

Особенности непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания

Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Резюме. На клиническом материале 239 больных эпилепсией, 123 — с длительностью заболевания до 3-х лет проведено клинко-психологическое исследование с использованием батареи экспериментально-психологических методик, позволяющее уточнить особенности непсихотических психических расстройств в инициальном периоде заболевания. Установлено, что в исследуемой популяции преобладают легкие когнитивные расстройства (F06.72). Предложены способы их лечения, обеспечившие получение у 80% больных стойкого контроля приступов с полным регрессом эпилептических паттернов на ЭЭГ у 45% наблюдаемых.

Ключевые слова: эпилепсия, когнитивные расстройства, инициальный период, экспериментально-психологические методы.

The features of nonpsychotic mental disorders in patients with epilepsy in the initial period of the disease.

Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N., Sivakova N.A.
National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev, Saint-Petersburg

Summary. Clinical, psychological and neurophysiological studies were conducted in 239 patients with epilepsy, 123 with duration of the disease no more than 3 years, for clarify the features of nonpsychotic psychiatric disorders in the initial period of epilepsy. It was established, that the light cognitive disorders (F06.72) dominated in the initial period of epilepsy. In this article provides methods of treatment with obtaining a control of seizures in 80% of patients and regression of epileptic patterns on the EEG in 45% of patients with epilepsy.

Key words: epilepsy, cognitive disorders, initial period, experimental-psychological methods.

Этиопатогенетический механизм развития психических расстройств при эпилепсии остается недостаточно выясненным. Чаще его связывают с видом приступов, сроками длительности заболевания, хотя высказываются и другие соображения [2, 3, 5, 13]. Изучение их особенностей на начальных стадиях заболевания может дать ответ на возникающие вопросы. Согласно МКБ-10, они относятся к легким когнитивным расстройствам при эпилепсии (F 06.72). Начальным периодом заболевания принято считать первые три года от дебюта приступов [11]. Обычно в течение этого времени возникают и стабилизируются виды припадков, формы заболевания и другие клинко-параклинические симптомы. Это могут быть нарушения памяти, внимания, эмоционального реагирования, мышления и другие когнитивные расстройства [4, 6, 7, 14, 20, 22]. На их фоне роль припадков как бы отодвигается на второй план, а на первое место выступают характерологические особенности, приводящие к нарушению отношений больного в семье, обществе. Именно поэтому разработке вопросов ранней диагностики изменения психической деятельности больных эпилепсией придается большое значение [2-21, 24, 25].

Возникающие расстройства, часто трактуемые как невротические, в дальнейшем, под влиянием

эпилептического процесса, могут трансформироваться в пограничные невротоподобные нарушения и рассматриваться как начальные коморбидные проявления органического симптомокомплекса, выявленных с помощью данных ЭЭГ и МРТ исследований [10, 12, 18].

Проведенные нами и другими авторами исследования, с использованием экспериментально-психологических методик, позволили выявить больных с различными типами когнитивных и поведенческих нарушений в виде ослабления памяти, внимания, умственной работоспособности, изменений характера и страха повторения приступов, которые могут привести к осложнениям жизни и профессиональной деятельности. Однако материалом этих исследований были больные с длительными сроками эпилепсии [15, 16, 19, 22].

Большое значение имеет также изучение отношения больного к своему заболеванию. В инициальном периоде болезни чаще отмечается недооценка тяжести своего состояния. Больные считают его результатом экстремальных ситуаций. Некоторые из них амнезируют свои приступы, или они возникают во время сна и не осознаются больным. Здесь возможно отрицание больным самого факта болезни, а, следовательно, и необходимости лечения. Однако имеется категория пациентов, обладающих ипохондрическими,

тревожно-мнительными чертами, а также мнением о неизлечимости эпилепсии. Они склонны преувеличивать тяжесть заболевания [4, 5].

Как отмечено выше, уже на ранних этапах болезни имеются нарушения структуры личности. В связи с этим встает вопрос об изучении именно преморбидных особенностей личности при эпилепсии. И не только в плане генетической предрасположенности, но и потому, что само заболевание может развиваться уже на базе имеющихся органических нарушений, вызванных родовой или постнатальной черепно-мозговой травмой, нейроинфекциями различного генеза, накладывающих отпечаток на личность больного [8, 9, 17].

Существует представление о том, что выраженность психических изменений имеет линейную зависимость от длительности и тяжести течения эпилепсии, а в инициальном периоде не наблюдаются. По имеющимся данным, в начальном периоде заболевания (до 3 лет от начала припадков) изменения личности можно выявить у 13% больных. Типичные изменения личности, такие как психическая ригидность, торпидность, злопаятность, педантичность, раздражительность, могут отмечаться как черта характера с детства, задолго до развития первых припадков [11, 21].

В связи с полиморфизмом эпилептических припадков, порой представляется крайне трудным провести анализ зависимостей наблюдаемых пограничных психических расстройств от вида припадков и эпилептической болезни. Тем более, что в новой классификации эпилепсии Международной противоэпилептической Лиги (2017), термин «психический» заменен на «когнитивный» [1].

Изменения личности чаще обнаруживаются у больных с фокальными и генерализованными судорожными припадками. При сочетании судорожных и вегетативно-висцеральных пароксизмов у большинства больных выявляется сочетание эпилептических изменений личности и истерических расстройств, проявляющихся демонстративным поведением, эгоистичностью, склонностью к развитию псевдоэпилептических припадков. Лицам, страдающим миоклоническими припадками, свойственны такие особенности личности, как безответственность, эйфория, легковесность, непоследовательность действий, склонность к асоциальному поведению. При наличии в структуре приступа сложных психопатологических феноменов, таких как зрительные, слуховые или обонятельные галлюцинации, деперсонализация и дереализация, нередко у больных обнаруживаются особенности личности шизоидного типа, что может приводить к диагностическим ошибкам, необоснованному установлению диагноза «шизофрения» и последующему безрезультатному лечению больных нейролептиками. Нередко при эпилепсии наблюдаются депрессивные состояния, как по типу невротической, так и эндогенной депрессии с элементами витальной тоски, суточными колебаниями настроения и истинными суицидальными намерениями. Депрессивные состояния развиваются одинаково часто

как у лиц с генерализованными типами пароксизмов (судорожными и абсансами), так и у лиц с парциальными припадками [5, 22, 23].

Неэффективность лечения заболевания приводит к нарушению психических функций в 2,5 раза чаще, чем при правильно подобранной терапии. Полиморфизм личностных особенностей больных порой обусловлен не только собственно дефицитарными симптомами, но и типом поведения, обусловленным компенсаторными механизмами. В основе развившегося психического дефекта могут лежать разные факторы: органическое поражение тех или иных отделов мозга, нейронные эпилептиформные разряды, влияющие на функцию мозга пораженной области, противоэпилептическая терапия; сам факт наличия болезни и реакция больного на заболевание (особенно в ранней стадии, при постановке впервые диагноза эпилепсия) и на связанные с ним ограничения.

В инициальной стадии заболевания симптомы изменений личности не всегда четко клинически выражены, поэтому необходимо использовать для диагностической работы экспериментально-психологические методы и уточнить наличие психического дефекта совместно с психологом. В настоящее время существует большое количество экспериментально-психологических методик, направленных на оценку и изучение различных личностных проявлений [4, 5, 7]. Психологическое обследование решает задачи совершенствования диагностики когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания и обосновывают психокоррекционную работу с этой категорией больных.

Целью исследования явились: 1) изучение начальных и скрытых нарушений когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы у пациентов в инициальном периоде заболевания; 2) сравнение особенностей личности больных эпилепсией на начальных и отдаленных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Исследование выполнено в условиях специализированного стационара отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией НИМЦПН им. В.М. Бехтерева на клиническом материале, составляющем 239 больных эпилепсией, 123 с длительностью болезни от нескольких недель до трех лет и 40 здоровых испытуемых. Среди 239 больных было 125 мужчин (52,3%) и 114 (47,7%) женщин, 67,8% больных составили лица моложе 36 лет. Все пациенты подписывали информированное согласие участия в исследовании и обработку данных. Критерии включения в исследование: установленный диагноз эпилепсия, подписанное информированное согласие, возраст пациента ≥ 18 лет. Критерии исключения: отказ от подписания информированного согласия, грубое нарушение когнитивных функций, не понимание и не выполнение инструкций к заданиям.

В зависимости от наличия изменений личности (непсихотических психических расстройств), определяемых на основе клинико-

психологического и психиатрического обследования больные были разделены на две группы. В первую группу вошли лица с изменениями личности — 112 человек (46,9%), в другую — пациенты без клинически очерченных личностных нарушений — 127 человек (53,1%).

Применялись следующие методы исследования: 1) метод клинического наблюдения; 2) экспериментально-психологические методики; 3) нейрофизиологический (ЭЭГ); 4) нейровизуализационный (МРТ головного мозга).

Основу предлагаемого авторами комплексного метода диагностики изменений личности у больных эпилепсией, выявляемых в начальной стадии заболевания и при его прогрессировании, составляет принятый в психоневрологии и усовершенствованный нами, так называемый, тройственный диагноз, включающий нозологическую, личностную и социальную диагностику с использованием современных клинических, психологических и инструментальных методик. Правильная диагностика психических расстройств поможет выработать и своевременно начать адекватное комплексное лечение больного, включающее использование антиэпилептических препаратов, психотропных средств и способов психокоррекционной работы [5, 6, 10].

Реализация метода позволяет практическим врачам избежать распространенных, особенно на начальных стадиях заболевания, ошибок в диагностике и лечении больных эпилепсией и будет способствовать улучшению качества их жизни.

Предлагаемый метод диагностики может быть использован как в начальной стадии заболевания на протяжении первых трех лет после первого припадка, так и на последующих его этапах.

Психологическая диагностика проводилась совместно с врачом неврологом или психиатром и носила комплексный характер, охватывая показатели интеллектуально-мнестической деятельности, эмоционального реагирования, поведения и системы отношений больных. Ее результаты, помимо качественной оценки, имеют количественное, т.е. числовое выражение и носят вероятностно-статистический характер, при их обобщении применимы математические методы, выполненные с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel и SPSS. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. По характеру пароксизмальных состояний больные распределились следующим образом: эпилепсия с общесудорожными припадками диагностирована у 70 больных. Эпилепсия с психомоторными и психосенсорными приступами (височная форма) — у 72. Эпилепсия со смешанными припадками (судорожными и абсансами, преимущественно простыми) — у 74 больных. У 23 пациентов имелись другие виды пароксизмов, в основном, парциальные припадки джексоновского типа. По частоте припадков были выделены три группы больных: 1) с редкими припадками, единичными пароксизмами — от одного до нескольких припадков в год — 47 больных (19,7%);

2) с припадками средней частоты — ежемесячные и еженедельные приступы — 111 (46,4%) пациентов; 3) с частыми припадками (ежедневные) — 81 (33,9%) больной.

Психические изменения в инициальном периоде заболевания, по данным психологического обследования, неоднородны. Выявляемые астенические состояния, связывают с ослаблением активного торможения и повышением в связи с этим нервно-психической возбудимости, так и ослаблением основных нервных процессов со снижением возбудимости нервных клеток. Выявляют различные формы астенических состояний: гиперстеническая, гипостеническая, астеноипохондрическая, астеновегетативная и раздражительная слабость.

У больных в инициальном периоде заболевания выявляются нерезко выраженные замедленность и тугоподвижность психических процессов. Указанные особенности предшествуют развитию характерологических изменений, на формирование которых оказывают влияние не только органическое поражение головного мозга, локализация эпилептического очага, но и преморбидное своеобразие личности, особенности воспитания больного и другие факторы.

Большое значение имеет отношение больного к своей болезни. Отмечается как недооценка тяжести своего заболевания (больные считают его результатом экстремальных ситуаций), так и преувеличение его тяжести. Имеется категория лиц, обладающих ипохондрическими, тревожно-мнительными чертами, а также представлениями о неизлечимости эпилепсии.

При психологическом исследовании количественные показатели методик, выявляющих особенности интеллектуально-мнестической деятельности больных эпилепсией с длительностью заболевания до 1 года, в ряде наблюдений, незначительно отличаются от одноименных показателей у здоровых испытуемых. В то же время, по мере увеличения сроков течения заболевания, увеличивается время выполнения психологических проб. Оно последовательно возрастает при длительности заболевания в 2 и 3 года, т.е. происходит усиление торпидности психической деятельности даже в рамках инициального периода, однако, эти различия не достигают уровня статистической значимости. При увеличении времени выполнения корректурной пробы увеличивается и число ошибок в ней. К концу инициального периода заболевания подобную тенденцию можно отметить и при сопоставлении успешности выполнения таких методик, как «Запоминание 10 слов», теста визуальной ретенции, методики исследования интеллекта Д. Векслера. Если здоровые испытуемые при 5-кратном предъявлении ряда из 10 слов правильно воспроизводят в среднем 41,4 слова, то больные эпилепсией с длительностью болезни до 1 года — 38 слов, а при длительности 3 года — 36,2. Показатели методики Векслера менее вариативны, хотя и здесь выявляется тенденция к их ухудшению по мере развития заболевания.

По результатам обследования с помощью многопрофильного личностного опросника ММРП, также выявляется неоднородность структуры личности больных эпилепсией на начальных этапах заболевания. В основном, это слабо структурированные изменения, однако и здесь можно выявить тенденцию к формированию гиперстенического и невротоподобного вариантов изменений. Чаще достигают верхних границ нормы показатели шкал опросника, отражающие склонность к колебаниям фона настроения, импульсивность поведения, повышенную тревожность, эмоциональную и психомоторную возбудимость. При этом имеется тенденция к усилению этих проявлений у больных с длительностью заболевания 3 года. И здесь повышенная фиксация на болезненных проявлениях и самом факте болезни обусловлена как самим болезненным процессом, так и невротизацией личности, реакцией больного на возникающие в связи с болезнью ограничения образа жизни и социально-психологическими трудностями.

В системе отношений больных эпилепсией к болезни можно также диагностировать определенные изменения. При длительности заболевания от нескольких месяцев до двух лет у 42% больных преобладает гармоничный тип отношения к своему заболеванию, т.е. больные адекватно оценивают свое состояние, стремятся активно содействовать успеху проводимой терапии, умеют переключаться на доступные им интересы и жизненные ценности. У ряда больных выявляются эргопатический и анозогнозический типы отношения к заболеванию. Эти типы, как и гармоничный, составляют блок шкал, отражающих достаточно хороший уровень социальной адаптации больных.

У большинства больных с длительностью заболевания менее двух лет выраженной социальной дезадаптации не обнаруживается, однако у 1/5 из них имеются элементы сенситивного отношения к болезни. Эти больные озабочены отношением к ним окружающих, опасаются, что их будут изгонять и считать неполноценными. Сенситивный тип отношения к болезни становится преобладающим у больных с длительностью болезни 3 года, что свидетельствует о нарастании дезадаптивных тенденций к концу принятого инициального периода заболевания. Дисфорический тип отношения к болезни почти не встречается у этой категории больных. Кроме того, у больных выявляются и невротические типы отношения к болезни (тревожный и неврастенический), когда проявляются беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения заболевания. При неврастеническом варианте наблюдается поведение по типу «раздражительной слабости».

Таким образом, формирование клинической симптоматики и процесс эпилептизации мозга вызывают постепенную дезорганизацию интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и поведенческой сфер больных эпилепсией уже на начальных этапах заболевания.

При рутинной записи ЭЭГ в начальной стадии заболевания пароксизмальные нарушения биоэлектрической активности мозга регистрируются у 30-50% больных, однако, проанализировав ЭЭГ больных с изменениями личности, развившимися на начальной стадии заболевания, было обнаружено, что наличие пароксизмальной активности встречается значительно чаще. На ЭЭГ у больных с изменениями личности в инициальном периоде заболевания выявляются диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с преобладанием высокоамплитудных медленных колебаний и признаки ирритации коры головного мозга в виде появления в записи множественных острых волн, пиков, генерализованных синхронных всплесков сложной структуры, состоящих из заостренных волн. Чаще пароксизмальная активность регистрируется в левой височной области, реже — в правой. У большинства больных зарегистрированы генерализованные всплески пароксизмальной активности, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс ствола мозга.

В целом, можно отметить, что на начальной стадии эпилепсии рутинная ЭЭГ, особенно выполненная в условиях практических лечебных учреждений, с коротким периодом записи, чаще всего не содержит изменений, поэтому, представленные выше сведения получены в условиях специализированного ЭЭГ-обследования.

Принято считать, что у больных эпилепсией с психическими нарушениями обязательно должны выявляться признаки органического поражения головного мозга, однако это не всегда подтверждается на практике. Мы обобщили данные морфометрии, полученной с помощью компьютерной томографии, включавшей определение ширины и индексов передних рогов боковых желудочков, ширины и индексов центральных отделов боковых и третьего желудочка, ширины правой и левой силвиевых борозд и ширины межполушарной щели, у больных рассматриваемой группы. Анализ полученных результатов показал, что наименее выраженные морфологические изменения мозга выявлены у больных с классическими эпилептическими изменениями личности, такими как психическая ригидность, торпидность, педантичность, в то время как на ЭЭГ у них выявлялась выраженная эпилептическая активность мозга. Это дало нам основание предположить, что развитие указанных психических особенностей реже связано с какой-либо локализацией органического поражения мозга и обусловлено психопатологическими механизмами эпилептического процесса.

Наличие органического поражения тех или иных отделов головного мозга больных эпилепсией может играть определенную роль в патогенезе развития психических расстройств неэпилептического типа, таких как истерические, депрессивные, шизофреноподобные и может привносить полиморфизм в симптоматику психического дефекта при эпилепсии. На начальных стадиях заболевания эти изменения выражены слабее.

Таблица 1. Процент выявляемости нарушений различных сторон личности больных эпилепсией в зависимости от способа их оценки.

Способ оценки	Сфера психической деятельности (% выявляемости нарушений)				
	Память	Внимание	Умственная работоспособность	Интеллект	Эмоц. реагирование и поведение
Субъективная оценка больным своих проявлений (жалобы больного)	16,9	0	7,6	0,4	22,8
Оценка психического состояния больного методом беседы и клинического наблюдения	45,1	4,2	4,6	29,1	53,3
Данные психологического исследования	70,1	38,4	48,2	41,5	50,4

Таблица 2. Результаты исследования памяти, внимания, умственной работоспособности у больных эпилепсией на начальных и отдаленных этапах заболевания

Методика	Длительность заболеваний				
	до 6 мес.	1 год	2 года	3 года	>10 лет
Цифровая корректурная проба: — время выполнения, секунды	736,8	731,3	832,6	846,9	863,1
- количество ошибок	15,3	18,9	16,6	21,2	24,9
Методика «10 слов»: - кол-во воспроизведенных слов за 5 предъявлений	38,0	35,0	36,2	36,2	33,9
Тест визуальной ретенции: — оценка	7,0	6,0	5,6	5,9	4,9
- количество ошибок	5,1	5,3	6,7	6,3	9,1

Обоснованность применения методов экспериментально-психологического исследования в клинике эпилепсии подтверждается данными, представленными в табл. 1.

Из таблицы 1 видно, что данные полученные методом психологического исследования более информативны и в диагностическом плане представляют особую ценность.

Для оценки памяти, внимания, темпа умственной работоспособности, мышления, особенностей эмоционального реагирования, системы отношений использованы экспериментально-психологические методики у 200 больных эпилепсией (123 человека с длительностью болезни около трех лет, 77 больных с длительностью заболевания более 10 лет) (табл. 2).

Из таблицы 2 видно, что длительность заболевания отрицательно влияет на полученные результаты. Так, особенности интеллектуально-мнестической деятельности больных эпилепсией с длительностью заболевания до 1 года, незначительно отличаются от одноименных показателей у здоровых испытуемых. Цифровая корректурная проба здоровыми лицами выполняется в среднем за 604,5 с, а больными эпилепсией этой группы — за 736,8 с. По мере увеличения сроков течения заболевания увеличивается и время выполнения этого задания. Оно последовательно возрастает до 832,6 и 846,9 с. при длительности заболе-

вания 2 и 3 года, т.е. происходит усиление торпидности психической деятельности даже в рамках инициального периода, однако эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p \geq 0,05$).

Подобную тенденцию можно отметить и при сопоставлении успешности выполнения таких методик как «10 слов», тест визуальной ретенции и др.

Результаты индивидуального комплексного обследования здоровых испытуемых и больных демонстрируют большую неравномерность психологических показателей заболевших. Так, если у здорового испытуемого относительно высокие оценки слухоречевой памяти, то у него обычно хорошая память и на стимулы зрительной модальности, достаточно устойчивое внимание и нет замедления темпа умственной работоспособности. У больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания может быть умеренное или достаточно выраженное ослабление зрительной памяти при хорошей слухоречевой, а также при сохранности объема памяти могут возникать качественные ее изменения. Например, ввод новых, не заданных инструкцией слов при заучивании ряда из 10 слов, или персевераторное их повторение, или не соблюдение порядка воспроизведения слов. То же можно сказать и об особенностях выполнения теста визуальной ретенции. При зарисовке

геометрических фигур по памяти в этом задании 44,4% больных с длительностью заболевания менее 1 года правильно воспроизводят 8-9 карточек из 10 предъявленных. Однако состав допущенных ошибок (например, наличие ошибок типа персеверации и ротации фигур) свидетельствует о нарушении памяти зрительной модальности, хотя и не резко выраженном.

Подобные примеры можно привести и в отношении других функций, однако общий вывод состоит в том, что в инициальном периоде эпилепсии у больных чаще всего нет выраженных нарушений интеллектуально-мнестической деятельности, но выявляется качественное ее своеобразие.

По мере увеличения длительности заболевания ухудшаются результаты выполнения предлагаемых психологических методик. Экспериментально-психологическое обследование больных с многолетним течением заболевания обнаружило нарушение активного внимания, снижение памяти, замедление темпа умственной работоспособности, снижение уровня обобщенности мышления. Длительное течение заболевания приводит к снижению преимущественно невербальных (наглядно-образных) функций интеллекта ($p \leq 0,05$).

Результаты обследования с помощью многопрофильной методики MMPI также свидетельствуют о неоднородности структуры личности больных на начальных этапах заболевания, что иллюстрируют данные полученные в таблице №3.

В основном, это слабо структурированные изменения, однако и здесь можно выявить тенденцию к формированию гиперстенического и невротоподобного варианта изменений. Чаще достигают верхних границ нормы показатели шкал ме-

тодики, отражающих склонность к колебаниям фона настроения, импульсивность поведения, повышенную тревожность, эмоциональную и психомоторную возбудимость. При этом имеется тенденция к усилению этих проявлений у больных с длительностью заболевания 3 года. В инициальном периоде заболевания оценка по шкале 2 MMPI превышает верхнюю границу нормы у 55% больных. В группе больных с длительностью заболевания более 10 лет эта цифра достигает 64%.

Подобная тенденция прослеживается и в отношении показателей шкал импульсивности (соответственно 30 и 47%), тревожности (30 и 54,7%), социальной интроверсии (5 и 18,9%). По мере развития заболевания усиливается невротический компонент в структуре личности больных эпилепсией. Повышаются показатели шкал невротической триады ($p \leq 0,05$), усиливается тревожность, эгоцентризм, торпидность психической деятельности, ригидность жизненных установок ($p \leq 0,05$).

Изучение типа отношения к болезни у пациентов на начальных стадиях заболевания показало, что при длительности заболевания от нескольких месяцев до 2 лет у 42% больных преобладает гармоничный тип отношения к болезни. Пациенты адекватно оценивают тяжесть своего состояния, стремятся активно содействовать успеху проводимой терапии, умеют переключаться на доступные им интересы и жизненные ценности.

У большинства пациентов с длительностью заболевания менее 2 лет выраженной социальной дезадаптации не выявляется, однако у 21% имеются элементы сенситивного типа отношения к болезни. Эти больные озабочены отношением к ним

Таблица 3. Результаты обследования с помощью методики MMPI больных эпилепсией на начальных и отдаленных этапах заболевания

Шкалы методики MMPI	Длительность заболеваний				
	до 6 мес.	1 год	2 года	3 года	>10 лет
Шкала L	47,2	52,5	52,7	48,8	57,6
Шкала F	64,7	64,9	65,9	65,6	72,4
Шкала K	53,9	52,7	55,2	50,3	51,9
Шкала 1	57,0	56,6	63,9	61,5	68,0
Шкала 2	69,0	69,3	70,0	73,4	78,8
Шкала 3	54,1	56,6	61,6	60,1	65,4
Шкала 4	66,0	63,2	66,6	65,0	68,2
Шкала 5	57,5	56,6	57,5	57,5	56,8
Шкала 6	55,6	63,5	63,8	68,1	69,4
Шкала 7	63,0	63,8	68,1	69,7	70,9
Шкала 8	65,9	68,3	75,3	74,1	78,1
Шкала 9	61,6	63,8	63,6	65,3	64,2
Шкала 0	60,2	54,8	55,7	59,5	61,9

окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными.

Степень выраженности нарушений психической деятельности у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания часто незначительна и обнаруживается только при психологической диагностике с использованием экспериментально-психологических методик. Однако в дебюте эпилепсии, особенно у больных с частыми полиморфными приступами, с грубым органическим поражением головного мозга травматической, инфекционной и другой этиологии, возможны более грубые нарушения памяти, внимания, мышления, аффективной сферы и поведения. Структура этих нарушений уточняется при психологическом исследовании.

Таким образом, формирование когнитивных расстройств у больных эпилепсией на начальных этапах заболевания идет параллельно развитию заболевания. При малой длительности болезни (до 1 года) они слабо выражены или отсутствуют, по мере прогрессирования болезни, эпилептизации мозга и изменения социального функционирования больного степень их выраженности нарастает. В то же время, при своевременном диагностировании заболевания, адекватной противосудорожной терапии, достижения контроля над припадками и полном их купировании наступает стабилизация болезненного процесса с последующим регрессом, как пароксизмальных расстройств, так и изменений личности.

Своевременная диагностика формирования непереносимых психических расстройств на начальных стадиях эпилепсии и проведение соответствующих психокоррекционных мероприятий позволяет обеспечить более надежные результаты терапии при эпилепсии.

Лечение когнитивных и других расстройств личности у больных эпилепсией лишь косвенно корректируются противосудорожной терапией и требуют дополнительных медикаментозных и психотерапевтических воздействий неэпилептического ряда. В 39% наблюдений состояние пациентов требовало назначения дополнительных препаратов: транквилизаторов (реланиум, нитразепам, феназепам, грандаксин) — в 23%, нейролептиков (аминазин, тизерцин, галоперидол) — в 3%, антидепрессантов (флуоксетин, коаксил, амиксид, тритико) — в 4% и сочетания препаратов (нейролептики, транквилизаторы) — в 9%.

Психотерапия является традиционным дополнительным методом лечения эпилепсии, играющим важную роль в комплексной терапии [5-7, 13, 16].

Нами были выявлены изменения в эмоционально-волевой, интеллектуально-мнестической, характерологической сфере у 86% больных эпилепсией (умеренные у 61 % и выраженные у 25%). Изменения личности в большинстве наблюдений зависят от частоты припадков, их полиморфизма, возраста начала заболевания, а также его длительности.

С учетом предлагаемой нами эволюционно-патогенетической гипотезы развития измене-

ния личности при эпилепсии, следует полагать, что они развиваются в результате эпилептизации нейронов, оказывающих дезинтегрирующее действие на функционирование коры головного мозга и приводящих к растормаживанию подкорки, оживлению инстинктов и возникновению поведенческих нарушений.

Учитывая сказанное, лечение изменений личности должно быть, прежде всего, направлено на подавление пароксизмальной нейрональной активности, т.е. получение контроля над эпилептическими припадками с помощью использования антиэпилептических препаратов.

Лекарственное лечение эпилептических изменений личности на начальных стадиях болезни разработать трудно, т.к. они слабо выражены, разнообразны и сугубо индивидуальны, поэтому терапевтические рекомендации могут быть составлены только для аффективно протекающих расстройств, дисфорических состояний и перманентно протекающих пролонгированных эпизодов возбуждения. Обычно назначают в таких случаях в малых дозах тизерцин 25 мг, реже — аминазин 50 мг 2—3 раза в день на протяжении 1—3 суток, галоперидол 5 мг 2—3 раза в сутки, при необходимости дозу можно повысить до 5—10 мг/сут. При недостаточном эффекте эти препараты вводят в инъекциях.

При назначении адекватной терапии контроль над припадками можно получить уже через несколько месяцев от начала лечения, но эпилептическая активность на ЭЭГ при этом иногда сохраняется еще на неопределенно долгое время. Она зависит от ряда факторов, но чаще, как показали исследования, от наличия органических изменений головного мозга. Для полной нормализации ЭЭГ и психологических показателей требуется, как правило, несколько лет, особенно если лечение начато поздно и указанные изменения имеют системный характер. У большинства больных (примерно у 60%) полной ремиссии эпилепсии можно не получить вообще. Это объясняется тем, что не раскрыт окончательно этиопатогенез заболевания, не всегда можно реализовать потенциал фармакотерапии, если болезненный процесс перешел в необратимое устойчивое патологическое состояние. Правильная терапия в таких случаях может обеспечить разную степень улучшения вплоть до контролирования припадков.

Заключение. Полученные результаты позволяют сказать, что в соответствии с типом личностной структуры строится программа психокоррекционной работы с больными эпилепсией.

Психотерапевтическая работа при эпилепсии должна начинаться уже на ранних этапах развития заболевания и осуществляться, наряду с противосудорожным и седативным медикаментозным лечением, постоянно, имея своей целью по мере возможностей обеспечить стойкий контроль припадков и купировать нарастание психических расстройств. Особое значение психокоррекционные воздействия имеют для больных в инициальном периоде заболевания. Поэтому важно скорри-

гировать их установки, на лечебную перспективу, нацелить на систематическое лечение. Систематические психокоррекционные воздействия в данном случае будут способствовать сохранению и повышению механизмов саморегуляции больного, клинической компенсации и адаптации к требованиям современной жизни.

Лечение непсихотических психических расстройств, когнитивного уровня недостаточно разработано, поэтому эта проблема остается актуальной. Основное место в терапии отводится медикаментозному лечению АЭП. Обоснована врачебная тактика по устранению выявляемых изменений и излагаются методы психокоррекционной работы с больными эпилепсией.

Прогноз течения изменений личности при правильно подобранной адекватной и оптимальной противоэпилептической терапии зависит от получения стойкого контроля над припадками. После прекращения припадков регресс изменений личности, по полученным нами в процессе психологического исследования данным, осуществляется на протяжении 5-6 лет.

Согласно разработанной нами (Громов С.А., 1997, 2015) и проверенной на практике, теории о восстановлении нарушенных в процессе болезни физиологических компенсаторных антиэпилептических механизмов защиты, наступает нормализация нейрональной активности в виде исчезновения пароксизмальной активности на ЭЭГ [11, 24]. В дальнейшем снимается дезинтегрирующее влияние этих нарушений на деятельность мозга. Компенсацию болезненного процесса («разрешение эпилепсии»), можно получить у 30-50% больных со стойким контролем приступов.

Таким образом, изложенное выше свидетельствует о том, что полученные данные пока не позволяют определенно высказываться об этиопатогенезе когнитивных расстройств у больных в начальной стадии эпилепсии. Однако, складывается впечатление, что их возникновение связано с фармакорезистентностью приступов у лиц со стигмами резидуально-органической энцефалопатии перинатального генеза. Остается фактом, что стойкий контроль приступов обеспечивает положительный прогноз.

Литература

1	Авакян Г.Н., Блинов Д.В., Лебедева А.В., Бурд С.Г., Авакян Г.Г. Классификация эпилепсии Международной Противозепилептической Лиги: пересмотр и обновление 2017 года // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. — 2017. — Т. 9. — №.1. — С.6-25	Avakyan G.N., Blinov D.V., Lebedeva A.V., Burd S.G., Avakjan G.G. Classification of epilepsy of the International League Against Epilepsy: Revision and Update of 2017. <i>Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojanija</i> . 2017; 9(1): 6-25. (In Rus.).
2	Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина. — 2000. — 370 с.	Boldyrev A.I. The mental characteristics of patients with epilepsy. — М.: Meditsina. 2000. — 382 p. (In Rus.).
3	Броун Т.Р., Холмс Г.Л. Эпилепсия. — Клиническое руководство. — М.: Бином. — 2006. — 288с.	Broun T., Holms G. Epilepsy. — Klinicheskoe rukovodstvo. — М.: Binom. — 2006. — 288 p. (In Rus.).
4	Вассерман Л.И. Психологическая диагностика типов отношения к болезни у больных эпилепсией // Современные методы исследования и лечения больных эпилепсией: труды НИИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1989. — Т.122 — С. 14-20	Vasserman L.I. Psychological diagnosis of the types of relationship to the disease in patients with epilepsy. <i>Sovremennye metody issledovaniya i lecheniya bol'nyh jepilepsiej: trudy NII im. V.M. Behtereva</i> . 1989; 122:14-20. (In Rus.).
5	Громов С.А., Киссин М.Я., Якунина О.Н., Ерошина Е.С. Эпилепсия, изменения личности, лечение // СПб.: ИИЦ Балтика. — 2006. — 320 с.	Gromov S.A., Kissin M.Ja., Jakunina O.N. Epilepsy, personality changes, treatment. SPb.: ИИЦ Baltika; 2006. (In Rus.).
6	Громов С.А., Липатова Л. В., Незнанов Н. Г. Эпилепсия: Реабилитация больных, лечение — СПб.: «ИИЦ ВМА». — 2008. — 392 с.	Gromov S. A., Lipatova L.V., Neznakov N.G. Epilepsy, patient's rehabilitation, treatment. SPb.: ИИЦ ВМА; 2008. (In Rus.).
7	Громов С.А., Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальные аспекты реабилитации больных эпилепсией. — Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: — 2015. — С. 857-891.	Gromov S.A., Neznakov N.G. Biopsychosocial aspects of rehabilitation of patients with epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb.; 2015:857-891. (In Rus.).
8	Громов С.А., Попов Ю.В., Федотенкова Т.Н. Ремиссии эпилепсии. — СПб.: Издательство СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева. — 1995. — 186 с.	Gromov S.A., Popov Yu.V., Fedotenkova T.N. Remission of epilepsy. SPb.: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva; 1995. (In Rus.).

9	Громов С.А. Ремиссии эпилепсии. Классификация, диагностика, клиника. — Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: — 2015. — С. 839-857.	Gromov S.A. Remission of epilepsy. Classification, diagnosis, clinic. In <i>Jepilepsija</i> . SPb.; 2015:839-857. (In Russ.).
10	Громов С.А., Сивакова Н.А., Корсакова Е.А., Катаева М.Ф. Эпилепсия: классификация ремиссий припадков и болезни, их клинико-психолого-нейрофизиологическое обоснование, вопросы диагностики и фармакотерапии // Обозрение психиатрии и психологии — 2017. — №3. — С. 34-45.	Gromov S.A., Sivakova N.A., Korsakova E.A., Kataeva M.F. Epilepsy: classification of remission of seizures and diseases, their clinical and psychological and neurophysiological studies, diagnostic and pharmacotherapy. <i>Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii</i> im. V.M. Bekhtereva. 2017; 3: 34-45. (In Russ).
11	Громов С.А. Контролируемая эпилепсия: этапы компенсации эпиактивности и вопросы выздоровления // Эпилептология в системе нейронаук. Сборник материалов конференции. Под редакцией: проф. Незнанова Н.Г., проф. Михайлова В.А. — СПб. — 2015. — С. 5-9.	Gromov S.A. Controlled epilepsy: Stages compensation of epiactivity and questions of recovery. <i>Epileptologija v sisteme nejronauk</i> . SPb; 2015:5-9. (In Russ.).
12	Зенков Л.Р. Электроэнцефалография при эпилепсии. — Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: — 2010. — С. 105-123.	Zenkov L.R. Electroencephalography in epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb.; 2010:105-123. (In Russ.).
13	Казаковцев Б. А. Психические расстройства при эпилепсии. М.: 1999. — 419 с.	Kazakovcev B. A. Psychiatric disorders in epilepsy. M.;1999. (In Russ.).
14	Карлов В.А. Патопфизиология эпилепсии. — Эпилепсия. Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: — 2010. — С. 105-123.	Karlov V.A. The pathophysiology of epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb; 2010:105-123. (In Russ.).
15	Карлов В.А. Фармакорезистентность и толерантность. — Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. Руководство для врачей. — М. — 2010. — С.667-676.	Karlov V.A. Drug-resistance and tolerance. <i>Jepilepsija u detej i vzroslyh zhenshhin i muzhchin</i> . <i>Rukovodstvo dlja vrachej</i> . M.; 2010:667-676. (In Russ.).
16	Карлов В.А. Пароксизмальный мозг: клинические и нейрофизиологические аспекты // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. — 2015. — Т.7. — №4 — С.13-15.	Karlov V.A. Paroxysmal brain: clinical and neurophysiological aspects. <i>Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojaniya</i> . 2015; 7(4):13-15. (In Russ.).
17	Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. — М.: Медицина. — 1997. — 282с.	Kryzhanovskii G. N. Determinant structures in the pathology of the nervous system. M.: Medicina; 1997. (In Russ.).
18	Михайлов В.А. Клинико-ЭЭГ корреляция у больных эпилепсией в процессе реабилитации // Реабилитация больных эпилепсией. — СПб.: Издательство СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева. — 1980. — Т.94 — С.42-48.	Mikhailov V.A. Clinical and EEG correlation in patients with epilepsy in the process of rehabilitation. <i>Reabilitacija bol'nyh epilepsy</i> . 1980; 94:42-48. (In Russ.).
19	Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Изменения личности у больных эпилепсией. — Эпилепсия. Под общей ред. НГ Незнанова. СПб. — 2010. — С.463-490.	Neznanov N.G., Kissin M.Ja. Personality changes in patients with epilepsy. In <i>Jepilepsija</i> . SPb; 2010:463-490. (In Russ).
20	Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Изменения личности как проявление транс синдромальной коморбидности у больных эпилепсией // Современная эпилептология. — М. — 2011. — С.385-396.	Neznanov N.G., Kissin M.Ja. Personality changes as a manifestation of trans syndromic comorbidity in patients with epilepsy. <i>Sovremennaja Jepileptologija</i> . 2011:385-396. (In Russ).
21	Новиков А. Е. Эволюция в клинической эпилептологии. — Иваново: ИвГМА. — 2006. — 388с.	Novikov A. E. Evolution in clinical Epileptology. <i>Ivanovo: IvGMA</i> ; 2006. (In Russ).

22	Сивакова Н.А. Коцюбинский А.П., Липатова Л.В. Структура непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в зависимости от наличия или отсутствия фармакорезистентности // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — Т.117. — №.2. — С. 10-14.	Sivakova N.A. Kotsubinskij A.P., Lipatova L.V. Structure of nonpsychotic psychiatric disorders in patients with drug-resistance epilepsy and controlled epilepsy. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2017;117(2):10-14. (In Russ).
23	Якунина О.Н. Интракорреляционные связи некоторых психологических характеристик при эпилепсии // Реабилитация больных эпилепсией: Труды НИИ им. В.М. Бехтерева. — Л. — 1980. — Т.94 — С. 87-91.	Yakunina O.N. Intracorelation of some psychological characteristics in epilepsy. Reabilitacija bol'nyh jepilepsiej: Trudy NII im. V.M. Behtereva. 1980; 94:87-91. (In Russ).
24	Gromov S.A. Classification of epilepsy remission // Epilepsie-BlatterKily — 1997 — Bd.10. — P. 72-73.	Gromov S.A. Classification of epilepsy remission // Epilepsie-BlatterKily. 1997; 10:72-73.
25	Wolf P. Epileptic seizures and syndromes. — London. — 1994. — 678 p.	Wolf P. Epileptic seizures and syndromes. London; 1994.

Сведения об авторах

Громов Сергей Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Липатова Людмила Валентиновна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: l_lipatova@mail.ru

Якунина Ольга Николаевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: olga.n.yakunina@gmail.com

Сивакова Наталия Александровна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: sivakova-natali@rambler.ru