

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕЖПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В.Т. Лекомцев, И.Н. Алексеева, В.М. Перевозчикова

ФГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск, Россия
ФГБУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
БУЗ «Республиканский клинический центр психического здоровья МЗ УР», г. Ижевск, Россия

STRUCTURAL AND DYNAMIC ANALYSIS OF PAROXYSMAL SYMPTOMS OF EPILEPSY PATIENTS

*V.T. Lekomtsev, I.N. Alekseeva,
V.M. Perevozchikova*

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Clinical Center of Mental Health, Izhevsk, Russia

Сведения об авторах;

Лекомцев Владислав Тимофеевич – к.м.н. (SPIN-код: 9993-7334; AuthorID: 755957). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: Россия, 426056, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.

Алексеева Ирена Николаевна (SPIN-код: 3867-9019; AuthorID: 1089363). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронная почта: pmp_chgu@mail.ru

Перевозчикова Вера Михайловна – врач-психиатр. Место работы и должность: психолог и врач-психиатр БУЗ «Республиканский клинический центр психического здоровья МЗ УР». Адрес: Россия, 426054, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, 100. Телефон: +7 (3412) 58-61-87

Рассмотрены три регистра симптоматики (особенности и частота припадков и их эквивалентов, состояние психических процессов, расстройства личности), которые должны найти своё отражение в развёрнутом клинико-функциональном диагнозе и учитываться при проведении медико-социальной (трудоустрой) экспертизы у больных эпилепсией.

Ключевые слова: эпилепсия, медико-социальная (трудоустрой) экспертиза

В настоящее время вопросы медико-социальной экспертизы (МСЭ) при психических расстройствах имеют особую актуальность [1, 2]. Социальная значимость проблемы эпилепсии определяется её распространённостью, молодым возрастом больных, когда особую роль играют ограничения жизнедеятельности в ситуациях «обучение» и «работа», потенциально прогрессивным течением, осложнениями и недостаточной эффективностью терапии [3, 4]. Эпилепсия существенно дезадаптирует больных и ведёт к социальной недостаточности [5, 6]. Около 50,0% из них становятся инвалидами. В 75,0% случаев это лица в возрасте 30 лет [7, 8]. Ограничения жизнедеятельности (ОЖД) при эпилепсии обусловлены не

только судорожными приступами, но и нарастающими расстройствами личности с формированием психоорганического синдрома (ПОС) [2, 9].

Цель исследования – описать регистры клинико-функционального диагноза у больных травматической эпилепсией, на которые необходимо ориентироваться при проведении МСЭ.

Материалы и методы.

Краткий обзор, анализ литературы и собственные теоретические разработки авторов по теме исследования.

Результаты и обсуждение.

При проведении МСЭ важное значение имеет учёт частоты приступов (пароксизмов); частые пароксизмы – 4 и более гене-

рализованных припадков в месяц, 2 и более сумеречных расстройств сознания в месяц, 4 и более состояний амбулаторных автоматизмов или выраженных дисфорий в месяц, 1 и более эпистатуса в месяц. Средней частоты пароксизмы – генерализованные приступы – 2-3 раза в месяц, сумеречные расстройства сознания – 1 раз в месяц, амбулаторные автоматизмы, выраженные дисфории – 2-3 раза в месяц, эпилептический статус – 1 раз в два месяца. Редкой частоты пароксизмы – генерализованные приступы – 1 раз и реже в месяц, сумеречные расстройства сознания – 1 раз и реже в полтора-два месяца, амбулаторный автоматизм – 1 раз и реже в месяц, эпистатус – 1 раз в три месяца [10].

Частота припадков и их эквивалентов оценивается на протяжении календарного года и обязательно на фоне противосудорожной терапии, они должны быть максимально подтверждены медицинскими сведениями, характеристиками с места работы.

При оценке структуры межпароксизмальных изменений личности врачу психиатру и врачу психиатру-эксперту требуется правильная оценка психических процессов у больных эпилепсией. В социальной психиатрии и МСЭ принято оценивать не только стойкость и степень выраженности ПОС, но и его клинические варианты, поскольку они также влияют на адаптивные возможности больного [11].

Для уточнения типологии и значимости ПОС следует интегративно использовать психобиографический метод, метод наблюдения и экспериментально-психологическое обследование [1, 10].

При эпилепсии ПОС является не только стабильным состоянием, но и имеет тенденцию к нарастанию в зависимости от типа и темпа течения заболевания, частоты и особенностей судорожных припадков, их эквивалентов и ряда других факторов [7, 8, 9].

Обычно при эпилепсии ПОС увеличивает нарушения способности к обучению, трудовой деятельности, ориентации и самообслуживанию, а иногда, с учетом его вариантов, к социальным контактам. Оценка степе-

ни выраженности и клинического варианта ПОС также крайне важна при МСЭ детей, страдающих эпилепсией. Лёгкая степень ПОС не является достаточным основанием для определения III группы инвалидности, но такое экспертное решение может быть принято при его сочетании с пароксизмами (даже редкими). При умеренной (средней) степени ПОС обычно возникает необходимость в определении III группы инвалидности по тем же жизненным типовым ситуациям. Более того, в сочетании с пароксизмами средняя степень ПОС позволяет решать вопрос об определении II группы. Выраженный ПОС при эпилепсии в рамках медико-биологической составляющей считается достаточным основанием для определения II группы инвалидности (ОЖД II степени). В динамике выраженный ПОС может достигать степени деменции (необходимость постоянного постороннего надзора и ухода), когда возникает ОЖД III степени [1, 10].

Таким образом, при определении группы инвалидности больным эпилепсией необходимо учитывать не только частоту и типологию пароксизмальных состояний, но и особенности (варианты) и степень выраженности ПОС. Третьим «слоем» симптоматики, ведущим к социальной недостаточности больных, являются расстройства личности.

Расстройства личности (психопатоподобная симптоматика). В социальной психиатрии, военной, судебной и МСЭ, наряду с оценкой частоты и особенностей эпилептических припадков, состоянием психических процессов клинично-экспертно-реабилитационному анализу подвергается и третий регистр симптоматики – постепенно формирующиеся расстройства личности. На начальной стадии заболевания расстройства личности неглубоки и не приводят к значительной социальной недостаточности. Однако в дальнейшем, с постепенным развертыванием симптоматики (учащение припадков, их полиморфизм, сочетание с психическими эквивалентами, углубление ПОС они становятся все более значимым дезадаптирующим фе-

номеном, серьезно ограничивающим жизнедеятельность больных. Уже через 5-6 лет после начала заболевания они начинают отчетливо клинически проследиваться (у детей и подростков раньше) [7, 8, 9].

Основой современного клинико - экспертно-реабилитационного диагноза является оценка степени и стойкости функциональных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность инвалида, через их трансформацию в клинический синдром или синдромы с последующим анализом реабилитационного потенциала личности, организма и малого социума [1, 8, 10].

Термин «изменения личности» отражает не клинический (патопсихологический) регистр, а носит чисто психологическую направленность. Правомерный и крайне значимый для понимания причин социальной дезадаптации больных органическим поражением мозга и эпилепсией в начале XX века, в настоящее время он должен рассматриваться через призму психопатоподобного синдрома. Причём обязательно с указанием не только степени выраженности (психопатоподобная симптоматика), но и конкретного клинико-патопсихологического варианта [11].

Лёгкая степень – не приводит к инвалидизации, могут быть ситуативные затруднения в категориях – образование, трудовая деятельность. Умеренная степень – адаптивные возможности больных снижены, имеются ограничения категории жизнедеятельности 1 степени в категориях – самообслуживание, образование, трудовая деятельность. Выраженная степень – возникают ограничения категорий жизнедеятельности 2 степени. Эпилептическая деменция – возникают ограничения категорий жизнедеятельности 3 степени, в том числе и необходимости в постоянном постороннем уходе [7, 8].

Оценка расстройств личности рассматривается вместе со степенью выраженности нарушений функции организма: лёгкая степень – затруднения в социальных контактах и общении имеются, возникает незначительная социальная недостаточность, но больных она практически не дезадаптирует. Умерен-

ная степень – расстройство социальных контактов и общения приводят к ограничению категорий жизнедеятельности 1 степени в категориях самообслуживание (то есть при более длительной затрате времени, дробности выполнения, сокращении объёма, с использованием по необходимости вспомогательных технических средств), 1 степени в категории-контроля за поведением (периодически возникающие в сложных жизненных ситуациях или постоянное затруднение выполнения ролевых функций, с возможностью их частичной само коррекции). Выраженная степень – ведёт к ограничению категорий жизнедеятельности 2 степени. Это выражается в стойкой дезадаптации в категории – трудовая деятельность (то есть в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств или с помощью других лиц), 2 степени в категории-контроль за поведением (постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц). Значительно выраженная степень – ведёт к ограничению категорий жизнедеятельности 3 степени, это ведёт к стойкой значительно выраженной дезадаптации в категории – трудовая деятельность (неспособность к трудовой деятельности), 3 степени в категории – контроль за поведением (неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной посторонней помощи), 3 степени в категории – самообслуживание (неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц). Ограничения категорий жизнедеятельности могут быть разной степени выраженности и учитываются в совокупности [1].

Для целей врачебно-трудовой экспертизы целесообразно выделять следующие типы течения эпилепсии [10]. Медленно - прогрессирующий тип течения характеризуется наличием в основном мономорфных редких или средней частоты припадков, отсутствием клинических признаков, указывающих на

нарастание деструктивно-органических изменений в центральной нервной системе. Выраженные изменения личности в виде некоторой раздражительности, вспыльчивости, монотонности, обстоятельности, угодливости, подчеркнутой аккуратности, педантичности возникают через 10 и более лет от начала заболевания. Для подостропрогредиентного типа течения характерны полиморфные пароксизмы (частые судорожные припадки, иногда с последующими сумеречными расстройствами сознания, дисфории, сочетание больших судорожных припадков с abortивными или приступами типа малых). Деструктивная тенденция эпилептического процесса более выражена, что проявляется в быстро нарастающих изменениях личности уже через 6-8 лет после манифестации болезни. При смешанном типе течения болезни медленно-прогредиентное течение переходит на более поздних этапах в подостропрогредиентное (обычно под влиянием дополнительных вредностей, неправильного лечения). На первом этапе, когда заболевание протекает более благоприятно, преобладает мономорфная пароксизмальная симптоматика и деструктивная тенденция процесса выражена не резко.

Под влиянием экзогенных и эндогенных воздействий (соматические, инфекционные, сосудистые заболевания, климакс, черепно-мозговые и психогенные травмы, нерегулярный приём лекарств) темп течения болезни приобретает большую прогредиентность, клиническая симптоматика утяжеляется более острой и полиморфной (большие, abortивные, частые малые, припадки с сумеречными расстройствами сознания, серийные припадки, эпилептические статусы), быстро нарастают изменения личности [1, 9].

При ремитирующем типе течения болезни периоды прогредиентного течения

сменяются под влиянием лечения или спонтанно светлыми промежутками продолжительностью от 2 до 5-12 лет, полностью свободными от острых болезненных проявлений. У некоторых больных светлые промежутки наблюдаются неоднократно. Развернутая картина болезни представлена полиморфной пароксизмальной симптоматикой. Изменения личности начинают выявляться через 10-15 лет после возникновения припадков. При злокачественном типе течения болезни наиболее выражена деструктивная тенденция эпилептического процесса, что проявляется в быстро возникающих (через 2-5 лет от начала болезни) нарушении мышления, снижении интеллекта, выраженной вязкости, обстоятельности, тугоподвижности мышления. Резко ухудшается память, суживается круг интересов, снижается интеллект [7, 8, 10].

Стадии эпилептического процесса выделяется исходя из интенсивности и деструктивной тенденции заболевания, а также остроты клинической симптоматики. При этом учитывается частота, ритмичность пароксизмальных состояний, характер доминирующих в клинической картине проявлений болезни (функциональные или органические), возможность обратного развития патологической симптоматики под влиянием терапии, наличие или отсутствие признаков необратимого дефекта, глубина и стойкость наступившего улучшения, функциональные возможности больных в трудовой деятельности [1, 10].

Таким образом, рассмотренные выше три регистра симптоматики (особенности и частота припадков и их эквивалентов, состояние психических процессов, расстройства личности) должны найти своё отражение в развернутом клинико-функциональном диагнозе и учитываться юристами при оценке экспертизы.

Литература:

1. Помников В.Г., Крицкая Л.А., Магомедова Н.Г. Медико-социальная экспертиза при эпилепсии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (9-2): 95-99.
2. Aybek S., Perez D.L. Diagnosis and management of

- functional neurological disorder. *BMJ*. 2022 Jan 24; 376: o64. DOI: 10.1136/bmj.o64. PMID: 35074803
3. Moshé S.L., Perucca E., Ryvlin P., Tomson T. Epilepsy: new advances. *Lancet*. 2015 Mar 7; 385 (9971): 884-898. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60456-6. PMID: 25260236

4. Thorbecke R., Pfäfflin M. Social aspects of epilepsy and rehabilitation. *Handb Clin Neurol.* 2012; 108: 983-999. DOI: 10.1016/B978-0-444-52899-5.00042-3. PMID: 22939080
5. Ridsdale L. The social causes of inequality in epilepsy and developing a rehabilitation strategy: a U.K.-based analysis. *Epilepsia.* 2009 Oct; 50 (10): 2175-2179. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2009.02150.x. PMID: 19490033
6. Schachater S.C. Epilepsy. *Neurol Clin.* 2001 Feb; 19 (1): 57-78. DOI: 10.1016/s0733-8619(05)70005-0. PMID: 11471768
7. Baranowski C.J. The quality of life of older adults with epilepsy: A systematic review. *Seizure.* 2018. Aug; 60: 190-197.
8. Baxendale S. Cognitive rehabilitation and rehabilitation in people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2020. May; 106: 107027.
9. Помников В.Г., Крицкая Л.А., Дудкина О.В., Бакаева Ю.В., Петров А.В. Комплексная реабилитация больных эпилепсией. *Физическая и реабилитационная медицина.* 2022; 4 (1): 35-40.
10. Лекомцев В.Т. Когнитивные расстройства при эпилепсии. *Восточно-Европейский научный вестник.* 2015; 3-4: 17-19.
11. Голенков А.В. Основы психиатрии: синдромы и психотропные средства. Чебоксары, 2019. 104 с.

STRUCTURAL AND DYNAMIC ANALYSIS OF PAROXYSMAL SYMPTOMS OF EPILEPSY PATIENTS

V.T. Lekomtsev¹,

I.N. Alekseeva²,

V.M. Perevozchikova³

¹Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

²I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia; pmp_chgu@mail.ru

³Republican Clinical Center of Mental Health, Izhevsk, Russia

Abstract:

Three registers of symptoms (features and frequency of seizures and their equivalents, the state of mental processes, personality disorders) are considered, which should be reflected in a detailed clinical and functional diagnosis and taken into account when conducting a medical and social (labor) examination in patients with epilepsy.

Keywords: epilepsy, medical and social (labor) expertise

Вклад авторов:

В.Т. Лекомцев: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

И.Н. Алексеева: написание и редактирование текста рукописи;

В.М. Первозчикова: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

V.T. Lekomtsev: study design development, writing and editing the text of the manuscript;

I.N. Alekseeva: writing and editing the text of the manuscript;

V.M. Perevozchikova: writing and editing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 21.09.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.10.2022.

Для цитирования: Лекомцев В.Т., Алексеева И.Н., Первозчикова В.М. Структурно-динамический анализ межпароксизмальной симптоматики больных эпилепсией. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (2): 29-33. DOI: 10.32878/sibir.22-18-02(95)-29-33

For citation: Lekomtsev V.T., Alekseeva I.N., Perevozchikova V.M. Structural and dynamic analysis of paroxysmal symptoms of epilepsy patients. *Academic Journal of West Siberia.* 2022; 18 (2): 29-33. DOI: 10.32878/sibir.22-18-02(95)-29-33 (In Russ)