

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2024, Т. 58, № 4-2, с. 123-130,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1038>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2024, Vol. 58, no 4-2, pp. 123-130,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1038>

Клинико-психопатологические и нейробиологические аспекты аффективных расстройств у детей и подростков с эпилепсией

Яковлева Ю.А.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. С целью изучения клинико-психопатологических характеристик аффективных расстройств в детско-подростковом возрасте и их взаимосвязи к нейрофизиологическими и нейровизуализационными исследованиями клинико-психопатологическим (с использованием шкалы всесторонней оценки психического состояния и шкалы детской депрессивности Ковач М.) и инструментальными методами (МРТ, ВЭМ) обследовано 134 детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет, с диагнозом «эпилепсия». Выявлены различия в частоте встречаемости аффективной симптоматики по данным ШВОПС в зависимости от пола пациентов и формы эпилепсии, а также нейрофизиологические и нейроморфологические изменения, увеличивающие вероятность развития коморбидных эпилепсии аффективных нарушений в детско-подростковом возрасте.

Ключевые слова: эпилепсия, аффективные нарушения, нейровизуализация, видео-ЭЭГ-мониторинг, дети и подростки

Информация об авторе

Яковлева Юлия Александровна* — e-mail: yua.08@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>

Как цитировать: Яковлева Ю.А. Клинико-психопатологические и нейробиологические аспекты аффективных расстройств у детей и подростков с эпилепсией. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:4-2:123-130. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1038>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024—2026 гг. (XSOZ 2024 0012)

Clinical, psychopathological and neurobiological aspects of affective disorders in children and adolescents with epilepsy

Yulia A. Yakovleva

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. In order to study the clinical and psychopathological characteristics of affective disorders in childhood and adolescence and their relationship to neurophysiological and neuroimaging studies, clinical and psychopathological (using scales of comprehensive assessment of mental state and the Kovach M child depression questionnaire) and instrumental methods (MRI, VEM) examined 134 children and adolescents aged 6 to 18 years, diagnosed with epilepsy. Differences in the frequency of affective symptoms according to the SWAPS data were revealed, depending on the gender of patients and the form of epilepsy, as well as neurophysiological and neuromorphological changes that increase the likelihood of developing comorbid epilepsy affective disorders in childhood and adolescence.

Key words: epilepsy, affective disorders, neuroimaging, video EEG monitoring, children and adolescents

Information about the author:

Yulia A. Yakovleva* — e-mail: yua.08@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>

Автор, ответственный за переписку: Яковлева Юлия Александровна — e-mail: yua.08@mail.ru

Corresponding author: Yulia A. Yakovleva — e-mail: yua.08@mail.ru

To cite this article: Yakovleva YuA. Clinical, psychopathological and neurobiological aspects of affective disorders in children and adolescents with epilepsy. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:4-2:123-130. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1038>. (In Russ.)

Conflict of interests: author declare no conflict of interests.

The research is supported by State assignment of Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of Russian Ministry of Health 2024-2026 (XSOZ 2024 0012)

Проблема аффективной патологии у детей и подростков, страдающих эпилепсией, в настоящее время не менее актуальна, чем у пациентов зрелого возраста. Главным образом, это связано с относительным учащением аффективных форм патологического реагирования в детском возрасте, что обуславливает необходимость углубленного изучения данного вопроса в различных аспектах (клинико-психопатологическом, нейрофизиологическом, психологическом, социально-реабилитационном) [2, 5, 6, 8, 12, 13, 17, 18, 19, 20]. Согласно имеющимся подходам классификации психических нарушений при эпилепсии, данные расстройства могут протекать как непсихотические психические нарушения в виде патологических (невротических) реакций и невротоподобных (резидуально-органических) нарушений [4,9,21], так и на психотическом уровне в виде эпилептических психозов [1, 20, 22].

Развитие заболевания в подростковом и взрослом возрасте является стрессовым фактором и зачастую приводит к развитию невротических тревожно-депрессивных расстройств. В детском возрасте чаще всего непсихотические психические расстройства диагностируются, как невротические или невротоподобные состояния. Пациенты, как правило, наблюдаются неврологами, однако, в этом случае, пациентам необходима дополнительная помощь психологов и психотерапевтов, в отдельных случаях, необходима консультация психиатра. У старших подростков данные расстройства могут относиться к диагностической подгруппе F40-F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» или к подгруппе F 06.822 «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга вследствие эпилепсии. Невротические реакции и невротоподобные расстройства наблюдаются у детей в возрасте 7–16 лет и составляют соответственно 30% и 45% всех психических расстройств, связанных с эпилепсией [4, 9, 10, 12].

В отдельные возрастные периоды встречались следующие виды невротических реакций: дошкольный возраст — энурез, заикание, ночные страхи; в возрасте 7 — 9 лет — нарушения сна, истерические припадки и тики; в 10 — 12 лет — истерические припадки, отказ от посещения школы, агрессия к близким, навязчивые мысли и действия (гиперкинезы); в 13 — 15 лет — панические реакции, отказ от посещения школы, нарушения сна, энурез, с 16 лет — тревожно-фобические, депрессивные реакции, дисфории [9]. Однако, в последнее время

учащается количество тревожно-депрессивных расстройств, возраст их развития становится более ранним. Несвоевременное обращение за специализированной помощью приводит к утяжелению невротической реакции и ее переходу на другой уровень — затяжного невротоподобного расстройства. Невротоподобные расстройства отличаются от невротических расстройств относительной бледностью и однообразием проявлений, отчетливой зависимостью обострений от возрастных кризов и соматических заболеваний, характерным отношением больных к имеющимся у них расстройствам (своеобразная анозогнозия) и, сглаживанием симптоматики вплоть до ее полного исчезновения по завершению пубертатного периода (до 75% случаев) [4, 12].

К подростковому возрасту увеличивается количество депрессивных невротоподобных расстройств. Наиболее характерны данные проявления для миоклонической и височной форм эпилепсии. Депрессивным нарушениям предшествует астенический фон, к которому присоединяются колебания настроения. Депрессивные невротоподобные проявления не достигают большой глубины, выражаются снижением трудоспособности, круга интересов, апатией, вялостью. Отмечается понижение уровня психической деятельности, замедленность реакций, гипомимия. Однако выраженная психомоторная заторможенность отсутствует. У подростков в клинической картине отмечается тревожность, жалобы на ощущение тоски, подавленность. В периоды тревоги появляется ипохондричность, фиксированность на болезненных переживаниях. Дисфории у детей с эпилепсией некоторыми авторами [15, 17, 18] рассматриваются только в структуре депрессивных состояний, и не выделяются как самостоятельный синдром. Другие же авторы [1, 12, 16] выделяют дисфории и депрессию, как самостоятельные, отдельные синдромы у детей и подростков, страдающих эпилепсией. В настоящее время, в связи с увеличением частоты депрессивных расстройств в детско-подростковом возрасте, снижение возрастной границы появления депрессивных проявлений, требует дополнительного изучения проблемы аффективных нарушений и их типологии у пациентов с эпилепсией в детско-подростковом возрасте.

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические характеристики аффективных расстройств в детско-подростковом возрасте и их взаимосвязь к нейрофизиологическими и нейровизуализационными исследованиями.

Материалы и методы: в соответствии с целью задачами, клинико-психопатологическим методом с использованием визуально-аналоговой шкалы всесторонней оценки психического состояния (ШВОПС) [11], шкалы детской депрессивности Ковач М. [3], и инструментальным методом (с использованием данных нейровизуализационных и электроэнцефалографических исследований) обследовано 134 детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России в период с 2019 по 2023 годы. В основную группу вошли 96 детей и подростков (мальчиков 52 (54,2%), девочек 44 (45,8%)), с диагнозом эпилепсия, в клинической картине которых отмечались коморбидные аффективные нарушения различной степени выраженности. Средний возраст детей в этой группе составлял $11,21 \pm 0,451$ лет, длительность заболевания эпилепсией $8,62 \pm 0,221$ лет. Для изучения возрастной динамики аффективных нарушений, дети основной группы были разделены на три подгруппы, соответствующие периодам «возрастных кризов» [7]. Первую подгруппу составили дети в возрасте 6 до 11 лет (19 человек (19,8%)), вторую — дети и подростки 12—15 лет (32 человека (33,3%)) третью — подростки 16—18 лет (45 человек (46,9%)). **Группа сравнения** включала 38 детей (мальчиков 24 (63,2%), девочек 14 (26,8%)), страдающих различными формами эпилепсии без аффективных нарушений. Средний возраст детей этой группы составлял $12,24 \pm 0,391$ лет, при средней длительности заболевания эпилепсией $7,82 \pm 0,809$ лет.

Критерии включения:

1. Установленный диагноз эпилепсии.
2. Возраст от 3-х до 17 лет 11 мес.

3. Информированное согласие самих пациента и/или его родителей (законных представителей) на участие в исследовании.

Критерии невключения:

1. Отсутствие диагноза эпилепсия
2. Возраст младше 3-х лет
3. Отказ пациентов и их родителей от участия в исследовании.

У всех пациентов, включенных в исследование, имелись данные о проведении видео-электроэнцефалографического мониторинга ночного сна, с дополнительным применением различных специфических провоцирующих нагрузок (ритмическая фотостимуляция от 3 Гц до 33 Гц с шагом 3 Гц, трехминутная гипервентиляция), а также магнитно-резонансной томографии, 1,5 Тс для установления характера, локализации и тяжести органического поражения головного мозга. Материал, полученный в ходе исследования, обрабатывался с помощью пакета SPSS 26 версии, с использованием стандартных методов математико-статистического анализа.

Результаты исследования

С помощью клинико-психопатологического метода подробно были изучены анамнестические сведения обследованных детей: у 84 (87,5%) пациентов с коморбидными аффективными расстройствами выявлены статистически значимые ($p < 0,0001$) преобладания патологии беременности (токсикозы 1 и 2 половины, анемия, патологическая прибавка в весе, перенесенные соматические и инфекционные заболевания) и родов (гипоксия,

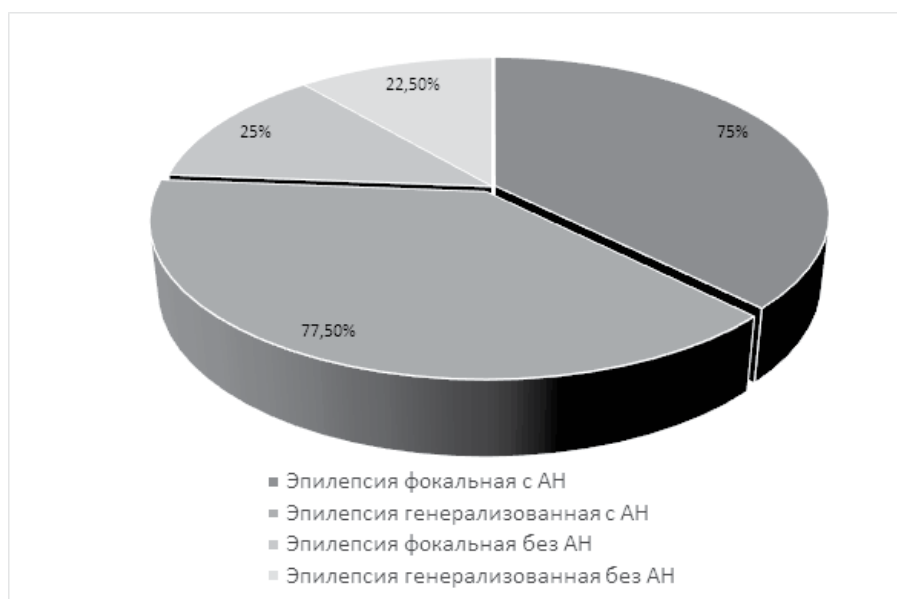


Рис. 1 Распределение пациентов по формам эпилепсии, в зависимости от наличия аффективных расстройств
Fig. 1 Distribution of patients by forms of epilepsy, depending on the presence of affective disorders

асфиксия, длительный безводный период, ягодичное предлежание, обвитие пуповины, родовая травма), по сравнению с 18 (47,3%) пациентами первой группы.

В клинической картине заболевания подробно изучались форма эпилепсии и характеристики типов приступов.

Распределение детей и подростков по формам эпилепсии представлено на Рис.1.

Как видно на Рис.1, значимых различий в наличии аффективных нарушений в детском и подростковом возрасте при фокальной и генерализованной формах эпилепсии получено не было. Приступы с фокальным моторным дебютом в осознанном состоянии отмечались у 9 детей (16%), из 56 детей, с фокальной формой эпилепсии, участвующих в исследовании, приступы с фокальным моторным дебютом с нарушением осознанности у 37 пациентов (66,1%), билатеральные тонико-клонические приступы с фокальным дебютом наблюдались у 39 (69,6%) пациентов. У 11 детей (27,5%) из 40 с генерализованной формой отмечались абсансы, миоклонические приступы — у 9 детей (22,5%), тонико-клонические приступы с генерализованным дебютом отмечались у 32 детей (80%), таким образом, у большинства пациентов с фокальными и генерализованными формами отмечались первичные или вторично-генерализованные тонико-клонические приступы.

В ходе исследования были выявлены различия в проявлении аффективной симптоматики по данным ШВОПС в зависимости от пола пациентов, представленные в Табл.1.

Как видно из Табл.1, у мальчиков в структуре аффективных нарушений достоверно преобладали: агрессивность и проявления аффективной неустойчивости, а также выше, чем у девочек общий и суммарный бал по ШВОПС. У девочек более выраженными были проявления тревожности и вегетативных нарушений. Достоверных различий в отношении снижения настроения и суицидных тенденций в зависимости от пола получено не было. Выраженность аффективных нарушений, по данным ШВОПС, в зависимости от формы эпилепсии представлена в Табл.2.

По данным Табл.2, у пациентов с фокальной формой достоверно более выражены проявления тревожности, и аффективной неустойчивости, что в большей степени соответствует невротическими и неврозоподобным проявлениям; в то время как у пациентов с генерализованной формой более выражены напряженность и агрессивность, что в большей степени определяет формирующиеся характерологические изменения, обусловленные непосредственно эпилептической болезнью.

Выраженность депрессивной симптоматики, по результатам детского опросника Ковач М. у пациентов с эпилепсией в зависимости от возраста, представлена в Табл.3.

Как видно из Табл.3, по данным шкалы детской депрессивности Ковач М., у детей в возрасте 6–11 лет показатель депрессии оставался в рамках нормативного (до 9 баллов), клинически

значимый уровень депрессивных нарушений отмечался к подростковому возрасту (12–15 лет), с последующим увеличением показателей к 18 годам. Полученные данные позволяют предположить, что у детей, страдающих эпилепсией с коморбидными аффективными расстройствами, вероятность развития депрессивных проявлений усиливается после достижения 12 лет. При сравнении результатов исследования с данными прошлых лет (2000—2005) у детей в возрасте 6—15 лет не было выявлено депрессивной симптоматики в структуре аффективных расстройств, и только в старшей группе 16—18 лет средний балл соответствовал наличию депрессии и составил $9,9 \pm 3,11$ балла [8], что свидетельствует о более раннем начале и о большей выраженности депрессивных проявлений в исследуемых возрастных периодах в последние годы, и отражает общую тенденцию «омоложения» аффективных расстройств.

Для выявления характера, локализации и тяжести органического поражения головного мозга, а также его влияния на вероятность развития и тяжесть течения аффективных расстройств всем пациентам, участвующим в обследовании, была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга. В Табл.4 представлены данные о частоте и характере структурно-морфологических изменений, выявленных при МРТ-исследовании.

Как видно из Табл.4, у пациентов с аффективными нарушениями достоверно чаще отмечалось наличие множественных очагов патологической плотности, преимущественно левосторонних, а также участков ФКД, у пациентов без аффективных нарушений показатели МРТ достоверно чаще оставались нормативными. Среди очаговых изменений у пациентов с аффективными нарушениями преобладали очаги глиоза (36,4%), преимущественно височной (25%) и лобной локализации (29,1%). Оценка прогностического качества МРТ-изменений, как предикторов для развития аффективных нарушений, проводилась с помощью ROC-анализа. Оценка прогностического качества МРТ-изменений, как предикторов для развития аффективных нарушений, проводилась с помощью ROC-анализа, что представлено в Таб. 5.

С целью выявления особенностей ЭЭГ у детей с аффективными нарушениями при эпилепсии, по сравнению с детьми без аффективных расстройств был проведен анализ ЭЭГ: изучался характер пароксизмальной активности, локализация очаговых изменений, характер ее распространения, наличие генерализованных пароксизмов.

Данные о наличии пароксизмальной активности в ЭЭГ представлены в Табл.6.

Как видно из Табл.6, у пациентов с аффективными нарушениями, помимо эпилептиформных проявлений в виде спайков и феномена вторичной билатеральной синхронизации, характеризующих прогрессивность эпилептического процесса и риск развития фармакорезистентности, статистически значимо, чем у пациентов без аффективных нарушений, отмечалось наличие угнетения фоновой активности, свидетельствующей о

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики у пациентов с эпилепсией по данным ШВОПС в зависимости от пола
Table 1. Severity of psychopathological symptoms in patients with epilepsy according to the SWAPS, depending on gender

Симптомы	Мальчики 52 чел.	Девочки 44 чел.
Сниженное настроение	2,40 ± 0,594	2,38 ± 0,476
Напряженность	2,13 ± 0,551	2,06 ± 0,507
Тревожность	2,31 ± 1,240	2,61 ± 1,080*
Агрессивность	2,56 ± 0,725*	1,96 ± 0,889
Суицидные мысли	0,10 ± 0,367	0,96 ± 0,374
Вегетативные нарушения	1,20 ± 1,036	2,12 ± 0,881*
Аффективная неустойчивость	2,58 ± 0,912*	2,28 ± 0,936
Общая оценка	2,62 ± 0,565*	2,02 ± 0,557
Суммарный балл	22,51 ± 1,798*	18,24 ± 2,547

* $p < 0,05$ достоверные различия (t-критерий Стьюдента)

Таблица 2. Выраженность психопатологической симптоматики у пациентов с эпилепсией по данным ШВОПС в зависимости от формы эпилепсии
Table 2. Severity of psychopathological symptoms in patients with epilepsy according to the SWAPS data, depending on the form of epilepsy

Симптомы	Фокальная форма 56 чел.	Генерализованная форма 40 чел.
Сниженное настроение	2,21 ± 0,741	2,50 ± 0,450
Напряженность	2,50 ± 0,092	2,86 ± 0,097*
Тревожность	2,85 ± 0,184*	2,26 ± 0,363
Агрессивность	1,29 ± 0,091	1,71 ± 0,194*
Суицидные мысли	0,48 ± 0,386	0,07 ± 0,267
Вегетативные нарушения	1,30 ± 0,131	0,64 ± 0,248
Аффективная неустойчивость	1,28 ± 0,980*	0,57 ± 0,852
Общий балл	2,42 ± 0,529	2,56 ± 0,439
Суммарный балл	21,34 ± 2,197	20,72 ± 1,394

* $p < 0,05$ достоверные различия (t-критерий Стьюдента)

Таблица 3. Результаты детского депрессивного опросника в зависимости от возраста пациентов с аффективными нарушениями при эпилепсии
Table 3. Results of the Child Depression Questionnaire according to the age of patients with affective disorders in epilepsy

Возраст	6—11 лет 19 чел.	12-15 лет 32 чел.	16—18 лет 45 чел.
Балл по опроснику	7,22 ± 1,273*	11,05 ± 0,013	16,05 ± 1,243*

* $p < 0,01$ достоверные различия (критерий Манна-Уитни)

* $p < 0,01$ reliable differences (Mann-Whitney test)

Таблица 4. Результаты МРТ-исследования у детей и подростков, страдающих эпилепсией
Table 4. MRI findings in children and adolescents with epilepsy

МРТ изменения	Эпилепсия с АН 96 чел.	Эпилепсия без АН 38 чел.
Норма	20 (20,8%)	15 (39,5%)**
Расширение желудочковой системы и САП	65 (67,7%)	23 (60,5%)
Очаги патологической плотности	49 (51%)*	7 (18,2%)
Единичные очаги	21 (21,8%)	3 (7,8%)
Множественные очаги	29 (30,2%)*	2 (5,3%)
ФКД	14 (14,5%)**	1 (2,6%)
Склероз гиппокампа	17 (17,7%)	4 (10,5%)

* $p < 0,0001$ достоверные различия (хи-квадрат Пирсмана); ** $p < 0,05$

* $p < 0,0001$ significant differences (Pearceman psi-square); ** $p < 0,05$

Таб. 5 Распределение МРТ-изменений в зависимости от влияния на прогноз заболевания.
Tab. 5 Distribution of MRI changes according to their impact on disease prognosis.

Тестовая переменная(ые)	Площадь	Стд. ошибкаа	Асимпто- тическая Знч..b	Асимптотический 95% До- верительный интервал	
				Нижняя граница	Верхняя граница
Структурная форма	,577	,034	,026*	,510	,644
Очаги патологической плотности в веществе мозга слева	,592	,034	,008*	,525	,659
Очаги патологической плотности справа	,564	,035	,066	,496	,632
Очаги патологической плотности единичные	,504	,035	,902	,436	,572
Очаги патологической плотности глиозные	,575	,034	,030*	,508	,643
Очаги патологической плотности височные	,587	,034	,012*	,520	,655
Очаги патологической плотности лобные	,601	,034	,004*	,534	,668
ФКД слева	,538	,035	,269	,470	,607

*значимые предикторы удовлетворительного качества

* significant predictors of satisfactory quality

Таблица 6. Распределение изменений в ВЭМ сна у детей и подростков с эпилепсией
Table 6. Distribution of changes in sleep Video EEG in children and adolescents with epilepsy

Характер ЭЭГ-изменений	Эпилепсия с АН 96 чел.	Эпилепсия без АН 38 чел.
Спайки/ОВ	66 (62,8%)**	16 (42,1%)
КОМВ	80 (83%)	30 (78,9%)
Полиспайк	6 (6,3%)	3 (7,8%)
Феномен ВБС	20 (20,8%)*	1 (2,6%)
ФПО	21 (21,8%)	3 (7,8%)
Угнетение фоновой активности	56 (58,3%)*	8 (21,1%)
Усиление быстрой волновой активности	32 (33,3)**	3 (7,8%)
Асимметрия основного ритма	24 (25%)	4 (10,5%)

* $p < 0,0001$ достоверные различия (хи-квадрат Пирсмана); ** $p < 0,001$

* $p < 0,0001$ significant differences (Pearceman's psi-square); ** $p < 0,001$

Таблица 7. Распределение пациентов с эпилепсией в зависимости от сроков редукции эпилептиформной активности в ЭЭГ
Table 7. Distribution of patients with epilepsy depending on the terms of reduction of epileptiform activity in EEG

Длительность сохранения эпилептиформной активности в ЭЭГ	Эпилепсия с АН 96 чел.	Эпилепсия без АН 38 чел.
Менее 1 года	0	21 (41,7%)*
От 1 до 3 лет	32 (15,4 %)	7 (8,3%)
Более 3-х лет	174 (84,6%)	26 (50,0 %)**

* $p < 0,001$ достоверные различия (критерий Фишера); ** $p < 0,01$

* $p < 0,001$ reliable differences (Fisher's criterion); ** $p < 0.01$

наличии общих энцефалопатических изменений. Аффективные нарушения не имеют отдельных электроэнцефалографических коррелятов или специфических изменений биоэлектрической активности, однако, сохранение эпилептиформных проявлений в ЭЭГ, определяющих отсутствие полной ремиссии эпилептического процесса, а также наличие энцефалопатических изменений, определяющих общее состояние коры головного мозга, могут способствовать развитию аффективных нарушений у детей и подростков. Влияние сохранения эпилептиформной активности на развитие аффективных нарушений представлено в Табл.7.

По данным Табл.7, у пациентов значимо чаще отмечается наличие аффективных нарушений при сохранении эпилептиформной активности в ЭЭГ более 3-х лет, в случае редукции эпилептиформной активности в течение 1 года наблюдения аффективные нарушения у пациентов не развиваются.

Таким образом, проблема аффективных нарушений у детей и подростков при эпилепсии яв-

ляется не менее значимой и распространенной, чем у взрослых. Даже в отсутствие приступов, наличие аффективных нарушений приводит к развитию дезадаптации. Аффективные проявления могут различаться как в зависимости от формы эпилепсии, так и от пола пациентов, что необходимо учитывать при назначении дополнительной терапии. Возраст появления депрессивных расстройств становится все более младшим, а степень выраженности проявлений усиливается, достигая отчетливых клинических показателей депрессии к 16 годам.

Данные инструментальных исследований дополняют клиническую картину, помогая определить, являются ли аффективные нарушения коморбидными или относятся психопатологическим проявлениям основного заболевания, что необходимо учитывать в терапии эпилепсии с аффективными нарушениями.

Литература / References

1. Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. Л.: Медицина. 1979.
Abramovich G.B., Kharitonov R.A. Epilepticheskiye psikhozy u detey i podrostkov. L.: Meditsina. 1979. (In Russ.).
2. Бегги Э., Монтичелли М.Л. Диагностика и лечение эпилепсии у детей. М.: Можайск — Терра. 1997.
Beggi E., Monticelli M.L. Diagnostika i lecheniye epilepsii u detey. M.: Mozhaysk — Terra. 1997. (In Russ.).
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М. 2002.
Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj rehabilitacii. M. 2002. (In Russ.).
4. Буторина Н.Е., Малинина Е.В. Резидуально-органический психосиндром и многоосевая система классификации с позиций детской психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001;3:47-51.
Butorina NYe, Malinina YeV. Residual-organic psychosyndrome and the multi-axial classification system from a child psychiatry perspective. Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. 2001;3:47-51. (In Russ.).
5. Гузева В.И., Гузева В.В., Охрим И.В., Касумов В.Р. Качество жизни детей с эпилепсией (психоневрологические и социальные аспекты). Ученые записки Спбгму им. акад. И.П. Павлова. 2016;23(4):12-17.
Guzeva VI, Guzeva VV, Okhrim IV, Kasumov VR. Quality of life of children with epilepsy (neuropsychiatry and social aspects). Uchenyye zapiski Spbgmu im. akad. I.P. Pavlova. 2016. 2016;23(4):12-17. (In Russ.).
6. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. 2-е издание. Москва: ООО «БИНОМ». 2019.
Karlova V.A. Epilepsiya u detey i vzroslykh zhen-shchin i muzhchin. 2-ye izdaniye. Moskva: OOO «BINOM». 2019. (In Russ.).
7. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия: Учебник. 2-е изд., доп., пер. М.: Медпресс-информ. 2002.

- Korkina M.V., Lakosina N.D., Ličko A.E., Sergeev I.I. *Psichiatriâ: Učebnik. 2-e izd., dop., per. M.: Medpress-inform. 2002. (In Russ.)*.
8. Мухин К.Ю. и др. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. Руководство для врачей. Четвертое издание. М.: ООО «БИНОМ». 2018.
Mukhin K.Yu. i dr. *Epilepticheskiye sindromy. Diagnostika i terapiya. Rukovodstvo dlya vrachev. Chetvertoye izdaniye. M.: ООО «BINOM». 2018. (In Russ.)*.
 9. Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В. Комплексная оценка социальной адаптации детей и подростков, больных эпилепсией с психическими расстройствами и их реабилитация. Методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб. 2009.
 10. Popov Yu.V., Yakovleva Yu.A., Semenova S.V. *Kompleksnaya otsenka sotsial'noy adaptatsii detey i podrostkov, bol'nykh epilepsiyey s psikhicheskimi rasstroystvami i ikh rehabilitatsiya. Metodicheskiye rekomendatsii. SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva. SPb. 2009. (In Russ.)*.
 11. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Диагностика и лечение эпилепсии у детей. М.: Можайск-Терра. 1997.
Temin P.A., Nikanorova M.Yu. *Diagnostika i lecheniye epilepsii u detey. M.: Mozhaysk-Terra. 1997. (In Russ.)*.
 12. Шкала всесторонней оценки психического состояния: Методическое руководство. СПб. 2003.
The scale of comprehensive assessment of mental health: Methodological guidance. St. Petersburg. 2003. (In Russ.).
 13. Яковлева Ю.А., Киссин М.Я., Гуменник Е.В., Семенова С.В. Особенности патогенеза коморбидных психических расстройств при эпилепсии у детей и подростков. Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2023;57(4):90-99.
 14. Aicardi J. Epilepsy in brain injured children. *Dev. Med. Child Neurol.* 1990;32:191—202.
 15. Allen AN, Seminog OO, Goldaere MJ. Association between multiple sclerosis and epilepsy: large population-based record-linkage studies. *BMC Neurol.* 2013;13:189–194.
 16. Bell GS, Sander JW. Suicide and epilepsy. *Journal Current Opinion in Neurology.* 2009;22(2):174-178.
 17. Blumer D. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. D. Blumer, G. Montouris, K. Davies. *Epilepsy Behav.* 2004.
 18. Greenlee BA, Ferrell RB, Kauffman CI, et al Complex partial seizures and depression. *Curr. Psychiatry Rep.* 2003;5(5):410—416.
 19. Hesdorffer DC. Comorbidity between neurological illness and psychiatric disorders. *CNS Spectr.* 2016;21(3):230-8.
 20. Jones JE, Watson R, Sheth R, Caplan R, Koehn M, Seidenberg M. Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Dev Med Child Neurol.* 2007;49:493-7.
 21. Kanner AM. Psychiatric comorbidities in epilepsy: Should they be considered in the classification of epileptic disorders? *Epilepsy Behav.* 2016;64:306—308.
 22. Kimura N, Takahashi Y, Shigematsu H. Risk factors of cognitive impairment in pediatric epilepsy patients with focal cortical dysplasia. *Brain Dev.* 2019;41(1):77–84.
 23. Oka E, Yamatogi Y, Ichiba N. Psychotic symptoms in childhood epilepsy—an electroencephalographic study. *Folia Psychiatr Neurol Jpn.* 1983;37(3):239—244.

Сведения об авторе

Яковлева Юлия Александровна — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. E-mail: yua.08@mail.ru

Поступила 13.09.2024

Received 13.09.2024

Принята в печать 08.11.2024

Accepted 08.11.2024

Дата публикации 20.12.2024

Date of publication 20.12.2024