

УДК 616.89

**ОЦЕНКА АНАМНЕСТИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ ПО РАЗВИТИЮ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ****Софронова Е.Е., Муравьева Е.А., Цыганова А.А.***Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново;  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново*

В статье рассматривается вариант создания диагностической анкеты для оценки анамнестических сведений по развитию психических нарушений при эпилепсии. Данный инструментальный позволит не только подробно собрать анамнез при непосредственном обследовании пациента, но и ретроспективно анализировать медицинскую документацию. Анкета функционально состоит из четырех частей. Первая часть классически содержит сведения о паспортных данных пациента, половой принадлежности, возрасте на момент оценки данных. Вторая часть включает сведения об эпилептическом процессе, лежащем в патогенезе развития психических нарушений у пациента. Третья часть анкеты дает оценку социальному статусу пациента. Это уровень образования (высшее, среднее специальное, среднее общее, незаконченное среднее) и семейное положение (имеет семью, не имеет). Четвертым, самым большим разделом является описание психической сферы пациента. В первую очередь, идет оценка состояния сознания, ориентировки во времени, в пространстве, личности, контактность пациента. Описывается сохранность или измененность сферы ощущений и восприятия, а также мышления – по темпу, логической направленности, содержанию. Важной составляющей является оценка когнитивной сферы – нарушения памяти, интеллекта, критики к собственному состоянию, характеристика внимания (концентрация, истощаемость, отвлекаемость). Одним из компонентов оценки психического статуса пациента в анкете является оценка преобладающего фона настроения (склонность к колебаниям), адекватность эмоций (их выраженность и устойчивость), а также оценка волевой сферы и расстройств влечений. В целом, анкета информативна, проста в использовании, функциональна и может стать надежным подспорьем врачу в практической деятельности.

**Ключевые слова:** эпилепсия, психические нарушения, диагностическая оценка**ASSESSMENT OF ANAMNESTIC DATA ON DEVELOPMENT MENTAL VIOLATIONS AT EPILEPSY****Sofronova E.E., Muravyeva E.A., Tsyganova A.A.***Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo;  
Ivanovo state medical Academy, Ivanovo*

In article the option of creation of the diagnostic questionnaire for an assessment the anamnestic data on development of mental violations is considered at epilepsy. These tools will allow not only to collect in detail the anamnesis at direct inspection of the patient, but also to retrospectively analyze medical documentation. The questionnaire functionally consists of four parts. The first part classically contains data on passport data of the patient, a sex, age at the time of an assessment of data. The second part includes data on the epileptic process lying in pathogenesis of development of mental violations in the patient. The third part of the questionnaire gives an assessment to the social status of the patient. It is education level (the highest, average special, average general, incomplete average) and marital status (has a family, has no). The fourth, biggest section is the description of the mental sphere of the patient. First of all, there is an assessment of a condition of consciousness, orientation in time, in space, the personality, the patient's sociability. Safety or an izmenenmost of the sphere of feelings and perception, and also thinking – on speed, a logical orientation, contents is described. An important component is the assessment of the cognitive sphere – violation of memory, intelligence, criticism to own state, the characteristic of attention (concentration, an exhaustion, an otvlekayemost). One of components of an assessment of the mental status of the patient in the questionnaire is the assessment of the prevailing mood background (tendency to fluctuations), adequacy of emotions (their expressiveness and stability), and also an assessment of the strong-willed sphere and frustration of inclinations. In general, the questionnaire is informative, simple in use, is functional and can be reliable help to the doctor in practical activities.

**Keywords:** epilepsy, mental violations, diagnostic assessment

В настоящее время, когда благодаря современному лечению, примерно две трети больных эпилепсией могут быть свободны от эпилептических приступов, становится очевидной важность других составляющих эпилепсии, которые также значимы для пациента.

Это дисфории, а также когнитивные дисфункции, которые поддаются лечению хуже, чем судороги, а беспокоят больных существенно чаще.

Когнитивные расстройства существенно снижают качество жизни больных. На развитие того или иного типа расстройств при эпилепсии влияет ряд факторов такие как: этиология заболевания, локализация патологического процесса в веществе головного мозга, характер поражения, возраст пациента, гендерные различия, тип, частота и время возникновения приступов, наследственные, психосоциальные факторы, парадоксальное ухудшение течения эпилепсии.

лепсии в результате фармакотерапии. (Шомахова М.М., Лебедев А.В., Ершов А.В., Хомутов В.Е., Гудков А.А., 2011 [1], Калинин В.В., Железнов Е.В., Земляная А.А., 2006, [2], Костылев А.А., Пизова Н.В., Пизов Н.А., 2013 [3], Зенкова А.А., Шатенштейн С.С. 2014 [4].

Нарушение мнестико-интеллектуальной сферы происходит постепенно. На ранних стадиях наблюдается преобладание признаков парциальности поражения психических функций, происходит акцентуирование свойственных больным черт личности, возникает выраженный дефицит внимания, снижается когнитивная гибкость и способность к распределению ресурсов. После чего присоединяются признаки тотальности поражения. Наступает консолидация черт эпилептической личности, которая проявляется полярностью аффекта, прямолинейностью и категоричностью суждений, аккуратностью и старательностью. Наиболее тяжелое проявление нарушения когнитивных расстройств при эпилепсии наблюдается при развитии энцефалопатии, сопровождающейся деменцией, обусловленная накоплением у больных признаков тотального слабоумия. Причем чаще всего этот феномен связывают с естественным старением мозга, выражающемся в цереброваскулярных и нейродегенеративных расстройствах. Таким образом, имеет место иерархичность психических изменений, происходящих на социально-психологическом, психическом, психотическом и психоорганическом уровнях (Бурчинский С.Г., 2013 [5], Менделевич Д.М., Василевская Е.А., 2010 [6], Волов В.В., 2007 [7], Усюкина М.В., Фролова А.В., 2010 [8], Гребенюк Е.Ю., Казенных О.В., 2007 [9]).

В настоящее время явление когнитивного дефицита встречается в 45–50% случаев эпилепсии, среди них 6% пациентов страдают тяжелой формой деменции. Средняя заболеваемость составляет 11,78 на 100000 человек (у мужчин – 13,66 на 100000, у женщин – 8, 46). (Неврология: национальное руководство, 2009 [10]).

Ранняя диагностика когнитивных нарушений предупреждает формирование психического дефекта, который является основным фактором дезадаптации пациента. (Громов С.А., Якунина О.Н., 2015 [11]).

Систематизация структуры заболеваемости деменцией при эпилепсии может оказать существенную помощь в диагностике психических нарушений. Доказательство наличия связи между полом, степенью и формой проявлений когнитивного дефицита позволит специалистам обращать внимание на конкретные черты расстройства

и прогнозировать определенный исход наиболее достоверно.

Для проведения анализа мы разработали анкету оценки анамнестических данных, которая позволила бы проанализировать различные клинические аспекты проблемы.

Данный инструментарий позволит не только подробно собрать анамнез при непосредственном обследовании пациента, но и ретроспективно анализировать медицинскую документацию.

Анкета функционально состоит из четырех частей.

Первая часть классически содержит сведения о паспортных данных пациента, половой принадлежности, возрасте на момент оценки данных.

Вторая часть включает сведения об эпилептическом процессе, лежащем в патогенезе развития когнитивных нарушений у пациента.

Оценивается наличие парциальных приступов – простых (не сопровождающихся нарушением сознания) и сложных (с нарушением сознания), а также первично-генерализованных (абсансы, клонические, тонико-клонические, тонические, миоклонические, атонические). В этой же части анкеты также фиксируется предполагаемая локализация очага – лобная, теменная, височная, затылочная доли, иная область или отсутствие информации о локализации.

Третья часть анкеты дает оценку социальному статусу пациента. Это уровень образования (высшее, среднее специальное, среднее общее, незаконченное среднее) и семейное положение (имеет семью, не имеет).

В этот раздел мы отнесли и возраст дебюта заболевания (до 20 лет, до 60 лет, старше 60 лет). С одной стороны, это чисто клинический момент, во многом определяющий картину формирования когнитивных нарушений при эпилепсии, а с другой стороны – социальный показатель, качественно влияющий на социальное функционирование пациента. Как указывают В.А. Калинин, А.В. Якунина, И.Е. Повереннова (2014, [12]): «...В младшей возрастной группе чаще достигается ремиссия эпилепсии, реже наблюдается абсолютная резистентность, за исключением раннего детского возраста с катастрофическими по течению эпилепсией и эпилептическими синдромами. В старшей возрастной группе количество ремиссий меньше, значительно больше пациентов с относительной и абсолютной резистентностью и редкими припадками. Эпилепсия у молодых пациентов является «эпилепсией незрелого мозга», а эпилепсию зрелого возраста («поздняя эпилепсия») це-

лесообразно рассматривать как «эпилепсию инволюционного мозга». Кроме того, авторы указывают, что «наиболее доброкачественно протекает эпилепсия у заболевших в юношеском и зрелом возрасте, имеющих минимальные структурные изменения головного мозга по данным МРТ. Выраженные морфологические изменения головного мозга наиболее часто определяют медикаментозно-резистентное течение эпилепсии с манифестацией в раннем детском и в пожилом возрасте».

Четвертым, самым большим разделом является описание психической сферы пациента.

В первую очередь, идет оценка состояния сознания, ориентировки во времени, в пространстве, личности, контактность пациента.

Описывается сохранность или измененность сферы ощущений и восприятия, а также мышления – по темпу, логической направленности, содержанию.

Важной составляющей является оценка когнитивной сферы – нарушения памяти, интеллекта, критики к собственному состоянию, характеристика внимания (концентрация, истощаемость, отвлекаемость). При исследовании мнестических процессов Т.А.Рогачева, Т.С. Мельникова, И.А.Лапин, Н.В. Гучек, Н.А.Тушмалова (2010, [13] ) выявили зависимость когнитивных нарушений от длительности заболевания, вида и количества перенесенных приступов, а также длительности ремиссии. По данным авторов « ... наиболее «чувствительными» типами памяти оказались ассоциативная и смысловая. Наилучшими оказались показатели зрительной и образной форм памяти. Исследование свойств внимания на стадии ремиссии приступов позволило характеризовать его как неустойчивое, с отчетливым снижением способности к концентрации внимания. ... Анализ показателей памяти и внимания у лиц с различными формами эпилепсии обнаружил, что при генерализованной эпилепсии в наибольшей степени страдает функция внимания, в то время как при парциальных формах с височной и теменной локализацией нарушается память».

Важность оценки когнитивных составляющих значима не только для самой клинической оценки, но и для своевременного и эффективного проведения медицинских мероприятий. Это в первую очередь самоорганизационное обеспечение оказания помощи пациентам с когнитивными нарушениями – амбулаторное наблюдение, лекарственное обеспечение, своевременное стационарирование больных (Руженская Е.В. 2006, С.59–63, [14]). Кроме того,

актуальны и немедикаментозные реабилитационные программы, включающие адекватную физическую активность (Лечебная физическая культура в гериатрии, 2011 [15]), а также специфическое психокоррекционное воздействие (например, технологии когнитивных тренингов, Руженская Е.В., 2006, С. 81–86, [16]).

Одним из компонентов оценки психического статуса пациента в анкете является оценка преобладающего фона настроения (склонность к колебаниям), адекватность эмоций (их выраженность и устойчивость), а также оценка волевой сферы и расстройств влечений. Это является крайне значимым для оценки общего функционирования больного человека. Так, С.В. Трекин, О.В. Береснева (2014, [17]) предлагают внести изменения в порядок установления III группы инвалидности при эпилепсии, основанный не на подсчете документально зафиксированных приступов, а на установлении медицинским психологом бюро медико-социальной экспертизы степени эмоционально-волевых нарушений.

В целом, предложенная нами анкета информативна, проста в использовании, функциональна и может стать надежным подспорьем врачу в одномоментной формализованной оценке состояния пациента, а также для сравнения его психического и функционального статуса в динамике.

#### Список литературы

1. Шомахова М.М., Лебедев А.В., Ершов А.В., Хоматов В.Е., Гудков А.А. Предикторы нарушений когнитивных функций при эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. Т.111. – С. 65–71.
2. Калинин В.В., Железнов Е.В., Земляная А.А. Когнитивные нарушения при эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии: приложение. – 2006. – №1. – С.64–70.
3. Костылев А.А., Пизова Н.В., Пизов Н.А. Когнитивные нарушения при эпилепсии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №4. – С. 66–70.
4. Зенкова А.А. Шатенштейн С.С. Влияние эпилепсии на когнитивные функции пациента (Обзор литературы) // Вестник эпилептологии. – 2014. – № 1–2. – С. 29–35.
5. Бурчинский С.Г. Когнитивные нарушения при эпилепсии и проблема выбора антиконвульсанта: возможности ламотриджина // Международный неврологический журнал. – 2012. – Т.1(47). – С. 50–53.
6. Менделевич Д.М., Василевская Е.А. Психические расстройства при эпилепсии: Методическое пособие для интернов, ординаторов и студентов. – Казань: КГМУ, 2010. – 35 с.
7. Волов В.В. Психические изменения при эпилепсии и эпилептиформных расстройствах // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. – 2007. – №1. – 148–154 с.
8. Усюкина М.В., Фролова А.В. Клинико-психопатологические особенности слабоумия при эпилепсии // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 41–48.
9. Гребенюк Е.Ю., Казенных О.В. Когнитивная дисфункция при парциальной эпилепсии у взрослых // Вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 32–35.

- 
10. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 848 с.
11. Громов С.А., Якунина О.Н. Непсихотические психические расстройства и изменения личности на начальных стадиях эпилепсии (клинико-психологическое исследование) // Эпилепсия. – 2015. – №2. – С. 18–24.
12. Калинин В.А., Якунина А.В., Повереннова И.Е. Закономерности течения эпилепсии в разные возрастные периоды // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № S1. – С. 26–30.
13. Рогачева Т.А., Мельникова Т.С., Лапин И.А., Гучек Н.В., Тушмалова Н.А. Мнестические нарушения при эпилепсии // Функциональная диагностика. – 2010. – № 4. – С. 35–40.
14. Руженская Е.В. Организация амбулаторной геронтопсихиатрической помощи: опыт работы, проблемы, перспективы развития // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12. № 11. – С. 59–63.
15. Лечебная физическая культура в гериатрии / Т.В. Карасева, С.Н. Толстов, А.С. Махов, Н.Н. Нежкина, А.И. Замогильнов, С.Ю. Толстова, Е.В. Перевозчикова, А.Н. Нестеров, А.М. Лошаков, Е.В. Руженская: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 032102.65 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура). – Шуя, 2011.
16. Руженская Е.В. Организация тренинга по поддержанию и восстановлению когнитивных функций пожилых пациентов // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12. № 11. – С. 81–86.
17. Трекин С.В., Береснева О.В. Предложения по проведению медико-социальной экспертизы при эпилепсии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – Т. 17. № 3. – С. 29–32.