

Н.В. СОФІЛКАНИЧ

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії, Ужгород***ДІАГНОСТИКА, КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ ТА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКРОНЕВОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ**

У статті висвітлені результати лікування когнітивних та афективних розладів у 97 пацієнтів із скроневою епілепсією, яким проводили: когнітивно-поведінкову терапію, комбінацію когнітивно-поведінкової терапії та фармакотерапії, фармакотерапію та хірургічне лікування. Найбільш ефективними методами лікування та корекції когнітивних та афективних розладів у пацієнтів зі скроневою епілепсією є терапія антидепресантами та когнітивно-поведінкова терапія. Жоден із цих видів лікування не призводив до збільшення частоти судом, що свідчить про їх безпечність. Терапія антидепресантами та когнітивно-поведінкової терапії приводить до регресу афективних порушень та покращення когнітивних розладів.

Ключові слова: скронева епілепсія, когнітивні порушення, афективні розлади, нейропсихологічне тестування

Вступ. Епілепсія – одне з найбільш важких захворювань серед тих, що трапляються у клінічній практиці неврологів, психіатрів та сімейних лікарів [1, 2]. У світі на епілепсію страждає від 20 до 40 млн. людей, показник захворюваності складає 0,63, а щорічна захворюваність – 0,05%. Поширеність епілепсії серед дорослих людей становить 0,05–0,1% [9], у дітей епілепсія констатується у 0,05–0,1% випадків [6]. Згідно з іншими даними, у світі налічується близько 50 млн. таких хворих.

У 2014 році Міжнародна протиепілептична ліга (ІЛАЕ) запропонувала нове клінічне визначення цього захворювання:

«Епілепсія – це хвороба мозку, яка визначається будь-яким із таких станів:

1. Щонайменше два неспровоковані (або рефлексорні) напади, які відбуваються з інтервалом більше 24 год.

2. Один неспровокований (або рефлексорний) напад і ймовірність наступних нападів подібна до загального ризику рецидиву (принаймі 60%) після двох неспровокованих нападів у наступні 10 років.

3. Діагноз синдрому епілепсії.

Ризик виникнення повторного нападу після першого неспровокованого складає 37%, після другого – зростає до 73 % [7].

Епілептичні напади є добре курабельними у більшості пацієнтів, але, крім судом, на якість їхнього життя великий вплив мають когнітивні, психіатричні та соціально-психіатричні аспекти цього захворювання [7].

Мета дослідження. Провести аналіз ефективних методів діагностики та вибрати оптимальне лікування для корекції когнітивних порушень та афективних розладів у пацієнтів зі скроневою епілепсією.

Матеріали та методи. Впродовж 2012–2015 рр. обстежено та проліковано 111 хворих із діагно-

зом скронева епілепсія, що знаходилися під спостереженням фахівців кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету. Критеріями включення пацієнтів у дослідження було: встановлення діагнозу «скронева епілепсія», вік 16–65 р., не менше двох епілептичних нападів на місяць, когнітивні та афективні розлади.

Всі тестування і обстеження виконувалися в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгород. Нейропсихологічне тестування проводилося згідно з загально-прийнятими методиками: короткої шкали оцінки когнітивних функцій (MMSE) – для визначення базового когнітивного ресурсу пацієнтів, тесту переказу десяти слів – для тестування показника вербальної пам'яті, таблиць Шульце – з метою визначення уваги та шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) для оцінки депресії та тривоги.

Структура нашого дослідження зображена на рисунку 1.

На етапі рандомізації всіх пацієнтів залежно від методів лікування розділено на 4 групи. Пацієнтам, котрі склали першу групу, проводилася корекція когнітивних та афективних розладів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), у другій групі використовувалися антидепресанти (препарати групи СИЗС та препарати, що впливають на мелатонінові рецептори). В третій групі хворі отримували антидепресанти у поєднанні з сесіями КПТ, пацієнти четвертої групи з рефрактерною епілепсією підлягали хірургічному лікуванню, скерованому на видалення епілептогенного вогнища.

Тестування проводилися в різний період: на етапі скринінгу, після першого місяця лікування, третього та через шість місяців.



Рис. 1. Структура нашого дослідження.

Методи статистичної обробки. Порівняння всіх вищезгаданих показників між групами проводилось шляхом однофакторного дисперсійного аналізу (One-way ANOVA), з наступним пост-хок аналізом із використанням функції Фішера (StatSoft statistica 12). Аналіз відмінностей показника в межах групи протягом різних часових періодів виконували із застосуванням дисперсійного аналізу за Фрідманом.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами проведено аналіз динаміки таких важливих функцій вищої нервової системи, як пам'ять та увага. Вивчено також рівень депресії та тривоги у пацієнтів усіх чотирьох груп.

Динаміка показників базових когнітивних функцій упродовж усього періоду лікування відображена на рисунку 2.

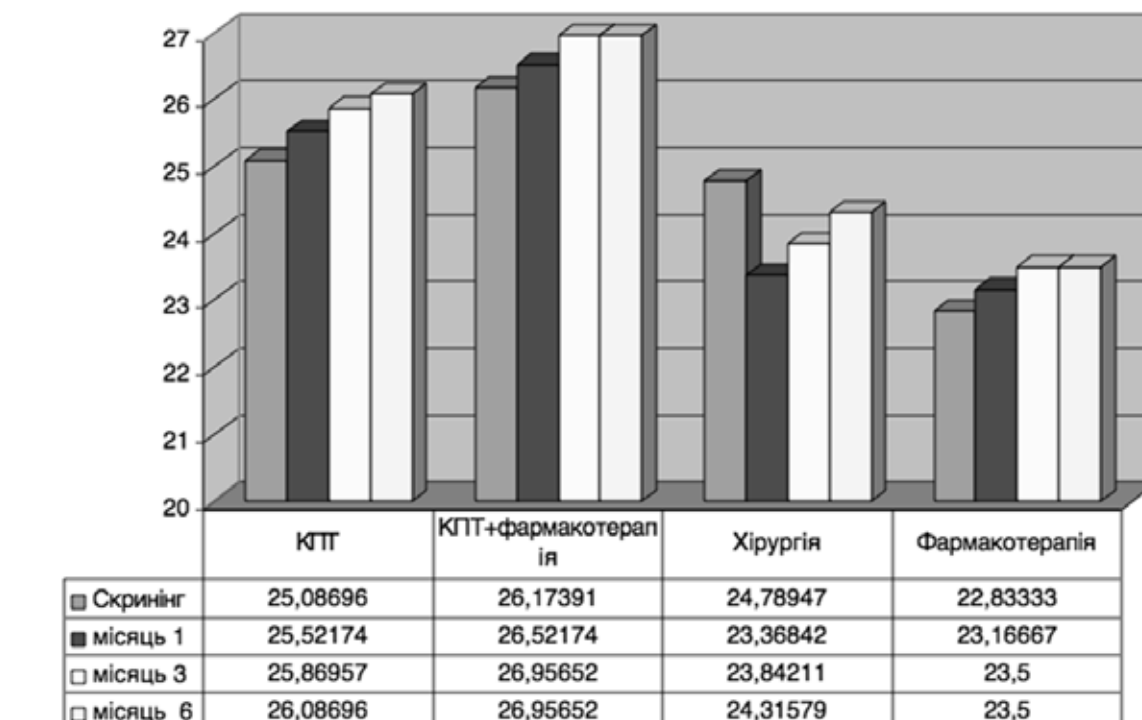


Рис. 2. Динаміка показника MMSE у всіх чотирьох групах пацієнтів.

Аналізуючи показники, слід вказати на те, що у групі пацієнтів, які лікувалися когнітивно-поведінковою терапією, відзначалося покращення їх стану, і показник зріс упродовж шести місяців лікування із середнього 25,08 до 26,08. Покращення спостерігалось поступово, впродовж усього періоду лікування. У групі, де проводилося комбіноване лікування фармакотерапією (антидепресантами) та когнітивно-поведінковою терапією, динаміка показника MMSE менш значна, оскільки початковий когнітивний дефіцит був незначним. Покращення спостерігалось упродовж перших трьох місяців, протягом наступних місяців показник MMSE залишався стабільним.

У групі пацієнтів, яким проводилося хірургічне лікування, показник скринінгової шкали за період з часу оперативного втручання і до шести місяців

після лікування знизився з 24,7 до 24,3. Причому мінімальне значення показника відзначено через місяць після оперативного втручання, яке поступово, до завершення шестимісячного періоду, наблизилося до вихідного скринінгового рівня. У групі, де лікування проводилося виключно фармакотерапією, даний показник протягом шести місяців лікування зріс із 22,8 до 23,5. Покращення, як і в першій групі, відбувалося поступово. Таким чином, можемо дійти висновку, що когнітивно-поведінкова терапія є найбільш ефективною для покращення загального когнітивного статусу даних пацієнтів. При неможливості даного виду терапії, лікування антидепресантами також є ефективним.

Динаміка показника вербальної пам'яті впродовж усього періоду лікування відображена на рисунку 3.

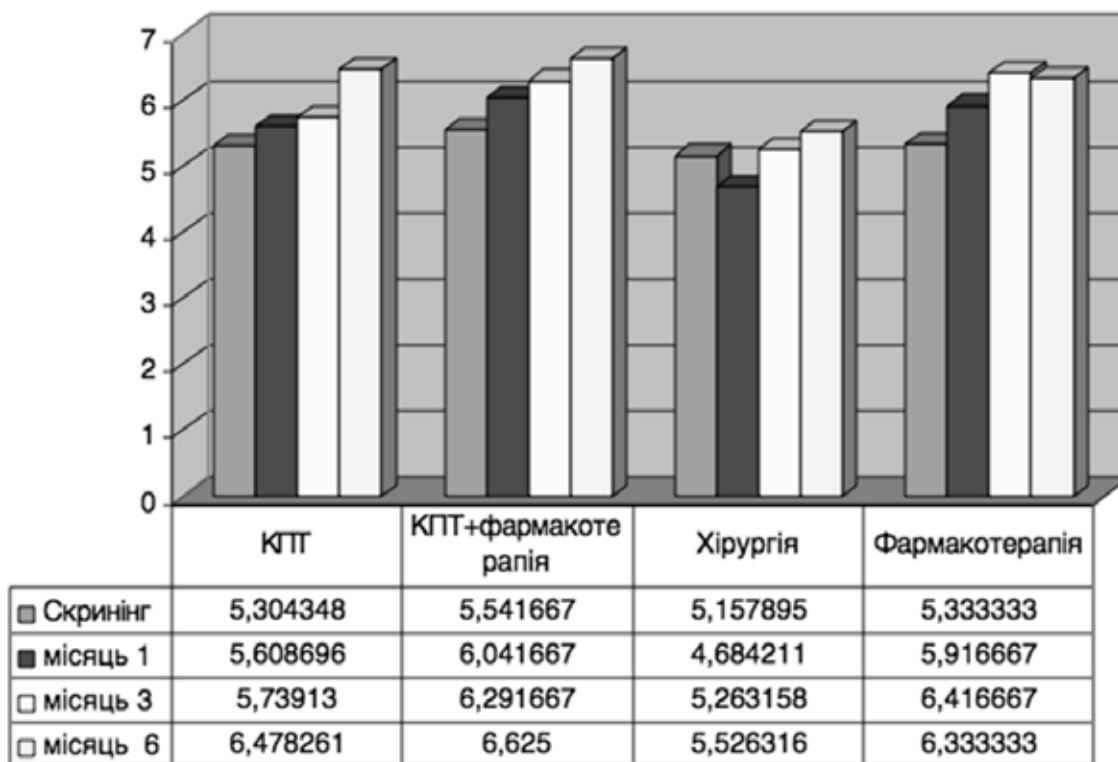


Рис. 3. Динаміка показника вербальної пам'яті у всіх чотирьох групах пацієнтів.

У групі пацієнтів, яким проводилася когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), середній показник вербальної пам'яті зріс із 5,3 до 6,4, що є найкращим результатом серед усіх чотирьох груп пацієнтів. Покращення показника вербальної пам'яті відбувалося поступово і виявилось найбільш стрімким у період між третім та шостим місяцем проведення КПТ. Застосування КПТ та фармакотерапії виявилось теж ефективним. Упродовж усього періоду лікування показник вербальної пам'яті зріс із 5,5 до 6,6. У групі пацієнтів, які підлягали хірургічному лікуванню, по-

казник вербальної пам'яті знизився із 5,1 до 4,6. Поступово даний показник відновлювався протягом шести місяців і під час останнього тестування виявився кращим, ніж на скринінгу, і дорівнював 5,5. У групі пацієнтів, які лікувалися виключно медикаментозно, показник вербальної пам'яті зріс із 5,3 до 6,3. Отже, можемо дійти висновку, що найкращими по завершенню лікування були результати у пацієнтів, які лікувалися когнітивно-поведінковою терапією.

Показник уваги протягом шести місяців лікування зображено на рисунку 4.

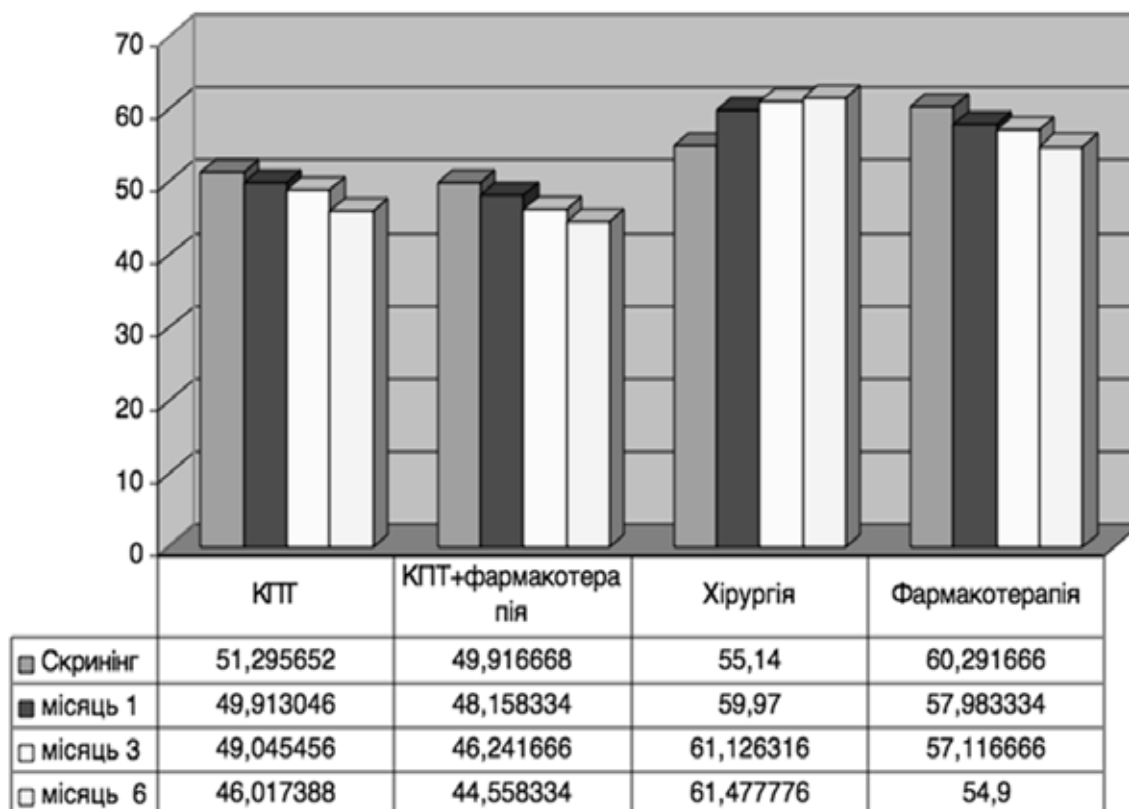


Рис. 4. Динаміка показника уваги у всіх чотирьох групах.

Згідно з даними, можемо дійти висновків, що група пацієнтів, яка підлягала лікуванню КПТ, дала позитивні результати лікування, і показник уваги покращився із 51,2 с. до 46,0 с.

Для групи пацієнтів із комбінованою формою лікування були аналогічні результати, показник уваги покращився із 49,9 с. до 44,5 с. Цей показник виявився найбільш ураженим у групі хворих, яким було проведено хірургічне лікування. Середня кількість необхідного для проведення тестування часу збільшилася із 55,1 с. до 61,4 с. Отже, увага найбільше страждала у пацієнтів, яким було проведено хірургічне лікування, що потребує реабілітації. Найкращі результати по корекції уваги дала група хворих, яким проводилася фармакотерапія. Даний показник у них зріс протягом шести місяців лікування із 60,2 с. до 54,9 с. Цей вид терапії може бути рекомендований як основна терапія корекції уваги у пацієнтів зі скроневою епілепсією.

Крім когнітивного статусу, було проведено аналіз і афективного компоненту даних груп пацієнтів. На рисунках 5 і 6 зображено ефективність лікування тривоги та депресії у пацієнтів зі скроневою епілепсією.

При дослідженні динаміки тривоги найкращі результати виявилися у групі хворих, яким було проведено комбіноване лікування. Тут показник тривоги впродовж шести місяців лікування знизився із 20,4 до 13,1. Наступна за ефективністю – група хворих, яким проводилася фармакотерапія. У групі хворих, які лікувалися хірургічним способом спостерігалася певне підвищення показника тривоги із 19 до 19,7 через місяць після оперативного втручання, що ймовірно пов'язане із хвилюванням пацієнтів відносно відновлення судом у післяопераційному періоді. Даний показник регресував до завершення шестимісячного періоду. Показник тривоги протягом шести місяців лікування знизився із 19 до 11,42. Регрес показника тривоги у групі хворих, яким проводилося КПТ, виявився найгіршим, що можна пояснити резистентними до психотерапії переживаннями стосовно непередбачуваності виникнення епілептичних нападів. Показник тривоги протягом шести місяців лікування знизився із 20,4 до 13,1. Отже, для корекції тривоги слід рекомендувати комбінацію КПТ та фармакотерапії. Динаміку показника депресії у всіх чотирьох групах пацієнтів показано на рисунку 6.

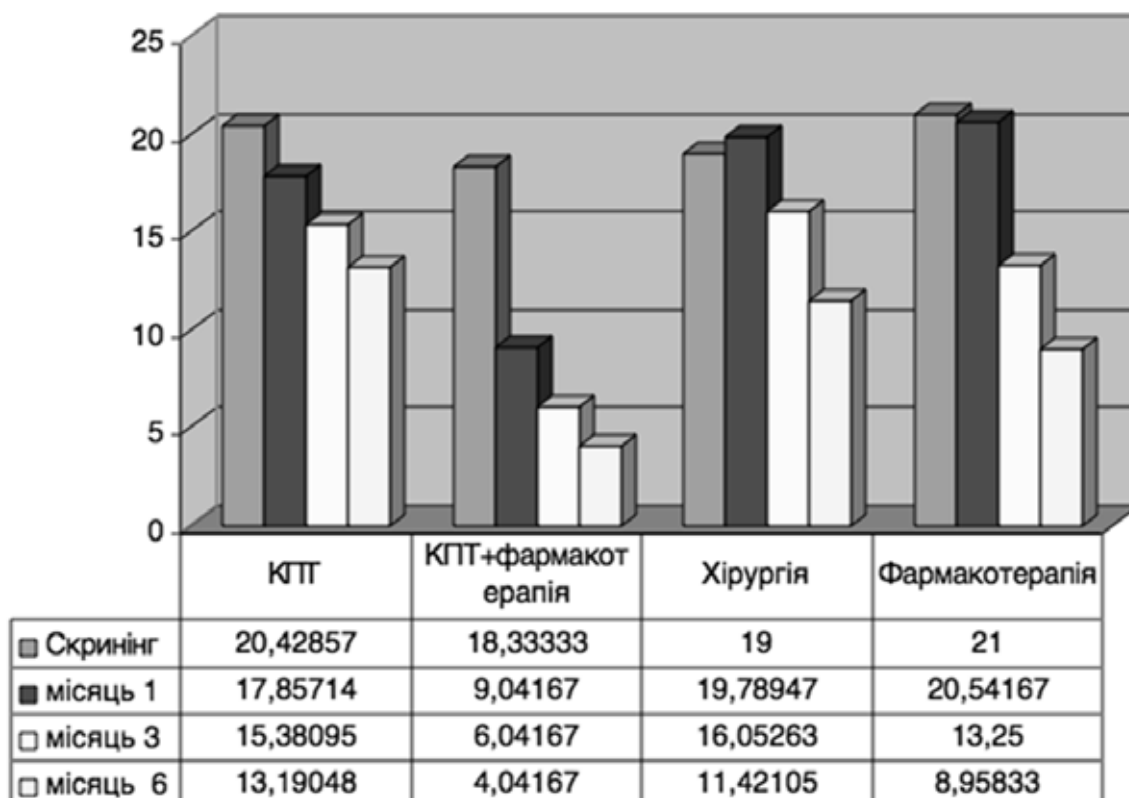


Рис. 5. Динаміка показника тривоги у всіх чотирьох групах пацієнтів.

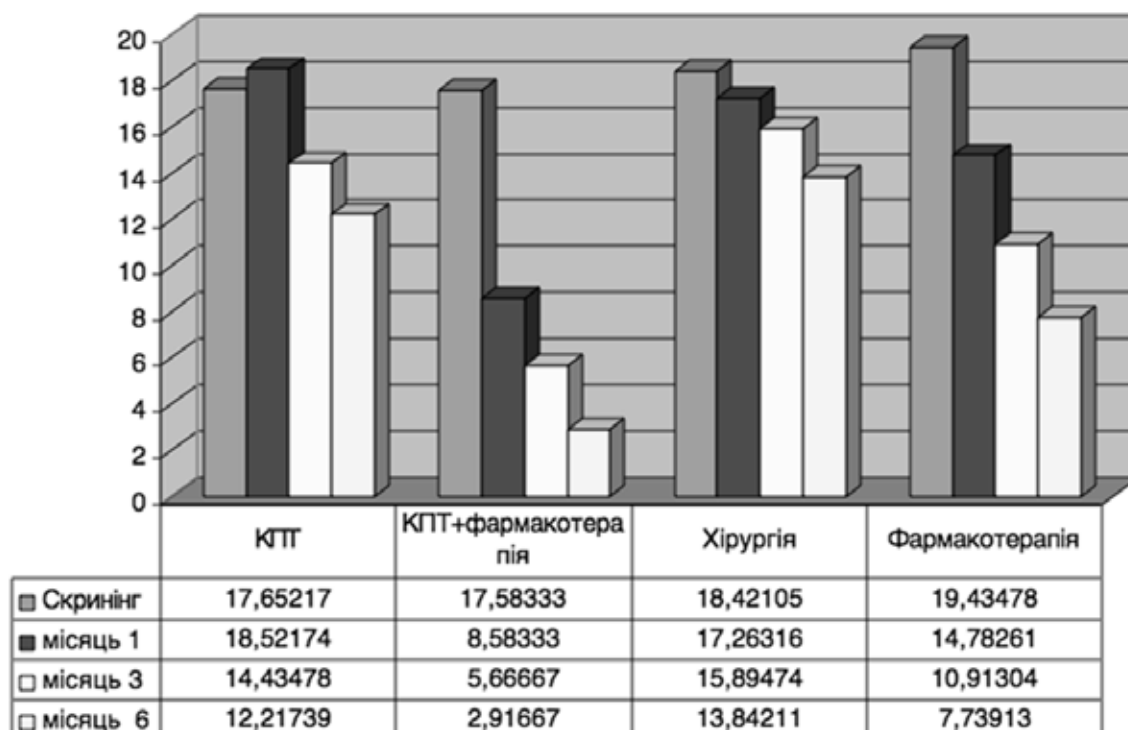


Рис. 6. Динаміка показника депресії у всіх чотирьох групах пацієнтів.

Згідно з динамікою показника депресії (рис. 6), можемо дійти висновку, що найбільш ефективним видом лікування виявилася комбінація КПТ та пси-

хофармакотерапії. Показник депресії впродовж шести місяців лікування знизився із 17,5 до 2,9. Наступною за ефективністю була група хворих, яким

проводилася фармакотерапія, у яких даний показник впродовж шести місяців лікування знизився із 19,3 до 7,7. В групі хворих, яким проводилася лише КПТ, показник депресії знизився із 17,6 до 12,2. У групі хворих, котрі лікувалися хірургічним способом, показник депресії протягом шести місяців лікування знижувався поступово від 18,2 до 13,8. Отже, для лікування депресії у пацієнтів найбільш ефективною є комбінація КПТ та психофармакотерапії.

Висновки. Основою діагностики когнітивних та афективних розладів у пацієнтів із епілепсією є проведення нейропсихологічного тестування. Тести допомагають встановити уражені домени під час скринінгового дослідження та, оцінюючи динаміку, дають змогу чітко оцінити ефективність різних методів лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Elger C.E. Chronic epilepsy and cognition / C.E. Elger, C. Helmstaedter, M. Kurthen // *Lancet Neurol.* — 2004. — № 3 (11). — P. 663—672.
2. Elger C.E. Human temporal lobe potentials in verbal learning and memory processes / C.E. Elger, T. Grunwald, K. Lehnertz, M. Kutas [et al.] // *Neuropsychologia.* — 1997. — № 35 (5). — P. 657—667.
3. Gleissner U. Right hippocampal contribution to visual memory: a presurgical and postsurgical study in patients with temporal lobe epilepsy / U. Gleissner, C. Helmstaedter, C.E. Elger // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* — 1998. — № 65 (5). — P. 665—669.
4. Helmstaedter C. Effects of chronic epilepsy on declarative memory systems // *Prog Brain Res.* — 2002. — № 13 (5). — P. 439—453
5. Helmstaedter C. Relations between verbal and nonverbal memory performance: evidence of confounding effects particularly in patients with right temporal lobe epilepsy / C. Helmstaedter, C. Pohl, C.E. Elger // *Cortex.* — 1995. — № 31 (2). — P. 345—355.
6. Hommet C. Idiopathic epileptic syndromes and cognition. auerwein HC / B. De Toffol, M. Lassonde // *Neurosci Biobehav Rev.* — 2005. — № 7 (5) — P. 365.
7. Penfield W. Epilepsy and the functional anatomy of the brain / H. Jasper // Boston Little Brown & Co. — 1954. — № 8. — P. 45.
8. Scoville W.B. Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. — 1957 / W.B. Scoville, B. Milner // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* — 2000. — № 12 (1). — P. 103—113.
9. Trenerry M.R. Neuropsychologic assessment in surgical treatment of epilepsy / M.R. Trenerry // *Mayo-Clin-Proc.* — 1996. — № 71/12. — P. 196—220.
10. Wieser H.G. Selective amygdalohippocampectomy: indications, investigative technique and results. In Symon L. et al. (eds.) *Advances and technical standards in neurosurgery.* — 1986. — Vol. 13. — P. 39—133.

N.V. SOFILKANYCH

Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, Uzhhorod

DIAGNOSIS, CLINICAL COURSE AND CORRECTION METHODS OF COGNITIVE AND AFFECTIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH TEMPORAL LOBE EPILEPSY

In the article reported results of treatment cognitive and affective impairments in 97 patients with temporal lobe epilepsy. They were treated using cognitive behavioral therapy, combination of cognitive - behavioral therapy and pharmacotherapy, pharmacotherapy and surgical treatment. The most effective methods of the treatment of cognitive an affective impairment in patients with temporal lobe epilepsy were therapy of CBT and AD. Any of this type of treatment do not increase the frequency of convulsions which submit their safety. Therapy of CBT and AD decreasing affective and cognitive problems of these patients.

Key words: temporal lobe epilepsy, cognitive impairments, affective impairments, neuropsychological treatments

Стаття надійшла до редакції: 3.04.2016 р.