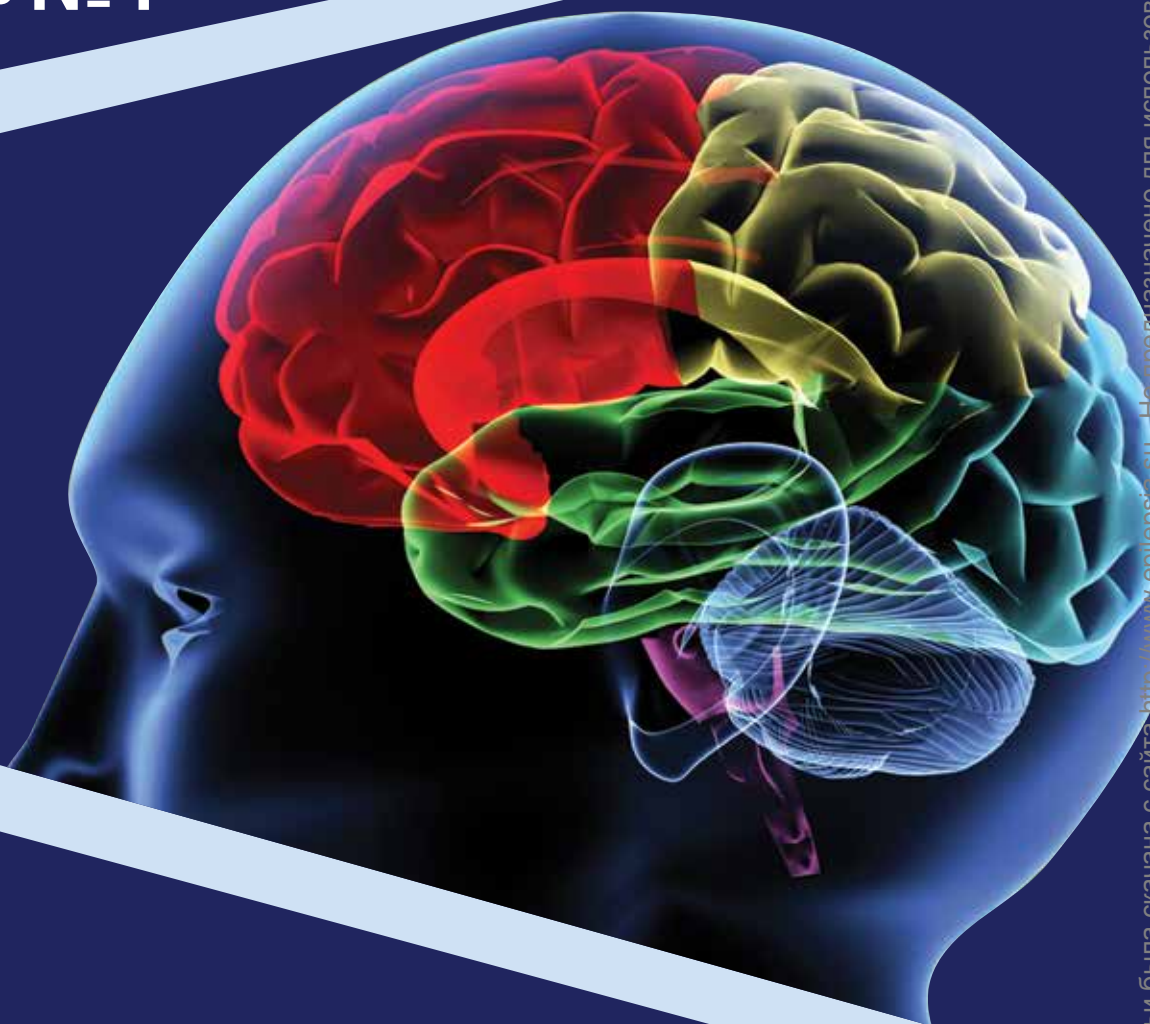


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАН
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2016 Том 8 №4



EPILEPSY AND PAROXYZMAL CONDITIONS

ISSN 2077-8333

2016 Vol. 8 №4

www.epilepsia.ru

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сивакова Н. А., Коцюбинский А. П., Липатова Л. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В. М. Бехтерева» Минздрава России

Резюме

У больных эпилепсией выявляются стойкие нарушения психики в виде значительных личностных и аффективных расстройств, преимущественно депрессивного и тревожного спектра, наблюдаемых в интериктальном периоде заболевания. Цель исследования – изучить частоту непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией (БЭ), выделить клинические особенности аффективных непсихотических расстройств и проанализировать связь различных вариантов аффективной патологии с явлениями фармакологической резистентности. Материалы и методы. Обследовано 160 БЭ, 80 пациентов с фармакорезистентной эпилепсией (ФРЭ), 80 БЭ – с контролируемой эпилепсией с использованием батареи психометрических шкал. Результаты. У 59,4% БЭ выявлены разнообразные депрессивные и тревожные психопатологические состояния: у 86,3% пациентов с ФРЭ, у 32,5% – с контролируемой эпилепсией. При клинико-психопатологическом анализе непсихотических психических расстройств выявлено, что в группе больных с ФРЭ имеет место не только статистически более частая представленность аффективных расстройств, но также большая «брутальность», «структурная сложность» и глубина выраженности депрессивных и тревожных расстройств, чем в группе больных с контролируемым течением заболевания. Установлено, что при раннем начале заболевания и более продолжительном его течении аффективные симптомы встречались чаще. Заключение. Терапевтическая резистентность больных эпилепсией сопровождается наличием разнообразных аффективных непсихотических психических расстройств, представленных главным образом депрессивными и тревожными психопатологическими состояниями. По своим клинико-психопатологическим характеристикам они приближаются к аффективным эндогенным психическим расстройствам и, по сути, представляют собой их «органическую модель».

Ключевые слова

Эпилепсия, аффективные расстройства, депрессия, тревога.

Статья поступила: 19.10.2016 г.; в доработанном виде: 30.11.2016 г.; принята к печати: 23.12.2016 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Сивакова Н. А., Коцюбинский А. П., Липатова Л. В. Структура непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2016; 4: 13-22.

THE STRUCTURE OF THE NON-PSYCHOTIC MENTAL (PSYCHIATRIC) DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY WITH DIFFERENT VARIANTS OF THE DISEASE

Sivakova N. A., Kotsubinskyi A. P., Lipatova L. V.

St. Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary

*Mental disorders persistent identified in patients with epilepsy as significant personal and affective disorders, especially depressive and anxiety spectrum observed in the interictal period of the disease. **Purpose.** Study the frequency of non-psychotic mental disorders in patients with epilepsy; highlight the clinical features of non-psychotic affective disorders and to analyze the relationship of different variants affective disorders with symptoms of pharmacological resistance. **Material and methods.** The study involved 160 patients with epilepsy: 80 patients with drug-resistant epilepsy (DRE), 80 patients with controlled epilepsy using a battery of psychometric scales. **Results.** The variety of depressive and anxious psychiatric condition detected in 59.4% of patients with epilepsy, in 86.3% of patients with DRE, in 32.5% – with controlled epilepsy. Clinical and psychopathological analysis of non-psychotic mental disorders showed that in patients with DRE have statistically more frequent affective disorders, also a great “brutality”, “structural complexity” and the depth of depressive and anxiety disorders than in patients controlled epilepsy. We established that patients with affective symptoms have earlier onset and a longer course of disease. **Conclusion.** The therapeutic resistance of patients with epilepsy accompanied by the presence of various non-psychotic affective mental disorders represented, mainly, depressive and anxiety psychopathological conditions. In terms of clinical and psychopathological a characteristics they are close to an endogenous affective mental disorders and, essentially, represent their “organic model.”*

Key words*Epilepsy, affective disorders, depression, anxiety.***Received:** 19.10.2016; **in the revised form:** 30.11.2016; **accepted:** 23.12.2016.**Conflict of interests**

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Sivakova N. A., Kotsubinskyi A. P., Lipatova L. V. The structure of the non-psychotic mental (psychiatric) disorders in patients with epilepsy with different variants of the disease. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya / Epilepsy and paroxysmal conditions.* 2016; 4: 13-22 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Bekhtereva, 3, St. Petersburg, Russia, 192019.

E-mail address: sivakova-natali@rambler.ru (Sivakova N. A.).

Введение

Эпилепсия – одно из наиболее распространенных и трудноурабатываемых (фармакорезистентных) заболеваний, которое является серьезной медицинской проблемой, имеющей отчетливую социально-экономическую составляющую. При этом из общего числа всех прямых расходов, предназначенных для пациентов, страдающих эпилепсией, в Российской Федерации 75% приходится на больных с фармакорезистентной эпилепсией (ФРЭ), хотя они составляют 20-30% от страдающих этим заболеванием [10,21,22,25]. Такая ситуация связана с необходимостью частых посещений больными ФРЭ врача (в т.ч. по поводу полученных ими во время приступа травм и осложнений соматическими заболеваниями), а также необходимости непрерывного медицинского ухода [2]. Однако, по данным

многочисленных авторов, несмотря на достигнутые в течение последних десятилетий успехи в лечении эпилепсии, количество фармакорезистентных пациентов сократилось только на 4%, а у 25-30% больных по-прежнему не удается получить достаточного контроля припадков с помощью консервативной терапии [4,15,37,41]. Это обстоятельство связано как с терапевтической брутальностью отдельных форм эпилепсии, обуславливающих устойчивость к современным лекарственным препаратам, так и с повышенным риском развития у этих пациентов угрожающего жизни эпилептического статуса или получаемых во время приступа серьезных травматических повреждений [20].

С учетом недостаточной эффективности существующих лечебных воздействий при лечении больных с ФРЭ, особое внимание в последнее десятилетие

тие уделяется поиску причин, обуславливающих такого рода невосприимчивость больных к лекарственным препаратам.

Проведенные в последние годы исследования, направленные на разрешение этих вопросов, позволили обнаружить определенную связь терапевтической резистентности с большей, чем у больных эпилепсией в целом, с различного рода эпизодическими или константными психопатологическими феноменами. Так, по данным разных авторов, при персистировании приступов у большинства (до 80%) таких пациентов выявляются стойкие нарушения психики в форме значительных личностных и аффективных расстройств, наблюдаемых в интериктальном периоде заболевания [3,6,14,16,23,24,31,43]. Это может свидетельствовать о вовлеченности в эпилептический процесс, помимо пароксизмальных проявлений расстройства, психики пациента (когнитивных, аффективных и поведенческих нарушений), а значит, о более напряженном состоянии компенсаторно-адаптационных механизмов организма, что делает менее благоприятным клинический прогноз течения заболевания и использование в этом случае только антипароксизмальной терапии будет недостаточным [27]. Об этом же свидетельствует и то обстоятельство, что для таких пациентов, в особенности при височных формах эпилепсии, характерна большая фиксированность на болезни и болезненных переживаниях, склонность к формированию идей отношения, подозрительность, аффективная напряженность, интенсивность переживания своей измененности, своей неполноценности, нарушения памяти, аутизм, депрессия, изменение личности по шизофреническому типу [1,8,9,19,28].

При обсуждении вопроса специфичности психических расстройств при эпилепсии многие авторы указывают на преобладание у данной категории больных аффективных нарушений [11], при этом депрессию считают наиболее чаще встречающимся расстройством: если аффективные нарушения имеют место примерно у 12-37% всех больных эпилепсией [13,30,36,46], то у пациентов с ФРЭ этот процент возрастает 20-55% [39], хотя необходимо подчеркнуть, что на практике эти состояния своевременно не распознаются, что объясняется размытостью клинических и психопатологических проявлений этих расстройств [12].

При эпилепсии аффективные феномены часто сочетаются с когнитивными нарушениями, что можно трактовать как внешнее проявление одного, более общего, нейропсихологического синдрома в виде расстройства функций лобных долей головного мозга как в том, так и в другом случае [32]. В. В. Калинин (2007) было установлено, что при депрессивных расстройствах больные выполняют тесты на внимание, бдительность и исполнительские функции гораздо хуже, чем лица контрольной группы [32]. С другой стороны, при нарушении функций лобных

долей, то есть при развитии так называемого синдрома нарушенных исполнительских функций, у больных появляется явная депрессивная симптоматика, причем у половины из них соответствующая диагностическим критериям большого депрессивного эпизода [30]. Все это, в конечном счете, говорит об общности патогенетических звеньев депрессивной симптоматики и снижении исполнительских функций, что правомерно связать с нарушениями деятельности лобных долей и, одновременно, об их вовлеченности при эпилепсии с психопатологическими аффективными симптомами [12].

Другие авторы уточняют характер связи при эпилепсии пароксизмальных и аффективных нарушений, указывая на их ассоциативность и предполагая патогенетическое единство [17].

J. Angst (1977) обращал свое внимание на то, что спектр аффективных расстройств, наблюдаемых в клинике психических и неврологических расстройств, намного шире, чем это представлено в дискретной диагностической номенклатуре, выделяя «подпороговую» психиатрию и дополняя ее «пороговой».

Возможности расширения спектра аффективных состояний за счет подпороговых феноменов обусловили выделение двух видов расстройств: 1) расстройства, имеющие подпороговую выраженность различных по длительности аффективных нарушений; 2) расстройства, имеющие подпороговую (кратковременную) длительность различных аффективных нарушений [18]. С учетом сказанного наиболее часто в качестве подпороговых аффективных нарушений у больных эпилепсией описываются расстройства, которые могут выступать в форме следующих субдепрессий: тоскливой, адинамической, ипохондрической (характерной для межприступного периода, особенно в условиях хронификации расстройства), тревожной и деперсонализационной.

Классические симптомы эндогенной депрессии в виде чувства вины, идей самообвинения, переживаний потери чувств и суточных колебаний настроения при эпилепсии обычно встречаются редко [38,44,45]. В связи с этим большинство авторов подчеркивают, что клинические проявления депрессии при эпилепсии носят атипичный характер (по крайней мере, атипичные особенности встречаются не менее чем у 50% больных) [44,45]. Существует мнение о том, что интериктальная (межприступная) депрессия при эпилепсии наиболее часто манифестирует многообразной симптоматикой: собственно, депрессией, тревогой, раздражительностью, суицидальными идеями, соматовегетативными проявлениями в виде снижения аппетита, либидо и нарушениями памяти [12]. При этом депрессия при эпилепсии характеризуется хроническим течением, которое периодически прерывается светлыми промежутками длительностью от нескольких часов до нескольких суток [32,34,35,44,45]. В исследовании В. А. Карлова

(1999) было доказано, что глубина проявлений депрессии при эпилепсии коррелирует с длительностью заболевания, интраверсией, возрастом (преимущественно у пожилых), полом (чаще у женщин) и с политерапией.

Второе место по распространенности непсихотических расстройств у больных эпилепсией занимают тревожные проявления заболевания [26,42], которые предшествуют пароксизмальным явлениям, сопровождают их или последуют сразу после их прекращения. При этом тревога выступает как компонент указанных состояний, она может проявиться внезапно возникающим страхом, чаще неопределенного содержания (ощущение надвигающейся угрозы, усиливающегося беспокойства, рождающего желание что-то срочно предпринять или искать помощь у окружающих), а нередко – сформированного страха смерти от приступа, страха наступления паралича, сумасшествия и т.д., сопровождающегося вегетативным компонентом и достигающего характера «панических атак», переплетающихся с расстройствами истерического круга.

В интериктальном периоде тревожные расстройства, включающие в себя тревогу, панические атаки и фобическую симптоматику, могут встречаться как при височной, так и при идиопатической генерализованной эпилепсии [12]. Полагают, что тревожные расстройства чаще наблюдаются при височной эпилепсии с фокусом слева, чем при эпилепсии с фокусом в правом полушарии [33]. Л.И. Вассерман (1989, 1998) установил, что пациенты с височной эпилепсией характеризуются склонностью к тревожным переживаниям, страхам и опасениям, раздражительностью. При этом больные отличаются существенным повышением дезадаптивных компонентов отношения к болезни в виде более высокой тревожности, навязчивых страхов и опасений, ипохондричности, эгоцентричности, паранойяльности и склонности к дисфорическим реакциям. Важно иметь в виду, что указанная тревожная симптоматика может появляться задолго до эпилептических припадков, что вносит трудности в своевременную диагностику эпилепсии и лишний раз подчеркивает существование общих патогенетических звеньев при эпилепсии и тревожных расстройствах. Не случайно, психопатологические феномены могут проявляться и при других, помимо височной, формах эпилепсии. При этом, в отличие от пароксизмальной тревоги, тревожный аффект в ремиссиях приближается по форме к классическим вариантам в виде перманентного переживания немотивированных опасений за свое здоровье, здоровье близких, могущего приобрести отчетливый обсессивно-фобический характер, вплоть до появления симптомов кардиофобии, агорафобии, реже – социофобии (страх упасть из-за приступа в присутствии сотрудников на работе). В некоторых

случаях имеют место защитные механизмы поведения (типа ритуалов) со своеобразными мерами противодействия болезни.

Целью нашего исследования было изучить частоту непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией в целом и при фармакорезистентном течении этого заболевания, в частности, а также выделить клинические особенности аффективных непсихотических расстройств, наблюдаемых у больных эпилепсией в интериктальном периоде, и проанализировать связь различных вариантов аффективной патологии с явлениями фармакологической резистентности.

Материалы и методы

Обследовано 160 больных эпилепсией (БЭ), которые были разделены на две группы. Первую группу составили 80 пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии. Фармакорезистентность определялась по критериям МПЭЛ: неэффективность терапии двумя и более антиэпилептическими препаратами (АЭП) в терапевтических дозах, применяемых как в режиме монотерапии, так и комбинации. Во вторую группу вошли 80 пациентов с контролируемой эпилепсией (КЭ), у которых при назначении АЭП приступов не наблюдалось более 12 месяцев.

В работе использовались следующие методы исследования: 1) клиничко-психопатологический; 2) клиничко-неврологический; 3) психометрический, включающий психометрические шкалы и опросники: самоопросник «Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety Depressive Scale (HADS), 1983), самоопросник «Шкала оценки депрессии Бека» (Beck Depression Inventory (BDI), Beck A. T. et al., 1961), шкала оценки симптомов тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA) Hamilton M., 1959, 1960, 1967).

Полученные результаты были статистически обработаны на компьютере IBM PC с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2010 и SPSS IBM 19.0. Использовались методы описательной статистики: соответствие распределения показателей нормальному закону проверялось с помощью критерия Колмагорова-Смирнова; сравнительный анализ качественных признаков проводился с помощью критериев χ^2 и ϕ – Фишера. Взаимосвязи между показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В проведенном исследовании анализу были подвергнуты наиболее общие характеристики непсихотических психических расстройств, соответствующие кодам по МКБ-10 из регистра F06.3 (органическое аффективное расстройство в связи с эпилепсией), F06.362 (непсихотическое депрессивное расстройство в связи с эпилепсией); F06.42 (органи-

ческое тревожное расстройство в связи с эпилепсией); F06.62 (органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с эпилепсией); F06.72 (легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией); F07.02 (расстройство личности в связи с эпилепсией).

При анализе непсихотических психических расстройств в общей группе больных эпилепсией (160 человек) обнаружено, что у 59,4% обследованных непсихотические психические расстройства характеризовались наличием разнообразных депрессивных и тревожных психопатологических состояний. Чаще непсихотические психические расстройства отмечались у пациентов с ФРЭ – 69 пациентов (86,3% от больных с ФРЭ против 32,5% у больных с контролируемой эпилепсией) (см. рис. 1).

В группе больных с ФРЭ у большинства пациентов (86,3%) на момент обследования были выявлены аффективные психические нарушения, чаще они встречались у женщин (48,8%), чем у мужчин (37,5%). Средний возраст больных с аффективными расстройствами в данной группе был равен $34,9 \pm 11,8$ лет, средний возраст начала заболевания – 11 ± 5 лет, средняя длительность заболевания – $20,6 \pm 12,3$ лет (для сравнения средний возраст всех больных с ФРЭ был равен $28,3 \pm 9,6$ лет, средний возраст начала заболевания – $28,2 \pm 9,5$ лет, средняя длительность заболевания – $18,2 \pm 10,3$ лет). Симптомы аффективных психических расстройств на момент обследования у этой группы не обнаружены всего у 11 пациентов (13,8% от всех больных этой группы): у 6 (7,5%) мужчин и 5 (6,3%) женщин.

В группе больных с КЭ непсихотические психические расстройства отмечались реже (26 человек, или 32,5% больных, составивших эту группу). В группе с КЭ аффективные психические нарушения на момент обследования выявлены лишь у 26 человек (32,5% этой группы): у 10 мужчин (12,5%) и 16 женщин (20,0%). Средний возраст пациентов составил $34,9 \pm 11,7$ лет, средний возраст начала заболевания – $11,0 \pm 4,9$ года, средняя длительность заболевания – $20,3 \pm 12,2$ лет (для сравнения – средний возраст пациентов с КЭ был равен $32,2 \pm 11,8$ лет, средний возраст начала заболевания – $23,5 \pm 11,9$ лет, средняя длительность заболевания – $8,8 \pm 7,6$ лет). Симптомы аффективных психических расстройств на момент обследования в данной группе отсутствовали у 54 пациентов (67,5%), из них 23 мужчины (28,8%) и 31 женщина (38,8%).

Таким образом, можно констатировать, что в группе больных с резистентным течением эпилепсии непсихотические психические расстройства (НПР) депрессивного и тревожного спектра на момент проведения обследования встречались чаще, чем в группе с контролируемым течением заболевания ($\phi=5,16$; $p<0,01$). Также выявлена корреляционная связь возникновения расстройств аффективного спектра с возрастом начала ($r=-0,16$; $p=0,04$) и длительностью

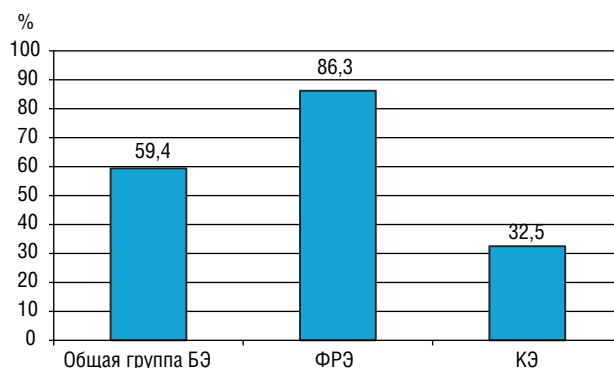


Рисунок 1. Встречаемость непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания.

Примечание. БЭ – больные эпилепсией; ФРЭ – фармакорезистентная эпилепсия; КЭ – контролируемая эпилепсия.

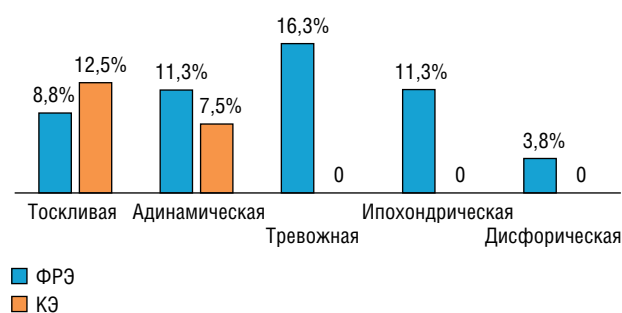


Рисунок 2. Клинические формы депрессивных расстройств у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания.

Примечание: ФРЭ – фармакорезистентная эпилепсия; КЭ – контролируемая эпилепсия.

заболевания ($r=0,24$; $p=0,002$) в общей группе больных эпилепсией, а именно – при раннем начале заболевания и более продолжительном его течении аффективные симптомы встречались чаще.

При клинико-психопатологическом анализе аффективных нарушений в сравниваемых группах больных было установлено, что в общей группе больных эпилепсией непсихотические психические расстройства депрессивного спектра в анамнезе и на момент обследования наблюдались у 57 больных (35,6% всех обследованных больных): 41 (51,3%) пациент из группы ФРЭ и 61 (20%) пациент из группы с КЭ. При этом были выделены следующие клинические формы непсихотических депрессивных симптомокомплексов (см. рис. 2):

1. Тоскливые депрессии и субдепрессии – 17 человек (10,6% всех обследованных больных), из них в группе ФРЭ было у семи человек (8,8% пациентов этой группы), а группе с контролируемой эпилепсией – у 10 человек (12,5% пациентов этой группы).

2. Динамические депрессии и субдепрессии наблюдались у 15 человек (9,4% всех обследованных

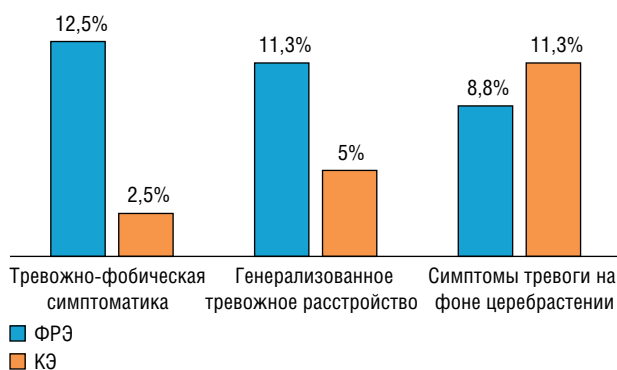


Рисунок 3. Клинические формы тревожных расстройств у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания.

Примечание: ФРЭ – фармакорезистентная эпилепсия; КЭ – контролируемая эпилепсия.

больных). Из этого числа в группе с ФРЭ они отмечались у девяти человек (11,3% пациентов этой группы), а в группе с КЭ – у шести человек (7,5% пациентов данной группы).

3. Тревожные депрессии и субдепрессии имели место у 13 человек только в группе больных с ФРЭ (8,1% всех обследованных больных и 16,3% в группе больных с ФРЭ).

4. Ипохондрические депрессии и субдепрессии наблюдались у девяти пациентов и тоже только в группе больных ФРЭ (5,6% всех обследованных больных и 11,3% в группе больных с ФРЭ).

5. Дисфорические аффективные проявления выявлены у трех больных и тоже только в группе ФРЭ (1,9% всех обследованных больных и 3,8% в группе больных с ФРЭ).

При анализе клинической картины тревожных расстройств в общей группе обследованных больных, находящихся в интериктальном периоде заболевания, они выявлены у 41 больного (25,6% всех обследованных пациентов), из них в группе в группе с ФРЭ – у 26 человек (32,5% пациентов, составивших эту группу), а в группе контролируемой эпилепсией – у 15 человек (18,8% пациентов этой группы).

Клиническое обследование пациентов с тревожными нарушениями позволило выделить следующие особенности этого синдрома у данной категории больных (см. рис. 3):

1. Тревожно-фобическая симптоматика отмечалась у 12 больных (7,5% всех обследованных больных), из них у 10 пациентов с ФРЭ (12,5% пациентов этой группы) и два человека с КЭ (2,5% пациентов этой группы).

2. Генерализованное тревожное расстройство фиксировалось у 13 человек (8,2% всех обследованных больных), из них у девяти человек с ФРЭ (11,3% пациентов этой группы) и у четырех человек с КЭ (5,0% пациентов этой группы).

3. Симптомы тревоги на фоне церебрастении – у 16 человек (10% всех обследованных больных),

из них у семи человек с ФРЭ (8,8% пациентов этой группы) и девяти человек с КЭ (11,3% пациентов этой группы).

Таким образом, можно констатировать, что у больных с ФРЭ имеет место не только статистически более частая представленность аффективных неспсихотических расстройств, но также большая «брутальность» и «структурная сложность» их психопатологических проявлений, имеющих аффиinitет к личностным характеристикам индивидуума.

Для уточнения глубины выраженности неспсихотических аффективных расстройств в проведенном исследовании использовались психометрические шкалы.

При изучении наличествующей у больных с эпилепсией депрессивной симптоматики использовались два самоопросника: BDI и HADS.

По данным, полученным с помощью BDI, у 41 больного эпилепсией с резистентным течением заболевания (51,3%) были выявлены следующие уровни депрессивных переживаний: у 12 человек (15%) депрессивные переживания выражены в легкой степени; у 20 человек (25,0%) – в умеренной; у девяти человек (11,3%) – в тяжелой. В группе больных с КЭ депрессивные нарушения обнаружены у 16 человек (20,0%): легкой степени – у 12 человек (15,0%), средней степени – у четырех человек (5,0%). Симптомы значительной выраженной депрессии тяжелой степени тяжести в данной группе зарегистрированы не были.

По данным, полученным при использовании HADS, установлено, что субклиническая выраженность депрессивных переживаний практически не различалась в сравниваемых группах (10 человек (12,5%) при ФРЭ против 13 человек (16,3%) при КЭ), в то время как клинически выраженный их характер заметно чаще отмечался при ФРЭ: у 31 пациента (38,8%) с ФРЭ против трех пациентов (3,8%) с КЭ.

Сопоставление выраженности депрессивных переживаний у больных с ФРЭ и с КЭ проиллюстрировано на рисунке 4. Как видно, у большинства больных контролируемой эпилепсией (64 человека, или 80,0% пациентов этой группы) отсутствуют депрессивные переживания. Не отмечалось также у этих пациентов и тяжело выраженных депрессивных переживаний, а легко выраженные имели место у 12 человек (15,0% пациентов этой группы, как и в группе пациентов с ФРЭ), значительно разнясь в сторону уменьшения при умеренной выраженности (четыре человека (5,0%) с КЭ против 20 человек (25%) с ФРЭ). Таким образом, у больных с ФРЭ отмечается больший удельный вес депрессивных переживаний и большая, чем у пациентов с КЭ, их глубина.

Таким образом, анализ двух шкал, используемых для фиксации депрессивных переживаний больных, выявил, что для пациентов первой группы (ФРЭ) характерна статистически значимая большая глубина выраженности депрессивных расстройств: процентное соотношение больных с депрессией умеренной

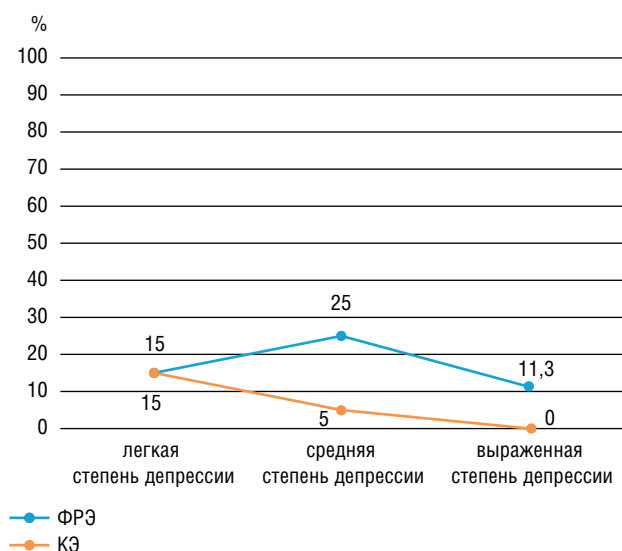


Рисунок 4. Депрессивные переживания по степени их выраженности у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания.

Примечание: ФРЭ – фармакорезистентная эпилепсия; КЭ – контролируемая эпилепсия.

и значительно выраженной степени у них выше, чем с депрессией легкой степени. У больных второй группы (КЭ) симптомы депрессии умеренной степени встречаются достоверно реже, у них преобладают легкие депрессивные проявления ($\chi^2=25,73$; $p<0,01$).

При изучении тревоги у обследованных больных использовались шкалы HADS и HAM-A.

Уровень тревоги, оцениваемый по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии», в группе больных эпилепсией с резистентным течением заболевания распределился следующим образом: у 57 человек (71,3%) симптомы тревоги отсутствуют, у девяти пациентов (11,3%) – субклинически выраженная тревога, у 14 обследованных (17,5%) выявлена клинически значительно выраженная тревога. В группе больных с КЭ у 65 человек (81,3%) выраженные симптомы тревоги отсутствуют, у 10 человек (12,5%) выявлена субклинически выраженная тревога, и только у пяти пациентов (6,3%) – клиническая выраженная тревога.

По данным шкалы HAM-A, у 38 человек (23,8% всей совокупности обследованных больных) выявлены тревожные расстройства. При этом в группе больных с ФРЭ у 57 пациентов (71,3% этой группы пациентов) симптомы тревоги отсутствуют, у семи человек (8,8%) выявляется тревожность легкой степени выраженности, у 12 обследованных (15,0%) – средней, у четырех респондентов (5,0%) – тяжелой степени. В группе больных с контролируемой эпилепсией у 65 обследованных (81,3%) симптомы тревоги отсутствовали, у девяти пациентов (11,3%) выявлена тревожность легкой степени, у четырех больных (5%) – средней, у двух человек (2,5%) – тяжелой степени тяжести.



Рисунок 5. Тревожные расстройства по степени выраженности у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания.

Примечание: ФРЭ – фармакорезистентная эпилепсия; КЭ – контролируемая эпилепсия.

Сопоставление выраженности тревожных переживаний у больных с ФРЭ и КЭ проиллюстрировано на рисунке 5. Как видно, симптомы тревожного расстройства в группе больных с ФРЭ были выявлены у 23 человек (28,8% от пациентов этой группы) против 15 пациентов (18,8%) с КЭ. При этом у больных с ФРЭ легкая степень тревожных переживаний имела место у семи человек (8,8% от пациентов этой группы) против девяти человек (11,3% от пациентов с КЭ), средняя – у 12 человек (15,0% от пациентов этой группы) против четырех пациентов (5,0%) с КЭ, а выраженная – у четырех человек (5,0% от пациентов этой группы) против двух (2,5%) пациентов с КЭ).

Таким образом, результаты исследования показали, что для группы больных с ФРЭ, по сравнению с группой больных с КЭ, характерны больший удельный вес и глубина выраженности тревожных расстройств.

Следует также отметить, что со временем выявленные в интериктальном периоде непсихотические расстройства становятся первоосновой для формирования тех характерологических черт, которые, включаясь в структуру личностных изменений индивидуума, и создают тот хорошо узнаваемый облик «измененного» больного эпилепсией, с которым сталкивается в своей повседневной профессиональной деятельности любой психиатр.

Выводы:

1. Терапевтическая резистентность больных эпилепсией достаточно часто сопровождается наличием в интериктальном периоде разнообразных аффективных непсихотических психических расстройств – они чаще имели место у резистентных пациентов: 40% из общей когорты обследованных больных эпилепсией, или 80,0% группы больных с фармакорезистентной эпилепсией, и реже – у не-

резистентных пациентов: 19,4% общей когорты обследованных больных эпилепсией, или 38,8% данной группы больных.

2. Непсихотические психические расстройства в целом у больных эпилепсией в интериктальном периоде характеризовались наличием разнообразных депрессивных и тревожных психопатологических состояний (95 из 160 человек, или 59,4% всех обследованных больных). По своим клинико-психопатологическим характеристикам они приближались к аффективным эндогенным психическим расстройствам и, по сути, представляли собой их «органическую модель».

3. Депрессивные непсихотические симптомокомплексы были выявлены у 57 (35,6%) из всех обследованных больных эпилепсией, из которых выделены следующие клинические формы: 1) тоскливые депрессии и субдепрессии (17 человек (10,6%)); 2) адинамические депрессии и субдепрессии (15 человек (9,4%)); 3) тревожные депрессии и субдепрессии (13 человек (8,1%)); 4) ипохондрические депрессии и субдепрессии (девять человек (5,6%)); 5) дисфорические аффективные проявления (три человека (1,9%)).

4. Среди тревожных непсихотических симптомокомплексов (38 человек, или 23,8% из общего числа всех обследованных пациентов) отмечены следующие клинические формы: 1) тревожно-фобическая симптоматика (12 человек (7,5%)); 2) генерализован-

ное тревожное расстройство (13 человек (8,13%)); 3) симптомы тревоги на фоне церебрастении (13 человек (8,13%)).

5. При сопоставлении групп больных с фармакорезистентной эпилепсией и с контролируемой эпилепсией обнаружено, что у первых отмечена не только статистически более частая представленность аффективных непсихотических расстройств, но и большая «брутальность» и «структурная сложность» их психопатологических проявлений. Эти данные свидетельствуют о том, что аффективные непсихотические психические расстройства могут рассматриваться как один из факторов, обуславливающих наличие фармакорезистентности больных эпилепсией.

6. Особенность выявленных в интериктальном периоде непсихотических психических расстройств у больных с фармакорезистентной эпилепсией заключается в их аффинитете к возникновению «нажитых» в процессе динамики заболевания личностных характеристик индивидуума, что в совокупности с выявленной при обследовании у них большей, чем у пациентов с контролируемой эпилепсией, представленностью явлений нейрокогнитивного дефицита и интеллектуально-мнестического снижения позволяет рассматривать указанные факторы как первооснову для формирования облика «измененного» больного эпилепсией с проявлением психоорганического синдрома.

Литература:

1. Аведисова А. С. Новые проблемы психофармакотерапии. М. 2005; 170 с.
2. Белоусов Ю. Б., Белоусов Д. Ю., Чикина Е. С., Медников О. И. Исследование медико-социальных проблем эпилепсии в России. Качественная клиническая практика. 2004; 4 (Спец. Выпуск): 89 с.
3. Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. М. 1971; 368 с.
4. Броди М. Течение и рациональная терапия эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2005; 10: 62-68.
5. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика при эпилепсии. Современная психиатрия. 1998; 1 (5): 38-41.
6. Вассерман Л. И., Михайлов В. А., Ромицына Е. Е., Флерова И. Л. Психологические механизмы адаптации к болезни и качество жизни больных эпилепсией. Качество жизни в психоневрологии: тезисы докладов международной конференции. Санкт-Петербург, 4-6 декабря 2000 г.; 38-40.
7. Вассерман Л. И. Структура и механизмы нарушений психических функций и личности у больных фокальной эпилепсией. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Ленинград. 1989; 48 с.
8. Глейзер М. А., Карлов В. А. Вегетативная дисфункция у больных височной эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1988; 88 (6): 11-14.
9. Громов С. А., Липатова Л. В. Медико-социальные аспекты риска развития осложнений жизни больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2001; 101 (7): 22-26.
10. Докукина Т. В., Голубева Т. С., Матвейчук И. В., Махров М. В., Лосева В. М., Крупенькина Е. В., Марчук С. А. Результаты фармакоэпидемиологического исследования эпилепсии в Белоруссии. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2014; 7 (2): 33-37.
11. Калинин В. В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004; 104 (2): 64-73.
12. Калинин В. В. Коррекция аффективных и когнитивных нарушений у больных эпилепсией и значение ламотриджина. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013; 2: 78-83.
13. Калинин В. В., Полянский Д. А. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003; 103 (3): 18-21.
14. Калинин В. В., Железнова Е. В., Земляная А. А. Когнитивные нарушения при эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006; прил 1 (Эпилепсия): 64-70.
15. Карлов В. А. Фармакорезистентность и толерантность при эпилепсии. Эпилепсия. Под ред. Н. Г. Незнанова. СПб. 2010; Глава 26 (III): 730-741.
16. Киссин М. Я. Клиническая эпилептология. М. 2011.
17. Киссин М. Я., Ананьева Н. И., Шмелева Л. М., Ежова Р. В. Особенности нейроморфологии тревожных и депрессивных расстройств при височной эпилепсии. Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 2012; 2: 11-17.
18. Коцюбинский А. П. Аутохтонные непсихотические расстройства. СПб. 2015; 495 с.
19. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Аристова Т. А., Бурковский Г. В., Бутото Б. Г. Функциональный диагноз в психиатрии. Обзорение психиатрии и мед. психологии. 2011; 1: 4-8.
20. Липатова Л. В. Медико-социальные аспекты риска осложнений жизни у больных эпилепсией. Дис. ... канд. мед. наук. СПб. 1999; 191 с.
21. Мазина Н. К., Мазин П. В., Кислицын Ю. В., Маркова Е. М. Фармакоэкономические аспекты применения руфинамида при

синдроме Леннокса-Гасто. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016; 9 (1): 15-22. DOI:10.17749/2070-4909.2016.9.1.015-022.

22. Мкртчян В. Р., Сергеев А. М., Почигаева К. И., Шпак И. А. Влияние на бюджет добавления перампанела к терапии больных эпилепсией в возрасте 12 лет и старше при парциальных приступах с вторичной генерализацией и без нее и при первично-генерализованных тонико-клонических приступах в условиях Российской Федерации. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016; 9 (2): 28-37. DOI:10.17749/2070-4909.2016.9.2.028-037.
23. Мухин К. Ю., Петрухин А. С. Идиопатические формы эпилепсии. М. 2000; 319 с.
24. Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Стрюк Г. В., Алиханов А. А. Клинический полиморфизм синдрома Ди Джорджи. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1998; 98 (10): 50-52.
25. Пядушкина Е. А., Фролов М. Ю. Клинико-экономическое исследование препарата лакозамид у больных с парциальной эпилепсией. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016; 9 (3): 38-47. DOI:10.17749/2070-4909.2016.9.3.038-047.
26. Руденко А. М., Котов А. С. Депрессивные расстройства у больных эпилепсией. М. 2008.
27. Сивакова Н. А. Оптимизация и диагностика лечения больных с фармакорезистентной эпилепсией и непсихотическими психическими расстройствами. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб. 2015.
28. Яцук С. Л. Стадийность в течении височ-

- ной эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1988; 88 (6): 42-45.
29. Angst J., Woggon B., Schoepf J. The treatment of depression with l-5-hydroxytryptophan versus imipramine. Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1977; 224 (2): 175-186.
30. Ettinger A., Reed M., Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. Neurology. 2004; 63: 1008-1014.
31. Friedlander A. H., Cummings L. Temporal lobe epilepsy: its association with psychiatric impairment and appropriate dental management. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1989; 68 (3): 288-292.
32. Kalinin V. V. Suicidality and antiepileptic drugs. Is there a link? Drug Saf. 2007; 30 (2): 123-42.
33. Kalinin V. V., Polyanskiy D. A. Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy. Seizure. 2009; 18 (3): 176-79.
34. Kalvianen R., Salmenpera T., Partanen K. et al. Recurrent seizures may cause hippocampal damage in temporal lobe epilepsy. Neurology. 1998; 50: 1377-82.
35. Kanemoto K. Postictal psychoses, revised. In: The neuropsychiatry of epilepsy. M. Trimble, B. Schmitz (eds). Cambridge, 2002; 117-31.
36. Kobau R. G. F., Thurman D. J. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 Health Styles Survey. Epilepsia. 2006; 47: 1915-1921.
37. Kwan P., Brodie M. J. Early identification of refractory epilepsy. New Engl. J. Med. 2000; 342: 314-319.

38. Leach M. J., Randall A. D., Stefani A. et al. Lamotrigine. Mechanisms of action. In: Antiepileptic Drugs. 5th ed. R. H. Levy, R. H. Mattson, B. Meldrum, E. Perucca (eds). Philadelphia. 2002; 363-69.
39. Lehrner J., Kalchmayr R., Serles W. et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. Seizure. 1999; 8 (2): 88-92.
40. Mohammadi M. R., Ghanizadeh A., Davidian H. et al. Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran. Seizure. 2006; 15: 476-482.
41. Mohanraj R., Brodie M. J. Pharmacological outcome in early diagnosed epilepsy. Epilepsy Behavior. 2005; 6: 382-387.
42. Moore P. M., Baker G. A. The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. Seizure. 2002; 11 (4): 224-230.
43. Perini G. I., Tosin C., Carraro C. et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1996; 61 (6): 601-605.
44. Perrine K., Kiolbasa T. Cognitive deficits in epilepsy and contribution to psychopathology. Neurology. 1999; 53 (2): 39-48.
45. Quiske A., Helmstaedter C., Lux S. et al. Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. Epilepsy Res. 2000; 39: 121-5.
46. Robertson M. M., Trimble M. R., Townsend H. R. A. Phenomenology of depression in epilepsy. Epilepsia. 1987; 28: 364-372.

References:

1. Avedisova A. S. New problems psychopharmacotherapy [Novye problemy psikhofarmakoterapii (in Russian)]. Moscow. 2005; 170 s.
2. Belousov Yu. B., Belousov D. Yu., Chikina E. S., Mednikov O. I. Kachestvennaya klinicheskaya praktika. 2004; 4 (special issue): 89 s.
3. Boldyrev A. I. epilepsy in adults [Epilepsiya u vzroslykh (in Russian)]. Moscow. 1971; 368 s.
4. Brodi M. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. 2005; 10: 62-68.
5. Vasserman L. I. Sovremennaya psikhiatriya. 1998; 1 (5): 38-41.
6. Vasserman L. I., Mikhailov V. A., Romitsyna E. E., Flerova I. L. Psychological mechanisms of adaptation to the disease and quality of life of patients with epilepsy. Quality of life in psychoneurology: Abstracts of the International Conference [Psikhologicheskie mekhanizmy adaptatsii k bolezni i kachestvo zhizni bol'nykh epilepsiei. Kachestvo zhizni v psikhonevrologii: tezisy dokladov mezhdunarodnoi konferentsii (in Russian)]. Sankt-Peterburg, 4-6 dekabrya 2000 g.; 38-40.

7. Vasserman L. I. The structure and mechanisms of disorders of mental functions and personality in patients with focal epilepsy. MD diss. [Struktura i mekhanizmy narushenii psikhicheskikh funktsii i lichnosti u bol'nykh fokal'noi epilepsiei: avtoref. dis. ...dokt. med. nauk (in Russian)]. Leningrad. 1989; 48 s.
8. Gleizer M. A., Karlov V. A. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. 1988; 88 (6): 11-14.
9. Gromov S. A., Lipatova L. V. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. 2001; 101 (7): 22-26.
10. Dokukina T. V., Golubeva T. S., Matveichuk I. V., Mahrov M. V., Loseva V. M., Krupenkina E. V., Marchuk S. A. Epidemiologic research on epilepsy in Minsk. PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2014; 7 (2): 33-37 (In Russian).
11. Kalinin V. V. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. 2004; 104 (2): 64-73.
12. Kalinin V. V. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika. 2013; 2: 78-83.
13. Kalinin V. V., Polyanskiy D. A. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. 2003; 103 (3): 18-21.

14. Kalinin V. V., Zheleznova E. V., Zemlyanaya A. A. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. 2006; pril 1 (Epilepsiya): 64-70.
15. Karlov V. A. Tolerance and drug-resistant epilepsy. Epilepsy. Ed. NG Neznarov [Farmakorezistentnost' i tolerantnost' pri epilepsii. Epilepsiya. Pod red. N. G. Neznarova (in Russian)]. SPb. 2010; 26 (III): 730-741.
16. Kissin M. Ya. Clinical Epileptology [Klinicheskaya epileptologiya (in Russian)]. Moscow. 2011.
17. Kissin M. Ya., Anan'eva N. I., Shmeleva L. M., Ezhova R. V. Obozrenie psikhiatrii i med. psikhologii im. V. M. Bekhtereva. 2012; 2: 11-17.
18. Kotsyubinskii A. P. Autokhtonnnye nepsikhoticheskie rasstroistva. SPb. 2015; 495 s.
19. Kotsyubinskii A. P., Sheinina N. S., Aristova T. A., Burkovskii G. V., Butoma B. G. Obozrenie psikhiatrii i med. psikhologii. 2011; 1: 4-8.
20. Lipatova L. V. Medical and social aspects of the risk of life-threatening complications in patients with epilepsy. PhD diss. [Mediko-sotsial'nye aspekty riska oslozhnenii zhizni u bol'nykh epilepsiei. Dis. ...kand. med. nauk (in Russian)]. SPb. 1999; 191 s.

21. Mazina N. K., Mazin P. V., Kisilitsin Y. V., Markova E. M. Pharmacoeconomic evaluation of rufinamide use for the Lennox-Gastaut syndrome treatment. *PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2016; 9 (1): 15-22 (In Russian). DOI:10.17749/2070-4909.2016.9.1.015-022.
22. Mkrtchyan V. R., Sergeev A. M., Pochigaeva K. I., Shpak I. A. Budget impact analysis of perampanel for adjunctive treatment in epilepsy patients 12 years of age and older for partial onset seizures with or without secondary generalization and primary generalized tonic-clonic seizures in the Russian Federation. *PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2016; 9 (2): 28-37 (In Russian). DOI:10.17749/2070-4909.2016.9.2.028-037.
23. Mukhin K. Yu., Petrukhin A. S. Idiopathic epilepsy [*Idiopatichekie formy epilepsii (in Russian)*]. Moscow. 2000; 319 s.
24. Mukhin K. Yu., Petrukhin A. S., Stryuk G. V., Alikhanov A. A. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S. S. Korsakova*. 1998; 98 (10): 50-52.
25. Pyadushkina E. A., Frolov M. Y. Clinical and economic evaluation of lacosamide in patients with partial epilepsy. *PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2016; 9 (3): 38-47. (In Russian). DOI:10.17749/2070-4909.2016.9.3.038-047.
26. Rudenko A. M., Kotov A. S. Depressive disorders in patients with epilepsy [*Depressivnye rasstroistva u bol'nykh epilepsiei (in Russian)*]. Moscow. 2008.
27. Sivakova N. A. Optimize and diagnosis of patients with drug-resistant epilepsy and non-psychotic mental disorders. PhD diss. [*Optimizatsiya i diagnostika lecheniya bol'nykh s farmakorezistentnoi epilepsiei i nepсихотическими психическими расстройствami. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk (in Russian)*]. SPb. 2015.
28. Yatsuk S. L. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S. S. Korsakova*. 1988; 88 (6): 42-45.
29. Angst J., Woggon B., Schoepf J. The treatment of depression with l-5-hydroxytryptophan versus imipramine. *Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1977; 224 (2): 175-186.
30. Ettinger A., Reed M., Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology*. 2004; 63: 1008-1014.
31. Friedlander A. H., Cummings L. Temporal lobe epilepsy: its association with psychiatric impairment and appropriate dental management. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*. 1989; 68 (3): 288-292.
32. Kalinin V. V. Suicidality and antiepileptic drugs. Is there a link? *Drug Saf.* 2007; 30 (2): 123-42.
33. Kalinin V. V., Polyanskiy D. A. Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy. *Seizure*. 2009; 18 (3): 176-79.
34. Kalvianen R., Salmenpera T., Partanen K. et al. Recurrent seizures may cause hippocampal damage in temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 1998; 50: 1377-82.
35. Kanemoto K. Postictal psychoses, revised. In: The neuropsychiatry of epilepsy. M. Trimble, B. Schmitz (eds). *Cambridge*, 2002; 117-31.
36. Kobau R. G. F., Thurman D. J. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 Health Styles Survey. *Epilepsia*. 2006; 47: 1915-1921.
37. Kwan P., Brodie M. J. Early identification of refractory epilepsy. *New Engl. J. Med.* 2000; 342: 314-319.
38. Leach M. J., Randall A. D., Stefani A. et al. Lamotrigine. Mechanisms of action. In: Antiepileptic Drugs. 5th ed. R. H. Levy, R. H. Mattson, B. Meldrun, E. Perucca (eds). *Philadelphia*. 2002; 363-69.
39. Lehrner J., Kalchmayr R., Serles W. et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure*. 1999; 8 (2): 88-92.
40. Mohammadi M. R., Ghanizadeh A., Davidian H. et al. Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure*. 2006; 15: 476-482.
41. Mohanraj R., Brodie M. J. Pharmacological outcome in early diagnosed epilepsy. *Epilepsy Behavior*. 2005; 6: 382-387.
42. Moore P. M., Baker G. A. The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure*. 2002; 11 (4): 224-230.
43. Perini G. I., Tosin C., Carraro C. et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1996; 61 (6): 601-605.
44. Perrine K., Kiolbasa T. Cognitive deficits in epilepsy and contribution to psychopathology. *Neurology*. 1999; 53 (2): 39-48.
45. Quiske A., Helmstaedter C., Lux S. et al. Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Res.* 2000; 39: 121-5.
46. Robertson M. M., Trimble M. R., Townsend H. R. A. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia*. 1987; 28: 364-372.

Сведения об авторах:

Сивакова Наталия Александровна – к.м.н., научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Адрес: ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, Россия, 192019. Тел.: +7(812)4129047. E-mail: sivakova-natali@rambler.ru.

Коцюбинский Александр Петрович – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Адрес: ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, Россия, 192019. Тел.: +7(812)4127311. E-mail: ak369@mail.ru.

Липатова Людмила Валентиновна – д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Адрес: ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, Россия, 192019. Тел.: +7(812)4127280. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru.

About the authors:

Sivakova Nataliya Aleksandrovna – PhD, Researcher of the Department of treatment of patients with organic mental disorders and epilepsy, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute. Address: ul. Bekhtereva, 3, St. Petersburg, Russia, 192019. Tel.: +7(812)4129047. E-mail: sivakova-natali@rambler.ru.

Kotsyubinskii Aleksandr Petrovich – PhD, ScD, Professor, Principal Researcher, Head of biopsychosocial rehabilitation of the mentally ill, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute. Address: ul. Bekhtereva, 3, St. Petersburg, Russia, 192019. Tel.: +7(812)4127311. E-mail: ak369@mail.ru.

Lipatova Lyudmila Valentinovna – PhD, ScD, Principal Researcher, Head of the Department of treatment of patients with organic mental disorders and epilepsy, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute. Address: ul. Bekhtereva, 3, St. Petersburg, Russia, 192019. Tel.: +7(812)4127280. e-mail: epilepsy-net@yandex.ru