



**Комплексная медико-психологическая  
диагностика и реабилитация больных,  
страдающих эпилепсией  
с психическими расстройствами**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева  
Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.  
В.М. Бехтерева»  
Минздравсоцразвития России,  
д.м.н., профессор



**Комплексная медико-психологическая  
диагностика и реабилитация больных,  
страдающих эпилепсией  
с психическими расстройствами**

*Методические рекомендации*

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы) по государственному контракту №К-16-НИР/134 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка программ комплексной медико-психосоциальной диагностики и реабилитации больных эпилепсией с психическими расстройствами».

Санкт-Петербург  
2012

## Аннотация

В рекомендациях представлены психические расстройства больных эпилепсией. Специально рассматриваются типы психических приступов, излагаются 3 типа характерологических изменений личности, представлена их клиника и систематизация изменений личности, они рассматриваются как перманентно протекающие непсихотические психические расстройства.

Изложена психологическая диагностика, представлены экспериментально-психологические методики, а также клинические и аппаратные методы исследования. При изложении материалов сделан акцент на медикаментозном лечении больных эпилепсией с психическими расстройствами. Дана сравнительная характеристика препаратов.

Рассмотрен вопрос об особенностях реабилитации больных эпилепсией с психическими нарушениями.

С учетом требований страховой медицины приведены отдельные стандарты стационарной неврологической помощи больным эпилепсией с изменениями и расстройствами личности. Эффективность метода существенно повышает возможности медикаментозного лечения и психокоррекционной помощи больным.

Рекомендации предназначены для врачей-неврологов, психиатров, медицинских психологов, социальных работников.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: С.А. Громов, Л.В. Липатова, О.Н. Якунина, М.Я. Киссин.

## **Обозначения и сокращения**

Использованы следующие обозначения и сокращения:

АЭП – противоэпилептическая медикаментозная терапия

МКБ – международная классификация болезней

МРТ – магнитно-резонансная томография

КТ – компьютерная томография

КАГ – компьютерная ангиография

Психо МСЭК – психиатрическая медико-социальная экспертная комиссия

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

ЭЭГ – электроэнцефалография

## **Нормативные ссылки**

Без ссылок на нормативные документы

## **Введение**

Эпилепсия является широко распространенным заболеванием. В мире болеет ею более 40 миллионов человек. Клинически эпилепсия представлена двумя симптомокомплексами: 1) разного вида эпилептическими припадками и 2) психическими расстройствами, чаще непсихотического уровня. Эпилептические припадки хорошо изучены и суммированы Международной лигой борьбы с эпилепсией в общепринятую классификацию (1981). Психические нарушения в эту классификацию не вошли, поэтому нуждаются в дополнительном освещении и являются предметом настоящих рекомендаций для врачей.

## **Основная часть**

### **Комплексная медико-психологическая диагностика и реабилитация больных, страдающих эпилепсией с психическими расстройствами**

#### **Психические расстройства у больных эпилепсией**

Число больных с психическими нарушениями постоянно растет, и в последние годы они выявляются у 75% наблюдаемых. Из

них только 6% (3500 больных) находятся под наблюдением психиатров, остальные — у неврологов районных поликлиник. Среди психических расстройств у больных эпилепсией в 9,4% они возникли в продромальном периоде припадка, в 13,2% составляли компонент припадка, в 8,9% были в постприпадочном периоде и в 68,5% отмечались в межприступном периоде.

Количество больных с транзиторными нарушениями психической деятельности (сумеречными расстройствами сознания и эпилептическими психозами) в течение 35 лет не изменилось, оставшись на уровне 1–2,5% среди больных эпилепсией с психическими расстройствами в интериктальном периоде.

Существенные сдвиги в показателях произошли в группе больных с перманентными психическими расстройствами: больных с эпилептическими изменениями личности стало меньше на 13%, а число пациентов со слабоумием уменьшилось более чем в 3 раза (с 23% до 7%). Кроме того, значительно (в 3 раза) увеличилось количество больных с транзиторными тревожными и аффективными расстройствами без выраженных изменений личности (тревожно-депрессивными, тревожно-ипохондрическими, астено-депрессивными, паническими). Это свидетельствует о том, что в клинической картине эпилепсии в настоящее время ведущее место занимают пограничные психические нарушения, к которым относятся вторично-невротические, отражающие преимущественно особенности личностного реагирования на заболевание и в меньшей степени зависимые от прогредиентности самого эпилептического процесса.

Выделяют, в соответствии с Международной классификацией эпилептических припадков, следующие типы психических приступов: 1) дисмнестические, представляющие собой приступы «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» — 46%; 2) эмоционально-аффективные припадки — 22%; 3) иллюзорные (психосенсорные припадки) — 29% (из них приступы метаморфопсии — 34%, дереализации — 31%; расстройство схемы тела — 29%; аутопсихическая деперсонализация — 6%); 4) идеаторные припадки — 2%; 5) галлюцинаторные припадки — 1%.

### 1. Дисмнестические припадки

К ним относятся пароксизмы «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» (*déjà vu, déjà entendu, déjà vécu*). Как правило, феномен «*déjà vu*» выражается в чувстве знакомости, тождестве повторяемости впечатлений, возникающих в процессе восприятия. При этом происходит как бы фотографическое повторение уже бывшей ситуации, появляется впечатление, что вся обста-

новка детально повторяется, как будто бы сфотографирована в прошлом и перенесена в настоящее. Объекты редуцированных переживаний — самые разнообразные явления, относящиеся как к воспринимаемой действительности. Так и психической деятельности больного (зрительные и слуховые впечатления, запахи, мысли, воспоминания, действия, поступки).

## 2. Идеаторные припадки

Такие припадки характеризуются появлением чуждых, насильственных мыслей, при этом больной как бы «застревает» на одной мысли, от которой не в состоянии избавиться, например, о смерти, вечности или о чем-то прочитанном. Больные описывают такие состояния, как «чужая мысль», «двойная мысль», «остановка мысли», «арест речи», «паралич речи», испытывают переживание «отщепления мышления от речи», «ощущения пустоты в голове», «мысли бегут с невероятной скоростью» — т.е. все эти расстройства близки к шизофреническим («шперрунг», «ментизм») и требуют дифференциальной диагностики с эпилепсией.

## 3. Эмоционально-аффективные припадки

При таких припадках у больных появляется немотивированный пароксизмально возникающий страх с идеями самообвинения, предчувствия смерти, «конца света», напоминающие психо-вегетативные кризы с преобладанием тревожных расстройств («панические атаки»), что заставляет больных убежать или прятаться.

Значительно реже наблюдаются приступы с положительными эмоциями («счастье», «восторг», «блаженство», с яркостью, объемностью, рельефностью восприятия окружающего), а также с переживаниями, близкими к оргазму.

## 4. Иллюзорные припадки

Феноменологически эта группа припадков относится не к иллюзиям, а психосенсорным расстройствам. Среди них выделяются следующие разновидности нарушений психосенсорного синтеза: 1) приступы метаморфозии; 2) приступы расстройств «схемы тела»; 3) пароксизмы аутопсихической деперсонализации, характеризующиеся переживаниями нереальности своего «Я»; 4) дереализационные пароксизмы, характеризующиеся ощущением нереальности, неестественности, непривычности восприятия окружающего.

У больных эпилепсией с простыми парциальными припадками с нарушением психических функций выделяют 3 типа характерологических изменений:

1. Неврозоподобный вариант — отмечается у подавляющего числа больных эпилепсией с простыми парциальными психическими припадками. Преморбидные характерологические черты этого типа больных отличались выраженными психастеническими свойствами в виде нерешительности, мнительности, боязливости.

2. Шизоидный вариант — по характеру больные этого типа также отличались скромностью, застенчивостью, но с повышенным чувством «тщеславия». Вследствие своей замкнутости, неуверенности в себе трудно сходились с людьми. Отмечали невозможность концентрировать свои мысли, подчинить их воле.

3. Эпилептоидный вариант — у этих больных характерологические и личностные изменения носили типичный для эпилепсии характер. Они наблюдались преимущественно в идеаторной сфере в виде вязкости, обстоятельности, конкретизации суждений, характеризовались значительным обеднением речевой продукции, склонностью к детализации, затруднением в подборе слов или, наоборот, тенденцией к рассуждательству, многоречивости, которая нередко приводила к «органической потребности высказаться».

Изменения личности доминировали в клинической картине непсихотических психических расстройств больных эпилепсией, особенно в инициальном периоде заболевания (первые 3 года болезни). Диагностика начальных изменений личности у больных эпилепсией обеспечивает более раннее и целенаправленное их лечение.

### **Клиника и систематизация изменений личности**

Личностные особенности больных эпилепсией складываются из разных составляющих. Их формирование может быть обусловлено как эндогенными факторами, так и особенностями воспитания, интеллектом и характером развития эпилептической болезни. Сочетание у одного больного различных типов характерологических особенностей может быть генетически обусловлено (например, один из родителей обладает ярко выраженными эпилептоидными чертами характера, а другой — циклоидными или истероидными и т. д.), а может происходить и по-другому, когда на преморбидные особенности характера больного при прогрессировании эпилептической болезни как бы начинают наслаиваться эпилептоидные черты (например, больной с детства имеющий шизоидные черты характера, приобретает стеничность, упрямство, склонность к дисфорическим состояниям и т.д.). Полиморфизм

личностных особенностей больных порой обусловлен не только собственно дефицитарными симптомами, но и типом поведения, обусловленного компенсаторными механизмами. В основе развившегося психического дефекта могут лежать разные факторы: органическое поражение тех или иных отделов мозга, нейронные эпи-разряды, влияющие на функцию мозга пораженной области, противоэпилептическая терапия; сам факт наличия болезни и реакция больного на заболевание (особенно в ранней стадии, при постановке впервые диагноза «эпилепсия») и связанные с ним ограничения.

Больных эпилепсией на начальной стадии заболевания можно разделить условно на две неравные группы: 1) свободных от изменений личности (около 80%) и 2) имеющих эти симптомы (до 20%).

Выделяют, кроме описанного в литературе классического типа изменений личности при эпилепсии, еще 4 смешанных типа: 1) эпилептоидно-истероидный, 2) эпилептоидно-неустойчивый, 3) эпилептоидно-циклоидный и 4) эпилептоидно-шизоидный.

## **Психологическая диагностика**

Психологическая диагностика, с использованием ряда экспериментально-психологических методик, уточняет или дополняет клиническую, выявляя степень выраженности психического дефекта у больных эпилепсией. Психолог, в целях более точной диагностики структуры изменений личности должен использовать в своей работе приведенные ниже современные апробированные методики (см. Табл. 1).

Психические изменения в инициальном периоде заболевания, по данным психологического исследования, неоднородны. У большинства больных выявляются астенические состояния, замедленность и тугоподвижность психических процессов, невротические расстройства.

Большое значение имеет отношение больного к своей болезни. Отмечаются как недооценка тяжести своего заболевания (больные считают его результатом экстремальных ситуаций), так и преувеличение его тяжести. Имеется категория лиц, обладающих ипохондрическими, тревожно-мнительными чертами, а также представлениями о неизлечимости эпилепсии. Степень выраженности нарушений психической деятельности у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания часто незначительна и обнаруживается только при психологической диагностике с ис-



пользованием экспериментально-психологических методик. Однако, в дебюте эпилепсии, особенно у больных с частыми полиморфными приступами, с грубым органическим поражением головного мозга травматической, инфекционной и другой этиологией, возможны и более грубые нарушения памяти, внимания, мышления, аффективной сферы. Структура этих нарушений уточняется при психологической диагностике.

Таблица 1

Экспериментально-психологические методики,  
использованные при обследовании больных эпилепсией

Наименование методик
1. Цифровая корректурная проба
2. Методика «Запоминание 10 слов»
3. Тест визуальной ретенции А. Бентона
4. Методика «Исключение лишнего предмета»
5. Методика исследования интеллекта Д. Векслера (WAIS) и ее отдельные субтесты
6. Методика самооценки функционального состояния (САН)
7. Семантический дифференциал Д. Фельдеса (СДФ)
8. Тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга
9. Многопрофильная личностная методика ММРІ
10. Методика «Незаконченные предложения»
11. Формализованное интервью
12. Методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)

Психологическая диагностика проводится совместно с врачом и носит комплексный характер, охватывая показатели интеллектуально-мнестической деятельности, эмоционального реагирования, поведения и системы отношений больных. Ее результаты, помимо качественной оценки, имеют количественное, т. е. числовое выражение и носят вероятностно-статистический характер, при их обобщении применимы математические методы: уровневый, корреляционный, факторный и другие виды анализа, выполняемые с помощью ЭВМ.

В системе отношений больных эпилепсией к болезни можно также диагностировать определенные изменения. У большинства больных с длительностью заболевания менее двух лет выраженной социальной дезадаптации не обнаруживается, однако, у 1/5 из них имеются элементы сенситивного отношения к болезни. Эти больные озабочены отношением к ним окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными.

Процесс эпилептизации мозга вызывает постепенную дезорганизацию интеллектуально-мнестической, эмоционально-

волевой и поведенческой сферы больных эпилепсией уже на начальных этапах заболевания.

Важное место в диагностике эпилепсии и развивающихся психических нарушений отводится ЭЭГ-обследованию больного, т.к. чаще эти нарушения имеют место и у больных с височной локализацией эпилептического очага, поэтому в комплекс обследования больного эпилепсией включаются методы визуализации (КТ, МРТ, КАГ, ПЭТ).

Наличие органического поражения, выявляемого методами визуализации головного мозга больных эпилепсией, может играть определенную роль в патогенезе развития психических расстройств неэпилептического типа, таких как истерические, депрессивные, шизофреноподобные, и привносит полиморфизм в симптоматику психического дефекта при эпилепсии.

Характеризуя контингент больных эпилепсией, с которым приходится работать неврологу, психиатру, психологу и другим специалистам, можно констатировать, что чаще у них имели место генерализованные (общесудорожные, абсансы) припадки (60%), и реже — парциальные (40%) и их сочетание. Психические расстройства чаще встречались у длительно болеющих лиц, страдающих генерализованными припадками и височной формой эпилепсии.

Наблюдаемые пароксизмальные психические расстройства включают в себя: 1) отмеченные выше психические припадки; 2) эпилептические расстройства настроения (дисфории, депрессии); 3) сумеречные помрачения сознания; 4) эпилептические психозы. Изменения личности относятся к перманентным (постоянным) психическими расстройствам при эпилепсии. Реже встречается эпилептическое слабоумие, для которого характерна выраженная тугоподвижность психических процессов, вялость, пассивность, безразличие к окружающему.

## **Медикаментозное лечение больных эпилепсией с психическими расстройствами**

С учетом эволюционно-патогенетической гипотезы развития, изменения личности при эпилепсии, следует полагать, развиваются в результате эпилептизации нейронов, оказывающих дезинтегрирующее действие на функционирование коры головного мозга и приводящих к растормаживанию подкорки, оживлению инстинктов и возникновению поведенческих нарушений.

Учитывая сказанное, лечение изменений личности и других пароксизмально протекающих психических расстройств должно быть

направлено на подавление пароксизмальной нейрональной активности, т. е. получение контроля над эпилептическими припадками с помощью использования антиэпилептических препаратов. Современная медикаментозная терапия приводится ниже (табл.2).

Базовым препаратом в лечении больных эпилепсией явился карбамазепин (финлепсин, зептол, тегретол), который оказывал как противоэпилептическое действие, так и нормотимическое действие при проведении моно- и политерапии, использовались также вальпроаты и барбитураты, препараты нового поколения (ламиктал, топамакс, трилептал).

Изменения личности лишь частично корригируются терапией и требуют дополнительных медикаментозных и психотерапевтических воздействий. В 39% наблюдений состояние пациентов требовало назначения дополнительных препаратов: транквилизаторов (релиум, нитразепам, феназепам, грандаксин) — 23 %, нейролептиков (аминазин, тизерцин, галоперидол) — в 3%, антидепрессантов — в 4% и сочетания препаратов (нейролептики, транквилизаторы)- в 9%.

В таблице 2 приведены современные препараты, используемые в международной и отечественной практике лечения эпилептических припадков, согласно «золотого правила» Международной противоэпилептической лиги. Представлена также их сравнительная характеристика (Таб.3а). Если при получении контроля над припадками психические расстройства сохраняются, то назначают нейролептики или транквилизаторы дополнительно. Это объясняется тем, что не раскрыт окончательно этиопатогенез заболевания, не всегда можно реализовать потенциал фармакотерапии, если болезненный процесс перешел в необратимое устойчивое патологическое состояние. Правильная терапия в таких случаях может обеспечить разную степень улучшения вплоть до контролирования припадков, но полной нормализации ЭЭГ не происходит. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что пароксизмальные изменения на ЭЭГ сохранялись у 42,6% больных с 19-20-летней ремиссией припадков, что составило 1,8% общего числа больных с контролируемыми припадками. Примерно такие же данные получены в отношении сохранения психического дефекта при психологическом обследовании этой же группы больных.

Психотерапия является традиционным методом лечения эпилепсии. Она хорошо зарекомендовала себя как один из важных дополнительных методов терапевтических воздействий.

Таблица 2

Эффективность противоэпилептических препаратов  
(в порядке убывания) при разных видах  
эпилептических приступов

Вид приступа	Препарат выбора
1. Парциальные (фокальные) А – простые, Б – сложные, В – со вторичной генерализацией: - моторные - сенсорные - с нарушением психических функций - с вегетативно-висцеральными проявлениями	Гексамидин (примидон) Фенобарбитал Карбамазепин Дифенин (фенитоин) Бензонал Вальпроаты Ламиктал Топамакс
2. Генерализованные: А. Абсансы - типичные - нетипичные  Б. Миоклонические  В. Клонические Г. Тонические  Д. Тонико-клонические	Клоназепам (антелепсин) Этосуксимид Вальпроаты Фенобарбитал  Гексамидин (примидон) Ламиктал Топамакс  Вальпроаты Клоназепам  Гексамидин (примидон) Фенобарбитал  Гексамидин (примидон) Дифенин (фенитоин) Бензонал Карбамазепин Вальпроаты Топамакс Ламиктал

Психологические исследования, проведенные на разных этапах ремиссии припадков и реабилитации больных, позволили выявить некоторые закономерности патоморфоза и психической деятельности. Прекращение припадков определяет положительную динамику показателей психической деятельности больных, причем, чем больше срок ремиссии, тем стабильнее полученные результаты (См. табл.4).

Таблица 3

**Фармакологические показатели  
противоэпилептических препаратов**

Препарат	Период полувыведения препарата	Разовая (стандартная) доза, мг	Суточная (стандартная) доза, мг/кг	Границы терапевтической концентрации, мг/л
Фенитоин (дифенин)	10-40	117	4-7	5-20
Примидон (гексамидин)	3-12	250	10-25	2-15
Фенобарбитал	50-150	50-100	1-5	12-40
Карбамазепин (финлепсин, тегретол, стазепин)	8-55	200	7-15	4-10
Этосуксимид (суксилеп)	60-100	500	20-30	60-80
Вальпроат натрия (конвулекс, ацедипрол, депакин)	8-15	150-300	10-60	50-100
Клоназепам (антелепсин)	20-40	1	0,1-0,2	0,01-0,08
Ламиктал	29-31	50-100	50-400	3-15
Топирамат	21	25-100	200-400	2-12

Таблица 3а

Сравнительная характеристика новых  
антиэпилептических препаратов

Препарат	Показания к назначению	Начальная доза	Поддерживающая доза	Период полужизни, часы
Габапентин	Парциальные и вторично генерализованные припадки	300 мг/сут	1200-1400 мг/сут	6
Тиагабин	Парциальные и вторично генерализованные припадки	900 мг/сут	2400-3000 мг/сут	2-5
Зонизамид	Миоклонические, парциальные припадки	200 мг/сут	100-600 мг/сут	50-70
Клобазам	Парциальные, миоклонические, генерализованные тонико-клонические припадки	10-20 мг/сут	20-100 мг/сут	30-46
Ламотриджин	Парциальные припадки	400 мг/сут	До 700 мг/сут	
Топирамат	Парциальные и генерализованные припадки, синдром Леннокса-Гасто	25-50 мг/сут	100-600 мг/сут	19-23
Окскарбазепин	Парциальные припадки	400 мг/сут	600-1800 мг/сут	8-24
Фелбамат	Парциальные и вторично генерализованные припадки Синдром Леннокса-Гасто	400 мг/сут 15 мг/сут	1800-4800 мг/сут	20-23
Вигабатрин	Парциальные припадки	1000 мг/сут	2000-4000 мг/сут	4-8
Кеппра	Парциальные припадки	500 мг/сут	1000-3000 мг/сут	6-8

Как видно из табл.4, неполная и полная ремиссия эпилепсии обеспечивает регресс изменений личности. Последние коррелируют с положительными сдвигами на ЭЭГ.

Таблица 4

Классификация ремиссий эпилептических припадков и ремиссий эпилепсии

Название ремиссии	Вид ремиссии	Клиническая форма ремиссии	Лекарственная зависимость ремиссии
Ремиссии эпилептических припадков	Нестойкая (до 1 года)	Ремиссия генерализованных припадков	На фоне адекватного медикаментозного противоэпилептического лечения
	Стойкая (более 1 года)	Ремиссия парциальных припадков	
Ремиссии эпилепсии	Неполная	Курирование всех видов пароксизмов. Сохранение пароксизмальной активности на ЭЭГ. <b>Сохранение изменений личности</b> (данные психологического исследования)	На фоне лечения или сокращения дозы на 1/3 от суточной  Постепенная отмена лечения. Политерапия, монотерапия (6-12 мес). Без лечения (не менее 1 года).
	Полная	Стойкая ремиссия всех видов припадков. Отсутствие (регресс) эпилептической активности на ЭЭГ. <b>Отсутствие (регресс) изменений личности</b> (данные психологического исследования)	
Практическое выздоровление (снятие диагноза эпилепсия)			Без лечения

Можно сказать, что психологическое исследование больных эпилепсией, выполненное с помощью адекватного подбора экспериментально-психологических методик, позволяет более объективно судить о нарушениях психической деятельности, обеспечивает более точную и раннюю диагностику.

Результаты психологических исследований могут быть использованы в качестве критериев, позволяющих объективно судить о динамике болезненного процесса у больных эпилепсией. В процессе лечения и реабилитации больных эпилепсией можно получить не только контроль над припадками, но и добиться регресса изменений личности. Однако следует понимать, что компенсацию болезненного процесса можно получить в 30-50% общей популяции больных эпилепсией.

### **Реабилитация больных эпилепсией с психическими нарушениями**

Реабилитация больных эпилепсией — это система лекарственных и немедикаментозных мероприятий, направленных на частичное или полное восстановление биологического и социального доболезненного статуса больного.

В настоящее время 90% больных эпилепсией достигают длительной ремиссии припадков и 71% не имеют припадков после отмены лечения. Несмотря на столь обнадеживающие данные, которые показывают, что большинство пациентов может вести нормальную жизнь, сравнимую со здоровыми людьми, отношение современного общества к эпилепсии по-прежнему остается негативным.

В последние годы многие исследователи большое внимание уделяют изучению качества жизни больных эпилепсией. Согласно определению ВОЗ, качество жизни — состояние полного физического и социального благополучия.

Качество жизни включает 3 основных аспекта:

- физическое здоровье (например, ежедневная активность, общее самочувствие, приступы, боль, сила);
- психическое здоровье (например, восприятие своего самочувствия, самооценка, беспокойство, депрессия).
- социальное здоровье (социальная активность и взаимоотношения с семьей и друзьями).

Уставлена значительная корреляция между уровнем удовлетворенности жизнью и социальными отношениями.

Во многих странах к эпилепсии относятся как к стигме. Еще велика сила предубеждения по отношению к эпилепсии: некото-



рые врачи считают, что больной не должен работать, ему запрещают жениться, водить автомобиль.

Установлено, что психическая дезадаптация, чаще, чем припадки снижает качество жизни больных.

Диагностика начальных изменений личности у больных эпилепсией обеспечивает более раннее и целенаправленное их лечение, предупреждает формирование стойкого психического дефекта, который наряду с эпилептическими припадками является главным фактором, дезадаптирующим больного.

В ряде наблюдений роль припадка как бы отодвигается на второй план, а на первое место выходят характерологические изменения, приводящие к нарушению отношений больного в семье и в обществе. Именно поэтому разработке вопросов ранней диагностики изменений психической деятельности больных эпилепсией в настоящее время придается большое значение.

Правильное диагностирование и понимание особенностей личности, ее структуры, выраженности эндо- и экзогенных связей является ключом к рациональной психологической коррекции, особенно при планировании и проведении реабилитационных мероприятий. Они направлены на предупреждение развития психического дефекта и других патологических изменений, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

При решении вопроса о детерминации психических проявлений при эпилепсии принят полифакторный подход. К этим факторам относят: 1) наследственно-конституциональные и преморбидные особенности; 2) органическое поражение головного мозга; 3) локализацию эпилептического очага; 4) влияние лекарственного лечения; 5) психогенные воздействия; 6) компенсаторные возможности организма; 7) различные факторы окружающей среды.

В структуре личности больных эпилепсией выявляются первичные, вторичные и третичные образования. Первичные включают особенности нейродинамики. Вторичные — результат взаимодействия биологически обусловленных свойств и микросоциальных факторов и формируются по механизму компенсации и гиперкомпенсации. Третичные — затрагивают интимные механизмы «внутренней» картины болезни, отношение больного к себе, своему заболеванию и возникают при неудовлетворении в результате болезни существенных потребностей личности.

Следует отметить, что влияние длительного течения заболевания на психические проявления больного усугубляется возрас-

тными особенностями. Обнаруживается сложное взаимодействие клинических факторов, обуславливающих формирование психического облика больного. Здесь имеет значение не только длительное течение заболевания, но и раннее его начало, частые приступы и другие факторы, снижающие компенсаторные возможности головного мозга больных эпилепсией.

Таблица 5

Таблица стандартов стационарной неврологической помощи СПб НИИПНИ им. В.М. Бехтерева.  
Версия №1

№	Расстройство, код по МКБ	Показания к стационарному лечению	Длительность	Перечень диагностических процедур/доп. процедуры/кратность
	1	2	3	4
1	Больные эпилепсией с изменениями личности и расстройствами поведения (F07.02; F06.811; F06.922)	Поведенческие расстройства с конфликтами на работе и дома. Резистентные к терапии припадки. Оптимизация медикаментозной терапии.	30-60 дней	Консультация психолога и психиатра. ЭЭГ. МРТ. Психологические методы диагностики. Диагностика варианта изменений личности
2	Другие органические расстройства личности и поведения в связи с эпилепсией (F06.820)	Стойкие головные боли. Наличие симптомов органического поражения головного мозга (парезы и др.) Поведенческие и личностные расстройства на фоне учащения припадков.	30-60 дней	МРТ, КТ, КАГ, ЭЭГ Консультация психолога и психиатра

Современная диагностика формирования психического дефекта на начальных стадиях заболевания и проведение соответствующих психокоррекционных мероприятий позволяют обеспечить более надежные результаты реабилитационной работы.

С учетом требований страховой медицины приведены отдельные стандарты стационарной неврологической помощи, относящиеся к больным эпилепсией с изменениями и расстройствами личности (см. таб. 5).

*Таблица 5*

Таблица стандартов стационарной неврологической помощи СПб НИИПНИ им. В.М. Бехтерева.  
Версия №1 (продолжение)

№	Фармакотерапия. С учетом вида и частоты припадков подобрать моно- или политерапию препаратами из колонки справа	Психотерапия и реабилитация	Действия врача, если не достигается результат лечения	Конечный результат лечения
	5	6	7	8
1	Тизерцин 0.025 1-3 раза в сутки, курсами. Галоперидол 5мг 2-3 раза в сутки, курсами. Противоэпилептическая медикаментозная терапия (АЭП) (см. Табл.2).  Транквилизаторы (реланиум 0.005 2-3 табл. и др.) Курсы 3-4 недели или разовый прием. Инъекции нейролептиков или транквилизаторов разовые или курсы до недели	Рациональная психотерапия  Социально-трудовая реабилитация	Решение вопроса о направлении на психомСЭК. Контроль ЭЭГ Контроль психолога	Частичное или полное купирование эпилептических припадков и устранение изменений личности. Контроль ЭЭГ. Контроль психолога.

Продолжение таблицы 5

2	Лечение АЭП (см.Табл.2) Симптоматическая (патогенетическая) терапия: при головных болях — дегидратационная терапия (инъекции сернокислой магнезии 25%-10.0, прием внутрь диакарба 0.25 1-3р. в день, гипотиозида 0.25 1-2р. в день); рассасывающая терапия (инъекции лидазы 0.64 ед. в амп. №15 на 0.5% раствора новокаин 2.0 внутримышечно ч/день, 2 курса в год).	Рациональная психотерапия-Социально-трудовая реабилитация	Решение вопроса о направлении из психомСЭК	Частичное или полное купирование эпилептических припадков и устранение расстройств личности и поведения. Контроль ЭЭГ, психолога, психиатра (при необходимости)
---	--	---	--	---

Эпилептические изменения личности являются, вслед за припадками, вторым важным клиническим синдромом комплекса эпилепсии. Механизм их развития во многом идентичен патогенезу эпилептических пароксизмов, реализуется через эпилептизацию нейронов с последующим дезинтегрирующим влиянием на функцию головного мозга и, в отличие от припадков, приобретающих пролонгированное течение, временами с неконтролируемым поведением больных.

В связи с неразработанностью диагностики частота их встречаемости, по данным разных авторов, находится в широком диапазоне - от 30% до 80%. Неврологи часто вообще их не распознают, психиатры выявляют изменения личности примерно у 50% наблюдаемого контингента, а психологи диагностируют и начальные изменения личности, поэтому используемые ими методы более точны и важны для решения вопросов о начале лечения. Личностные изменения по эпилептическому типу могут наблюдаться у лиц, не имеющих припадков и рассматриваемых как здоровые. Часто таких людей можно встретить среди родителей, имеющих детей больных эпилепсией.

Лечение изменений личности недостаточно разработано, поэтому этой проблеме отводилось нами большое место в проводи-

мой работе. Основное внимание в терапии уделяется медикаментозному лечению АЭП. Рассматривается врачебная тактика по устранению выявляемых изменений и излагаются методы психокоррекционной работы с больными эпилепсией.

Прогноз течения изменений личности при правильно подобранной адекватной и оптимальной противоэпилептической терапии зависит от получения контроля над припадками. После получения ремиссии припадков регресс изменений личности может наблюдаться в течение 3-5 лет при условии исчезновения пароксизмальных изменений на ЭЭГ.

После получения контроля над припадками происходит восстановление нарушенных при эпилепсии физиологических компенсаторных механизмов защиты, наступает нормализация нейрональной активности в виде исчезновения пароксизмальной активности на ЭЭГ. В дальнейшем снимается дезинтегрирующее влияние этих нарушений на деятельность мозга и происходит восстановление его нормального функционирования с постепенным исчезновением симптомов изменений личности. Эффективность предлагаемых лечебно-реабилитационных мероприятий достигает 70%.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: [onmi@bekhterev.ru](mailto:onmi@bekhterev.ru)

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 09.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80