

Эралиева Эльнура Каримовна, врач-невролог
Ошская городская клиническая больница
Кулов Болот Бейшеналиевич, д.м.н., профессор
Кыргызский научно-исследовательский институт
курортологии и восстановительного лечения
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ
(обзор литературы)**

**ЖАРААТТАН КИЙИНКИ ТАЛМАСЫ БАР БЕЙТАПТАРДЫН ТААНЫП-
БИЛҮҮСҮН КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮНҮН МЕДИЦИНАЛЫК-СОЦИАЛДЫК
АСПЕКТИЛЕРИ
(адабияттарга сереп)**

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF COGNITIVE REHABILITATION IN
PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC EPILEPSY
(literature review)**

Аннотация: В данной статье рассмотрены факторы, приводящие к когнитивной дисфункции, снижению качества жизни пациентов с посттравматической эпилепсией, и методы когнитивной реабилитации. По данным разных авторов, качество жизни больше снижено у пациентов с частыми припадками, со вторично-генерализованными эпилептическими припадками в возрасте старше 40 лет, и с частыми приступами. Наименее выражено снижение КЖ у трудоустроенных и обучающихся в ВУЗах пациентов. По данным исследований, когнитивная дисфункция менее выражена у пациентов, лечащихся АЭП «нового» поколения, рТМС. Лечение КН наиболее эффективно пантокальцином, фенотропилом и при тренировке когнитивных навыков.

Аннотация: Бул макала муун жаракатынан кийинки талма оорулуунун эпидемиологиялык, клиникалык, диагностика, дарылоонун, таанып-билүүнү калыбына келтирүүнүн негизги өзгөчөлүктөрү жөнүндө адабияттарга серепин сунуштайт. Таанып-билүү жана вегетативдик бузулуулардын катаалдыгына таасир кылган жагдайлар: коомдук дезадаптацияга, каржы чыгымдарын көптүгүнө, инвалидизациянын жогорулашына жана бейтаптын жашоосунун сапатык жактан начарлашына алып келген жагдайлар каралган.

Abstract: The factors leading to cognitive dysfunction, declining in quality of life of patients with posttraumatic epilepsy and methods of cognitive rehabilitation are considered. According to different authors, the quality of life is more reduced in patients with secondary generalized seizures, over the age of 40, with frequent seizures and less reduced in employed and studying in universities patients. According to research, cognitive dysfunction is less pronounced in patients treated AED “new” generation, resonant magnetic stimulation. Treatment of cognitive dysfunction is most effective in pantocalcin, fenotropil, when training cognitive skills.

Түйүндүү сөздөр: жаракаттан кийинки талма, талма, таанып-билүүнү калыбына келтирүү, таанып-билүү бузулуулары, медициналык жана коомдук аспектилер.

Ключевые слова: посттравматическая эпилепсия, эпилепсия, когнитивная реабилитация, когнитивные нарушения, медико-социальные аспекты.

Key words: posttraumatic epilepsy, epilepsy, cognitive rehabilitation, cognitive disorders, medical and social aspects.

Посттравматическая эпилепсия (ПТЭ) - это хроническое заболевание, характеризующееся повторными непровоцируемыми приступами нарушения двигательных, чувствительных, вегетативных и психических функций, возникающих в результате перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ). На долю ПТЭ приходится 20% всех симптоматических форм эпилепсии. (27).

Эпилепсия относится к числу самых распространенных заболеваний, занимая в структуре неврологической патологии третье место [9]. По данным Международной

противоэпилептической лиги, около 65 миллионов человек в мире страдают эпилепсией (ИЛАЕ, 2014), что составляет 0,98% населения, 5 % населения переносят не менее одного припадка в течение жизни, у 20–30 % пациентов заболевание является пожизненным [1, 17].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 75 %, а согласно российскому анализу - около 63 % зарегистрированных пациентов не получают рациональную противоэпилептическую терапию. Зарегистрирован более высокий коэффициент смертности лиц с данным заболеванием, чем в популяции в целом [3, 5]. Современные антиэпилептические препараты (АЭП) даже в среднетерапевтических дозах обладают рядом побочных эффектов [9]. Одним из наиболее значимых отрицательных факторов становится необходимость длительного приема АЭП, которые сами по себе могут снижать качество жизни (КЖ), вызывая психические и когнитивные нарушения (КН) [19]. КН при симптоматической эпилепсии носят более тяжелый характер, чем при идиопатической эпилепсии, и также больше сопряжены с лобными дисфункциями [12].

Проблема КН в настоящее время привлекает внимание врачей различных специальностей - неврологов, психиатров, геронтологов, нейропсихологов. Дегенеративные заболевания центральной нервной системы (ЦНС), особенно эпилепсия, относятся к причинам стойких, порой необратимых когнитивных расстройств. Длительное время основное внимание было акцентировано на выраженных КН, достигающих стадии деменции, когда серьезно нарушается КЖ пациентов и окружающих их лиц [4].

По-прежнему актуальной остается проблема повышения КЖ у пациентов с эпилепсией. Внезапность развития эпилептических приступов, выраженные нарушения сознания и жизненных функций, их сопряженность с тяжелой органической патологией делают эпилепсию высоко инвалидизирующим заболеванием и обуславливают высокую стигматизацию больных эпилепсией в обществе [1, 17].

В современном обществе пациенты по-прежнему подвергаются выраженной социальной дискриминации и жестоким социально-трудовым ограничениям, противоречащим их истинным возможностям. Даже в самых развитых странах существующие законодательные положения, значительно ограничивающие социальную активность, приводят к социальной дезадаптации и изоляции [25]. Нередко пациенты испытывают затруднения в связи не столько со своей болезнью, сколько с плохой ориентацией в ней общества [16, 13].

К ухудшению КЖ также могут приводить неадекватная диагностика эпилепсии и типа приступов, частота приступов, назначение АЭП без учета общего состояния больного [11, 9].

Целью исследования является изучение методов когнитивной реабилитации факторов, влияющих на когнитивную функцию и качество жизни пациентов с посттравматической эпилепсией.

Материал и методы исследования. Мы провели литературный обзор статей, монографий, книг, авторефератов, включая официальные данные по ВОЗ и Международного бюро по борьбе с эпилепсией на русском и английском языках опубликованных за 1997 - 2018г.г. При поиске материала в интернете ключевыми словами были «посттравматическая эпилепсия», «эпилепсия», «когнитивная реабилитация», «когнитивные нарушения», «медико-социальные аспекты». Проведен анализ данных, приводящих к снижению качества жизни и когнитивным нарушениям пациентов данной категории.

Результаты и их обсуждения.

Факторы, влияющие на качество жизни пациентов с посттравматической эпилепсией.

По данным исследования Евстигнеева В.В., не было выявлено корреляционной связи КЖ с длительностью заболевания, возрастом дебюта, поздно начатым лечением, наличием сопутствующих заболеваний и вредных привычек ($p > 0,05$). Проведенное исследование не выявило гендерных и возрастных различий в оценке КЖ ($p > 0,05$) [9].

Более высокий общий балл по QOLIE-31 имели трудоустроенные пациенты, с которыми проводились регулярные беседы с разъяснением особенностей заболевания, возможности ремиссии при выполнении ряда условий ($p < 0,05$) [9].

По данным исследования Морозовой О.С., не было получено достоверных различий при сравнении средних показателей КЖ больных с лобной, височной и неустановленной локализованной формой эпилепсии ($p > 0,05$) [14].

Показатель КЖ был ниже у больных с продолжающимися приступами, чем у пациентов с ремиссией заболевания; у пациентов со сложными парциальными (СПП) и вторично-генерализованными судорожными приступами (ВГСП); у пациентов с частотой приступов 1 раз в месяц и чаще, по сравнению с пациентами, имеющими более редкие приступы; у пациентов женского пола, чем мужчины; у пациентов старше 40 лет в отличие от более молодых; у пациентов, страдающих эпилепсией от 6 лет и более; пациенты, имеющие инвалидность, по сравнению с не имеющими инвалидности независимо от степени снижения трудоспособности; лица, состоящие в браке; пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами [14].

Достоверно выше оценивали свое КЖ пациенты с дебютом эпилепсии в возрасте до 17 лет включительно, чем с более поздним началом заболевания, трудоустроенные и учащиеся пациенты [14].

Факторы, влияющие на когнитивную функцию пациентов с эпилепсией.

Выраженность КН больше зависит от частоты припадков и принимаемой АЭП, чем от давности заболевания. [15]. КН достаточно часто развиваются при семейных формах эпилепсии, при первичных генерализованных и парциальных тонико-клонических формах (Веста, Дуузе, Драве, Леннокса — Гасто) [24]. Также имеется четкая взаимосвязь КН и локализации пароксизмального очага [2].

Современный подход к проблеме лечения эпилепсии.

Стратегия лечения эпилепсии в настоящее время претерпела значительные изменения.

Современный подход к проблеме лечения эпилепсии предусматривает решение ряда вопросов, касающихся не только достижения максимального терапевтического эффекта, но и адекватного и комфортного функционирования пациентов в обществе. Если в середине прошлого столетия приоритетом терапии являлось устранение приступов и психоэмоциональных расстройств, то на современном этапе целью является улучшение КЖ пациента [8, 11, 13, 22].

Анализ результатов исследований, оценивающих КЖ при эпилепсии, позволяет предположить, что оно ухудшается в случае, когда частоту приступов не удастся уменьшить более чем на 50 %. При этом побочные эффекты АЭП порой оказывают на него более сильное негативное влияние по сравнению с частотой судорожных припадков [23].

В настоящее время возрастает интерес к методам стимуляции мозга как к альтернативной терапии эпилепсии. Методы стимуляции мозга представлены стимуляцией блуждающего нерва, глубокой электрической стимуляцией мозга, микрополяризацией и ритмической транскраниальной магнитной стимуляцией (рТМС) [10, 28].

Использование рТМС в комплексной терапии эпилепсии минимизирует возникновение побочных эффектов АЭП и обеспечивает достаточно высокое противосудорожное действие. [9].

Наибольшее количество пациентов, оценивших свое КЖ как «хорошее» и «высокое», отмечено в группах «новых» АЭП: ОКЗ - 75%, ЛЕВ - 72%, ТПМ - 61,4%. Напротив, в группах «традиционных» АЭП была зафиксирована наименьшая частота «хороших» и «высоких» оценок итогового КЖ: 49,25% и 52% в группах ВПА и КБЗ соответственно ($p > 0,05$).

Сравнительная характеристика степени когнитивного дефицита в зависимости от принимаемого АЭП показала, что наиболее худшие показатели КН отмечались у больных, принимавших таблетки бензонала (12,7 и 22,6 балла) и комбинацию бензонала с

карбамазепином (11,6 и 20,4 балла). Более высокие показатели получены для больных, принимавших вальпроаты (15,5 и 25,7 балла) и ламотриджин (14,7 и 24,8 балла) [4].

Если рассмотреть данные исследования Пономаревой Г.М., то при применении АЭП когнитивные функции пациентов с симптоматической эпилепсией существенно улучшаются, однако достоверно увеличивается число пациентов с признаками выраженной депрессии, повышенными показателями тревоги [18].

Фенотропил и пантокальцин оказывают положительное влияние на когнитивную сферу больных, причем действие фенотропила более выражено в отношении показателей слухоречевой памяти и внимания, а пантокальцина – в отношении тревожных расстройств [15].

По данным исследования Соломатина Ю.В., прием препарата мемантин (Нооджерон) приводил к статистически достоверному улучшению когнитивных функций у больных фокальной эпилепсией [20].

Проблемой медицины, особенно эпилептологии, где требуется длительный регулярный прием лекарств, является несоблюдение врачебных назначений. По данным разных авторов, до 40% пациентов не принимают препараты в назначенной дозе, пропускают их прием либо вообще отказываются от терапии [7].

Когнитивная реабилитация

КР строится на общих для нейрореабилитации принципах. Важнейшими из них являются следующие: дифференциация задач, методов и форм реабилитационной помощи в зависимости от стадии восстановления и состояния пациента; осуществление реабилитации бригадой специалистов; постановка конкретных целей реабилитации; оценка эффективности реабилитационного процесса; выработка рекомендаций для пациента [6].

Выводы.

1. Когнитивные нарушения наиболее выражены при симптоматической эпилепсии, приводя к снижению качества жизни и социальной дезадаптации.

2. Уровень качества жизни ниже у пациентов с побочными эффектами терапии, старших возрастных групп, с поздним возрастом дебюта приступов и большей продолжительностью заболевания, у лиц женского пола, не участвующих по инвалидности в трудовом или учебном процессе.

3. Качество жизни выше у больных эпилепсией, получающих рациональную монотерапию новыми антиэпилептическими препаратами, чем у тех, кто применяет традиционные препараты в связи с худшей переносимостью.

4. Проведение курсов рТМС с целью оптимизации терапевтического эффекта и минимизации побочных эффектов противоэпилептических препаратов.

5. Данные ряда авторов о зависимости степени когнитивных расстройств не сходятся в одном мнении. По данным исследования одних, выраженность когнитивных расстройств зависит от локализации эпи-очага, у вторых - от формы эпилепсии, у третьих - от частоты приступов и получаемой противосудорожной терапии. Следовательно, нам необходимо более глубоко изучить факторы, влияющие на когнитивную сферу.

Литература:

1. Авакян Г.Н., Анисимова А.В., Гусев Е.И. Тактика ведения и дополнительные возможности терапии больных эпилепсией. Пособие для врачей. — М., 2005.
2. Бурчинский С.Г. Международный неврологический журнал практикующему неврологу №1 (47) 2012.
3. Власов П.Н. Некоторые практические аспекты терапии эпилепсии у взрослых // Consilium medicum. — 2004. — № 6(2). — С. 116-124.
4. Гаффаров И.А. Медикаментозная терапия когнитивных нарушений у больных с посттравматической эпилепсией. Магист. дисс. акад. ст. магистра. 5А510109./ Самаркандский государственный медицинский институт. — Самарканд. — 2014.

5. Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гусев Е.И. Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе // Журнал неврологии и психиатрии. - 1999. — № 7. — С. 4-7.
6. Григорьева В.Н. Когнитивная реабилитация- новое направление медицинской помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга.//СТМ-2010.-С.92-99.
7. Гриненко О.А., Зайцев О.С., Окнина Л.Б., Ураков С.В., Головтеев А.Л.,Потапов А.А..Диагностика и лечение посттравматической эпилепсии// Обзор.–2013-С.13-17.
8. Дубенко А.Е. Современные принципы лечения эпилепсии // Международный медицинский журнал. — 2008. — № 1. — С. 69-72.
9. Евстигнеев В.В., Бельская Г.Н., Кистень О.В., Пономарева И.В., Лузанова Е.И. Качество жизни и восстановительная терапия с использованием ритмической транскраниальной магнитной стимуляции у пациентов с резистентной эпилепсией. // Международный неврологический журнал.- №4 (90).- 2017.- с. 85-92.
10. Евтушенко С.К., Симонян В.А., Казарян Н.Э., Кривошей А.А. Применение импульсной магнитной стимуляции в терапии цереброваскулярной патологии и двигательных расстройств при заболеваниях нервной системы // Мат-лы научно-практической конференции «Транскраниальная магнитная стимуляция и вызванные потенциалы мозга в диагностике и лечении болезней нервной системы». — М., 2007. — С. 16-17., 34
11. Зенков Л.Р. Как улучшить лечение эпилепсии в России //Российский медицинский журнал. — 2003. — № 1. — С. 1-8.
12. Малев А.Л., Захарова А.Н., Калиберденко В.Б., Кузнецов Э.С. Выраженность когнитивных расстройств при эпилепсии и симптоматических эпилептических синдромах // Междунар.научно-иссл.журн.- 2016.- №5.- С.47.
13. Михайлов В.А. Качество жизни, стигматизация и восстановительная терапия больных эпилепсией: Автореф. дис... док-ра мед. наук. — СПб., 2008. — 49 с.
14. Морозова О.С. Влияние современных антиэпилептических препаратов на качество жизни больных эпилепсией. Автореф.дис.канд.мед.наук: 14.01.11/ Москва, 2009.
15. Мухамеджанова Н.М. Состояние когнитивных функций при посттравматической эпилепсии: вопросы диагностики и коррекции медикаментозной терапии. Автореф. канд.мед.наук.14.00.13./ Ташкент – 2011.
16. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психических больных // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2000. — № 1. — С. 3-8.
17. Карлов, В.А. Эпилепсия / В.А. Карлов. - Москва: Наука, 2010. - 352 с.
18. Пономарева Г.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика и качество жизни пациентов с симптоматической эпилепсией в Республике Коми: Автореф.дис.канд.мед.наук: 14.01.11/ Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. - Санкт-Петербург, 2017.- 20с.
19. Пылаева О.А., Воронкова К.В., Петрухин А.С. Побочные эффекты и осложнения антиэпилептической терапии // Фарматека. — 2004. — № 9/10. — С. 33-41.
20. Соломатин Ю.В., Курбатова В.В., Сердюк И.Е., Логвинов Ю.И., Шамохова М.М., Бурд С.Г., Лебедева А.В. Опыт применения препарата Мемантин у больных с фокальной эпилепсией с когнитивными нарушениями.//Эпилепсия и пароксизмальные состояния.- Том 5 №2.- 2013г.-С.11-16.
21. Ушкалова Е.А. Влияние антиконвульсантов на качество жизни больных эпилепсией // Фарматека. — 2003. — № 16. — С. 29-40.
22. Юцкова Е.В., Авакян Г.Н., Татарина М.Ю. Качество жизни и фармакоэкономические особенности лечения эпилепсии у женщин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — № 107(1). — С. 52-55.
23. Шевченко Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении // Вестник качества жизни. — 2003. — № 2. — С. 6-14.
24. Шамохова М.М., Лебедева А.В., Ершов А.В. и др. Предикторы нарушений когнитивных функций при эпилепсии // Журн. неврол. психиат. — 2011. — Т. 111, № 5, вып. 2. Эпилепсия. — С. 65-71.

25. Baker G.A. Assessment of quality of life in people with epilepsy: some practical implications // *Epilepsia*. — 2001. — № 42(3). — P. 66-69.
26. Devisky O., D'Esposito M. *Neurology of Cognitive and Behavioural Disorders*. — Oxford: Univ. Press, 2004. — 451 p.
27. Haltiner AM, Temkin NR, Dikmen AA. Risk of seizure recurrence after the first late posttraumatic seizure. // *Arch Phys Med Rehabil*.- 1997;78:835-840.
28. Saillet S., Langlois M., Feddersen B., Minotti L. et al. Manipulating the epileptic brain using stimulation: a review of experimental and clinical studies // *Epileptic Disord*. — 2009. — № 11(2). —P. 100-112.