**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ:**

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У МУЖЧИН**

Подготовила:

Заведующая 4 отделением

Врач-психиатр

СТОЛЬНИКОВА ЮЛИЯ НИКОЛАЕВНА

**ВВЕДЕНИЕ**

Мнестико-интеллектуальное снижение, наряду с припадками относится к основным характеристикам больных эпилепсией. В связи с этим сформировалось мнение, что именно мнестико-интеллектуальный дефект является одной из причин нарушения социальной адаптации и инвалидизации таких больных. Генерализованные тонико-клонические припадки приводят к развитию мнестико-интеллектуального дефекта, если их было не менее 100 в анамнезе либо наблюдалось их статусное развитие.При этом в структуре снижения преобладают нарушения внимания.В случае височной эпилепсии со сложными парциальными припадками в возникновении дефекта и деменции имеет значение не общее количество припадков, а приуроченность их к определенному периоду.Так, в некоторых исследованиях, необратимые изменения обнаруживались через 5 лет непрерывного возникновения сложных парциальных припадков, хотя в большинстве других работ данный показатель соотносится с периодом не менее 20 лет.Дефект при этом затрагивает преимущественно функции памяти.Рассматривая проблему мнестико-интеллектуального дефекта при эпилепсии, следует подчеркнуть, что для него не характерна специфическая феноменология, которая позволила бы отграничить его от дефекта, возникающего в результате другой органической патологии.На наличие и природу когнитивного дефекта влияет большое количество факторов, связанных как непосредственно с самим заболеванием (форма эпилепсии, тип и частота припадков, наличие морфологических изменений при исследовании мозга, их выраженность, возраст начала заболевания и возраст больного), так и с фармакотерапией эпилепсии.Хорошо известно, что больные вынуждены принимать противоэпилептические препараты практически на протяжении всей жизни.При этом у больных, принимающих несколько препаратов, либо с высоким уровнем их в плазме крови высока вероятность развития нейротоксических эффектов, что проявляется и в снижении когнитивных функций.Это заставляет клиницистов тщательно взвешивать выраженность побочных эффектов противоэпилептических препаратов при их выборе и отдавать предпочтение препаратам с наименьшим риском развития нейротоксичности.

Когнитивные нарушения при эпилепсии имеют достаточно широкий диапазон проявлений, среди которых выделяют нарушения памяти, речи, внимания, мышления.Вместе с тем, до конца не ясно, как связаны собственно когнитивные нарушения с личностными и психопатологическими характеристиками больных при разных формах эпилепсии и разных типах припадков.Неясно также, под влиянием каких именно противоэпилептических препаратов усиливаются нарушения когнитивных функций, что в конечном счете должно усугублять общую выраженность мнестико-интеллектуального дефекта.

Настоящее исследование предпринято с целью изучения влияния на развитие когнитивных нарушений общих клинических особенностей эпилепсии(ее форма и длительность, тип припадков и пр.) и личностных характеристик страдающих эпилепсией больных мужского пола, учитывая профиль работы 4 (мужского) отделения.Наряду с этим, ставилась задача изучить влияние отдельных противосудорожных препаратов на состояние когнитивной сферы при данном заболевании.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Обследовали 27 больных эпилепсией мужчин в возрасте от 15 до 48 лет.В исследование включались больные с различными сроками лечения антиконвульсантами:от 0 до 5 лет лечения 10 больных, от 5 до 15 лет лечения 10 больных, от 15 лет и выше 7 больных.При этом терапию фенобарбиталом получали 5, карбамазепином 12, вальпроатами 10 больных.Среди больных мужчин идиопатической с первично-генерализованным тонико-клоническим припадком было 10 человек, с миоклонической эпилепсией 3 человека, абсансной 4 человека, парциальной 10 человек.В процессе наблюдения больных оценивали частоту припадков, форму эпилепсии, психопатологические(психический статус пациента, психотическая симптоматика, аффективные расстройства)и нейропсихологические (психологические исследования, направленные на оценку интеллектуально-мнестической сферы больного) характеристики пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Основные результаты исследования обобщены в таблицах.

Таблица 1.Показатели когнитивной сферы в зависимости от формы эпилепсии.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма эпилепсии | Нарушение функции памяти | Нарушение внимания | Нарушение речи | Нарушение мышления |
| Идиопатическая с первично-генерализованным тонико-клоническим припадком (всего 10 чел.) | 8 чел.(80%) | 7 чел.(70%) | 4 чел.(40%) | 3 чел.(30%) |
| Миоклоническая (всего 3 чел.) | 1 чел.(33, 3%) | 1 чел.(33, 3%) | 0 чел. | 0 чел. |
| Абсансная (всего 4 чел.) | 1 чел.(25%) | 1 чел.(25%) | 0 чел. | 0 чел. |
| Парциальная (всего 10 чел.) | 8 чел.(80%) | 8 чел.(80%) | 3 чел.(30%) | 2 чел.(20%) |

Таблица 2.Показатели когнитивной сферы в зависимости от сроков лечения.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сроки лечения | Нарушение памяти | Нарушение внимания | Нарушение речи | Нарушение мышления |
| 0-5 лет(всего 10 человек) | 3 чел.(30%) | 3 чел.(30%) | 1 чел.(10%) | 1 чел.(10%) |
| 5-15 лет(всего 10 человек) | 8 чел.(80%) | 7 чел.(70%) | 2 чел.(20%) | 1 чел.(10%) |
| 15 и более лет(всего 7 человек) | 7 чел.(100%) | 7 чел.(100%) | 4 чел.(57, 1%) | 3 чел.(42, 9%) |

Таблица 3.Когнитивные показатели при лечении больных разными противоэпилептическими препаратами.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Лекарственный препарат | Нарушение памяти | Нарушение внимания | Нарушение речи | Нарушение мышления |
| Фенобарбитал(всего 5 чел.) | 5 чел.(100%) | 5 чел.(100%) | 3 чел.(60%) | 2 чел.(40%) |
| Карбамазепины(всего 12 чел.) | 10 чел.(83, 3%) | 10 чел.(83, 3%) | 3 чел.(25%) | 2 чел.(16, 7%) |
| Вальпроаты(всего 10 чел.) | 3 чел.(30%) | 2 чел.(20%) | 1 чел.(10%) | 0 чел. |

В таблице 1 приведены различные формы эпилепсии и выраженность когнитивных нарушений. Обращает на себя внимание то, что худшие показатели мнестико-интеллектуальной сферы определялись у больных с парциальной фомой и идиопатической формой, протекающей с первично-генерализованными тонико-клоническими припадками. При этом преобладали нарушения памяти и внимания, нарушения речи проявлялись замедлением или ускорением темпа, запинками, заиканием.наилучшие результаты показали больные, страдающие абсансной эпилепсией.

Из таблицы 2 следует, что ухудшение показателей когнитивной сферы прямо пропорционально срокам лечения больных и при достижении срока 15 лет и выше, мнестико-интеллектуальные нарушения отмечаются практически у всех пациентов.

Таблица 3 показывает влияние различных противоэпилептических препаратов на когнитивные функции.Наихудшие результаты показали больные, принимающие фенобарбитал, у всех выявлены когнитивные нарушения в той или иной степени.При употреблении вальпроатов, нейротоксический эффект, а следовательно и когнитивные нврушения выражены в наименьшей степени.

**ОБСУЖДЕНИЕ**

Известно, что нейрокогнитивные процессы включают широкий диапазон проявлений деятельности мозга, которые отражают функцию лобных отделов и предназначены для программирования адаптационного поведения, запоминания информации, концентрации внимания и решения самых разных задач и проблем.Эпилепсия, приводя к корковым нарушениям, обусловливает развитие нейрокогнитивных нарушений.Это касается прежде всего памяти, протекания психических процессов и внимания.Вместе с тем вопрос, играют ли основную роль в происхождении мнестико-интеллектуального снижения характер припадков, форма эпилепсии, длительность ее существования или антиэпилептическая терапия, пока не получил однозначного решения.Это и предопределило проведение настоящего исследования.

Основные результаты работы свидетельствуют, что характер и частота приступов имеют значение для нарушения нейрокогнитивных процессов.Кроме того, на мнестико-интеллектуальные функции влияют и такие факторы, как сроки лечения , длительность болезни в прямой пропорции.И наконец, результаты настоящего исследования убедительно показали, что противоэпилептические препараты различаются во влиянии на нейрокогнитивные функции.Наиболее выраженный нейротоксический эффект мы наблюдали при монотерапии барбитуратами.При лечении вальпроатами мнестико-интеллектуальные функции страдают в наименьшей степени.

**ЛИТЕРАТУРА**

1.Калинин В.В.Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией.Журнал неврологии и психиатрии .2004 год.

2.Калинин В.В., Железнова Е.В., Земляная А.А.Когнитивные нарушения при эпилепсии.Журнал неврологии и психиатрии .2006 год.

3.Карлов В.А.Терапия нервных болезней .1996 год.

4.Мильчакова Л.Е.Клинические и фармакоэкономические аспекты эпилепсии .2003 год.

5.Гусев Е.И.Эпилепсия .1994 год.

6.Снежневский А.В.Руководство по психиатрии.1983 год.

**ОБЩИЕ ВОПРОСЫ**

ЭПИЛЕПСИЯ – хроническое заболевание, которое возникает преимущественно в детском или юношеском возрасте и характеризуется разнообразными пароксизмальными расстройствами, а так же типичными изменениями личности, нередко достигающими выраженного слабоумия со специфическими клиническими чертами;на отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы. Клиническая картина эпилепсии представляет собой сложный комплекс симптомов: психические расстройства тесно переплетаются с неврологическими и соматическими проявлениями.

Систематика эпилепсии нередко основывается на частоте и ритмичности пароксизмов(эпилепсия с частыми или редкими припадками), времени возникновения пароксизмов(эпилепсия пробуждения, ночная эпилепсия), возрасте к началу болезни(детская эпилепсия, поздняя эпилепсия), прогредиентности(доброкачественная и злокачественная эпилепсия).В основу классификации нередко кладут локализацию эпилептического очага, в связи с чем выделяют корковую, височную, диэнцефальную эпилепсию и др.виды.Широкой известностью за рубежом пользуется классификация, основанная на патогенетическом принципе, где, в зависимости от ведущего фактора можно выделять первичную(по существу генуинную или идиопатическую), фокальную(вторичную) и рефлекторную эпилепсию.

-При эпилепсии первичной основная роль принадлежит повышенной судорожной готовности, врожденной или приобретенной в ранние годы жизни, судорожные припадки при этом развернутые.

-При очаговой эпилепсии основной причиной заболевания является образование эпилептогенного очага в мозге вследствие травм или воспалительных поражений мозга, припадки в этом случае адверсивные.

-При рефлекторной эпилепсии основную роль в возникновении припадка отводят эпилептогенному раздражителю, индивидуальному для каждого больного.При рефлекторной эпилепсии развитие припадков связано с повышенной чувствительностью периферического или коркового конца соответствующего анализатора.Как только действие эпилептогенного раздражителя прекращается, припадки исчезают.

В систематике эпилепсии значительное место принадлежит и особенностям пароксизмов.Существует Венская классификация, рекомендованная Всесоюзным научным обществом невропатологов и психиатров.В этой классификации выделяются:

1.Генерализованные (общие) припадки:

1)большие судорожные припадки;

2)малые припадки (абсансы, миоклонические припадки, акинетические припадки);

3)эпилептический статус.

2.Очаговые(фокальные)припадки:

1)двигательные (джексоновские, адверсивные, жевательные, тонические постуральные, миоклонические);

2)чувствительные(сенсорные)припадки (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, приступы головокружения);

3)психические припадки, пароксизмальные нарушения психики (кратковременные психозы, сумеречные, сноподобные состояния, дисфории), эпилептические психозы;

4)автоматизмы;

5)речевые припадки (припадки потери артикуляции, собственно афатические припадки);

6)рефлекторные припадки.

Традиционные представления о том, что эпилепсия-это хроническое заболевание с постепенным нарастанием тяжести и частоты пароксизмов и углублением изменений личности и когнитивных нарушений, в последние десятилетия были пересмотрены.Установлено, что течение и исход болезни весьма разнообразны.В части случаев болезненный процесс становится прогредиентным, когнитивные нарушения нарастают и заканчиваются деменцией.Однако существуют и относительно благоприятные варианты с длительными ремиссиями, а иногда с практически выздоровлением.В зависимости от темпа нарастания пароксизмальной активности и углубления психических и когнитивных нарушений выделяют непрерывно-прогредиентный, ремитирующий и стабильный тип течения.Тяжесть эпилептической болезни определяется взаимодействием трех основных групп факторов:

1)локализацией и активностью эпилептического очага;

2)состоянием защитных и компенсаторных свойств организма, его индивидуальной и возрастной реактивностью;

3)влиянием внешнесредовых факторов.

Несомненно также, что течение болезни во многом определяется и временем ее начала, регулярностью и адекватностью антиэпилептического лечения и мер реабилитации.Большое значение для формирования клинической картины и течения болезни имеет локализация эпилептического очага.При разных формах эпилепсии когнитивные нарушения у больных выражены в разной степени:

-при височной эпилепсии когнитивные нарушения наиболее глубокие и выраженные;

-при диэнцефальной (вегетативной) эпилепсии в целом болезненный процесс, как и мнестико-интеллектуальные нарушения относительно неглубоки, но такие больные нередко оказываются и пациентами психиатрических диспансеров и стационаров;

-поздняя эпилепсия считается благоприятно текущим вариантом болезни, отсутствие выраженных когнитивных нарушений характеризует этот тип эпилепсии;

-рефлекторная эпилепсия-достаточно редкая патология, когнитивные нарушения при этом виде заболевания незначительны.

Основные принципы лечения.

1)Лечение начинается после второго припадка;

2)препараты выбираются в соответствии с характером приступов;

3)дозы препаратов зависят от частоты и тяжести приступов, локализации эпилептического очага, возраста и массы тела больного и индивидуальной переносимости;

4)лечение начинают с общепринятой дозы препарата, при необходимости дозу постепенно повышают;начинать лечение с комбинации препаратов нежелательно, так как это увеличивает вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений;комбинация нескольких препаратов допустима лишь в тяжелых случаях;

5)больной должен принимать лекарства регулярно и непрерывно в течение длительного времени;

6)при положительных результатах препарат не рекомендуется менять 3-5 лет; препарат заменяют тогда, когда индивидуально максимальные дозы, применяемые достаточно долго, не дают терапевтического эффекта или возникают выраженные побочные явления;препарат заменяют, как и отменяют постепенно по частям, под контролем ЭЭГ;

7)следует регулярно контролировать состояние лимфатических узлов, кожи, печени, селезенки, исследовать неврологический статус, речь, состояние сознания, темп психических процессов, каждые 3-6 месяцев следует делать анализы мочи.Желателен контроль ЭЭГ 1 раз в пол-года.