РАЗДЕЛ 8.
НЕВРОЛОГИЯ

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ПАМЯТИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Балунов О.А., Лукина Л.В., Ситник Л.И.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Нарушения памяти является ведущей, а иногда и единственной, жалобой в гериатрической практике. Ведущей причиной расстройств памяти являются органические заболевания головного мозга (сосудистого, нейродегенеративного, дисметаболического, посттравматического, постинфекционного генеза).

Однако, субъективно воспринимаемое больными, а также их родственниками, ослабление памяти не всегда бывает вызвано структурными нарушениями головного мозга. Нарушения памяти могут протекать в рамках функциональных расстройств нервной системы, одной из форм которых является диссоциативная амнезия. Основным признаком данного заболевания является грубое «расстройство памяти», связанное с психотравмирующими событиями и проблемами, не приводящее к нарушению социального функционирования пациента.

Приводим клиническое наблюдение. Больная Б., 75 лет, наблюдается неврологами НИПНИ им. В.М. Бехтерева в течении последних 5 лет, регулярно проходит стационарное лечение. Жалобы при поступлении на снижение памяти, преимущественно на текущие события (забывает принимать пищу, медикаменты, убирать квартиру), затрудняющее повседнедневную деятельность, в результате чего пациентка не может обходиться без посторонней помощи.

Анамнез заболевания: в 1996 году перенесла инсульт с эпизодом нарушения речи и последующим полным восстановлением. Около 2х лет назад на фоне психотравмирующей ситуации (смерть мужа, переезд из Литвы в Санкт-Петербург на постоянное место жительства) внезапно стала забывать недавние события. Осмотрена неврологом и нейрохирургом, поставлен диагноз «Болезнь Альцгеймера», назначен Акатинол-мемантин по 10 мг 2 раза в сутки, который больная принимала без отчетливого положительного эффекта.

Объективные данные: состояние удовлетворительное. Сон и аппетит не нарушены. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/70 мм.рт.ст.

Ps 70 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Систолический шум в проекции правой общей сонной артерии. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, всесторонне ориентирована верно, на момент осмотра продуктивной симптоматики нет. Фон настроения снижен, эмоционально лабильна. ЧМН: запахи различает, глазные щели D=S. При ориентировочной проверке поля зрения в норме. Фотореакция зрачков снижена D=S. Движение глазных яблок в полном объеме. Легкая девиация языка вправо. Мышечная сила полная. Парезов нет. Глубокие рефлексы средней живости, D≥S. Поверхностная и глубокая чувствительность не изменены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга легкое пошатывание.

Лабораторная диагностика: без особенностей. МРТ головного мозга от 09.2013: единичные лакунарные очаги, смешанная гидроцефалия заместительного характера. Дуплексное сканирование БЦА: признаки атеросклероза церебральных артерий, стенозирование ВСА (справа до 60%, слева до 42%).

Осмотрена нейропсихологом: при нейропсихологическом обследовании очаговой симптоматики не обнаружено. Больная адекватна, критична. Нарушения памяти (по-видимому) связаны с эмоционально-травмирующей ситуацией.

Заключение медицинского психолога: грубых мнестико-интеллектуальных и локально-органических нарушений высших психических функций в исследовании не обнаружено. Предъявляемые жалобы на снижение памяти, вероятно, носят функциональный характер. Когнитивные процессы негрубо ослаблены в рамках возрастных изменений. Ведущими являются признаки психофизической декомпенсации на фоне актуальной психотравмирующей ситуации (одиночество, социальная изоляция в связи с переменой места жительства и отсутствие возможности воссоединения с дочерьми, проживающих в другой стране). В структуре личности ведущими являются истерические черты характера со склонностью к аффективным колебаниям настроения, тенденцией к аггравации симптоматики.

Для исключения депрессивной симптоматики и когнитивного дефицита пациентка осмотрена психиатром, диагноз: органическое эмоционально-лабильное расстройство у личности с истероидным радикалом.

За период наблюдения морфологических изменений при МРТ, нарастания когнитивного дефицита, снижение способности к самообслуживанию и социальной дезадаптации выявлено не было. Был проведен консилиум, где на основании жалоб, клинической картины заболевания, наблюдением за поведением пациентки, данных экспериментально-психологического и лучевого исследования был установлен диагноз: Осн: Конверсионная амнезия. Соп: Распространенный атеросклероз коронарных, мозговых артерий, аорты, осложненный двусторонним гемодинамически незначимым стенозированием ВСА (справа до 60%, слева до 42%). ГБ IIIст. АГ III риск 3. Органическое заболевание головного мозга смешанной этиологии в виде единичного лакунарного очага базальных ганглиях справа с микроочаговой неврологической симптоматикой.

Пациентка получала Феварин в дозировке 50мг на ночь. Через 2 недели, на фоне приема антидепрессанта и психокоррекционных занятий, состояние больной стабилизировалось, улучшилось настроение, была сформирована реальная перспектива на будущее и принятие сложившейся жизненной неблагоприятной ситуации.

Сложность дифференциальной диагностики конверсионных расстройств памяти возникает при отграничении данной патологии от депрессий и дементирующих заболеваний. Комплексный подход к обследованию пациентов с нарушением памяти с привлечением медицинского психолога, нейропсихолога, психиатра позволяет провести правильную дифференциальную диагностику генеза этих состояний и разработать индивидуальную программу лечения таких больных.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЦЕРЕБРАСТЕНИИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Бенько Л.А., Шадрина И.В.

Челябинск

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

В настоящее время психосоматическое сопровождение органического астенического (эмоци-

онально-лабильного) расстройства резидуального генеза в детском возрасте остается малоизученным. Выделяют два основных варианта церебральной астении: гиперстенический и гипостенический (Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Г.Д., 1999). Вместе с тем известно, что выраженность психовегетативных проявлений, как при гиперстеническом, так и при гипостеническом варианте, влияет как на структуру заболевания, так и на его динамику и на общую эффективность лечения.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинико-психопатологических, психосоматических особенностей органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства резидуального генеза в детском возрасте.

Материалы и методы исследования. В детских отделениях областной клинической специализированной психоневрологической больницы г. Челябинска было проведено комплексное обследование 110 детей (86 мальчиков и 24 девочки) с органическим астеническим расстройством резидуального генеза. Все обследованные были разделены на две группы в зависимости от возраста: первая – от 6 лет до 7 лет, вторая – от 8 лет до 11 лет. Психическое состояние изучалось с клинико-онтогенетических позиций клинико-анамнестическими, клинико-психопатологическими методами и дополнялось обследованием неврологического, нейропсихологического, соматического и вегетативного статусов.

Результаты исследования. Опираясь на психопатологический анализ нарушенного психологического развития детей были выделены два клинико-психопатологических варианта органического астенического расстройства: гиперстенический и гипостенический. К гиперстеническому варианту было отнесено 62 обследованных, из них 17 девочек и 45 мальчиков, к гипостеническому – 48, из них 7 девочек и 41 мальчик.

При гипостеническом варианте преобладали признаки малой активности, повышенной психической и физической истощаемости со склонностью к сниженному настроению. В дошкольном возрасте, несмотря на относительную компенсацию невропатической симптоматики, черты тормозимости достаточно отчетливо просматривались в кризисных возрастных периодах, при резидуально-органической церебральной декомпенсации, которые проявлялась не только психопатизацией, но и соматизацией расстройств. У детей с гиперстеническим вариантом на первый план в структуре дизонтогенеза выступали расстройства преимущественно возбудимого радикала с выраженной расторможенностью, недостаточностью активного внимания, неустойчивостью поведения и настроения.

По совокупности отдельных нейропсихологических симптомов были выделены основные нейропсихологические синдромы: функциональная недостаточность лобных долей, функциональная дефицитарность стволовых отделов, функциональная недостаточность зоны ТРО, функциональная недостаточность левой височной области. Результаты показали широкую распространённость функциональной недостаточности лобных долей при гиперстеническом варианте (59,7%). При нейропсихологическом обследовании таких детей в большинстве случаев выявлялось ослабление функции контроля и программирования собственной психической деятельности, преобладание нарушений динамического праксиса, свидетельствующие о первоначальной дисфункции префронтальных и премоторных отделов конвекситальной коры лобных долей, преимущественно левого полушария. При нейропсихологическом обследовании детей с гипостенической симптоматикой, у которых астенический радикал был более выражен и выходил на первый план в виде повышенной истощаемости, утомляемости, пассивности поведенческих реакций с преимущественными проблемами интеллектуального характера, в большинстве случаев (64,7%) была выявлена дефицитарность стволовых образований, диэнцефальных структур головного мозга.

На основании количественных характеристик вегетативных показателей, а также анализа клинико-анамнестических данных были выделены следующие типы психосоматических отношений. Критериями их оценки были: клинические проявления вегетативной дистонии; наличие в анамнезе психогенных нарушений, вторичных иммуно-дефицитных состояний; наличие психосоматического расстройства в статусе или в анамнезе; наличие в вегетативном статусе выраженной межсистемной рассогласованности и/или патологических форм вегетативного реагирования (сниженное, повышенное, извращённое). С учётом этих критериев выделены следующие психосоматические типы и их диагностические критерии.

1. «Соматопатический» тип, при котором прослеживается чёткая связь с соматизацией органического астенического расстройства и наличием не менее 3-х из приведённых выше критериев.

2. «Соматолатентный» тип, для которого характерно наличие 2х критериев.

3. «Соматоустойчивый» тип, при котором присутствует 1 или отсутствуют все названные критерии.

Выводы. Выделенные психосоматические типы позволяют использовать дифференцированный патогенетический подход к лечению психовегетативных расстройств при органическом астеническом расстройстве резидуального генеза у детей. Эффективность реабилитационных, абилитационных мероприятий находится в прямой зависимости от степени дифференциации клинико-психопатологических вариантов и психосоматических типов при церебральной астении резидуального генеза.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДРОЖАТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Богачева В.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А.

Санкт-Петербург
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) в структуре которой присутствует дрожательный гиперкинез встречается от 40 до 70% случаев и приводит к выраженным двигательным нарушениям, значительному снижению качества жизни (КЖ) и инвалидизирует пациентов. Частым нервно-психических нарушений при БП является тревога. За последнее время был опубликован ряд работ, посвященных изучению факторов воздействующих на качество жизни при БП, однако остается неизученной степень влияния тремора на качество жизни пациентов с учетом его разновидностей и выраженности. В доступной литературе мы также не обнаружили данных о влиянии дрожательного гиперкинеза на социальную адаптацию пациентов.

Цель исследования. Исследовать качество жизни, степень инвалидизации, социальной дезадаптации и уровня тревожности пациентов с тремором при болезни Паркинсона.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с дрожательной формой БП в возрасте 63±2 года с длительностью заболевания 12±6 месяцев, частотой тремора 3-6Гц. Пациенты были разделены на 2 группы: 1) дрожательный гиперкинез проявлялся только тремором покоя – 25 человек; 2) пациенты, в клинической картине которых присутствовало сочетание постурального тремора с тремором покоя той же частоты – 25 человек. Характеристики тремора определялись с помощью треморографии. Для оценки качества жизни применялся PDQ-39, с помощью которого исследовались различные аспекты качества жизни: мобильность, эмоциональность, стигматизация, социальные проблемы, когнитивная сфера, коммуникабельность и соматическая боль. Уровень инвалидизации оценивался с помощью опросника инвалидизации, связанной с тремором (Wendetal.,2000). Для оценки степени социальной дезадаптации применялся опросник социальной дезадаптации, связанной с тремором (Bain et al., 1993; Lyons, Pahwa, 2005). Оценка тревожности проводилась по опроснику самооценки Спилбергера.

Результаты. Общий уровень КЖ 1-й группы составил 21,85±5,2, у 2-й – 44,65±2,87. Значимая разница показателей КЖ при треморе покоя и сочетании тремора покоя и постурального тремора отмечены в сферах эмоциональности (при треморе покоя – 25,32±4,6, при сочетании – треморов – 39,61±7,1) сфере стигматизации (1-я группа – 15,12±3,21, 2-я – 68,77±4,34); в сфере коммуникабельности (в 1-й группе – 22,71±3,62, во 2-й – 50,87±4,2); в сфере соматической боли (в 1-й группе – 19,57±4,31, во 2-й – 62,36±6,5). Не смотря на отсутствие значимых различий показателей КЖ в сферах «мобильность» (55,72±7,74), «социальные проблемы» (9,81±2,11) и «когнитивная сфера» (50,41±7,32), при оценке инвалидизации 1-й группы она оказалась меньше (10±3), чем при сочетании тремора покоя и постурального тремора (29±4). При оценке социальной дезадаптации в 2-х группах тремор «не смущал» в 38%, «тремор смущал» в 3%, «тремор сопровождался физическими проблемами» в 23% и «тремор смущал и сопровождался физическими проблемами» в 36%. Уровень реактивной тревожности соста-

вил 28,3±3,4 в 1-й группе и 37,8±5,3 во 2-й группе. Уровень личностной тревожности составил 48,1±4,2 в 1-й группе и 51,4±4,1 во 2-й группе.

Выводы. Ухудшение показателей КЖ и большая инвалидизация наблюдается у пациентов с сочетанием тремора покоя и постурального тремора. Уровень тревожности также больше во 2-й группе с превалированием личностной тревожности над реактивной в обеих группах. Наличие дрожательного гиперкинез в значительной степени вызывает социальную дезадаптацию пациентов.

РОЛЬ СТРЕССОВ В РАЗВИТИИ ДОРСАЛГИЙ

Бояршинова И.В.

Омск
КДЦ «Ультрамед»,
БУЗОО ККД

Дорсалгиями считаются боли в спине «вообще» и в частности любые болевые симптомы, связанные с позвоночником. По данным современной медицины, от 50% до 90% людей испытывали боли в спине хотя бы раз в жизни. В последние десятилетия дорсалгия ощутимо «помолодела». Распространенность данного симптома выводит проблему дорсалгий далеко за рамки таких узких специальностей как неврология, ортопедия и ревматология. Правильнее будет сказать, что дорсалгии являются общемедицинской проблемой.

Возникновение дорсаго и дорсалгии может быть спровоцировано различными факторами, обусловленными неправильным образом жизни современного человека. Среди них я подробнее рассмотрю значение нервного стресса.

На протяжении двух месяцев в амбулаторных условиях как невролог-психосоматолог я наблюдала 20 пациентов в возрасте от 24 до 37 лет с жалобами на боли в спине. Среди них было 7 мужчин и 13 женщин, из которых 16 за помощью обратились впервые. Но ранее у десяти из них был диагносцирован межпозвонковый остеохондроз, у трех (на МРТ) – протрузии дисков минимальных размеров (2-3 мм) в сегментах С5-С6, С7-С8 и L4-L5, у четырех – нарушение осанки, три пациента имеют астеническое телосложение, один – избыточный вес, четыре человека раньше занимались профессионально спортом, испытывая значительные нагрузки на позвоночник (борьба, тяжелая атлетика, спортивная гимнастика, волейбол), семь человек ведут малоподвижный образ жизни (сидячая работа за компьютером, водитель), в социальном статусе: три человека работают руководителями среднего звена, четверо – частные предприниматели, у двух – разъездная работа, один – безработный, еще один – в состоянии развода, три женщины находятся в декретном отпуске по уходу за ребенком. Несмотря на то, что преходящая боль в спине раньше беспокоила 15 человек (проявлялась скованностью в области шеи, плечевого пояса, дискомфортом в пояснице, напряжением в межлопаточной области), 11 из них игнорировали эту проблему, а вот поводом для обращения всех 20 пациентов к неврологу явилось состояние «нестерпимой боли в спине», возникшее на фоне острого стресса.

Интересно отметить, что сильные эмоциональные переживания у всех пациентов были вытеснены болевыми ощущениями в спине, и только при подробной беседе они вспоминали об этом, удивляясь своей «непонятной» забывчивости.

Детальный сбор психического анамнеза обнаружил следующую закономерность: на протяжении последних 2-3 месяцев (в среднем) все пациенты пребывали в условиях постоянного психологического дискомфорта, эмоционального напряжения. У 13 – были проблемы на работе, у 5 – в семье, у 3 – сочетанные (семья и работа), 18 человек старались подстроиться под ситуацию, особенно на работе, подавляли свои эмоции, сдерживали себя, мысленно искали оправдания своим близким, коллегам, начальникам, «внутри себя, в голове» прокручивали диалоги с обидчиками, кто-то ждал работу или проходил «испытательный срок». Все три женщины находящиеся в декретном отпуске по уходу за ребенком сообщали о «чувстве социальной изоляции и отсутствии поддержки близких», безрезультатных попытках обратить на себя внимание супругов. У трех мужчин-предпринимателей восточной национальности были проблемы с бизнесом (проверки, судебная тяжба, работа без выходных на протяжении длительного периода). Но внутри все люди надеялись на «изменение ситуации к лучшему» и ждали.

Параллельно у пациентов возникали и нарастали невротические проявления: тревога, внутреннее напряжение, расстройства сна, повышенная утомляемость, неустойчивость настроения, вегетативная лабильность. А вот боль в спине на протяжении текущего хронического стресса рьяно о себе не заявляла, только «иногда побаливало».

Пусковым моментом «дорсаго» у 19 пациентов явился острый стресс, наслоившийся на хронический, либо как неблагоприятная развязка текущего стресса: человеку отказывают в работе после испытательного срока, суд выносит отрицательный вердикт, муж сообщает о разводе, специалиста переводят без предупреждения в другой отдел и т.д.). Все пациенты оказались в ситуации блокирования своих сильных, отрицательных эмоций – «челюсти сжались, в горле пересохло, спину всю свело, ничего крикнуть не могла, даже слеза остановилась». А спустя несколько часов «вступило в спину, зажало шею, заболела рука»(мышечный блок по В.Райху).

При неврологическом осмотре у 17 пациентов не выявлено болезненности при пальпации позвоночника, зато отмечалось общее напряжение и разлитая болезненность мышц спины, плечевого пояса, в межлопаточной области, в зоне надплечий, перикраниальных мышцах.

Уровень тревоги по Гамильтону (шкала HARS) выявил у обследуемых следующие показатели: у 1- «низкий уровень тревожности», у 11 – «симптомы тревоги», у 8- «тревожное состояние».

Психологическое тестирование личности по Леонгарду определило у 15 пациентов следующие типы акцентуаций характера: тревожный-3, аффективно-застойный -2, аффективно-лабильный -3, дистимический -1, педантичный – 2, смешанныйй-4.

Т.е. более чем 80% пациентов оказались в дезадаптирующих психику ситуациях, с усугублением на фоне характерологических заострений.

Таким образом основным механизмом острой дорсалгии на фоне стресса можно считать подавление эмоций, приводящее к тоническому спазму мышц как пусковому звену ишемии, отека, электролитных и биохимических сдвигов, приводящих к спазму сосудов, раздражению нервных волокон, возникновению и усилению боли. А наличие длительного фонового стресса снижает контроль за болью на всех уровнях обработки болевых импульсов за счет сбоя антиноцицептивной системы (снижается уровень медиаторов – опиатоподобных нейропептидов и биогенных аминов), снижается болевой порог, и и уже даже слабые сигналы от напряженных мышц воспринимаются неадекватно болевыми, появляются гиперактивные нейроны, приводящие в последующем к хронизации боли.

В этой связи целесообразно практиковать мультидисциплинарный, психосоматический подход к оценке характера дорсопатий и дорсалгий, акцентировать внимание на профилактике, популяризации здорового образа жизни, повышения стрессоустойчивости населения, в случае выявления пограничной психической патологии – сочетание психотропной медикаментозной коррекции с психотерапией, в. т.ч. телесно-ориентированной.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Буркин М.М., Хяникяйнен И.В.

Петрозаводск
Петрозаводский государственный университет

Введение. Традиционная естественно-научная парадигма медицины активно дополняется сегодня психосоциальной составляющей. Хроническая ишемия мозга (ХИМ, в соответствии с МКБ–10; дисциркуляторная энцефалопатия) – сосудистая церебральная патология, обусловленная медленно прогрессирующим диффузным нарушением кровоснабжения головного мозга с постепенно нарастающими разнообразными дефектами функционирования. Это обусловлено несоответствием между сниженным уровнем церебральной гемоперфузии (менее 25 мл/мин/100 г веществ мозга) и потребностью мозговой ткани в кислороде, возникающим в период нагрузки организма. Помимо неврологических проявлений, у пациентов с хроническими стадиями сосудистого заболевания головного мозга (СЗГМ), нередко отмечаются тревожно–депрессивные расстройства, вследствие выраженной алекситимии и повышенной напряженности психологических защит; а также расстройства адаптации в силу клинической декомпенсации акцентуаций при психических травмах, адресованных к «слабому звену» данного типа характера; и соматоформная вегетативная дисфункция на органически неполноценном («сосудистом») фоне. Имеющиеся психические нарушения, замыкая «порочный круг», в свою очередь, ухудшают течение ХИМ, утяжеляют прогноз и ухудшают исход реабилитации. Причем это происходит независимо от того, обнаруживал ли больной психопатологи-

ческие расстройствами до развития СЗГМ или они развились вторично как реакция личности на соматическое заболевание. Тем более, что у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями зачастую отсутствуют четко проработанные каналы утилизации негативных эмоциональных переживаний, и это всегда приводит к соматизации (выражение отрицательных эмоций через телесные симптомы). В ряду основных жалоб пациентов с ХИМ звучат высказывания по поводу бытовых проблем, отчуждения от личных интересов и активного досуга, напряженных отношений с ближайшим семейным окружением, прекращения дружественных контактов. «Церебральные» жалобы, нарушение познавательных процессов, психическая и физическая атония, склонность к субдепрессии провоцируют трудности общения, поверхностность контактов с семьей, потерю социально- и профессионально-направленных интересов, бытовую неустроенность. Все это требует не только коррекции этиологического фактора ХИМ (церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия и проч.) и улучшения церебральной гемоперфузии (вазоактивные препараты), но и глубокого изучения социально- нейропсихологических показателей СЗГМ как мультифакториального заболевания для последующей психотерапии негативных эмоциональных переживаний.

Целью настоящего исследования явилось создание алгоритма терапии лиц с ХИМ силами полипрофессиональной бригады специалистов.

Методы и материалы. При плановых профилактических осмотрах лиц организованных коллективов г. Петрозаводска (n=894) у 208 пациентов после проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга по сосудистой программе, ультразвукового (триплексное сканирование брахиоцефальных артерий – ТС БЦА) и клинико-психопатологического обследования, в соответствии с МКБ-10, была диагностирована ХИМ. При этом учитывали: общемозговые «церебральные» жалобы; легкие когнитивные расстройства; наличие очаговой рассеянной неврологической симптоматики, что подтверждали патогномоничными признаками при проведении нейровизуализации (сосудистые очаги, лейкоареозис на МРТ). При нейропсихологическом исследовании были использованы следующие методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала психопатологических проявлений (SCL-90); самооценка тревожности, ригидности и экстравертности по Д. Моудсли; выявление смысла жизненных ориентаций (СЖО); определение уровня субъективного контроля личности (УСК); копинг-тест Р. Лазаруса – «Стратегии совладающего поведения» (WCQ); методика «Уровень социальной фрустрированности» Л.И. Вассермана; шкала качества жизни (SF-36); многофакторный опросник личности; шкала отношения к болезни; краткий ориентировочный тест (КОТ). Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 6.0 ($M \pm \sigma$, $p<0,05$).

Результаты. Нами разработан и внедрен в амбулаторную практику ведомственной поликлиники алгоритм медико-психолого-психотерапевтической коррекции пациентов с ХИМ. На ранних стадиях СЗГМ больные обычно обращаются к врачам общего профиля с общемозговыми, а к психоневрологам – с церебрастеническими жалобами. Задачей первого этапа реабилитации было выявление лиц с ХИМ (оппортунистический скрининг среди декретированных лиц, проходящих плановую диспансеризацию). Врач общей практики собирал анамнез, осуществлял клинический осмотр и интерпретацию результатов лабораторных исследований (коагулограмма, липидный спектр, биохимические маркеры ХИМ (например, гомоцистеин, средний корпускулярный объем эритроцитов, интерлейкин–6, количественное определение С–реактивного белка) и электрокардиограммы. Всем пациентам проводилось анкетирование. Использовалась разработанная нами «Анкета по выявлению факторов риска доинсультных заболеваний», включавшая «Шкалу балльной оценки наличия доинсультного заболевания». Полученные результаты были обработаны с помощью компьютерной экспертной системы, которая позволяет не только своевременно выявить ХИМ (с учетом причины ее развития), но и предложить дифференцированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий с оценкой их эффективности. Второй этап реабилитации представлял собой работу с группой пациентов, у которых компьютерная экспертная система выявила ХИМ. На данном этапе пациенты направлялись на консультации к специалистам поликлиники. Обследование включало: неврологический осмотр, электроэнцефалографию, ТС БЦА, МРТ головного мозга по сосудистой программе с интерпретацией результатов (невролог); нейропсихологическое тестирование и его трактов-

ку (медицинский психолог, психотерапевт поликлиники); осмотр глазного дна (окулист). В задачи третьего этапа входили: медикаментозная коррекция этиологических факторов ХИМ (терапевт); проведение нейромедиаторной, дезагрегантной, вазоактивной, антигипоксантной, нейропротекторной терапии ХИМ по стандартным методикам (невролог). Врач-психотерапевт, опираясь на результаты нейропсихологического тестирования и при наличии у пациентов с ХИМ психопатологических проявлений, помимо фармакотерапии негативных эмоциональных нарушений и когнитивной дисфункции (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики в малых дозах, нейротрансмиттеры), проводил психотерапевтические интервенции интегративного направления (в рамках индивидуальных лечебных программ). Так, в реабилитации лиц с ХИМ поэтапно использовались: позитивная психотерапия по Пезешкиану, когнитивная терапия Бека, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Карвасарскому – Исуриной – Ташлыкову, поведенческая психотерапия. Кроме того, применяли «по требованию», с учетом клинических запросов пациента, вспомогательные методы: прогрессирующую мышечную релаксацию по Джейкобсону, императивное внушение наяву в состоянии сильного эмоционального напряжения по Шкловскому, клиент-центрированную психотерапию по Роджерсу, гештальт-терапию, кризисную психотерапию, телесно-ориентированную психотерапию. Также в реабилитации лиц с ХИМ использовали физиотерапию. Так, для коррекции психо-вегетативных изменений пациенты посещали сенсорную комнату (n=10), психофармакологическое и психотерапевтическое воздействие подкрепляли назначением Spa-капсулы по релаксирующей методике (n=10), вазоактивную терапию – эндоназальным электрофорезом кортексина (n=10). Комбинированная терапия обеспечила стабилизацию клинической картины ХИМ и улучшение состояния здоровья у всех пациентов.

Заключение. Медикаментозная коррекция факторов риска и психотерапевтические интервенции по поводу негативных эмоциональных переживаний у лиц с ХИМ позволяют повысить эффективность проводимого лечения, способствуют улучшению качества жизни пациентов и сокращению экономических потерь от последствий прогрессирования заболевания, а также направлены на дестигматизацию данной категории больных.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В.

Санкт-Петербург
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

В последние десятилетия наметилась отчетливая тенденция к «постарению» населения большинства развитых стран, в связи с этим проблема возникновения эпилепсии у взрослых и пожилых людей приобретает особое значение (Вассерман Л.И. с соавт., 2001; Гехт А.Б, Меликян Э.Г., 2004; Гордеев В.И., Александрович Ю.С., 2001; Незнанов Н.Г., Громов С.А., Михайлов В.А., 2005; LeppikI.E., Birnbaum A., 2002; Kramer G., 2003;)

Особое место в течение эпилептического процесса у больных эпилепсией пожилого возраста (ЭПВ), занимают эмоционально-аффективные расстройства, как проявление непсихотического психического компонента болезни, тесно связанного с самим заболеванием и оказывающим влияние на все сферы качества жизни пациентов в ходе реабилитации(Карлов В.А.с авт.2007; Незнанов Н.Г., Громов С.А., Михайлов В.А., 2005; Киссин М.Я., Бондаренко И.И.,2007, Калинин В.В., Железнова Е.В., Kanner A.M. et alt. 2001, 2005, 2012).

Эпилептические приступы и связанные с ними нарушения эмоционально-аффективной сферы (депрессии, тревожные расстройства, дисфории, сумеречные расстройства, психозы, деменции, изменения личности), возникшие, в том числе, после перенесённого инсульта у больных эпилепсией пожилого возраста, оказывают значительное влияние на модель поведения пациентов в повседневной жизни, эффективность реабилитации и качество жизни [Киссин М.Я.2000; Калинин В.В., Железнова Е.В.2005;]. Исследование 15 928 больных эпилепсией (Киссин М.Я., 2007), находившихся на лечении в Санкт-Петербургском городском эпилептологическом центре (ГЭЦ), выявило у 6 812 пациентов(43%) следующие психические нарушения: изменения личности (45%), аффективные (18,9%) и тревожные (17,2%) расстройства, эпилептические деменции

(16%), эпилептические психозы (1%), сумеречные помрачения сознания (2%).

Нами, на материалах СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева и ГЭЦ СПб было проведено катамнестическое исследование ЭПВ за период с 2009 по 2013 год. Анализ медицинской документации 7290 больных эпилепсией позволил выявить 1283 пациента с ЭПВ (старше 60 лет). В структуре коморбидной психопатологической симптоматики в 98,13% случаев наблюдались различные эмоционально-аффективные расстройства. В течение 2013-14 года было проведено обследование больных с ЭПВ, проходивших лечение в условиях отделения реабилитации больных с психосоматическими расстройствами НИПНИ им. В. М. Бехтерева.

Цель исследования: изучить структуру непсихотических психических расстройств (НПР) у пациентов пожилого возраста, перенесших инсульт, и у больных симптоматической постинсультной эпилепсией; оценить влияние НПР на качество жизни (КЖ) исследованных больных.

Методы и материалы: исследованы две группы больных (45 человек), которые в течение последних 3 лет перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в различных артериальных бассейнах головного мозга. В первой группе больных (30 человек: 17 мужчин, 13 женщин) ОНМК осложнилось развитием симптоматической постинсультной, локально обусловленной эпилепсией. Во 2-ой группе пациентов (15 человек: 5 мужчин,10 женщин) пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-ой группы составил 63,00 года(60,0-65,0 лет), 2-ой группы-62,5 года (61,5-65,0 лет).

Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, нейровизуализационное, нейрофизиологическое обследование. Психологическое тестирование осуществлялось с использованием опросников КЖSF-36, QOLIE-31, скрининга степени дискомфорта (опросник выраженности симптоматической психопатологии SCL-90-R (Derogatiset. al., 1974)), оценки депрессивных и тревожных расстройств с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, A.T. Beck, 1961], шкалы тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976).

Результаты: ведущее место в структуре непсихотических психических нарушений (НПР) у исследованных нами больных эпилепсией пожилого возраста занимало депрессивное расстройство в связи с эпилепсией [F06.362] – (68,94%). Распределение других НПР было следующим: эмоционально-лабильное расстройство с тревожным синдромом, F06.62 (21,97%), лёгкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией F06.72 (4,54%), психотические депрессивные расстройства F06.322 (4,54%).

В первой группе больных достоверно чаще встречались аффективные расстройства депрессивного регистра (1 гр.- 78,9% 2 гр.- 33,3%), во второй тревожного регистра (1 гр.- 21,1% и 2 гр.-66,7%,) соответственно. Среднее значение депрессии в сравниваемых группах по шкале BDI составило 41,27±8,15 и 36,2±3,11 баллов, по шкале HRDS – 25,09 ±4,49 и 15,4±3,12 ($p \leq 0,01$). Статистически значимых межгрупповых различий при исследовании тревоги по шкалам Спилбергера-Ханина, STAI у обследованных выявлено не было. Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 76,0 баллов – в первой группе и 131,0 – во второй ($p<0,001$). Значимые отличия с существенно более низкими оценками КЖ у больных первой группы были получены по таким субсферам, как когнитивное функционирование: 10,73 и 17,70 баллов ($p<0,001$), боязнь приступов: 30,53 и 80,00 баллов ($p<0,001$), боязнь антиэпилептических препаратов: 1,33 и 3,00 ($p<0,001$), соответственно.

При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов, GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,9 баллов в 1-ой группе, и 1,79- во второй. Наибольшие различия отмечались в оценках по шкалам фобии и тревожности. Используя корреляционную матрицу шкалы SCL-90-R и метод уравнения ступенчатой множественной регрессии(коэффициент корреляций Кендалла), мы выявили наличие у больных 1-ой группы обратной корреляционной связи между показателями межличностной сензитивности (Interpersonal Sensitivity (INT)) и депрессии (-0,452, $p=0,049$), что коррелирует с общим индексом тяжести психопатологической симптоматики(1,626, $p<0,001$) и депрессии (0,407, $p=0,011$). В первой группе больных установлена выраженная корреляционная за-

висимость между индексом влияния депрессии и тревожности на проявление других психопатологических факторов (до, 819**) и общий индекс тяжести симптомов(GSI). Во 2-ой группе выявлены слабые корреляционные связи между тревожностью и общим индексом тяжести симптомов (GSI) психопатологической симптоматики (до, 828*), которые значимо не влияют на другие факторы психопатологической симптоматики.

Заключение:

- Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ЭПВ статистически значимо снижено общее КЖ в сравнении с группой пациентов пожилого возраста, перенесших инсульт и не имеющих эпилептических припадков.

- Особенно низкие показатели отмечены в сферах КЖ, касающихся психического компонента здоровья и когнитивного функционирования пациентов.

- Общий суммарный показатель КЖ находится в прямой корреляционной связи с величинами субсфер «Боязнь приступов», «Влияние АЭП», «Социального функционирования», а также выявлена прямая взаимосвязь между сферами «Эмоциональное благополучие» и «Энергичность / усталость».

- Клиническое проявление психопатологической симптоматики у больных эпилепсией пожилого возраста находится в корреляционной связи с показателями субсфер КЖ (по результатам оценки данных QOLIE-31 и SCL-90-R, методом определения коэффициента ранговой корреляции Кендалла).

- При депрессивных нарушениях, у пациентов с ЭПВ обнаружена корреляция с общим качеством жизни, эмоциональным благополучием и социальным функционированием, а при тревожных расстройствах только с эмоциональным благополучием.

- Таким образом, депрессивные расстройства, в ядре патогенеза эпилепсии пожилого возраста занимают значимое место в изменении качества жизни (КЖ) и требуют дополнительных реабилитационных мероприятий и дальнейшего изучения её патогенеза в неразрывной связи с эпилепсией.

ПРИМЕНЕНИЕ МР ВОКСЕЛЬНОЙ МОРФОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ежова Р.В., Ананьева Н.И., Вассерман Л.И., Чуйкова А.В., Давлетханова М.А., Гальсман И.Е.

Санкт-Петербург
ФГБУ НИПНИ им. Бехтерева

До настоящего времени многие вопросы морфометрии и вариантов строения различных отделов головного мозга остаются до конца невыясненными. Это касается, в том числе, и лимбической системы, в первую очередь, медиобазальных отделов височных долей.

В связи с этим **целью нашей работы** явилось изучение структуры гиппокампа, в том числе различных вариантов его строения, у здоровых добровольцев и пациентов с височнодолевой эпилепсией.

Материалы и методы. Обследован 101 здоровый доброволец в возрасте от 17 до 50 лет без неврологической и психопатологической симптоматики. Во вторую группу вошли 65 пациентов с эпилепсией, у которых характер припадков и изменения на ЭЭГ указывали на заинтересованность височной доли.

Всем пациентам проводилась МРТ головного мозга по стандартному протоколу, дополненному прицельным исследованием медиобазальных отделов височных долей в косой корональной и аксиальной проекциях FLAIR и REAL IR ИП. Кроме того, выполнялась 3D MP-RAGE ИП с последующей воксельной морфометрией в программе постобработки Free Surfer.

Варианты строения гиппокампа оценивались по критериям, предложенным Bernasconi N., 2005.

Результаты. Объем правого гиппокампа составил у здоровых добровольцев 4297,08±413,363 мм3, у пациентов с височной эпилепсией 4088,91±589,217 мм3, объем левого гиппокампа составил у здоровых добровольцев 4403,29±191,390 мм3, у пациентов с височной эпилепсией 4151,75±598,406 мм3. При этом при височной эпилепсии варианты строения гиппокампа выявлялись в 47,7% (31 пациент), а в группе здоровых добровольцев – у 43,5% обследованных (44 человека).

При классическом строении объем гиппокампов у здоровых добровольцев оказался больше, чем у больных эпилепсией (достоверность различия между группами справа p=0,002, слева=0.011).

Кроме того, у 13,8% этих больных (9) выявлялись типичные признаки склероза гиппокампа.

В возрастной группе от 18-50 лет значимой корреляции объемов гиппокампов с возрастом не было выявлено ни у здоровых добровольцев, ни у больных эпилепсией.

Имеются достоверные гендерные различия объемов гиппокампа у здоровых добровольцев (p<0,01).

Выводы. Таким образом, объем гиппокампов меньше у пациентов с височной эпилепсией, чем у здоровых добровольцев.

Различные варианты строения гиппокампальной формации встречаются с одинаковой частотой и у здоровых добровольцев и у больных височной эпилепсией, т.е., вероятно, морфологические варианты строения медиобазальных отделов височных долей не являются непосредственным этиологическим фактором эпилепсии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Бабенкова Л.В.

Казань
РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Эпилепсия – это хроническое заболевание, в клинической картине которого, могут встречаться различные психические нарушения: от транзиторных до хронически протекающих психотических расстройств, аффективные нарушения, расстройства поведения, изменения личности и характера и т.д. Международная классификация болезней 10 пересмотра разграничивает функции специалистов. Так, врач-психиатр осуществляет курацию больных с эпилепсией только при наличии психической патологии. Многообразие клинической картины эпилепсии, подразумевает непосредственное участие в диагностике, лечении и реабилитации, как врачей-неврологов, электрофизиологов, так врачей-психиатров и медицинских психологов.

В целях совершенствования психиатрической помощи больным эпилепсией в 1998 году на базе амбулаторно-поликлинического отделения нашей больницы организован кабинет психиатрической помощи больным эпилепсией. Врачи этой службы имеют сертификат врача-психиатра и подготовку на кафедре психиатрии НИПНИ им. В.М.Бехтерева (Санкт-Петербург) по актуальным вопросам эпилептологии в психиатрической практике. Вся работа кабинета построена в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

Основными задачами кабинета, является оказание квалифицированной консультативно-диагностической помощи с применением эффективных медицинских технологий, комплексного обследования, динамического наблюдения, применения мероприятий медико-социальной реабилитации. Наряду с этим, специалистами кабинета проводится организационно-методическая и экспертная работа по решению вопроса годности к тем или иным видам профессиональной деятельности.

Пациентам, направленным врачами-психиатрами, неврологами в кабинет в обязательном порядке проводится ЭЭГ. Общая оценка её дополняется изучением характеристик основного ритма, определением наличия и степени выраженности пароксизмальных изменений, уровнем их прогресса или регресса в динамике. Исследуется неврологический, соматический статус. Эхо-энцефаорграфия – для исключения патологического очага. С 2013г. начато проведение суточного Холтер-ЭЭГ обследования для определения очага, его локализации, характера эпилептических паттернов и их временной динамики. Пациенту предлагается кратковременная госпитализация в дневной или круглосуточный стационар. По медицинским показаниям, назначается ультразвуковая транскраниальная доплерография (УЗТДГ) сосудов головного мозга и шеи, а также КТ и МРТ головного мозга. Проводится консультация окулиста с применением щелевой лампы.

В обязательном порядке проводится медико-психологическое тестирование для определения степени личностных, поведенческих, а также интеллектуально-мнестических изменений (психометрические методики определения IQ, тесты Равена, Векслера, нейродинамические методики на внимание, память, стандартизованные многофакторные опросники личности СМОЛ, MMPI и т.д.)

При лечении эпилепсии с психическими расстройствами наряду с основными принципами лечения, рекомендуемыми международной противоэпилептической лигой и ведущими Российскими эпилептологами, врачи-психиатры купируют и психические нарушения.

Для лечения имеется возможность использования всего спектра лекарственных противоэпилептических препаратов с учётом «Федеральной» и «Региональной» льготы. Одноко имеются сложности комплайенса с некоторыми больными, имеющими выраженное изменение личности или психотические состояния, когда трудно добиться непрерывной терапии, как основного принципа терапии эпилепсии.

Иногда усложняется преемственность терапии между стационаром и внебольничной службой из-за разного списка пользуемых препаратов, а с приходом на наш рынок широкого круга препаратов – «дженериков», порою по действию во много раз отличающихся от оригинальных препаратов, трудно убедить больного, что их международное непатентованное наименование единое.

Положительным является то, что на базе нашей клиники располагается кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии, и мы имеем постоянную возможность консультировать больных в сложных случаях, особенно, резистентных к терапии, а также для установления истинной фармакорезистентности.

В настоящее время в лаборатории больницы имеется возможность определения уровня содержания противоэпилептических препаратов (ПЭП) в сыворотке крови следующих препаратов – представлено на слайде. Пока мы проводим разовые исследования, но в планах этого года – начать проведение суточного мониторинга для подбора терапии, выбора эффективной оптимально-минимальной дозы ПЭП и предупреждения побочных токсических эффектов в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Немного статистики. По данным государственной статистической отчётности в 2013 году в Республике Татарстан число зарегистрированных у психиатра больных с психической патологией вследствие эпилепсии 4604 человека. Показатель первичной заболеваемости составляет 3,9 на 100 тыс. населения, распространённость – 121,1 на 100 тыс. населения. Инвалидность – 0,6 на 10 тыс. населения, первичный выход на инвалидность составил 0,3.

Сегодня нагрузка на врача-психиатра-эпилептолога в год по нашему учреждению составляет 1400 посещений в год. Всего в кабинет обратилось в 2013 году 1027 пациентов, у 926 или в 90% случаев выявлялись психические расстройства в рамках эпилепсии, в остальных случаях они либо отсутствовали и были направлены к врачу-неврологу, либо за эпилептические пароксизмы были приняты диссоциативные приступы. По нозологии психического расстройства на первом месте – расстройства личности и поведения, на их долю пришлось 72%, деменции составили 13%, аффективные нарушения – 9%, на долю психозов пришлось около 3% больных. Из 926 человек, всего 9% (85 человек) направлены на стационарное лечение. Целью госпитализации являлись психозы, побочные эффектами лечения ПЭП, уточнение частоты приступов для решения медико-социальных вопросов.

В стационаре врач-психиатр-эпилептолог вновь консультировал данных больных. С заключением и рекомендациями больные направлялись после выписки из стационара под наблюдение в диспансерно-поликлинические отделения, где над ними устанавливалось диспансерное наблюдение. Часть больных выражало желание продолжить лечебно-консультативное наблюдение в эпилептологическом кабинете.

Нами исследовалась одна из сторон ремиссии – отсутствие наиболее травматичного психологического фактора – отсутствие приступов. Подчёркиваю, в целом качество жизни пациента не оценивалось. Отсутствие приступов до 6 месяцев – у 27,8% больных, от 6 месяцев до 1 года – 17,2%, от 1 года до 3-х лет – 20,3%, более 3-х лет 21,8%.

Учитывая, что больница является ещё и организационно-методическим центром для врачей-психиатров районов, то врач-психиатр-эпилептолог с консультативной и организационно-методической целью проводит выездную работу в филиалы, подготовлены методические рекомендации и практические памятки для врачей.

Выводы:

- в республике целесообразно создание Республиканского клинико-диагностического эпилептологического центра с участием всех специалистов, осуществляющих диагностику и лечение больных эпилепсией, включая врача-психиатра и медицинского психолога;

- создание единого регистра как специалистов, работающих в области эпилептологии, так регистра пациентов, страдающих эпилепсией;

- применение в работе классификации наблюдения за пациентами, страдающими эпилепсией:

1) начальная стадия болезни – наблюдение врача-невролога;

2) лёгкие изменений личности – наблюдение, как врача-невролога, так и врача-психиатра;

3) выраженные изменения личности и деменция – наблюдение врача-психиатра в диспансерной группе наблюдения (с привлечением консультаций психиатра-эпилептолога).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Киссин М.Я., Шмелева Л.М., Табулина С.Д., Липатова Л.В., Громов С.А., Сивакова Н.А.

Санкт-Петербург
Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. ак. И.П. Павлова, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Непсихотические депрессивные и тревожные расстройства у больных височной эпилепсией занимают первое место среди всех психических нарушений и присутствуют более чем в половине случаев (Мухин К.Ю., 2003; Hasler G., 2009; Mazarati A.M., 2010; Bilgi M.M., 2010; Hayase T., 2011). Клиническая картина этих нарушений полиморфна и представлена совокупностью атипичных, смешанных форм психопатологических расстройств, которые в некоторых случаях могут быть ведущими в клинике эпилепсии, маскируя ее основные симптомы. Несмотря на высокую частоту встречаемости аффективных нарушений при височной эпилепсии, основные механизмы, обуславливающие их возникновение, остаются недостаточно ясными и требуют дальнейшего изучения. Необходимость разработки и усовершенствования диагностики и психофармакотерапии аффективных расстройств, ассоциированных с височной эпилепсией, также предполагает актуальность изучения патогенетических основ этих нарушений, что также подчеркивается многими исследователями (Maier S.F., 2006; Станжевский А.А., 2009).

Современные методы нейровизуализации, позволяющие на высокодифференцированном уровне получить представление о структурных и функциональных особенностях головного мозга приобрели широкое применение в психиатрии как методы, позволяющие изучать патогенетические основы психопатологических феноменов на нейробиологическом и нейрофункциональном уровне. Височная эпилепсия, являясь с одной стороны патогенетически понятным состоянием, а с другой – обладая полиморфностью клинических проявлений, представляет уникальную модель для изучения нейрофункциональных особенностей патопсихологических проявлений, часто встречающихся при этой форме заболевания.

Наличие двунаправленной патогенетической связи аффективных нарушений с эпилептическим процессом является очевидным фактом, подчеркнутым во многих предыдущих исследованиях, однако механизмы этой связи остаются неясными, описанные результаты значительно отличаются, а порой являются противоречивыми (Saxena S., 2001; Mazarati A.M., 2010). В последние годы получила распространение концепция биологических нейронных сетей, с позиции которой также возможно рассмотрение патогенетических механизмов взаимодействия эпилептического процесса и ассоциированных с ним непсихотических аффективных нарушений. Термин «биологическая нейронная сеть» в современном представлении представляет динамическую систему взаимосвязанных между собой нейронных цепей биологических нейронов, сообщающихся посредством химических процессов и объединяющихся в функционально связанные между собой группы, процесс активации которых подчиняется последовательной закономерности. Таким образом, синхронное функциональное взаимодействие и особенности пространственно-временной организации биологических нейронных сетей головного мозга лежат в основе психической деятельности человека, в том числе психопатологических расстройств (Raj A., 2010; Bernhardt B.C., 2011; Morgan V.L., 2012).

В настоящее время описано более 10 биологических нейронных сетей, определяемых посредством анализа нейровизуализационных данных,

их количество и функциональная значимость может варьировать и зависеть от множества различных факторов.

Биологическая нейронная сеть «по умолчанию» Default Mode Network, DMN представляет особый интерес для изучения психопатологии аффекта, в особенности таких его проявлений, как тревога и депрессия. Области, относящиеся к ключевым узлам, входящим в биологическую нейронную сеть «по умолчанию», затрагивают участки вентральной префронтальной медиальной коры, задней поясной извилины, билатеральной нижней париетальной дольки, латеральной височной, дорсальной медиальной префронтальной коры, гиппокампа и парагиппокампальной зоны. (Buckner, et al. 2008). Функционально DMN представляется как сложная система, интегрирующая в себе процессы, ответственные за автобиографический анализ, процессы самоконтроля и самосознания, социального поведения, эпизодически возникающих спонтанных мыслей, воспоминаний, так называемых процессов «внутренней речи», «диалога с самим собой», возникающих, как правило, в ситуациях, когда человек выполняет привычные, автоматизированные действия и не фокусирует внимание на направленной деятельности.

При височной эпилепсии, эпилептический процесс, распространяясь как на темпоральные, так и экстратемпоральные зоны и затрагивая не только область коры головного мозга, но и, как правило, субкортикальные структуры, оказывает непосредственное влияние на нейроны, входящие в анатомически определяемые «ключевые узлы» биологической нейронной сети «по умолчанию». Таким образом, предположение, что эпилептический процесс может оказывать влияние на функциональную активность биологической нейронной сети «по умолчанию» и, тем самым, играть патогенетическую роль в частом возникновении у таких больных аффективных нарушений, кажется правомерным.

Для оценки функциональной деятельности биологических нейронных сетей используется ряд показателей, позволяющих косвенно оценить активность и синхронность работы этой системы. Существует несколько методов, одним из которых, наиболее часто применяемым для анализа данного вида, является метод оценки степени кислородонасыщения клеток крови в данном регионе головного мозга, или blood oxygenation level depended (BOLD). Необходимо отметить, что специфичность данного метода ограничена, так как данный сигнал является высокочувствительным к многим экзогенным факторам, таким как дыхание, температура, движения тела и т.д. Однако степень синхронной его активации или ингибирования в пространственно удаленных регионах головного мозга является признанной характеристикой функциональной работы биологических нейронных сетей.

В результате исследования, проведенного на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева, среди больных височной эпилепсией, у которых в клинической картине наблюдались аффективные нарушения, представленные непсихотическими тревожными и депрессивными расстройствами, были выявлены специфические изменения синхронной функциональной деятельности в структуре биологической нейронной сети «по умолчанию». Исследование проводилось посредством сравнения выявленных особенностей функциональной работы биологической нейронной сети «по умолчанию» среди больных височной эпилепсией с обнаруживаемыми текущими непсихотическими тревожными и депрессивными нарушениями и без них. В результате исследования было выявлено значимое усиление синхронной функциональной связности как в темпоральных, так и в экстратемпоральных отделах коры и субкортикальных отделов головного мозга (инсула, фронтальные отделы коры, область предклинья, парагиппокампальная область). А так же на основании оценки клинических данных была обнаружена связь этих изменений с выраженностью симптомов тревоги, депрессии, аффективных нарушений эксплозивного и дисфорического характера и с нарушением процессов самоконтроля.

Таким образом, непсихотические тревожные и депрессивные расстройства, ассоциированные с височной эпилепсией, могут являться отражением измененной эпилептическим процессом архитектоники и функционального взаимодействия в системе биологических нейронных сетей, дальнейшее исследование которых по-прежнему является необходимым и актуальным звеном в изучении механизмов патогенеза аффективных нарушений. Височная эпилепсия представляет собой универсальную модель для изучения и анализа функционирования головного мозга на уровне биологических нейрональных сетей, нарушения структуры и синхронной работы которых лежит в

основе механизмов возникновения и развития психопатологических нарушений.

К ВОПРОСУ О МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ. ОПЫТ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИКИ НЕВРОЗОВ

Ломунов О.К.

Москва

Краткое содержание. В соответствии с программой Съезда и главной темой Мультидисциплинарный подход к лечению и болезням нервнопсихической сферы . Это реальность или миф? мы старались выявить и оценить роль био-, социо- психологических факторов.и прежде всего микро- и макросоциальных условий жизни пациентов, как ведущих компонентов в формировании состояния астенизации и невротических расстройств, создающих основу для болезненного состояния.

Мы изучили истории заболеваний 149 пациентов клиники в процессе наблюдения, лечения с применением современных методик – физио- и психотерапии, включая, методы «динамической психиатрической психотерапии», по Гюнтеру Аммону, не входящие в стандарты оказания медицинской помощи МЗ РФ использования природных факторов,. культуры, искусства;. широкого спектра современных психотропных препаратов. Мы поддерживали контакты с передовыми ведущими клиниками неврозов. Используя их опыт – клиники курортов, Санкт-Петербурга, Мюнхена Университета, клиники Ментершвайге, где наши специалисты участвовали в работе с больными..

Эффект терапии контролировался методами объективизации состояния и продолжалось наблюдение в форме диспансерного наблюдения в течении 2-3 лет после выписки из стационара.

Трое больных после лечения сохраняли признаки эмоциональной и вегетативной неустойчивости, проходили повторные госпитализации.. Их состояние оценены как невротическое развитие и были переведены в соответствующие категории стационаров и по месту жительства.

На опыте работы нами сделана попытка разработать рекомендации длялечения и предупреждеиия расстройств нервной системы, основой которых является соблюдение здорового образа жизни, правильного питания,. биоритма, физической ативности.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ – АЛЬТЕРНАТИВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Махров М.В., Докукина Т.В.

Минск, Республика Беларусь

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Остается открытым вопрос о применимости магнитотерапии в психиатрической практике. Психофармакотерапия имеет ряд негативных аспектов: даже новейшие психотропные препараты имеют ограниченный диапазон эффективности, не менее часто проявляются токсические реакции, побочные действия, при политерапии значительно возрастает риск негативного взаимодействия между препаратами. Изыскание способов активного воздействия на психическую сферу нелекарственными методами получило в последние годы широкий отклик среди нейрофизиологов и специалистов смежных дисциплин .

Магнитотерапия (МТ) – группа методов, в основе которых лежит воздействие на организм с лечебно-профилактической целью постоянным или переменным магнитным полем (МП). Многие исследователи отмечают, что наиболее перспективным для физиотерапевтической практики является импульсное МП .

Существует большое количество академических медицинских публикаций, в которых показана высокая эффективность магнитотерапевтического воздействия. Были получены данные о механизмах терапевтического воздействия МП на различные уровни организации организма.

Выявлен положительный эффект использования МП при лечении ряда неврологических заболеваний: рассеянного склероза, периферических полинейропатий, травм спинного мозга, атеросклеротической энцефалопатии, нейрореабилитации новорожденных с перинатальной патологией центральной нервной системы (ЦНС), острых транзиторных нарушений мозгового кровообращения,

постинсультных состояний, начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности .

Проводимые немногочисленные исследования эффективности МТ в психиатрической практике опираются на вегетотропные эффекты МП. В литературе описаны примеры положительного влияния МТ при психоэмоциональном напряжении, нормализующего влияния на сон. Авторы связывают это с развитием в ЦНС преимущественно тормозных процессов. Выявлены положительные эффекты МТ у пациентов с синдромом хронической усталости. Показана высокая эффективность транскраниальной МТ в комплексном лечении алкогольного абстинентного синдрома. МТ способствует улучшению функционального состояния ЦНС, памяти, внимания, темпа психической деятельности, уменьшает вегетативные расстройства .

Установлено, что МТ оказывает положительный терапевтический эффект в комплексном лечении пациентов с непсихотическими тревожными расстройствами, безопасна и не сопровождается негативными психическими и соматическими побочными эффектами. МТ повышает чувствительность к психотропным препаратам и позволяет снижать их терапевтические дозы. Выявлена возможность коррекции тревожно-депрессивных и когнитивных расстройств под влиянием МП у пациентов с болезнью Паркинсона.

Особую роль занимает МТ в лечении и диагностике эпилепсии и сопутствующих ей психических заболеваний. МТ является хорошей альтернативой, дополнительным методом лечения в связи с тем, что расстройства психической сферы устойчивы к лекарственной терапии ввиду прогредиентного течения основного органического заболевания. С другой стороны, использование многих психотропных препаратов ограничено из-за риска утяжеления эпилептических приступов и особенностей фармакокинетики антиконвульсантов.

Известный российский эпилептолог, профессор В.А.Карлов посвятил значительную часть своей исследовательской деятельности применению МТ при эпилепсии. В ряде работ он указал на влияние гипогеомагнитного поля на биоэлектрическую активность мозга при эпилепсии. В.А.Карлов подчеркивает, что усиление под влиянием МП эпилептической активности позволяет применять переменное МП для определения локализации эпилептического очага.

Показана возможность успешного применения МТ у детей с эпилепсией. Лечебный эффект проявлялся получением ремиссии и существенным снижением частоты эпилептических припадков, элиминацией эпилептической активности на ЭЭГ, улучшением когнитивных функций мозга пациентов и оптимизацией церебральной гемодинамики.

Установлено, что переменное низкочастотное МП является активатором структур противоэпилептической системы мозга, положительно влияет на ряд психических функций.

Исследование эффективности импульсной МТ в лечении психиатрических и неврологических заболеваний проводится как направление научной работы Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Разработана, утверждена в Министерстве здравоохранения и внедрена в клиническую практику Инструкция по применению транскраниальной магнитотерапии в комплексном лечении эпилепсии и сопутствующих психических расстройств (от 11.02.2011 г., регистр. № 002-0111), получен патент на изобретение «способ лечения эпилепсии» (№ 17636, заявка № a20110263 от 03.01.2011 г.).

Таким образом, МТ является давно известным перспективным безопасным и недорогим методом в комплексном лечении различных психоневрологических заболеваний. Не теряет актуальности дальнейшая разработка новых методик лечения магнитным полем.

ХАРАКТЕР КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Махров М.В., Докукина Т.В., Королевич П.П.

Минск, Республика Беларусь
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

По последним данным, до 65% пациентов с эпилепсией страдают сопутствующими когнитивными расстройствами. При этом они в значительно большей степени, нежели приступы, ухудшают качество жизни как самих пациентов, так и их родс-

твенников, повышают процент инвалидизации, наносят социально-экономический ущерб.

Выраженность когнитивных расстройств при эпилепсии варьирует от мягкого когнитивного снижения до тяжелой деменции. Степень когнитивного дефицита во многом определяет общее состояние пациента, уровень его социальной и бытовой адаптации.

Возможности медикаментозной коррекции психических расстройств при эпилепсии весьма ограничены из-за низкой эффективности традиционных средств, наличия противопоказаний, а также связью когнитивных нарушений с течением основного органического процесса. Поиск методов воздействия на когнитивную сферу нелекарственными методами получил в последние годы широкий отклик как среди нейрофизиологов, так и среди специалистов смежных дисциплин. Одним из альтернативных и безопасных методов лечения является применение импульсной магнитотерапии (МТ).

Цель предпринятого исследования – изучить особенности когнитивного статуса пациентов с фармакорезистентной эпилепсией, оценить эффективность транскраниальной МТ в комплексном лечении эпилепсии и когнитивных нарушений.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе Государственного Учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Под наблюдением находились 168 пациентов с эпилепсией. Обследованные составили 2 группы: основная группа – 83 пациента, получавших фармакотерапию по стандартным протоколам лечения с курсом транскраниальной МТ; контрольная группа – 85 пациентов, получавших только фармакотерапию. Группы были сопоставимы по половозрастным и клинико-нейрофизиологическим критериям. Обследованные характеризовались выраженной тяжестью заболевания, частыми приступами, длительным стажем болезни, высоким процентом инвалидизации, фармакорезистентностью и сопутствующей психической патологией.

Средний возраст пациентов основной группы – 36,2±1,2 лет; мужчин – 41 (49,4%), женщин – 42 (50,6%); средняя продолжительность болезни – 19,3±1,2 лет. Средний возраст пациентов контрольной группы – 37,0±1,3 лет; мужчин – 41 (48,2%), женщин – 44 (51,8%); средняя продолжительность болезни – 16,7±1,2 лет.

Всем пациентам проводилась противосудорожная терапия. 29% пациентов принимали один противосудорожный препарат, 62% – 2 препарата, 9% – 3 препарата.

У всех пациентов отмечалась фармакорезистентная форма симптоматической эпилепсии, а также сопутствующая психическая патология из рубрики F06.7 (легкое когнитивное расстройство) или F07.0 (расстройство личности органического генеза), согласно МКБ-10. При этом следует отметить, что в условиях отделения пароксизмальных состояний республиканского уровня концентрируются наиболее сложные и малокурабельные случаи.

Пациентам обеих групп трижды по единой методике (до лечения, через 1 месяц, через 1 год) проводились комплексные психологические, клинические и нейрофизиологические обследования.

Пациенты основной группы получили курс лечения импульсным магнитным полем в сочетании с терапией антиконвульсантами. Использовался широко применяемый в физиотерапевтической практике прибор для МТ «Полюс-2». Применялись индукторы с рабочей поверхностью 20 кв. см и индукцией 50 мТл. Частота генерации импульсного магнитного поля – 10 Гц. Индукторы фиксировались битемпорально индуктородержателями, контактно располагаясь торцом непосредственно над вершиной ушной раковины пациента. Процедура проводилась в положении лежа в течение 15 минут. Курс лечения состоял из 10-12 процедур.

Всем пациентам до и после курса лечения было проведено сравнительное исследование функций произвольного внимания, работоспособности, кратковременной механической памяти, удержания информации при помощи методик «Таблицы Шульте», «Счет по Крепелину», «тест запоминания 10 слов» А.Р.Лурия.

Полученные результаты. Все пациенты хорошо переносили лечение. Осложнений и побочных действий во время курса МТ не отмечалось.

Психологическое исследование произвольного внимания, произведенное у пациентов обеих групп при поступлении до начала курса лечения при помощи методики «Таблицы Шульте» выявило ослабление функции произвольного внимания (неустойчивость произвольного внимания, сужение объема, затруднение переключаемости), замедление

темпа сенсомоторных реакций, инертности, повышенной утомляемости. У пациентов с эпилепсией поиск чисел в таблице длился от 25 до 160 секунд и более, тогда как здоровые люди затрачивают в среднем на поиск чисел в одной таблице 40-50 секунд.

При исследовании через 1 год установлено, что в основной группе после проведения курса транскраниальной МТ улучшился показатель эффективности работы (среднее время поиска чисел одной таблицы уменьшилось с 57,3±2,0 сек. до 50,6±1,6 сек., $\rho<0,05$); уменьшилась истощаемость психических процессов (с 20,4±1,3 сек. до 12,9±1,0 сек., $\rho<0,05$). В контрольной группе через 1 год изменений показателя эффективности работы (55±2,8 и 61,7±3 сек., соответственно) и истощаемости психических процессов (18,9±1,3 и 17,4±1,3 сек., соответственно) выявлено не было.

В результате первоначального исследования работоспособности («Счет по Крепелину») установлено, что у пациентов обеих групп кривая работоспособности носит неравномерный характер, имеются колебания работоспособности, колебания концентрации внимания. При повторном исследовании через 1 год установлено, что у пациентов основной группы снизился показатель утомляемости (с 5,0±0,22 до 3,3±0,2 счетных операций, $\rho<0,05$), увеличился психический темп (с 10,2±0,4 до 13,1±0,5 счетных операций, $\rho<0,05$). В контрольной группе изменения показателя утомляемости (4,8±0,24 и 4,4±0,21 счетных операций, соответственно) и психического темпа (10,5±0,41 и 10,5±0,47 счетных операций, соответственно) выявлено не было.

В результате исследования кратковременной механической памяти (тест запоминания 10 слов А.Р.Лурия) установлено, что через 1 год после проведённого курса лечения у пациентов основной группы улучшился показатель прочности удержания информации (с 5,4±0,2 до 7,1±0,2 слов, $\rho<0,05$), достигнув значений здоровых лиц. В контрольной группе динамики не отмечалось (5,3±0,3 и 5,0±0,3 слов, соответственно).

Полученные данные коррелировали с изменениями клинических (характер, частота приступов) и нейрофизиологических (данные ЭЭГ) показателей пациентов.

Заключение. В результате исследования выявлено, что для пациентов с фармакорезистентной эпилепсией характерны сужение объема внимания, снижение концентрации, трудности переключения, быстрое наступление истощаемости; замедленность психологических процессов; снижение темпа сенсомоторных реакций; снижение эффективности работы; низкая психическая устойчивость; расстройства кратковременной памяти.

Применениетранскраниальнойимпульсной МТ с частотой 10 Гц, индукцией 50 мТл у пациентов основной группы привело к улучшению показателей эффективности работы, работоспособности за счет снижения утомляемости, прочности удержания информации. Данные коррелируют с клиническими и нейрофизиологическими исследованиями.

Выявленные положительные свойства МТ необходимо использовать, рационально сочетая ее с медикаментозной терапией для получения большего лечебного эффекта.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Махров М.В., Докукина Т.В., Хлебоказов Ф.П., Мисюк Н.Н., Королевич П.П.

Минск, Республика Беларусь
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Изучение динамики, структуры заболеваемости и распространенности психических расстройств при эпилепсии имеет важное научное и практическое значение и позволяет выявить недостатки оказания лечебной и реабилитационной помощи пациентам с эпилепсией и сопутствующими психическими нарушениями в учреждениях психиатрической службы.

Коморбидные нарушения при эпилепсии представляют собой обширную группу различных состояний, большую часть из которых составляют психические заболевания (когнитивные, тревожные, личностные расстройства, депрессия, психозы). Отмечается тесная зависимость между тяжестью болезни и психическими нарушениями, которые встречаются значительно чаще при неблагоприятном её течении.

Распространенность психических расстройств у пациентов с эпилепсией определяется в широких пределах – от 3,8 до 60%.

При височной эпилепсии отмечается наиболее высокий удельный вес психических наруше-

ний как в структуре пароксизмальных расстройств, так и в интериктальном периоде [2, 7]. При височной эпилепсии чаще, чем при других формах эпилепсии, отмечаются депрессии с суицидальными мыслями, другие аффективные и шизофреноподобные психозы, включающие острый и хронический бред, особые состояния сознания, дисфорические и поведенческие расстройства.

Однозначной классификации нарушений в психической сфере у пациентов с эпилепсией не существует, однако выделяют когнитивные нарушения, эпилептические психозы, изменения эмоционально-аффективной сферы, так называемые непсихотические психические расстройства, депрессии, биполярные и обсессивно–компульсивные расстройства, тревожные и панические состояния, эпилептические энцефалопатии. По времени возникновения различают расстройства пери- и интериктальные, которые бывает трудно разграничить у пациентов с частыми приступами.

Следует подчеркнуть, что специальные исследования, посвященные изучению общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами у пациентов эпилепсией, являются достаточно редкими. В Республике Беларусь таких исследований не проводилось.

М.Я. Киссин, анализируя почти сорокалетний опыт работы Санкт-Петербургского (Ленинградского) городского эпилептологического центра, приводит данные, свидетельствующие о прогрессивном росте психических расстройств у пациентов с эпилепсией с 27% с середины 70-х годов XX века до 64% к 2008 г. Существенные изменения произошли в группе пациентов с перманентными психическими расстройствами: пациентов с изменениями личности за период 1990–2007 гг. стало меньше на 13%, чем было в 1970–1989 гг., а число пациентов со слабоумием уменьшилось более чем в 3 раза (с 23 до 7%). Автор подчеркивает, что в последние годы произошло значительное (в 3 раза) увеличение числа пациентов с транзиторными тревожными и аффективными расстройствами без выраженных изменений личности, и связывает это с патоморфозом заболевания, вследствие которого в настоящее время в клинической картине эпилепсии ведущее место занимают пограничные нервно-психические расстройства.

Ведущим учреждением в Беларуси по оказанию лечебно-диагностической помощи пациентам с эпилепсией и сопутствующими психическими расстройствами является РНПЦ психического здоровья, в специализированном отделении которого концентрируются пациенты с наиболее тяжелыми формами эпилепсии, длительным стажем заболевания, частыми приступами и широким спектром психопатологических расстройств.

За период с 2004 г. по май 2013 г. в специализированном отделении РНПЦ пролечено 2085 пациентов с эпилепсией и сопутствующей психической патологией. В этот период более половины пациентов (56%) госпитализировались в отделение неоднократно. В зависимости от нозологии, согласно МКБ-10, пациенты распределены следующим образом:

F02 – деменция вследствие эпилепсии – 104;

F06.0 – органический галлюциноз –10;

F06.1 – органическое кататоническое расстройство – 1;

F06.2 – органическое бредовое расстройство – 8;

F06.3 – органическое аффективное расстройство – 8;

F06.4 – органическое тревожное расстройство – 32;

F06.5 – органическое диссоциативное расстройство – 21;

F06.6 – органическое эмоционально-лабильное расстройство – 101;

F06.7 – легкое когнитивное расстройство – 593;

F07.0 – расстройство личности органического генеза – 414;

F07.02 – расстройство личности вследствие эпилепсии – 449;

F07.8 – расстройство личности – 131;

F10 – психическое расстройство в результате употребления алкоголя – 27;

F43 – расстройство адаптации – 43;

F7 – умственная отсталость – 69.

Другие – 76

Полученные данные свидетельствуют о преобладании в структуре психических нарушений у пациентов с эпилепсией, проходивших лечение на базе специализированного отделения за последние 10 лет личностных расстройств органического генеза (F07) – 48%, легкого когнитивного расстройства (F06.7) – 28% и деменции (умственной отсталости) (F02, F70-73) – 8%. Приведенные данные коррелируют с результатами статистических исследований, предпринятых российскими эпилептологами .

Психотические расстройства органического генеза (F06.0-F06.2) диагностированы у 0,9% пациентов. Аффективные, тревожные и депрессивные расстройства (F06.3-F06.2) отмечались у 2,9% пациентов. Столь низкие показатели, отличающиеся от мировой практики, обусловлены спецификой работы отделения: большинство пациентов госпитализируются неоднократно, постоянно принимают поддерживающую противоэпилептическую терапию (в т.ч. обладающую нормотимическим действием), а также антипсихотические препараты и антидепрессанты.

Эти данные, разумеется, не отражают полную эпидемиологическую ситуацию по Республике, так как на учете в психоневрологических диспансерах наблюдаются и пользуются стационарной помощью пациенты с наиболее тяжелыми психическими расстройствами. В свою очередь, большой спектр непсихотических психических и поведенческих расстройств врачами-неврологами зачастую не диагностируется. В этой связи целесообразно усиление психообразовательной работы среди пациентов, ориентировка их на получение консультативно-лечебной помощи в психоневрологических диспансерах, у врачей-психиатров или неврологов, прошедших специальную подготовку по психиатрии.

Приведенный выше материал указывает на гетерогенность и разноплановость большого количества психических расстройств, сопутствующих эпилепсии. Нередко коморбидные состояния прогрессируют и по своему влиянию на здоровье и качество жизни пациента становятся более значимыми по сравнению с эпилептическими приступами. Поэтому врачу при наблюдении и лечении пациента с эпилепсией необходимо грамотно оценивать появление и развитие симптомов не только этой патологии, но и сопутствующих состояний. Лечащий врач должен знать, как их лечить либо минимизировать, не ухудшая течение эпилепсии.

НЕЙРОПЛАСТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДЕРЕЦЕПЦИИ ПРИ ГРУБЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Нарышкин А.Г., Горелик А.Л., Галанин И.В., Абрамовская М.Н., Скоромец Т.А.

Санкт-Петербург,
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»,
ФГБУН «Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова» РАН,
ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение. Термин пластичность (приспособляемость) нервной системы впервые был предложен A. Bethe в 1931 году. Значительный вклад в развитие этой идеи в 30-е годы был внесен школой П.К. Анохина (1935). Под нейропластичностью понимается способность нервной ткани изменять структурно-функциональную организацию под влиянием экзогенных и эндогенных факторов (Е.И. Гусев, П.Р. Камчатнов, 2004). В настоящее время проблема приобрела статус высоко актуальной, в связи с открывающимися широкими возможностями эффективной коррекции патологических состояний головного мозга. Достаточно сказать, что за последние годы количество публикаций в литературе, посвященной этой проблеме, растет в геометрической прогрессии. Вестибулярная дерецепция (ВД), обладая высокой эффективностью при различных заболеваниях головного мозга, является методом, механизм действия которого определяется активацией пластических процессов головного мозга (А.Г. Нарышкин и др, 2012, 2013, 2014).

Цели и задачи. Осветить нейропластические механизмы, определяющие эффективность ТТХВД при грубых когнитивных расстройствах у больных с амнестическим синдромом (АС) и вегетативным состоянием (ВС).

Материалы и методы. Лечение методом ВД проведено у 21 больного с АС в возрасте от 23 до 59 лет (у 7 больных посттравматической этиологии, у 14 больных алкогольной этиологии) и у 26 больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму и находящихся в ВС. Возраст последней

группы больных составлял от 12 до 56 лет. По гендерной принадлежности в первой группе все больные были мужчинами. Во второй группе было 22 мужчины и 4 женщины. Динамика состояния больных на фоне проводимого лечения у больных в ВС оценивалась клинически. Для оценки динамики когнитивных нарушений на фоне лечения у больных с АС использовались тесты Векслера и Равена, методика MMSE, таблицы Шульте, корректурная проба, пиктограмма, методика «10 слов», повторение цифр в прямом и обратном порядке, непосредственное повторение предложений и коротких рассказов, повторение серий слов и слогов-триграмм, воспроизведение ритмов. Для исследования зрительной памяти использовались методики «запоминания геометрических фигур», «запоминание предметов», а также тест зрительной ретенции Бентона. В качестве нейрофизиологического сопровождения проводилось изучение особенностей пространственной организации ЭЭГ методом когерентного анализа (КА).

Обсуждение. Эффект ВД определяется тем, что вестибулярная афферентация является базовой по отношению ко всем синтетическим процессам в ассоциативных зонах коры головного мозга. После ВД актуализируются синтетические возможности мозга, основанные на зрительной, слуховой видах афферентаций. Эти виды чувствительности у человека имеют семантическое значение. Помимо восстановления когнитивных возможностей у больных АС, отмечалась отчетливая положительная динамика и по данным КА ЭЭГ. Во время пребывания больного в коме имеется корково-стволовое разобщение (М.Л. Борщаговский, Ю.В, Дубикайтис, 1970). При дислокации ствола головного мозга в силу механического и сосудистого факторов страдают проводящие пути, расположенные по периферии и на нижней поверхности ствола головного мозга (А.Н. Балашов, 1991). В связи с глубинным залеганием вестибуло-таламического тракта в стволе головного мозга, единственной афферентацией, организующей работу мозга, является вестибулярный поток. Вследствие такой ситуации через 4 – 5 недель пребывания в коме по данным изучения пространственной организации ЭЭГ формируется мощная система связей, преимущественно, средней силы, исключающая возможность синтетической деятельности головного мозга, основанной на других видах афферентаций. Дефолтное воздействие ВД на эту систему кардинально облегчает протекание синтетических процессов мозга при ВС. С учетом развивающейся после ВД денервационной гиперчувствительности (W. B. Cannon и A. Rosenblueth, 1948) в ассоциативных зонах коры, можно говорить о системной и многоплановой перестройке их работы, являющейся залогом восстановления когнитивных возможностей в обеих группах больных.

Выводы.

1. Гравитационная составляющая чувствительной сферы является базовой по отношению к синтетическим процессам в коре головного мозга
2. Актуализация семантически значимых для человека слуховой и зрительной чувствительности лежит в основе эффективности вестибулярной дерецепции при грубых когнитивных нарушениях
3. Оптимизация работы головного мозга при лечении грубых когнитивных нарушений методом вестибулярной дерецепции происходит вследствие развития денервационной гиперчувствительности в ассоциативных зонах коры головного мозга

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И АТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ СТАРШЕ 55 ЛЕТ

Наджарьян А.И., Мыльникова Ю.А.

Краснодар

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1»

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире сейчас около 36 млн пациентов с деменцией, а в России, по разным оценкам, от 1,3 до 1,8 млн. В психиатрической практике мы часто сталкиваемся с резистентностью к лечению антидепрессантами пациентов с выставленным диагнозом депрессивный эпизод средней и тяжелой степени в возрасте после 55 лет. Это приводит к ухудшению качества жизни данных пациентов, снижению комплаенса, повышению показателя регоспитализаций. С другой стороны, мы видим увеличение количества пациентов с атрофическими процессами головного мозга, при которых часто возникают нарушения в эмоциональной сфере.

Целью исследования явилось выявление взаимосвязи эмоциональных нарушений и атрофических изменений головного мозга у пациентов в возрасте старше 55 лет с депрессивной симптоматикой.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края.

С помощью клинического и инструментального методов были обследованы 17 человек в возрасте 55-70 лет, направленных на стационарное лечение с депрессивной симптоматикой. Когнитивные и эмоциональные нарушения диагностировались с помощью гериатрической шкалы депрессии (GDS) и краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE).

Результаты исследования. По результатам гериатрической шкалы депрессии (GDS) 11 пациентов (65%) набрали от 6 до 10 баллов, что характеризует среднею степень тяжести депрессии, 6 пациентов (35%) набрали более 10 баллов – тяжелая депрессия.

При проведении тестирования по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) у 9 пациентов (55%) были выявлены преддементные когнитивные нарушения (24-27 баллов) и 8 пациентов (45%)– деменция легкой степени выраженности (20-23 балла).

МРТ головного мозга выявило у 70% пациентов расширения субарахноидального пространства, а у 30% помимо этих нарушений были обнаружены дистрофические изменения в белом веществе головного мозга.

После добавления в схему лечения препаратов влияющих на нейро-метаболические процессы головного мозга через месяц терапии была отслежена положительная динамика как по результатам гериатрической шкалы депрессии (GDS), так и по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE).

Выводы. В результате выявлена взаимосвязь между эмоциональными нарушениями у пациентов старше 55 лет и атрофическими изменениями головного мозга. Из проведенного исследования видно, что когнитивные и эмоциональные расстройства нередко тесно переплетаются при прогрессировании болезни, взаимодействуя и дополняя друг друга. Поэтому разграничение депрессии и деменции условно. С одной стороны, на начальном этапе деменции нередко проявляется депрессивная симптоматика, с другой – депрессия может сопровождаться расстройствами внимания, памяти и мышления. На основании этих данных были добавлены в схему лечения препараты, улучшающие связи между нейронами (мемантин, ингибиторы ацетилхолинэстеразы), а также обеспечивающие нормальную циркуляцию крови в головном мозге и нормальное течение обменных процессов. Таким образом была достигнута частичная редукция депрессивной симптоматики. Совокупность представленных в исследовании данных может служить основой для дальнейших научных разработок в этом направлении.

ЛЕГКОЕ КОГНИТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ И АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ, КАК ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Пиотровская В.Р.

Санкт Петербург
ГБОУ ВПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Начало цереброваскулярного заболевания головного мозга, наиболее частой причиной, которого является артериальная гипертензия (АГ) и гипертоническая болезнь (ГБ), относится к пятой декаде жизни человека. Начальные, доклинические проявления сосудистой патологии, как, например, прегипертония, определяются в более раннем возрасте. Это подтверждается ростом частоты встречаемости высоконормального давления и АГ в разных возрастных группах. Так с 3,3% в возрасте до 40 лет она резко возрастает до 27,9% в период от 40-79 лет. [Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др.., 2001; Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. 2005; Devanand DP, Adorno E, Cheng J et al. 2004]. Статистически доказана связь между уровнем артериального давления (АД) в среднем возрасте и состоянием когнитивных функцией в течение последующих трех десятилетий. Результаты исследования Honolulu-Asia Aging Study, в котором

приняли участие 3 735 человек в возрасте от 45 до 50 лет, демонстрируют достоверную прямую корреляцию высокого систолическое давление в середине жизни с риском когнитивного снижения в преклонном возрасте. Повышение систолического давления на каждые 10 мм рт. ст. увеличивает риск развития легкого когнитивного нарушения (ЛКН) на 7%, а деменции – на 9%. [Launer L.J., Masaki K., Petrovitch H. et al., 1995;]. По данным исследований развитие деменций обоих типов провоцируется состояниями депрессии и гиперинсулинэмии, а последние состояние является главной причиной развития метаболического синдрома (МС).

Таким образом, еще не сформировавшаяся клиническая картина соматического заболевания, в нашем случае ГБ, может сопровождаться изменениями когнитивно-эмоциональной сферы, которые впоследствии, при регулярно плохо контролируемом повышение артериального давления и дефиците кровообращения, разовьются в стойкие когнитивные изменения и деменцию [Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С., 1977]. Начальные формы когнитивных и эмоциональных нарушений в континууме сердечно сосудистых заболеваний, МС, ЛКН диагностируются со значительным опозданием, так как часто начало заболевания протекает бессимптомно, а обращение к врачу и лечение значительно отстает от начала заболевания. Этим обусловлен особый интерес исследователей к доклиническим стадиям развития состояний и заболеваний изменяющих качество когнитивных функций и аффективной сферы. Когнитивный профиль таких пациентов и особенности их эмоционального состояния не соответствует критериям тяжелой патологии, но их типичность в сочетании с состоянием биомаркеров является предиктором будущих патологических проявлений и имеет прогностическое значение.

Задачами настоящего исследования были: 1) определение особенностей когнитивных процессов у лиц среднего возраста, страдающих метаболическим синдромом с артериальной гипертензией и без таковой; 2) сопоставить особенности когнитивных функций со степенью выраженности факторов риска развития ГБ (АГ, МС, гиперинсулинэмии).

Обследуемая кагорта составила 215 человек (средний возраст -42,53, sd=6,658), которые были разделены на группы по присутствию/отсутствию АГ. Группу сравнения составили 56 человек (средний возраст-47,47,sd= 6,598). Батарея психологических методик состояла из шкал оценки когнитивных функций :MMSE [Folstein M.F., 1975]; шкалы памяти Векслера (WMS-II, 1997); теста Таблицы Шульте; Исправление ошибок в тексте [Райгородский Д.Я.2001];Методика «Семантическая беглость или беглость речи в каждой категории» (Category Fluency) [Kern R.S., et al, 2008]; Методика « Кодирование символов» (Symbol Coding) [Kern R.S.,et al, 2008]; Батарея лобной дисфункции (FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB))[Dubois B., A.et al, 2000];Шкала Общего Ухудшения Состояния(Global Deterioration Rating Scale) [Reisberg B et al., 1982]. В биообразцах крови пациентов оценивался уровень глюкоза плазмы и показатели липидного спектра, которые определялись с помощью реактивов фирмы «Abbott» (Германия) на биохимическом анализаторе (производство ARCHITECT C8000, Германия). Для оценки результатов использовались критерии NCEP [Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)[JAMA 2001; 285: 2486–97 Warnick G.R.,2008]. Инсулинорезистентность определялась с использованием гомеостатической модельной оценки (показатель HOMA-IR). Из методов статистической обработки были выбраны – метод дисперсионного анализа оценки статистической достоверности различий между отдельными группами, метод выявления корреляций по Пирсону внутри выборки и t-test. Использовалась компьютерная программа STATISTICA-10 (Statsoft Inc., США).

В результатах исследования статистически значимыми оказались зависимость качества исполнения когнитивных тестов от присутствия/отсутствия метаболического синдрома (MMSE-0,0009; CDR-0,004; шк Дюбуа -0,002; шк.Шульте-0,0016). Среди результатов когнитивного тестирования, наиболее чувствительными к уровню АД были тесты – MMSE-0,0004; CDR-0,00034; шкала Дюбуа -0,0001; шкала Шульте-0,000016; шкала Векслера-0,0002; семантическая беглость-0,0015. Присутствие ЛКН статистически достоверно были связаны с присутствием АГ на фоне инсулинорезистентности и МС – 0,006 при p=0,05.

Оценивая полученные данные правомочно предположить, что стойко повышенные цифры

систолического АД и АГ отражают низкий уровень когнитивных функций у лиц среднего возраста и присутствие ЛКН. Наши результаты подтверждают предположение, что связь когнитивных нарушений с состоянием компенсаторной гиперинсулинэмии и инсулинорезистентности неслучайна. Поддерживая, нормальный транспорт глюкозы в клетки и одновременно становясь патологическими состояниями, они приводят к целой серии метаболических нарушений, в частности формированию МС [Зимин Ю.В., 1994, Leonard B.E., 2007, Biessels G.J., Luchsinger J.A 2009.]. Факторы и состояния, вызывающие МС и ССЗ одновременно участвуют в генезе и формировании когнитивных, аффективных нарушений и деменции, причем не только сосудистого, но и альцгаймеровского типа. Последнее предположение подтверждается данными исследований [Winblad B., et al, 2004].

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Руженская Е.В., Руженская О.В.

Иваново
ОБУЗ ОКПБ «Богородское»

Реабилитационное направление оказания помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами вследствие эпилепсии подразумевает использование всех реабилитационных возможностей психиатрической службы. Данное направление в ОБУЗ ОКПБ «Богородское» осуществляется на всех этапах оказания психиатрической помощи – стационарном, полустационарном, амбулаторном. Координатором усилий в этом направлении являются врачи-психиатры стационарных и амбулаторных подразделений, являющиеся на момент оказания помощи лечащими врачами пациента.

Реализация поставленных задач осуществляется специально созданными структурными подразделениями внебольничной службы – психиатрическим реабилитационным отделением, психологической лабораторией, кабинетом социально-правовой помощи. Созданы данные подразделения из внутренних штатных резервов учреждения для комплексного оказания психиатрической помощи и обслуживают только пациентов ОБУЗ ОКПБ «Богородское».

В штатах данных подразделений имеются врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, социальные работники, юрист, сестры социальной помощи, инструкторы по трудовой терапии, ЛФК, квалифицированный средний медицинский персонал. Воспользоваться услугами данных специалистов наши пациенты имеют возможность как при направлении в данные подразделения лечащим врачом, так и при самостоятельном обращении (в кабинет социально-правовой помощи к юристу, соцработнику, сестрам соц. помощи; а также к психотерапевту, психологу).

В психиатрическом реабилитационном отделении ОБУЗ ОКПБ «Богородское» осуществляется комплексная работа по следующим направлениям:

1. Психообразование
2. Моделирование навыков независимого проживания
3. Выработка форм адекватного межличностного взаимодействия
4 Изменение деструктивных и социально опасных моделей поведения
5. Трудотерапия
6. Оценка ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала пациентов
7. Психофизическое воздействие (физиолечение, ЛФК)
8. Развитие возможностей творческой самореализации
9. Научная деятельность по разработке и оценке эффективности программ реабилитации
10. Сотрудничество с общественными организациями, заинтересованными в реализации реабилитационных программ.

Реабилитационная программа больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие эпилепсии комплексная, на каждом этапе строится по синдромальному принципу в соответствии потребностями пациента.

По программе психообразования для впервые заболевших больных проводятся групповые цикловые занятия с целью адаптации к факту психического расстройства, факту установления диагноза, необходимости осознанного наблюдения и лечения.

В рамках направления по выработке форм адекватного межличностного взаимодействия существуют: коммуникативный тренинг (тренинг общения); когнитивный тренинг; музыкотерапия (для пациентов, нуждающихся в коррекции модели межличностного взаимодействия в результате эмоционального дефекта); функциональный тренинг поведения (для пациентов, нуждающихся в коррекции модели межличностного взаимодействия в результате личностного дефекта).

Для дезадаптированных пациентов и пациентов с когнитивными нарушениями организован тренинг социальных навыков.

Проводится индивидальная психокоррекционная работа. В рамках программы психофизического воздействия используется ЛФК и физиолечение.

По направлению оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала пациентов каждый пациент проходит индивидуальное психологическое тестирование, соц. работником проводится социально-бытовое обследование, инструктором по трудотерапии оцениваются навыки к труду, обучению, общению и др. Всеми специалистами дается заключение, на основании которого вместе с психиатрической оценкой психиатром формируется реабилитационное заключение.

В реабилитационном отделении широко представлены простые виды труда, в основном творческой направленности, работает театр, студия, пациенты участвуют сами в подготовке и проводят праздничные мероприятия.

Психологическая лаборатория имеет штат психологов, которые работают во всех лечебных подразделениях ОБУЗ ОКПБ «Богородское» как со взрослыми пациентами, так и с детьми. Психологи проводят психодиагностических обследования, индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия

Кабинет социально-правовой помощи имеет в своем штате специалиста по соц. работе, юриста, социальных работников, медсестре соц. помощи.

Обращения в кабинет самостоятельные и по направлению врачей всех подразделений больницы. Проблемы, с которыми обращаются пациенты и их родственники разнообразны и касаются всех сфер их социального функционирования. Например, можно привести некоторые из них и формы и методы работы:

- жилищные вопросы (консультация юриста, связь с управлением по жилищной политике, помощь в оформлении документов, защита прав пациентов при сделках с жильем, представительство в судах, выезд на осмотр продаваемого или меняемого жилья и др.).
- утеря документов (разъяснение, помощь в написании заявлений, заполнении иных документов, решение вопроса с организациями)
- социально- правовая защита (консультации юриста, помощь в оформлении льгот, проведение собраний для пациентов во всех подразделения больницы (2 раза в год), разъяснение по законам, правам и льготам, разъяснение по перерасчету за коммунальные услуги без учета социальных норм для инвалидов, оформление информационных стендов в подразделениях с информацией о новых законах, правах, льготах, направление информации заведующим отделениями стационара).
- трудоустройство (в течение 5 лет на базе кабинета работает консультативный пункт ЦЗН, прием ведет специалист ЦЗН).
- организация досуга (например, выход на спектакли Музыкального и драматического театра, для детей – выход с родителями на спектакли кукольного театра, посещение концертов)
- решение вопроса об оказании материальной помощи через управление социальной защиты.

Таким образом, для пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие эпилепсии разрабатывается комплексная психореабилитационная программа, воплощение в жизнь которой осуществляется всеми подразделениями учреждения.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ЭПИЛЕПТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Руженская Е.В., Руженская О.В.

Иваново
ОБУЗ ОКПБ «Богородское»

Последнее десятилетия – время активного реформирования российской эпилептологической службы, создания новых организационных форм

обеспечения больных эпилепсией специализированной помощью, переосмысления прежних взглядов на проблему.

В нашем регионе пациенты с эпилепсией и эпилептиформными припадками в соответствии с общими традициями, наблюдались у психиатров наравне с неврологами, а зачастую и только у психиатров. Вместе с тем постепенно приходило понимание того, что только психиатрического наблюдения недостаточно, требуется новый подход, обеспечение которого исключительно силами психиатров невозможно.

Решение концептуальных задач такого уровня требует и временного и мировоззренческого ресурса, определяемого желанием и готовностью к таким изменениям и представителей власти, и медицинских учреждений, и самих пациентов, соответствие меняющейся нормативной базе. Осознание необходимой совокупности всех этих условий очевидно, что подтверждается формированием собственной, достаточно своеобразной, модели эпислужбы в учреждении, положительными и отрицательными моментами этого опыта.

Можно выделить три категории пациентов с эпи-патологией, которые наблюдались и наблюдаются в настоящее время в диспансерном отделении ОБУЗ ОКПБ «Богородское». Самая многочисленная группа – пациенты эпилептологического участка. Вторая группа – это дети с эпилепсией и эпи-синдромом, которые наблюдаются у детских психиатров. Третья, самая немногочисленная группа – пациенты с неглубокими расстройствами, наблюдающиеся на психотерапевтических участках. Последняя группа – чисто консультативного наблюдения и не определяет основную проблематику пациентов изучаемого контингента, наиболее значимы – первые две группы, среди которых много пациентов, получающих лечебно-консультативную помощь, и значительное количество пациентов диспансерного наблюдения.

При проведении анализа контингента обращает на себя внимание давность наблюдения наших пациентов в диспансерном отделении. Основной группой является когорта пациентов с давностью заболевания от 6 до 10 лет, и в связи с постоянством контингента с каждым годом нарастает число больных с давностью заболевания более 10 лет. Это происходит за счет пациентов диспансерной группы с выраженными психическими расстройствами. Это пациенты с грубыми изменениями личности, поведенческими расстройствами, слабоумием, органическими психозами. В одних случаях именно эти расстройства являются ведущими в общей клинической картине болезни и все наши усилия (биологическая терапия, социокоррекция) направлены на нивелирование этих проявлений. В других случаях (более половины в данной группе) имеют место частые припадки, пациенты нуждаются в коррекции противоэпилептического лечения, контроле его наравне с другими видами помощи, которые мы им оказываем.

При опросе пациентов, длительно наблюдающихся в диспансерном отделении, только треть из них указывают, что наблюдаются у неврологов, большая часть – только в психиатра, основное обследование и лечение проходят в психиатрической службе. Большинство этих пациентов – диспансерной группы наблюдения и имеют инвалидность по психическому заболеванию. Если графически совместить эти два показателя, то в центре графика мы образно сможем увидеть наш основной контингент – пациенты с тяжелыми психическими расстройствами, количество которых на протяжении анализируемых 10 лет остается достаточно стабильным (около 400 человек). Эти пациенты составляли основу наблюдаемой психиатрами группы пациентов с эпилепсией в прежние времена, они же являются основным нашим контингентом в настоящее время.

На протяжении многих лет выявляемость была достаточно стабильной и обеспечивалась притоком пациентов за счет активного анонсирования оказания этого вида помощи в диспансерном отделении как специализированного городского эпиприема. Эти пациенты часто не имели мотивации на наблюдение и лечение у психиатра, а некоторые и не нуждались в нем в дальнейшем по психическому состоянию.

В 2005 году в связи с организационными изменениями эпи-участка приток пациентов извне по направлениям неврологов был существенно снижен, пациенты в основном обращались самостоятельно, осуществлялся перевод с других участков и за счет пополнения детской когорты пациентов с данными расстройствами. В основном это были пациенты, которым впоследствии устанавливалось диспансерное наблюдение.

Тем не менее, общая инфраструктура пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие эпилепсии в нашем

учреждении продолжает оставаться отличной от эпи-кабинетов других психоневрологических диспансеров страны. Опыт работы нашей больницы необычен, поскольку длительное время прием вел квалифицированный врач-невролог, который рассматривал пациента «в целом со своей болезнью», проводил подбор противоэпилептической терапии, осуществлял коррекцию психических и поведенческих расстройств. Надо отметить высокую квалификацию врача-невролога Дубровиной Н.Б., которая длительное время вела в диспансерном отделении неврологический эпи-прием, её стремление к оказанию пациентам комплексной помощи. Вследствие этого, в отличие от общей тенденции, на учете у врача эпилептологического участка преобладали пациенты лечебно-консультативной группы и их число постоянно увеличивалось.

Эти данные свидетельствуют, во-первых, о реальной готовности пациентов с неглубокими психическими расстройствами к наблюдению у психиатра в интересах своего психического здоровья. И, во-вторых, о безусловной необходимости междисциплинарного подхода к проблеме. Нашим больным зачастую сложно наблюдаться у нескольких врачей, оказывающих им помощь «каждый по своему разделу». Пациент, как показывает наш опыт, действительно больше нуждается в «своем» враче, играющем для него в большинстве своем роль «координатора его проблем».

В 2005 году в диспансере был прекращен неврологический эпилептологический прием, ведение пациентов этого участка было передано врачу-психиатру. Это существенно изменило подход к ведению пациентов, был организационно замедлен, а впоследствии и прекращен прием первичных пациентов с целью диагностики, коррекции противоэпилептического лечения. В связи с этим пациентам предлагалось для обследования и выписки этих препаратов обращение к неврологу по месту жительства, решение там (при невыраженных психических и поведенческих расстройствах) вопроса об утрате трудоспособности и пр. То есть, мы действительно сделали попытку разграничить полномочия и зону ответственности организационными методами. Однако, через некоторое время пациенты, снятые с наблюдения, стали вновь обращаться и в большинстве своем вернулись к врачу-психиатру. В настоящее время, как и прежде, в эпи-когорте диспансера преобладают пациенты лечебно – консультативной группы. На специализированном участке 58,6% являются получателями пакета социальных услуг, получают медикаменты по федеральной льготе, проходят освидетельствование перед санаторно-курортным лечением. Пациенты также пользуются и другими возможностями психиатрической службы (реабилитационным, социально-правовым, психотерапевтическим, психологическим подразделениями), создали неформальное общественное объединение.

Таким образом, пройдя вместе с нами этап реформирования эпилептологической психиатрической службы, наши пациенты, также как и мы, вышли из него с новыми знаниями и новым пониманием происходящего. Очевидно, что пациент хочет и должен иметь «своего» врача, с которым он согласует тактику своего наблюдения и лечения. И в роли такого врача большинство наших пациентов видят своего участкового психиатра, ведущего специализированный эпи-прием.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИНИМАЛЬНО-МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОГРАНИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сабитов И.А., Мурзакова О.А., Павлова Ю.М., Захарова М.С.

Ульяновск
ФГБОУ ВПО Ульяновский государсвенный университет, ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница №2»

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) у детей представляют собой наиболее распространенную форму нервно–психических нарушений в детском возрасте. По данным разных источников, ими страдает более 20% детей в возрасте от 3 до 11 лет (Пальчик А.Б., Шабалов Н.П., 2000; Лазебник Т.А. и др., 2002; Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., 2003). Необходимо отметить, что в 97% случаев клинико-неврологические и психопатологические проявления таких расстройств в детском и подростковом возрасте компенсируются лишь частично, трансформируясь в разнообразные расстройства по-ведения и прежде всего в аддиктивном (ранняя алкоголизация, наркотизация, сексуальные девиации, кибераддикции)

Катамнестические исследования подтверждают (Wender P. et al., 1968), что не-смотря на возможное нивелирование с возрастом специфического неврологического дефицита и снижение гиперактивности (либо благодаря терапии, либо с началом под-росткового периода), у большинства пациентов симптомы ММД могут сохраняться ли-бо ассоциироваться со злоупотреблением психоактивными веществами, развитием личностных и невротических расстройств, делинквентным поведением.

Лонгитюдные исследования В.А. Барановой (2007), убедительно доказывают со-хранность «энцефалопатических» и «дизонтогенетических» психопатологических про-явлений ММД у 95% пациентов в возрасте 22-25 лет, наблюдавшихся в возрасте 7-8 лет с данным диагнозом в психоневрологическом диспансере. При этом декомпенсация за-болевания происходила самопроизвольно либо под действием психосоциальных трав-мирующих факторов.

При этом, анализ межструктурного взаимодействия корковых зон головного мозга по результатам компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ – активности и других количественных методах в той или иной степени может способствовать выяв-лению специфических нейрофизиологических паттернов, характерных для ММД и от-ражающих определенный уровень адаптационной организации «растущего мозга».

Целью настоящего исследования являлась комплексная оценка клинико-нейрофизиологических проявлений минимально-мозговой дисфункции у детей 8-16 лет.

В исследовании приняли участие 30 больных детей, находившихся на стацио-нарном лечении ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница №2» г. Ульяновск. Лиц мужского пола было -18, женского – 12. Возраст больных колебался от 8 до 17 лет.

Минимально-мозговая дисфункция вследствие резидуально-органического поражения ЦНС проявлялась церебрастеническим синдром у 6 больных, невозоподобная симптоматика отмечалась у 9 чел., когнитивные расстройства различной степени выраженности наблюдались у 5 чел., энурез был диагностирован у 3 чел., дизартрия отмечалась у 3 чел., синдром дефицита внимания с гиперактивностью наблюдался у 3 чел., логоневрозом страдал 1 чел.

Наряду с оценкой психического, неврологического и общесоматического статусов, клинико-анамнестических данных, оценки клинико-лабораторных показателей, всем пациентам проводилась оценка качественно-количественных показателей ЭЭГ на аппаратно-программном комплексе «Нейросенсор Нейро-КМ».

Пренатальный период более чем у половины пациентов характеризовался явно патологическим фоном (анемии, ХФПН, пиелонефрита, угрозы выкидыша, ИППП).

Типичными жалобами являлись эмоциональная лабильность, раздражительность, импульсивное поведение, речь с запинками, трудности в учебе, плохую память, повышенную утомляемость, сниженную работоспособность, беспокойный сон, периодические головные боли.

Неврологический статус у большинства пациентов характеризовался наличием рассеянной очаговой микросимптоматики. Психический статус детей анализируемой группы отличался эмоциональной лабильностью более, чем у половины обследованных, неустойчивостью внимания, конкретизированностью мышления, повышенным до легкого либо среднего уровнем тревожности, сложностью социальной адаптации.

Запись ЭЭГ производилась в различных функциональных состояниях: спокойного бодрствования при закрытых глазах, на фоне проб «с открытыми и закрытыми глазами». Кроме этого, поводилась проба с ритмической фотостимуляцией с частотой мельканий световых стимулов от 3 до 18 Гц и проба с гипервентиляцией в течение 2 минут).

В ходе наблюдения выявлено, что все исследуемые имели те или иные нейрофизиологические, психофизиологические отклонения в деятельности ЦНС. При анализе отдельных характеристик ЭЭГ был установлен ряд признаков, свидетельствующих о существовании некоторой задержки формирования БЭА головного мозга при ММД. Так, средняя частота альфа-ритма в ЭЭГ детей с ММД начиная с возраста 7-8 лет, была на 0,4-0,6 Гц ниже, чем в контрольной группе; в младших возрастных группах детей с СДВГ (5-6 и 7-8 лет) амплитуда основного ритма превышала нормативные значения на 20 мкВ. Уровень медленноволновой активности при СДВГ во все возрастные периоды был увеличен. Высокая распространенность (в среднем – у 40%) во все возрастные периоды выраженной и массивной реакции на пробу с гипервентиляцией можно расценить как указание на недостаточный уровень зрелости системы взаи-

мосвязей между корой и глубинными структурами мозга при ММД. Наряду с отмечающейся задержкой формирования одних частотных диапазонов (тета-, альфа-, «затылочного» бета2-) в среднем на 2-4 года, наблюдается своеобразный характер возрастной динамики других частотных составляющих ЭЭГ (дельта-, бета2- в лобно-центральных областях).

Количественный анализ частотно-амплитудных характеристик альфа-ритма по-казал, что у детей с ММД он менее стабильный и более высокоамплитудный, чем у здоровых детей. В возрасте 7-9 лет отмечаются негрубые изменения ЭЭГ в виде повышенной синхронизации альфа-ритма (более 80 мкВ), большей, чем в норме, представленности пароксизмальных вспышек, а также медленных волн в затылочных отделах.

Таким образом, поведенное исследование показывает наличие нейрофизиологи-ческой специфичности, характерной для ММД и требует продолжения кросскорреляционных исследований межполушарной и межструктурной биоэлектрической активности головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ СНА У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Сафонова Н.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Было обследовано 187 больных среди них 72 мужчины и 115 женщин, в возрасте от 48 до 91 лет (средний возраст составил 68,6±1,5) с выявленными при МРТ головного мозга лакунарными инфарктами (ЛИ). В первую группу вошли больные с единичными лакунами, а во вторую- с множественными ЛИ. У всех пациентов имелась различная неврологическая симптоматика. Все пациенты были консультированы психологом и психиатром для уточнения выраженности аффективных и когнитивных нарушений, проводилась оценка выраженности присутствующих сопутствующих кардиологических и респираторных расстройств. Все пациенты были также обследованы неврологом, им были проведены УЗДГ ТКДГ, либо ДС БЦА, ЭЭГ, выполнено суточное мониторирование ЭКГ и АД. Также была проведена оценка всех принимаемых препаратов для выявления потенциально опасных для развития нарушений сна.

При опросе выяснено, что неудовлетворенность своим сном отмечает 70 женщин (60%) и 31 мужчина (44%), т.е. по нашим данным у 101 пациентов из 187 (56%) выявлены нарушения сна той или иной степени выраженности.

Затруднения засыпания были отмечены у 60 человек из 101, поверхностный и прерывистый сон по данным анамнеза выявлен у 50% больных, неприятные сновидения отмечали 5 больных, беспокойство и тревогу при пробуждении – 20, а 4 больных отметили «отсутствие» сна в течение всех ночи, ранние пробуждения беспокоили 25% пациентов.

При обследовании по данным МРТ у 78 пациентов (78%) были выявлены очаги в больших полушариях, у 3- в стволе, у 3 – в мозжечке, 5 пациентов зафиксированы очаги в больших полушариях и стволе, у 11- в больших полушариях и мозжечке. У большинства пациентов зарегистрирована двухсторонняя локализация очагов. У 23 больных (23%) выявлены левосторонние очаги, а у 16 (16%)-правосторонние.

По данным психиатра у 37 человек (36%) было диагностировано астено-депрессивное состояние, а у 7 (7%) – тревожно-депрессивное.

При неврологическом осмотре у больных выявлена различная очаговая неврологическая симптоматика, интеллектуально -мнестические нарушения (ИМН), в том числе и у больных с единичным лакунарным инфарктом головного мозга. У 2 больных ИМН достигали степени деменции. При этом у одного пациента имела место инверсия сна с выраженной дневной сонливостью. Кроме того, при наличии ИМН у трети было выявлено неадекватное восприятие качества своего сна.

Ночное апное по данным суточного мониторирования ЭКГ И АД было зарегистрировано у 10 больных (10%), преобладание ночных аритмий, в виде преимущественно желудочковых экстрасистол, было выявлено у 3 больных (3%.) Также по данным мониторирование 5 больных были «нондипперами», т.е., АД ночью у них не снижалось, что также могло нарушать сон.

Практически у всех пациентов были назначены препараты потенциально опасные для возникновения расстройств сна : бета-блокаторы, гиполипидэмические средства. 5 больных получа-

ли препараты L-тироксина. 25 пациентам были назначены ноотропы.

Таким образом, расстройства сна у пожилых больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения достаточно распространены и в большинстве случаев имеют смешанный характер. Чаще нарушения сна отмечаются у женщин, с двухсторонним многоочаговым поражением головного мозга. В трети случаев расстройства сна являются вторичными. Также в большом проценте случаев имеет место ятрогенная диссомния. Коррекция выявленных нарушений не всегда полностью возможна, однако, тщательный опрос и обследование этой категории больных позволяет составлять максимально полную программу реабилитационных мероприятий и избегать необоснованного назначения гипнотиков.

При наличии хронической сосудистой мозговой недостаточности с ухудшением кровообращения в зоне мозговых структур, регулирующих цикл сон-бодрствование, нельзя забывать о необходимости регулярных повторных курсов вазоактивной, нейрометаболической, общеукрепляющей терапии у пациентов пожилого возраста.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Синицына К.В.

Иваново
ИвГМА

Рассеянный склероз (РС) – хроническое, прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, развивающееся преимущественно у лиц молодого возраста, сопровождающееся высокой степенью инвалидизации, требующее длительного дорогостоящего лечения. РС – единственное неврологическое заболевание, которое входит в федеральную программу «Семь нозологий» для бесплатного обеспечения препаратами изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС). У больных РС часто развиваются нарушения эмоционально-аффективного спектра, в том числе депрессии, которые по данным разных авторов составляют 25%-55%. Депрессивные расстройства утяжеляют течение соматической патологии, усложняют клинические проявления, снижают эффективность лечения, повышают риск осложнений, частоту обострений, ухудшают комплаенс, являются одной из главных причин суицидов. Вместе с тем диагностике депрессивных расстройств и прогнозированию их развития у больных с начальными стадиями РС уделяется недостаточно внимания.

Цель исследования: Изучить факторы риска развития депрессивных расстройств у больных с начальными формами РС в амбулаторно-поликлинических условиях общесоматической сети и уточнить их прогностическое значение.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с достоверным диагнозом РС (по критериям McDonald W.I., 2005), ремиттирующим типом течения, из них 55 (55%) женщин, 45(45%) мужчин, возраст 27+-2,3 года, длительность заболевания составила 4,5+-2,2 года. Комплексное исследование включало скрининговую анкету для выявления риска расстройств аффективного спектра, оценочную шкалу депрессии Гамильтона, опросник психического состояния (согласно рекомендациям МЗ и Соцразвития РФ, ФГУ Московского НИИ психиатрии Росздрава, 2008). Диагноз депрессивных расстройств определялся в соответствии с критериями МКБ 10. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistika 6,0.

Результаты. Депрессивные расстройства встречались чаще у женщин, чем у мужчин в 2,3 раза (70% против 30%), у неработающих и одиноких пациентов в 3 раза чаще. Распространенность депрессии была наиболее высокой у больных с сопутствующей патологией, особенно сопровождающейся вегетативной дисфункцией (64%), а так же при наличии алгических синдромов (42%). Риск развития депрессии повышался у пациентов, имевших в анамнезе социофобии и стрессовые ситуации в семье до достижения больным 15 летнего возраста (24%). У большинства пациентов выявлялись тревожные расстройства (26%); повышенная утомляемость, астения, снижение трудоспособности (83%); расстройство сна (59%), которые возникали до развития депрессии. У 62% больных очаги демиелинизации располагались в лобно-височных областях головного мозга.

Таким образом, выявление факторов, позволяющих прогнозировать развитие депрессивных расстройств у больных РС в начальных стадиях заболевания в амбулаторно-поликлинической практике первичной медицинской сети, является актуальной задачей, требующей дальнейшего изучения.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Табулина С.Д., Липатова Л.В., Шмелева Л.М., Киссин М.Я., Коровина С.А.

Санкт-Петербург
ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ,
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Среди психических нарушений непсихотического уровня, сопутствующих височной форме эпилепсии, наиболее часто встречаются депрессивные и тревожные расстройства (Мухин К.Ю., 2003; Taher T.R., 2005; Mazarati A.M., 2010; Bilgi M.M., 2010; Hayase T., 2011), что оказывает существенное влияние на психоэмоциональное состояние больных и течение заболевания. В некоторых случаях ассоциированные с эпилепсией непсихотические психические расстройства (НПР) являются ведущими в клинической картине заболевания, что затрудняет диагностику (Garbelli R., 2011) и выбор адекватной терапии.

Цель исследования: исследовать частоту встречаемости НПР у больных височной эпилепсией и разработать тактику лечения этих расстройств.

Материал и методы: обследовано 129 пациентов с височной формой эпилепсии в возрасте от 18 до 50 лет. Всем пациенты проведено клинико-психопатологическое обследование с использованием клинических шкал и самоопросников, направленных на выявление и оценку тревоги и депрессии (HAMA, MADRS, шкала депрессии Бека (BDI), клиническая шкала для оценки тревоги и депрессии (HADS)), ЭЭГ-исследование.

Результаты. У 87 человек (67,4%) отмечались частые (до нескольких в день) парциальные и вторично-генерализованные судорожные приступы. НПР были диагностированы у 109 (84,5%) обследованных пациентов. Аффективные припадки были зафиксированы у 90 человек (69,8%). В структуре приступа у 68 (52,7%) больных преобладала тревога, у 19 (14,7%) – депрессия, у 26 (20,2%) – тревога и депрессия и у 3 (2,3%) – дисфорические нарушения. Симптомы тревожного расстройства выявлены у 95 (73,6%) больных, среди которых у 19 (14,7%) – тревожные расстройства легкой степени тяжести, у 49 (38%) – средней степени тяжести, у 20 (20,9%) – тяжелые. Симптомы депрессии различной степени выраженности отмечались у 75 (58,1%) обследованных. Существенным является тот факт, что сами пациенты недооценивали степень выраженности у них депрессии, при том, что оценка уровня депрессии клиницистом была выше.

В группе пациентов с правосторонней локализацией эпилептического очага (по данным ЭЭГ) чаще наблюдались расстройства депрессивного, дисфорического и эксплозивного характера, при левосторонней – преобладали тревожные, тревожно-фобические и тревожно-ипохондрические симптомы, не достигающие степени статистической значимости. У них чаще отмечались психические нарушения средней и тяжелой степени выраженности.

На момент обследования все пациенты получали антиэпилептическую терапию в режиме моно- и политерапии. Препаратами выбора для больных височной эпилепсией с верифицированными НПР различной степени выраженности явились антиэпилептические препараты (АЭП) с доказанным тимолептическим эффектом: карбамазепины (36% больных), окскарбазепин (10,4%), вальпроаты (25,4%), ламотриджин (22,0%), бензодиазепины (7,2%). Их назначение существенно снизило проявления аффективных нарушений – у больных отмечались НПР только легкой степени выраженности. Пациентам с тревожными и депрессивными НПР средней и тяжелой степени выраженности проводилась комбинированная медикаментозная терапия с использованием антипсихотиков и антидепрессантов (преимущественно, из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)). Нами, в частности, для лечения депрессивных расстройств у больных эпилепсией применялся эсциталопрам в суточной дозе 10 мг в течение 60-90 дней. Выбор этого антидепрессанта, как и ряда других СИОЗС, обусловлен наименьшей вероятностью проконвульсивного действия у больных эпилепсией

(Montgomery S.A., 2005) и возможностью потенцирования процессов нейрогенеза в герминативных зонах гиппокампа вследствие повышения концентрации нейротрофического фактора головного мозга BDNF (brain-derived neurotrophic factor) в ликворе и плазме крови больных эпилепсией (Cattaneo A. и соавт., 2010).

Лечебная тактика, сочетающая медикаментозную терапию и психокоррекционную работу с больными, позволила сократить частоту припадков более, чем 50% и добиться значительного регресса выраженности аффективных нарушений тревожно-депрессивного круга у 76% наблюдаемых.

Выводы: в связи с высокой частотой встречаемости тревожных и депрессивных непсихотических расстройств при височной эпилепсии целесообразным является проведение скрининговой диагностики наличия этих симптомов с использованием разработанных шкал-опросников. Для коррекции аффективных нарушений средней и тяжелой степени выраженности необходимым является назначение психофармакотерапии с использованием антипсихотических препаратов и антидепрессантов. Проведение психокоррекционной работы с пациентами значительно уменьшает выраженность тревожно-депрессивных расстройств при височной эпилепсии и обучает пациентов правильно различать эти нарушения и контролировать их развитие.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОЛОГИЧНЫХ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА

Хлебоказов Ф.П., Махров М.В., Докукина Т.В., Королевич П.П., Космачева С.М., Игнатенко С.И., Потапнев М.П.

Минск, Республика Беларусь
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
«Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий»,
Белорусский государственный мед. университет

Терапия эпилепсии с помощью фармацевтических препаратов эффективна у 65-70% пациентов, поэтому постоянно требуется разработка новых лекарственных средств и лечебных технологий. В течение последнего десятилетия активно разрабатываются методы клеточной терапии, в частности, трансплантация мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК) с целью замещения в организме поврежденных клеток и структур и восстановления функции различных органов. Недифференцированные ММСК оказывают противовоспалительное, трофическое и иммуносупрессорное действие. При наличии повреждения в организме ММСК мигрируют в область деструкции и под влиянием микроокружения дифференцируются в тканеспецифичные стромальные и специализированные клетки. Нейрогенно дифференцированные ММСК человека выделяют нейротрофический фактор головного мозга, который оказывает нейропротективное действие на нервные клетки, что способствует уменьшению частоты и тяжести эпилептических приступов.

Целью наших исследований была предварительная оценка безопасности и эффективности применения наращенных in vitro аутологичных ММСК у пациентов с симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2013 гг. под наблюдением находились 10 пациентов (6 мужчин и 4 женщины) с фармакорезистентными формами симптоматической эпилепсии. Забор биологических материалов и введение ММСК проводились на основании информированного согласия пациента. Возраст пациентов от 23 до 46 лет, длительность болезни от 7 до 29 лет. Нейроинфекция являлась этиологическим фактором у 4-х пациентов, у 4-х – перинатальная патология, черепно-мозговая травма – у 2-х.

Для исследования функционального состояния головного мозга, пациентам в динамике проводилась электроэнцефалография (ЭЭГ) и видеомониторирование ЭЭГ.

Для оценки когнитивных функций использовался тест MMSE, «таблицы Шульте», «счет по Крепелину», методика запоминания 10 слов Лурия А.Р. Исследование тревожности проводилось при помощи теста «Шкала реактивной и личностной тревожности» [1].

Для получения аутологичных ММСК осуществляли забор 40 мл костного мозга под местной анестезией из гребня подвздошной кос-

ти. Костномозговой пунктат транспортировали в специализированную лабораторию для выделения ММСК из фракции мононуклеаров методом адгезии на пластике и последующего культивирования в течение 3-5 недель (2-3 пассажа) в питательной среде альфа-МЕМ с рибонуклеозидами и глютамаксом (Sigma, Invitrogen), 5% сыворотки АВ (IV), 100 ед./мл пенициллина, 100 мкг/мл стрептомицина. В процессе культивирования контролировали стерильность, оценивали морфологию и пролиферативную активность клеток.

Нейрогенную дифференцировку части выросших in vitro ММСК проводили путем дополнительного культивирования в среде Neurocult-XF proliferation medium (StemcellTech.) в течение 7 дней. Контроль качества ММСК перед введением включал стерильность, фенотипический контроль клеток, для нейродифференцированных ММСК – наличие генетических маркеров нейродифференцировки (нестин, NSE). Введение аутологичных ММСК осуществляли в условиях стационара на фоне стандартной противоэпилептической терапии с определением концентрации препаратов в крови. С целью уменьшения риска побочных эффектов трансплантацию ММСК пациентам проводили в 2 этапа.

Первый этап. Трансплантация аутологичных недифференцированных ММСК: однократное медленное внутривенное введение 40,0 – 101,0 млн. (в среднем 68,2±8,48 млн.) клеток в 20 мл раствора натрия хлорида 0,9% для инфузий, содержащего 5% аутологичной сыворотки. Жизнеспособность клеток в трансплантате составляла 98,1±0,26%. Более 95% ММСК экспрессировали маркеры CD105, CD90, и менее 5% – CD45, CD34. За время наращивания клеточной массы количество клеток увеличилось в среднем в 1,04x105 раза.

Второй этап. Через 5-7 дней после первой трансплантации пациенту вводили в спинномозговой канал 2,7-8 млн. (в среднем 6,34±0,72 млн.) нейроиндуцированных ММСК в 5 мл раствора натрия хлорида 0,9% для инфузий, содержащего 5% аутологичной сыворотки. Жизнеспособность клеток составляла 98,8%. Процедуру проводили при укладывании пациента на кушетку на бок, на уровне промежутка позвонков L3-L4 под местной анестезией 0.5% раствора новокаина.

Результаты трансплантации аутологичных ММСК оценены в сроки наблюдения от 12 до 15 месяцев после их введения. Состояние пациентов оценивали в соответствии с клиническими, нейрофизиологическими и патопсихологическими критериями.

Результаты. Все пациенты хорошо перенесли процедуру забора костного мозга и трансплантацию ММСК: побочных эффектов или аллергических реакций зафиксировано не было.

При анализе тяжести и частоты приступов до лечения и через 12-15 месяцев после трансплантации ММСК выявлено, что у 30% пациентов наступила ремиссия приступов (более 6 месяцев), а у 80% пациентов в целом достигнуты удовлетворительные результаты лечения. У большинства пациентов происходила трансформация генерализованных судорожных приступов в сложные и даже простые парциальные. У 5 из 10 пациентов отмечалось уменьшение когнитивных нарушений, а уровень ситуативной и личностной тревожности стал ниже у 6 из 10 пациентов в сроки 12 и более месяцев после трансплантации ММСК.

Анализ изменений ЭЭГ свидетельствует, что снижение пароксизмальной активности более чем на 50% через 12 месяцев после трансплантации ММСК наблюдалось у 6 из 10 пациентов. У всех 3-х пациентов с клинической ремиссией наблюдалось снижение уровня пароксизмальной активности, количества и амплитуды вспышек.

Обсуждение. В исследовании мы представили первые результаты клинического применения трансплантации аутологичных ММСК у пациентов с резистентной эпилепсией в Республике Беларусь. Наше исследование еще не завершено, но полученные данные ясно продемонстрировали безопасность трансплантации аутологичных ММСК для лечения резистентной эпилепсии. Мы не наблюдали побочных действий и нежелательных реакций в месячный срок после трансплантации клеток. Более того, отмечался ряд положительных клинических и нейрофизиологических эффектов (в том числе ремиссии приступов в течение более 6 месяцев).

Интересен тот факт, что частота и тяжесть приступов, а также данные патопсихологических методик продемонстрировали более очевидный положительный эффект не через 3, а через 12 месяцев после трансплантации ММСК.

Конечно, приведенные данные являются недостаточными, чтобы рекомендовать клеточную терапию эпилепсии для широкого применения. Дополнительные исследования должны быть сделаны для определения эффективности протокола клеточной терапии у пациентов с резистентной эпилепсией, для определения более четких показаний и определения целесообразности повторных курсов клеточной терапии.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНЫМ ТРЕМОРОМ

Шубина Ю.В., Захаров Д.В., Михайлов В.А.

Санкт-Петербург,
ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Осуществление междисциплинарного подхода к лечению хронически протекающих заболеваний нервной системы, таких как эссенциальный тремор (ЭТ), включает проведение психосоциальной реабилитации. Поскольку психосоциальное функционирование пациентов с ЭТ определяется не только степенью выраженности дрожательного гиперкинеза, ограничивающего повседневную активность пациента, но и различными личностными характеристиками, необходима комплексная оценка данных показателей. Однако исследования, посвященные изучению социального функционирования пациентов с ЭТ, немногочисленны.

Цель исследования: изучить влияние психологических особенностей, показателей качества жизни на социальное функционирование пациентов с эссенциальным тремором.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 35 больных, средний возраст которых составил 67,7±13 лет, стаж заболевания 12±5 лет, с преобладанием кинетического компонента тремора над постуральным. Диагноз ЭТ устанавливался согласно диагностическим критериям Общества «Movement Disorder Society on tremor». Тяжесть тремора по шкале ETRS для группы составила в среднем 48±10 баллов. Для оценки психологических особенностей использовались Шкала депрессии Бека, Шкала ситуативной и личной тревожности Ч. Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина, Опросник психологического дискомфорта, связанного с тремором (Traub et al., 2010), Опросник социальной дезадаптации, связанной с тремором (Bain et al., 1993), а также для обследования качества жизни SF-36.

Результаты. В исследуемой группе отмечен высокий уровень депрессии, который соответствовал в среднем 44% умеренной степени и 35% средней степени тяжести, высокие значения ситуационной (47,5баллов±6,3) и личностной тревожности (50баллов±5), а также выраженную степень психологического дискомфорта, связанного с тремором (69%).

Физический компонент здоровья (PH48,7±9,2) был оценен в среднем выше, чем психологический компонент (MH) – 40,5±12,5. Низкие значения по шкалам Ролевого функционирования, обусловленного физическим (RP) и эмоциональным состояниями (RE) тесно коррелируют со степенью выраженности тревожно-депрессивной симптоматики. Однако для данной группы больных характерна высокая степень жизненной активности (VT62,5±14,1) и социального функционирования (SF 55,8±16,2).

При оценке уровня психологического дискомфорта и выраженности двигательных нарушений 22% пациентов из обследуемой группы испытывали смущение, дискомфорт, связанный с тремором, и 41% – как физические проблемы, так и психологические, связанные с тремором. При этом только 11% больных ЭТ отметили преобладание физических проблем.

Выводы: Психологические особенности, показатели качества жизни оказывают значительное влияние на степень нарушений социального функционирования пациентов с ЭТ, сопоставимых по тяжести дрожательного гиперкинеза. Поэтому в программу реабилитации данной категории больных рекомендовано привлечение психологов, психотерапевтов для осуществления индивидуального подхода, коррекции психосоциальных нарущений.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Яковлева Ю.А.

Санкт-Петербург
ФГБУ «СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ»

Актуальность: Эпилепсия является патологией, относящейся как к неврологии, так и к психиатрии (А.И. Болдырев, 1983; Т.А. Рогачева, 1987, 2006; В.А. Карлов, 1995; В.В. Калинин, 2005; М.Я. Киссин, 2007; Н.Г. Незнанов, 2009 и др.). Психические нарушения отмечаются у s детей и подростков, страдающих эпилепсией, и даже при отсутствии приступов являются одной из главной причин их социальной дезадаптации и последующей инвалидизации. Наиболее актуальными в подростковом возрасте являются нарушения в эмоционально-волевой сфере пациентов (Малинина Е.В.,2006, Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В., 2009, Helmstaedter C., 2002). Структура подобных нарушений у детей и подростков достаточна разнообразна: по нашим данным, дистимии отмечаются в 30 – 35% случаев, в 17- 20% выявляются дисфорические состояния, депрессии – в 12%, тревога – в 40%, также отмечаются единичные случаи эйфории (Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В., 2009). Кроме этого, актуальными являются также нарушения в интеллектуальнльно-мнестической сфере и нарушения речи, которые по разным данным, составляют 30 – 70% (Мухин К.Ю., 2004; Яковлева Ю.А., Яковенко В.В.; 2005; Малинина Е.В.,2006). Дети с эпилепсией имеют более высокий риск когнитивного дефицита. За последние 25 лет показано, что дети с эпилепсией (мальчики чаще девочек) испытывают более выраженные трудности школьного обучения, чем их здоровые сверстники или дети с другой хронической патологией (бронхиальная астма или мигрень) (Воронкова К.В., 2005, С.В. Балканская, В.М. Студеникин, Л.М. Кузенкова, О.И., 2007, Wallace S.J., Farrell K., 2004, Arzimanoglou A., Guerrini R., Aicardi J., 2004). В терапии эмоциональных и когнитивных нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией необходим комплексный бригадный подход, включающий медикаментозную (противосудорожную, патогенетическую и симптоматическую) терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия.

Цель работы: разработать программу полипрофессиональной терапевтической и реабилитационной помощи детям и подросткам, страдающим эпилепсией с учетом мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы: : в разработке программы участвовали 108 пациентов (67 мальчиков и 41 девочка), находившимися на стационарном и амбулаторном лечении в отделении подростковой психиатрии в период с 2009 по 2014 год.

Результаты и обсуждение: выделены следующие принципы терапевтической и психолого-педагогической помощи детям и подросткам страдающим эпилепсией:

1. Лечение когнитивных и эмоционально-волевых расстройств, свойственных эпилепсии неразрывно связано с лечением основного заболевания и его успешностью. Необходимо назначение противосудорожной терапии адекватной форме эпилепсии

2. При выборе препарата детям следует учитывать тот факт, что последствия фармакотерапии могут влиять на всю их последующую жизнь. Целесообразно отдавать преимущество препаратам с нормотимическим и ноотропным эффектом, в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению.

3. Дополнительную (противоорганическую, ноотропную, сосудистую) терапию непсихотических психических нарушений при эпилепсии у подростков следует проводить без отмены противосудорожной терапии (кроме случаев психических нарушений в связи с антиконвульсивной терапией, где необходима коррекция дозировок, смена или отмена препаратов).

4. Полиэтиологичность природы психических расстройств при эпилепсии ограничивает возможности их фармакотерапии. Сочетание с медикаментозной терапией психотерапии (индивидуальной, групповой и семейной), а также программы поведенческой, психологической, коррекционно-педагогической реабилитации детей и подростков улучшает их качество жизни и увеличивает ресурсы социальной адаптации.

5. Реабилитационные мероприятия целесообразно проводить полипрофессиональной груп-

пой (бригадой), в состав которой входят психиатр, невролог, клинический психолог, психотерапевт, социальный работник.

6. Программы реабилитации должны состоять из нескольких этапов: подготовительный/диагностический, реабилитационный (индивидуальные и групповые психотерапевтические и психообразовательные занятия с пациентами и их родителями), и заключительный. На всех этапах социально-реабилитационной программы каждый член команды выполняет свои задачи, ведущие к достижению общей цели. Эффективность работы группы во многом зависит от согласованного взаимодействия участников, их умения объединить свои возможности (компетенции), обеспечить преемственность на дальнейших этапах лечения. В практику всех лечебных учреждений, в которых функционируют полипрофессиональные бригады, должны быть введены регулярные групповые обсуждения лечебно-реабилитационных планов и их последующего выполнения в отношении каждого находящегося под наблюдением пациента

7. Психосоциальное воздействие может быть осуществлено на любом этапе оказания психиатрической помощи, более раннее внедрение приводит и к более благоприятному исходу заболевания.

Выводы: Выделенные принципы позволяют разработать комплексную программу терапевтической и реабилитационной помощи детям и подросткам, страдающим эпилепсией с учетом междисциплинарности заболевания, необходимости наблюдения пациентов несколькими специалистами (невролог, психиатр, психолог) и выработкой ими единой тактики лечения и последующей социальной адаптации пациентов данного контингента.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Якунина О.Н., Липатова Л.В.

Санкт-Петербург
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Цель исследования: Изучение особенностей личности мужчин и женщин разных возрастных групп, страдающих эпилепсией. Особенности когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы больных эпилепсией имеют полифакторную обусловленность клиническими, психологическими и социально-демографическими факторами. Одними из таких факторов являются возрастные и гендерные характеристики больных эпилепсией. Изучение особенностей личности больных эпилепсией разных возрастных групп актуально в связи с задачами психологической коррекции и реабилитации.

Материал и методы: Обследовано 142 больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания в возрасте от 15 до 64 лет, из них мужчин – 61, женщин – 81. Все больные разделены на три возрастные группы: 1-я – 15–21 год (41 человек), 2-я – 22–44 года (82 человека), 3-я – 45–64 года (19 человек). Распределение пациентов по этим возрастным группам сохранялось для мужчин и женщин.

Для оценки когнитивной сферы использованы следующие методики: цифровая корректурная проба, методика «10 слов» и тест визуальной ретенции Бентона, методика «Исключение лишнего предмета», методика Векслера. Для оценки особенностей эмоционального реагирования и поведения применялись: методика самооценки функционального состояния (САН), семантический дифференциал Д.Фельдеса (СДФ), методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), методика Розенцвейга, Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI), методика Э.Хайма.

Результаты и их обсуждение: Результаты сравнительного и корреляционного анализа показывают, что по мере увеличения возраста больных эпилепсией усиливается торпидность психической деятельности, неустойчивость внимания, ослабление памяти. Это выражается в увеличении количества ошибок в цифровой корректурной пробе ($r=0,37$; $p\leq0,01$), снижении продуктивности запоминания ряда из 10 слов ($r=-0,41$; $p\leq0,01$) и геометрических фигур ($r=-0,51$; $p\leq0,01$). Выявляется снижение шкальных оценок субтестов методики Векслера «Шифровка» ($r= -0,26$; $p\leq0,05$), «Повторение цифр» ($r=-0,30$; $p\leq0,05$), «Недостающие детали» ($r=-0,36$; $p\leq0,01$). Имеются достоверные различия успешности выполнения субтеста «Шифровка» у пациентов 1 и 3 группы (8,20±0,46 и 6,53±0,38;

p≤0,046) и теста визуальной ретенции (6,73± 0,33 и 5,37±0,51;p≤0,047). Эти данные свидетельствуют о достоверных различиях уровня зрительной памяти и зрительно-моторной координации у пациентов младшей и старшей возрастной группы, причём эти тенденции сохраняются как в группе мужчин, так и женщин. У пациентов старшей возрастной группы ослабление когнитивных функций связано с дисциркуляторными нарушениями. Проявление общей возрастной закономерности усиливается влиянием длительности течения заболевания. Дезорганизация деятельности головного мозга больных эпилепсией происходит как в процессе его эпилептизации при длительном течении заболевания, так и возрастных изменений.

При исследовании эмоциональной сферы больных эпилепсией также выявляются возрастные закономерности. По мере увеличения возраста пациентов происходит снижение оценок по всем факторам методики «САН». Пациенты старшего возраста склонны оценивать свое самочувствие как плохое. Оценка по фактору самочувствие в трёх возрастных группах соответственно равна (49,9; 47,6; 42,2). С возрастом усиливаются астенические проявления, снижается настроение. По данным методики MMPI по мере развития заболевания и увеличения возраста больных усиливаются такие свойства как повышенная фиксация на болезненных ощущениях, снижение настроения, тревожность, социальная интроверсия и др. Эти особенности наиболее выражены у женщин. Получены достоверные различия между группами больных по шкалам Hs, D, Hy и Si. Обнаружены значимые различия показателей шкалы Hs в 1 и 3 группе (63,38±2,69 и 78,43±2,67; p≤0,002), шкалы D (66,13±3,20 и 80,14±4,00; p≤0,021) и шкалы Hy (62,63±2,32 и 71,93±2,83; p≤0,042). Имеются также достоверные различия по шкале Hy между 2 и 3 группой (61,83±1,36 и 71,93±2,83; p≤0,012). Уровень социальной интроверсии (шкала Si) значимо различается в 1 и 3 группе (55,44±1,90 и 67,21±2,47; p≤0,002) и во 2 и 3 (58,39±1,33 и 67,21±2,47; p≤0,017). Выраженность личностных изменений достигает статистической значимости в группе больных, у которых одновременно больше и возраст пациентов, и длительность заболевания. Для них характерны ипохондрия, снижение настроения (r=0,27; p≤0,05), социальная интроверсия (r=0,27; p≤0,05), склонность к формированию чувства собственной неполноценности. У пациентов пожилого возраста более высок уровень боязливости, опасливости и страхов, им более свойственен пессимистический самопрогноз (r=0,39; p≤0,05). С увеличением возраста пациентов более частыми становятся экстрапунитивные реакции в ситуациях фрустрации (r=0,27; p≤0,05). Для больных старшей возрастной группы характерно доминирование самозащитного типа эмоционального реагирования в методике Розенцвейга. По данным методики «ТОБОЛ» во всех возрастных группах больных преобладает сенситивный тип отношении к болезни (С), но у пациентов младшей возрастной группы чаще выявляется анозогностический тип отношения к своему заболеванию (З). При изучении механизмов совладающего поведения методикой Э. Хайма было обнаружено, что при увеличении возраста пациентов уменьшается процент адаптивных когнитивных копинг-стратегий по типу сохранения самообладания (20,5; 12,5; 10,5, соответственно), а также по типу диссимуляции (17,9; 8,3 и 5,3). Увеличивается процент стратегий по типу установки собственной ценности (2,6; 8,3 и 10,5). Здесь и далее полученные результаты отражают определённые тенденции, но не имеют статистической достоверности. Имеются гендерные различия в когнитивных копинг-стратегиях. У мужчин преобладают стратегии по типу проблемного анализа (24,1%) и сохранения самообладания (14,8%). Они чаще склонны анализировать ситуацию и не терять самообладание в сложных жизненных обстоятельствах. У женщин преобладают реакции по типу диссимуляции (16,7%) и религиозности (19,4%). При оценке удовлетворённости семейными отношениями женщины чаще склонны рассматривать их как неудовлетворительные, что можно объяснить большей потребностью женщин в сопереживании и утончённостью эмоцио-нального реагирования. С увеличением возраста больных снижается процент адаптивных эмоциональных копинг-стратегий оптимизма (53,8; 48,8; 36,8) и увеличивается число реакций по типу эмоциональной разрядки (0; 4,9; 5,3) с возникновением состояния отчаянья. У мужчин во всех возрастных группах почти не встречается реакций по типу эмоциональной разрядки. У пациентов старшей возрастной группы чаще встречаются поведенческие копинг-стратегии по типу отвлечения (17,9; 23,6; 31,6) и обращения (15,4; 16,7; 31,6). Снижается процент таких

адаптивных стратегий совладающего поведения как сотрудничество (23,1;11,1; 5,3). У женщин преобладающей стратегией поведенческого копинга являются обращение (20,8%) и отвлечение (19,4), а у мужчин на первое место выступает стратегия отвлечения (29,6%) и сотрудничества (16,7).

Выводы: Проведённое исследование показывает, что у больных эпилепсией имеются возрастные и гендерные особенности когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферы и совладающего поведения. Выявленные нарушения в когнитивной сфере соответствуют общей возрастной закономерности. При прогредиентном типе течения заболевания возрастные изменения по своему вектору совпадают с изменениями, связанными с длительным течением болезни. Гендерные различия менее выражены в интеллектуально-мнестической деятельности и более заметно проявляются в особенностях эмоционального реагирования и поведения. Полученные результаты необходимы для оценки адаптационных возможностей больного, для соответствующего психологического сопровождения и проведения психокоррекционной работы, что позволяет повысить качество лечения, реабилитации и жизни больных эпилепсией.