5	L. Olivares (1972)
США	6,5	S. Annegers с соавт. (1977)
— " —	3,7	F. R. Ervin (1975)
Франция	8,0	M. Beaussart (1980)
Япония	10—14	M. Kato (1974)

Некоторые авторы подвергают сомнению установленные в последние десятилетия относительно высокие показатели болезненности эпилепсией, в частности величину, приводимую D. Pond и соавт. (1960), — 7,9. Так, W. Hauser (1978) в обзоре, посвященном эпидемиологии эпилепсии, допускает, что эти авторы расширили границы эпилепсии регистрацией эпилептических судорожных приступов, а также судорог при повышении температуры. Тем не менее из работ последних лет следует, что в некоторых странах болезненность эпилепсией еще выше (см. табл. 15). В. Neundörfer утверждает, что около 1% населения ФРГ страдают эпилепсией и приблизительно 29 тыс. новых больных регистрируется каждый год.

Из числа всех больных эпилепсией около 8%, по данным B. Jerath, B. Kimbell (1981), и до 10%, по D. Crombie (1960), L. Woodbury (1977), ежегодно госпитализируются. Частота поступлений в стационары и выписки из них зависит от возраста и пола больных, а также от клинических проявлений заболевания [Jerath B., Kimbell B., 1981].

В стационарах больные эпилепсией составляют 3—10% общего числа всех больных. На долю эпилепсии приходится от 8 до 12% всех состоящих на учете в психиатрических диспансерах психически больных [Тиганова Г. А., 1955; Леципский А. Л., 1967, и др.].

Сведения о частоте эпилепсии среди мужчин и женщин весьма противоречивы. Изучение некоторых континентов амбулаторных больных показало преобладание мужчин [Penfield W., Jasper H., 1954; Осипов В. П., 1926; Эфрос А. С., 1936; Болдырев А. И., 1967; Hauser W., 1978], что соответствует и данным Х. Т. Ходоса

С. У. Штейберга и Л. Я. Зыковой (1938), Д. Т. Куимова (1959), Е. Краерлин (1913), полученным на стационарном материале. Однако, по данным А. И. Глинос (1964), женщины заболевают несколько чаще, чем мужчины. Эти различия не столь велики и могут быть связаны с рядом случайных факторов; можно считать, что существенных различий в частоте эпилепсии у мужчин и женщин нет.

Большинство исследователей полагают, что наиболее часто первые проявления болезни возникают в возрасте до 15 лет, чаще в 11—15 лет. По О. Binswanger (1913), число таких случаев составляет 58,3%, по Е. Краерлин (1913) — 44,2%, по Х. Г. Ходосу, С. У. Штейбергу и Л. Я. Зыковой (1938) — 40,2%, по А. И. Болдыреву (1971) — 51,8%. В возрасте до 20 лет заболевает около 80% больных [Коровин А. М. 1973. Lennox W. 1960].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Клиническая картина эпилептической болезни полиморфна. Она складывается из продромальных расстройств, различных судорожных и бессудорожных пароксизмов, изменений личности и психозов (острых и хронических).

Продромальные явления

При эпилептической болезни различают продромальный период болезни и продром пароксизмального состояния.

Продромальный период болезни складывается из различных расстройств, которые предшествуют первому пароксизмальному состоянию, т. е. манифестации болезни в наиболее типичном проявлении.

Обычно за несколько лет до первого пароксизмального приступа наблюдаются эпизодические приступы головокружения, головных болей, тошноты, дисфорические состояния, нарушения сна, астенические расстройства. У отдельных больных отмечаются редкие абсансы, а также выраженная готовность к судорожным реакциям на воздействие различных экзогенных вредностей [Воробьев С. П., 1965]. В ряде случаев выявляется и более специфическая для эпилепсии симптоматика — преобладание полиморфных изменчивых бессудорожных пароксизмальных состояний, имеющих ряд особенностей [Болдырев А. И., 1971]. Чаще всего это кратковременные миоклонические подергивания отдельных мышц или отдельных групп мышц, малозаметные для окружающих, нередко без изменений сознания и приуроченные к определенному времени суток. Эти состояния нередко сочетаются с кратковременными ощущениями тяжести в голове, головными болями определенной локализации, парестезиями, а также вегетативными и идеаторными бессудорожными пароксизмами. Вегетативные пароксизмы проявляются внезапными затруднениями дыхания, изменением ритма дыхания, приступами сердцебиения и т. д. Идеаторные пароксизмы чаще всего имеют характер насильственных мыслей, ускорения или замедления

мышления. По мере развития болезни описанные в продромальном периоде проявления становятся все более выраженными и частыми.

Продромы пароксизмов непосредственно предшествуют развитию эпилептического припадка. По мнению большинства исследователей, они встречаются в 10% случаев (в остальных случаях припадки развиваются без явных предвестников). Клиническая картина продрома приступов неспецифична, с широким диапазоном симптомов. У одних больных продолжительность продрома составляет несколько минут или несколько часов, у других она равна суткам и более. Обычно продром включает в себя астенические расстройства с явлениями раздражительной слабости и упорную головную боль различных характера, интенсивности и локализации.

Пароксизму могут предшествовать приступообразные аффективные расстройства: периоды легкой или более выраженной депрессии с оттенком неудовольствия, раздражительности; гипоманиакальные состояния или отчетливо выраженные мании. Нередко в продроме больные испытывают тоску, ощущение надвигающейся и неотвратимой беды, не находят себе места. Иногда эти состояния выражены менее отчетливо и исчерпываются чувством дискомфорта: больные жалуются на легкое беспокойство, тяжесть на сердце, ощущение, что с ними должно произойти что-то неприятное. Продром пароксизмов может включать в себя сенестопатические или ипохондрические расстройства. Сенестопатические явления выражаются в неопределенных и разнообразных ощущениях в голове, различных частях тела и внутренних органах. Ипохондрические расстройства характеризуются излишней мнительностью больных, повышенным вниманием к неприятным ощущениям в теле, своему самочувствию и отправлениям организма. Больные, склонные к самонаблюдению, по продромальным явлениям определяют приближение пароксизма. Многие из них принимают определенные меры предосторожности: остаются в постели, дома, стараются быть в кругу своих близких, чтобы припадок прошел в более или менее благоприятных условиях.

Судорожные формы пароксизмов

Большой судорожный припадок

Большой судорожный припадок (*grand mal*) — наиболее характерное проявление эпилептической болезни. В его развитии различают несколько фаз: ауру, тоническую фазу, клоническую фазу и фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания).

Основные проявления и стадии развития такого припадка описаны в главе 1 (часть I). Здесь основное внимание обращено на проявление ауры и варианты судорожного припадка.

Аура — кратковременное, на несколько секунд, помрачение сознания, при котором возникают разнообразные сенестопатические, психосенсорные, деперсонализационные, аффективные, галлюцинаторные расстройства, остающиеся в памяти больного в то время как

происходящее вокруг больным не воспринимается и не запоминается. В последнее время многие невропатологи, физиологи и психиатры вслед за W. Penfield (1958) полагают, что именно ауру следует считать эпилептическим пароксизмом, а следующий за ней большой судорожный припадок представляет собой не собственно пароксизм, а следствие генерализации процесса возбуждения в мозге. Большие судорожные припадки, следующие за аурой, W. Penfield называет припадками генерализованными. Эта точка зрения представляется достаточно обоснованной, поскольку аура не только предшествует генерализованному припадку, но и возможна в качестве самостоятельного пароксизма. Ауре придают особое значение, так как считают, что по ее клиническим проявлениям можно судить о локализации очага и путях распространения возбуждения в головном мозге, т. е. решать некоторые вопросы топической диагностики.

По данным W. R. Gowers (1881), аура наблюдается в 57% случаев эпилепсии, а по мнению O. Binswanger (1913) — лишь в 37%. Этому соответствуют и современные наблюдения.

Существует несколько классификаций аур. Наиболее распространенной является классификация W. Penfield (1954). Он различает висцеросенсорную висцеромоторную сенсорную импульсивную и психическую ауру.

Висцеросенсорная аура ранее обозначалась как эпигастральная поскольку болезненные явления начинаются с неприятного ощущения в подложечной области с тошнотой. Это ощущение поднимается вверх, больной ощущает удар в голову и теряет сознание.

Висцеромоторная аура крайне разнообразна по проявлениям. Это зрачковая аура, проявляющаяся то сужением, то расширением зрачка, не связанным с изменением освещенности; вслед за этим развивается большой судорожный припадок. Однако зрачковые расстройства наблюдаются не только перед большим судорожным припадком, но и после завершения тонической фазы, поэтому многие исследователи не склонны относить их к ауре. К висцеромоторной ауре отнесется также сосудистая аура, состоящая в чередовании резкого покраснения кожных покровов с чувством прилива жара и побледнения кожи с ознобом. В эту же группу включают желудочно-кишечную ауру (боли, урчание в животе, резкое усиление перистальтики, понос, переходящие в судорожный припадок) и пиломоторную ауру — появление «гусиной кожи» и поднимание волос на коже. К висцеромоторной ауре относятся также предшествующие судорожному припадку частые мигательные движения.

Сенсорная аура отличается чрезвычайным разнообразием клинических проявлений. Это соматосенсорная, зрительная, слуховая, обонятельная и меньероподобная аура.

Соматосенсорная аура выражается в обильных и разнообразных сенестопатических расстройствах (чувство онемения, покалывания, жжения, растяжения и т. д.). Иногда соматосенсорная аура проявляется галлюцинациями общего чувства, когда больной испытывает неприятные ощущения в теле, под кожей, во внутренних органах, вызванные, по его мнению, каким-либо конкретным предметом.

Соматосенсорная аура может быть представлена также множеством болевых ощущений различной локализации.

Зрительная аура выражается в элементарных зрительных галлюцинациях — фотопсиях (искры, яркие красные, голубые или зеленые вспышки) или внезапным резким ухудшением зрения вплоть до полной слепоты.

Слуховая аура проявляется акаозмами (стуки, шумы, скрежет и другие звуки). Вербальную галлюцинаторную ауру, равно как и галлюцинаторную зрительную, по мнению W Penfield, следует отнести к сложной психической ауре.

Обонятельная аура характеризуется внезапным ощущением неприятных запахов: гари, дыма, разлагающихся отходов и т. д. Иногда, напротив, больные ощущают приятные запахи цветов, ароматических веществ. Обонятельную ауру нередко трудно отличить от вкусовой ауры, когда у больных возникают те или иные вкусовые ощущения.

Наконец, к сенсорной ауре относят приступы внезапных головокружений, напоминающие приступы при синдроме Меньера. Они сопровождаются ощущением неустойчивости и вращения в голове.

Особенности сенсорной ауры позволяют с наибольшей вероятностью предположить локализацию первичного очага возбуждения, лежащего в основе того или иного пароксизма. Так, соматосенсорная аура свидетельствует о возникновении первичного нервного разряда в задней центральной извилине, зрительная аура — о первичном очаге в затылочной доле, обонятельная аура — о патологическом очаге в крючковидной извилине и т. д.

Импульсивная аура выражается в тех или иных двигательных актах, напоминающих картины амбулаторных автоматизмов, но в отличие от них не сопровождающихся амнезией. К импульсивной ауре относится ходьба или бег (обычно в течение несколько секунд), насильственный крик, насильственное пение, переходящие в судорожный припадок.

Импульсивная аура включает и импульсивное насильственное возбуждение с агрессивными тенденциями в отношении окружающих и разрушительными действиями, которые очень напоминают сумеречное помрачение сознания, но в отличие от него не сопровождаются амнезией.

К импульсивной ауре относят также эпизоды эксгибиционизма, клептоманические и пироманические акты, которые так же, как и другие виды ауры, завершаются судорожными припадками.

Психическая аура представляет собой сложные в психопатологическом отношении состояния, которые предшествуют судорожному припадку. К психической ауре относят галлюцинаторную, идеаторную ауру, ауру с легким помрачением сознания, близким к опейродному, состояния с психосенсорными расстройствами, явлениями дереализации и деперсонализации, а также ауру с ощущением ранее никогда не виденного и уже виденного прежде. Галлюцинаторная аура наиболее часто проявляется аурой со зрительным, панорамическим галлюцинозом: больные видят сцены манифестаций, праздника

катастрофы, пожары и т. д. В окраске этих картин преобладают ярко-красные и голубые тона. Иногда панорамические зрительные галлюцинации сопровождаются вербальным или обонятельным галлюцинозом, аура может проявляться и вербальным галлюцинозом в виде монолога или диалога.

Разнообразна по клиническим проявлениям идеаторная аура, в ней обнаруживаются те или иные расстройства мышления, в том числе перерывы в течении мыслей, близкие к абсансам, однако в отличие от абсанса, который представляет собой расстройство сознания, этот вид идеаторной ауры определяется большим как расстройство мышления, «закупорка мыслей», «заосторивание мышления». Вслед за этими явлениями наступает припадок. Идеаторная аура может выражаться во внезапном появлении в голове больного мыслей извне, насильственных мыслей, хотя они, как правило, не имеют оттенка сделанности. Иными словами, они лишь напоминают идеаторные автоматизмы в структуре синдрома Кандинского — Клерамбо.

Идеаторная аура может сопровождаться произвольным течением мыслей и ускорением мышления, а также насильственными воспоминаниями с панорамическими картинками прошлой жизни. В этом случае, как и при возникновении насильственных мыслей, ощущение постороннего воздействия отсутствует. Идеаторная аура бывает в форме кратковременных, транзиторных провалов памяти, обычно замечаемых больными. Идеаторная аура, как и сенсорная, соотносится с определенной локализацией очага первичного первичного разряда. Идеаторная аура указывает на очаг в лобных долях головного мозга.

Затруднена психопатологическая оценка ауры с нерезким помрачением сознания, приближающимся к онейроидному. При этом окружающее воспринимается необычно, нередко фантастически. Это также считают психической аурой. Помрачение сознания сопровождается аффектом страха, тревоги. Нередко одновременно возникают микро- и макросии, метаморфозии (которые встречаются и в виде самостоятельной ауры), все окружающее воспринимается как очень уменьшенное или резко увеличенное. Иногда больные отмечают резкое ускорение движений окружающих, машин или же ощущают, что здания, сооружения падают, начинают ломаться и вся эта лавина обрушивается на них.

К психической ауре следует отнести ощущение уже виденного (*deja vu*) и никогда не виденного (*jamais vu*). В первом случае больной чувствует, что новая обстановка, в которой он находится, ему известна, он уже раньше бывал в ней, причем нередко знакомы не только предметы, но и люди; во втором случае обычная, привычная обстановка ощущается больным как видимое впервые, а знакомые люди — как незнакомые.

Следует подчеркнуть, что все описанные расстройства можно считать аурой только тогда, когда они предшествуют генерализации припадка. Если аура не переходит в судорожный припадок, то говорят о самостоятельных бессудорожных пароксизмах. В большой су

дорожный припадок аура переходит непосредственно без какой-либо промежуточной стадии.

Варианты больших судорожных припадков. Наряду с классическими большими припадками (*grand mal*) возможны *атипичные (рудиментарные) формы больших припадков*, только в виде тонической или клонической фазы. Атипичные формы припадков особенно характерны для раннего детского возраста. Иногда это общее расслабление мышц тела без судорожного компонента (*амиотонический припадок*), а в некоторых случаях — преобладание судорог в правой или левой половине тела.

Эпилептическое состояние (*status epilepticus*) — серия непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков. Их частота бывает иногда настолько велика, что больные не приходят в сознание и долго находятся в коматозном, сопорозном или оглушенном состоянии. Продолжительность эпилептического состояния колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Эпилептическое состояние нередко сопровождается повышением температуры, учащением пульса, падением артериального давления, резкой потливостью и другими соматовегетативными симптомами. Повышается содержание мочевины в сыворотке крови, в моче появляется белок. При продолжительном эпилептическом статусе возможен летальный исход в связи с нарастающей гипоксией и отеком мозга.

Малые припадки

Малые припадки (*petit mal*) наряду с большими судорожными припадками занимают значительное место в клинической картине эпилепсии.

В отличие от больших судорожных припадков они крайне разнообразны по клиническим проявлениям. Представители различных психиатрических школ подчас вкладывают в понятие «малые припадки» различный клинический смысл, соответственно суживая или расширяя его границы включением или, напротив, исключением двигательного (судорожного) компонента.

Ряд отечественных исследователей, особенно С. Н. Давиденков (1937), считали, что малыми припадками следует называть только припадки с судорожным компонентом.

В настоящее время многие исследователи эпилепсии [Janz D., 1955, 1969; Lennox W., 1960; Matthes S., 1977, и др.] объединяют в группу малых припадков наряду с абсансами кратковременные пароксизмальные состояния с изменением мышечного тонуса: пропульсивные припадки (среди которых различают салаам-припадки, молниеносные припадки и клонические пропульсивные припадки), ретропульсивные припадки (с подразделением на клонические, рудиментарные и пикнолептические), а также импульсивные малые припадки

П. М. Сараджашвили (1969) В. В. Ковалев (1979), W Lennox (1960) и другие авторы выделяют следующие основные типы малых припадков: типичные малые припадки (абсансы) и пикнолептические

припадки), многократные (импульсивные) и акинетические (включая кивки, клевки, салаам-припадки и атоически-акинетические припадки).

К абсансам относят состояния с внезапным кратковременным (на несколько секунд) исключением сознания. В этот момент больной прерывает разговор или какое-нибудь действие, его взгляд останавливается или блуждает, а спустя несколько секунд он продолжает прерванный разговор или действие (см. также главу 1, часть I). В некоторых случаях исключение сознания сопровождается изменением тонуса отдельных групп мышц (чаще мышц лица, шеи, верхних конечностей), двусторонним легким подергиванием мышц или вегетативными нарушениями. Такие абсансы в отличие от описанных выше простых называют сложными абсансами. По мнению А. Matthes (1977), абсансы возникают, как правило, в возрасте 5–10 лет; впоследствии преобладают большие судорожные припадки.

Пропульсивные (акинетические) припадки характеризуются разнообразными пропульсивными, т. е. направленными вперед, движениями (пропульсия). Движение головы, туловища или всего тела при пропульсивных припадках обусловлено внезапным ослаблением постурального мышечного тонуса [Kreindler A., 1963]. Пропульсивные припадки характерны для раннего детского возраста (до 4 лет). Они возникают чаще у мальчиков, преимущественно ночью. По мнению А. Matthes, в 80% случаев их причины — перinataльное или постнатальное повреждение мозга. В старшем возрасте наряду с пропульсивными припадками у больных как правило возникают и большие судорожные припадки.

Разновидностью пропульсивных припадков являются кивки — серии кивательных движений головы и клевки — резкие наклоны головы вперед и вниз (при этом больные могут удариться лицом о предметы, стоящие перед ними). Кивки и клевки характерны для детей в возрасте 2–5 мес.

Салаам-припадки названы так потому, что движения, совершаемые больными во время припадков, отдаленно напоминают поклоны при мусульманском приветствии (тело наклоняется вперед, голова падает вниз, а руки разводятся вверх и в стороны) — такой припадок не сопровождается падением.

Молниеносные припадки отличаются от салаам-припадков лишь более быстрым развитием; в остальном их клиническая картина почти идентична. Необходимо лишь отметить, что вследствие быстрого и резкого движения туловища вперед больные нередко падают.

Ретропульсивные припадки подразделяются на клонические и рудиментарные ретропульсивные припадки. Они возникают в возрасте от 4 до 12 лет, но чаще в 6–8 лет. По мнению D. Janz (1969), ретропульсивные припадки наблюдаются чаще у девочек и возникают преимущественно в состоянии пробуждения, нередко провоцируются гипервентиляцией и аффективным напряжением и никогда не появляются во время сна.

Клонические ретропульсивные припадки сопровождаются клоническими судорогами мускулатуры, век, глаз, головы, рук. Припа

док выражается в закатывании глаз, отклонении головы назад, в запрокидывании вверх и назад рук, словно больной хочет что-то достать позади себя. Глаза, голова отклоняются вверх и назад в мелких клонических подергиваниях, руки — в мелких клонических судорогах. Припадок, как правило, не приводит к падению больного; реакция зрачков на свет отсутствует, лицо бледное, отмечаются потливость и слюнотечение.

Рудиментарные ретропульсивные припадки отличаются от клонических ретропульсивных припадков лишь неразвернутостью. Они характеризуются легким выпячиванием глазных яблок, мелкими нистагмическими подергиваниями, а также миоклоническими судорогами век.

Случаи заболевания с очень кратковременными и частыми (до 50 в день) ретропульсивными припадками или абсансами выделяют в особую форму — *пиклолепсию* (пикноэпилепсию). По мнению некоторых авторов [Сухарева Г. Е., 1974, и др.], пиклолепсия имеет отнюдь не доброкачественное течение, хотя припадки полностью прекращаются лишь в трети случаев.

Импульсивные (миоклонические) припадки клинически проявляются внезапными вздрагиваниями или толчкообразными движениями тех или иных групп мышц. Чаще всего вовлекаются мышцы верхних конечностей, происходит быстрое разведение или сближение рук, при этом больной рождает предметы из рук. При очень кратковременных приступах сознание может не нарушаться, при более продолжительных оно выключается на короткое время. В части случаев припадок сопровождается внезапным падением, но после падения больной обычно тотчас же встает.

Импульсивные припадки возникают, как правило, в виде серии или «залпов» (по 5—20 подряд), отделенных друг от друга интервалом в несколько часов. Характерно возникновение приступов в утренние часы. По мнению D. Janz, W. Christian (1975), в основе импульсивного припадка лежит утрированное движение выпрямления — «антигравитационный рефлекс».

Импульсивные припадки, по мнению большинства исследователей, могут возникнуть в различном возрасте, хотя у взрослых они крайне редки. Обычно импульсивные припадки появляются впервые в возрасте от 10 до 23 лет, чаще между 14 и 18 годами. По мере развития заболевания (в среднем через $1\frac{1}{2}$ —2 года) к ним присоединяются большие судорожные припадки.

A. Matthes (1977) считает, что импульсивные припадки могут развиваться как в случаях генуинной эпилепсии, так и при таких церебральных органических заболеваниях, как прогрессирующая миоклоническая эпилепсия, церебральная миоклоническая диссинергия, миоклоническая форма церебрального липоидоза. Как и ретропульсивные припадки, припадки импульсивные провоцируются рядом моментов (недостаточный сон, резкое пробуждение, алкогольные эксцессы).

Характеризуя группу малых припадков в целом, необходимо упомянуть мнение D. Janz (1955) о том, что у одних и тех же больных

никогда не наблюдается малых припадков различной клинической структуры равно как не бывает перехода одних малых припадков в другие

Очаговые (фокальные) припадки

Адверсивный судорожный припадок, как и классический эпилептический, начинается с тонической фазы, однако она развертывается медленнее, обычно без ауры. Своеобразен поворот тела вокруг продольной оси: вначале возникает насильственный поворот глазных яблок, затем в ту же сторону поворачивается голова, а далее весь корпус, и больной падает. Затем начинается клоническая фаза, неотличимая от соответствующей фазы большого эпилептического судорожного припадка. Возникновение адверсивного припадка связано с локализацией эпилептического очага в коре лобной или передневисочной области. Отмечено, что при левосторонней локализации падение больного более замедленное чем при правосторонней.

Парциальный (джексоновский) припадок отличается от классического эпилептического тем, что тоническая и клоническая фазы ограничиваются определенной группой мышц и лишь в части случаев происходит генерализация припадка. Парциальные припадки могут ограничиваться мышцами верхней или нижней конечности, мускулатурой лица. Судороги мышц конечностей распространяются в проксимальном направлении. Так, если припадок развивается в мышцах верхней конечности, то тоническая судорога переходит с кисти на предплечье и плечо, рука поднимается и возникает насильственный поворот головы в сторону поднятой руки. Далее развивается клоническая фаза припадка. Если припадок развивается в нижней конечности, то тонические судороги начинаются в мышцах стопы, причем происходит подошвенное сгибание, далее судороги распространяются вверх на голень и бедро и в ряде случаев охватывают мускулатуру тела на соответствующей стороне. Наконец если припадок имеет лицевую локализацию, то рот перекашивается в тонической судороге, а затем она распространяется на всю мускулатуру лица на соответствующей стороне. Возможна генерализация джексоновских припадков, в этих случаях они чрезвычайно напоминают обычный судорожный припадок. Отличие состоит лишь в известном преобладании судорожных явлений на одной стороне тела. Генерализация парциальных припадков в большинстве случаев сопровождается потерей сознания. Джексоновские припадки нередко возникают сериями и могут заканчиваться вялыми параличами, обычно при локализации органического процесса в передней центральной извилине.

Тонические постуральные судороги начинаются с мощной тонической судороги, вследствие чего возникают опистотонус, задержка дыхания с явлениями цианоза, большой потерей сознания; этим припадок обычно завершается. Клоническая фаза при этом варианте припадков отсутствует. Тонические постуральные припадки развиваются при локализации очага в стволовой части мозга