

УДК 616.89.02 613.86.70



КОЖИНА А.М.,



КОРОСТИЙ В.И.,

СТРЕЛЬНИКОВА И.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Резюме. На основании результатов обследования 60 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет с парциальной эпилепсией в ходе лечения с применением Эпимила и Эпирамата в течение 12 недель проведена оценка эффективности и переносимости указанных лекарственных средств. Эпимил, таблетки по 0,025, 0,05 и 0,1 г, и Эпирамат, таблетки по 0,025, 0,05, 0,1 и 0,2 г, производства компании «Тева», являются эффективными и безопасными противосудорожными средствами и могут использоваться в медицинской практике для лечения больных эпилепсией с парциальными припадками и аффективными и когнитивными нарушениями. При наличии у больных эпилепсией эмоциональных расстройств предпочтителен Эпимил, обладающий нормотимическим действием. При наличии у больных эпилепсией когнитивных расстройств предпочтителен Эпирамат, способствующий улучшению когнитивных функций.

Ключевые слова: эпилепсия, антиконвульсанты, ламотриджин, топирамат, эффективность, переносимость, аффективные расстройства при эпилепсии, когнитивные расстройства при эпилепсии.

Введение

Эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимая в структуре неврологической патологии 3-е, а в психиатрической 4-е место среди других болезней. Многообразие ее проявлений определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения [10, 12, 17].

Наиболее частым коморбидным нарушением у лиц, страдающих эпилепсией, являются депрессивные расстройства. Сопутствующие депрессивные расстройства препятствуют полноценному восстановлению здоровья пациента, несмотря на достигнутую противоэпилептическим лечением ремиссию припадков, снижают качество жизни больных, способствуют ухудшению работоспособности и затрудняют социальную адаптацию. Распространенность большого депрессивного эпизода в общей популяции составляет около 3,7–6,7 %, а у паци-

ентов, страдающих эпилепсией — 11–62 %, 30 % из них в среднем предположительно попадали в поле зрения докторов. У пациентов с хорошо контролируемыми приступами степень распространенности снижается на 3–9 %. Тревожные расстройства также часто встречаются у этих больных и составляют 10–25 %. Смешанные тревожные и депрессивные расстройства составляют 8,5 % [1, 11, 15].

Когнитивные нарушения различной степени тяжести, в том числе достигающие деменции, наряду с тяжелыми клиническими проявлениями эпилепсии обуславливают высокую инвалидизацию и стигматизацию больных в обществе. Именно стигму многие считают препятствием для улучшения качества жизни, что оказывает значительное влияние на личность, настроение и поведение больных [5, 7, 9].

Совершенствование методов диагностики и лечения эпилепсии с применением современных антиконвульсантов ведет к уменьшению доли грубого мнестико-

интеллектуального снижения, все чаще описываемого при резистентных формах заболевания, и увеличению числа психических нарушений в форме умеренных когнитивных расстройств. Последние не менее остро нуждаются в своевременном выявлении и коррекции с целью профилактики нарастания дефекта и улучшения качества жизни больных [3, 6, 8, 16].

Таким образом, на качество жизни пациента с эпилепсией влияют медикаментозная ремиссия, его психосоциальная адаптация к своему заболеванию и связанные с ним ограничения в повседневной жизни, а также наличие или отсутствие у больного аффективных расстройств [2, 13, 14, 18].

Для Украины актуальным является внедрение в медицинскую практику доступных и эффективных препаратов для лечения эпилепсии, усовершенствование методик их применения с учетом влияния как на пароксизмальные клинические проявления эпилепсии, так и на эмоциональные и когнитивные психические расстройства [4, 12].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, **цель** которого — сравнительная оценка эффективности и безопасности Эпимила и Эпирамата у больных эпилепсией с аффективными и когнитивными нарушениями.

Исходя из цели исследования нами были поставлены следующие **задачи исследования**:

1. Изучить влияние исследуемых препаратов на динамику клинических проявлений заболевания у пациентов с эпилепсией.
2. Изучить особенности клинических проявлений аффективных и когнитивных нарушений у больных эпилепсией.
3. Изучить влияние исследуемых препаратов на динамику эмоциональных и когнитивных расстройств у пациентов с эпилепсией.
4. Сравнить результаты лечения в группах, получавших Эпимил и Эпирамат.
5. Изучить переносимость и возможные побочные эффекты исследуемых препаратов.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 60 пациентов обоих полов, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в базовых клиниках кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, с установленным диагнозом «парциальная эпилепсия» (согласно классификации эпилепсии и эпилептических синдромов Международной противоэпилептической лиги, 1989) и уточненной локализацией очага.

К моменту включения в исследование пациенты в течение не менее 3 месяцев получали лечение 1–2 противоэпилептическими препаратами (кроме ламотриджина и топирамата), которые принимались в неизменяемой дозе, при этом контроль припадков был неудовлетворителен (частота припадков — не менее чем 1 в неделю, светлые промежутки — не более 21 дня).

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-anamnestический; клинико-

психопатологический, включающий в себя изучение жалоб, оценку психического статуса больных с выделением основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических критериев использовались критерии МКБ-10.

Клинико-неврологический метод: регистрация количества и характера эпилептических припадков проводилась во время каждого визита со слов пациента. Кодировка эпилептических припадков осуществлялась соответственно Международной классификации эпилептических припадков. Данные вносились в дневник регистрации эпилептических припадков.

Психодиагностический метод: использование клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона (М. Hamilton, 1967), адаптированных к МКБ-10 (Г.П. Пантелеева, 1988), теста Mini-mental State Examination (MMSE) (М.Ф. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh, 1975).

Электрофизиологический метод: определение эпилептических феноменов на ЭЭГ. При оценке эпилептических феноменов наибольшее значение имели такие паттерны, как очаговые (фокальные) эпилептические изменения биоэлектрической активности и генерализованные разряды эпиактивности.

Все пациенты были распределены на две группы: I группа — 30 больных эпилепсией, принимавших Эпимил, и II группа — 30 больных эпилепсией, принимавших Эпирамат.

При отборе больных в исследование и нозологической верификации использовали диагностические критерии по МКБ-10. Больные соответствовали диагнозам: органическое изменение личности вследствие эпилепсии, депрессивное расстройство при эпилепсии, деменция при эпилепсии и других уточненных заболеваниях (F 07.03, F 06.362, F 02.832 и G 40).

Диагноз верифицировали при ЭЭГ-исследовании (региональные паттерны на ЭЭГ). Парциальными считали приступы, при которых в начале пароксизма имелись четкие клинические и электрофизиологические признаки вовлечения определенных структур мозга. Чаще отмечалась височная и лобная локализация эпилептических очагов с выраженной межполушарной асимметрией. В зависимости от этиологии в исследование включали пациентов с симптоматической, криптогенной и идиопатической эпилепсией.

Длительность заболевания в I группе составила в среднем $6,9 \pm 3,2$ года, во II группе — $7,4 \pm 2,9$ года.

Пациенты I группы получали Эпимил по следующей схеме: в течение первых двух недель — 50 мг 1 раз в сутки, в течение 3–4-й недели — 100 мг в 2 приема в сутки, в течение 5–6-й недели — 200 мг в 2 приема в сутки, далее суточную дозу повышали на 100 мг каждые 2 недели до достижения оптимального терапевтического эффекта. Обычно поддерживающая терапевтическая доза составляла 200–400 мг/сутки в 2 приема. Максимальная суточная доза — 700 мг (не использовалась). Курс лечения — 10 недель.

Пациенты II второй группы получали Эпирамат по следующей схеме: в течение первых двух недель —

50 мг 1 раз в сутки, в течение 3–4-й недели — 100 мг в 2 приема в сутки, в течение 5–6-й недели — 200 мг в 2 приема в сутки, далее суточную дозу повышали на 100 мг каждые 2 недели до достижения оптимального терапевтического эффекта. Обычно поддерживающая терапевтическая доза составляла 200–400 мг/сутки в 2 приема. Максимальная суточная доза — 500 мг (не использовалась). Курс лечения — 10 недель.

Результаты исследования

Как показали результаты наших исследований, применение Эпимила и Эпирамата у больных эпилепсией уменьшает частоту эпилептических припадков. Для удобства интерпретации данных учитывалась суммарная характеристика простых парциальных, сложных парциальных припадков и парциальных припадков с вторичной генерализацией. Несмотря на то что регистрация припадков осуществлялась согласно протоколу до начала применения препаратов на 7, 14, 28, 42, 56 и 70-й день исследования, в итоговые таблицы включены данные начиная с 28-го дня лечения, как наиболее информативные.

В табл. 1 представлено распределение больных по общему количеству эпилептических приступов в начале и по завершении 12-недельной терапии.

Таблица 1. Динамика абсолютного показателя частоты эпилептических припадков

Дни визитов	Частота эпилептических приступов	
	I группа	II группа
1-й	7,6 ± 1,2	7,25 ± 0,9
28-й	6,4 ± 1,3	6,2 ± 1,1
42-й	5,9 ± 0,8	5,7 ± 1,0
56-й	4,8 ± 0,9*	4,5 ± 0,8*
70-й	3,8 ± 0,7*	3,6 ± 0,6*

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с 1-м днем.

Как следует из представленных данных, наблюдалась отчетливая динамика снижения количества эпилептических припадков, сравнимая в обеих группах. При этом за последний период наблюдения (56–70-й день) у 13 больных, принимавших Эпимил, и у 11 больных, принимавших Эпирамат, эпилептические припадки не регистрировались. Следовательно, в динамике фармакотерапии Эпимилом и Эпираматом имел место контроль количества эпилептических припадков; отмечалось урежение частоты эпилептических припадков на 50 % и более у 63,3 % пациентов I группы и у 70 % пациентов II группы, что позволило расценить эффективность исследуемых препаратов как высокую.

Клинико-анамнестические и клинико-психопатологические данные позволили нам систематизировать аффективные расстройства у обследованных больных по этиопатогенетическому фактору: психогенные (35,7 % обследованных), сочетанные (30,7 %), лекарственные (вследствие влияния противосудорожных

препаратов) (22,3 %) и нозогенные (спровоцированные самим заболеванием) (11,3 %).

Психогенные аффективные расстройства возникали как реакция на заболевание эпилепсией (43,1 ± 4,2 %), как переживание ограничений, которые накладывает на больного данное заболевание (57,8 ± 6,2 %), как результат отношения общества к больному эпилепсией (49,7 ± 7,3 %). Для них характерны: раздражительность (58,3 ± 4,4 %), вспышки немотивированного гнева (42,4 ± 3,3 %), различного рода страхи (21,3 ± 2,5 %), навязчивые мысли (20,3 ± 4,2 %), беспокойство (25,3 ± 4,1 %), тревога (20,9 ± 3,2 %), депрессия (22,6 ± 3,4 %), внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться (18,5 ± 6,2), демонстративность поведения (15,6 ± 5,1 %), обидчивость (12,1 ± 2,2 %).

Сочетанные расстройства возникали вследствие комплексного влияния экзогенных и эндогенных факторов и проявлялись в виде тревожно-депрессивной симптоматики (59,3 ± 4,8 %), аффективных реакций (42,5 ± 3,1 %), дисфорий (25,3 ± 2,5 %).

Лекарственные расстройства возникали вследствие влияния противосудорожных препаратов: в результате передозировки (39,6 ± 1,9 %), вследствие специфического побочного эффекта действующего вещества (51,4 ± 2,4 %). Как показали результаты исследования, депрессивные состояния возникали при приеме барбитуратов (22,3 ± 1,7 %), дифенина (11,4 ± 2,1 %) и вигабатрина (7,3 ± 2,3 %). Сукцинимиды вызывали повышенную раздражительность (56,1 ± 2,2 %), страхи (28,3 ± 6,1 %), агрессию (21,9 ± 3,3 %), которые напрямую были связаны с их дозировкой (25,8 %). Бензодиазепины (33,2 %) — повышенную утомляемость, слабость (57,2 ± 4,1 %) на фоне некоторой заторможенности и замедленности психических функций (54,7 ± 6,4 %).

Нозогенные расстройства были обусловлены самим эпилептическим процессом и проявлялись в виде непсихотических депрессий с тоскливо-злым аффектом (61,3 ± 2,8 %), тревожностью (51,8 ± 4,6 %), аффектом тоски (36,1 ± 3,8 %), внутренним напряжением (44,3 ± 2,3 %), невозможностью расслабиться (40,1 ± 2,9 %), расстройством сна (32,9 ± 3,8 %), апатией (17,9 ± 6,2 %). Интенсивность выраженности этих расстройств зависела от клиники самой эпилепсии (то есть ее тяжести, длительности, частоты приступов, терапевтической резистентности).

Углубленный анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования позволил выделить следующие клинические варианты непсихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией в межприступном периоде: депрессивные расстройства (39,6 ± 2,6 % обследованных), аффективные реакции (24,3 ± 3,1 %), дисфории (24,2 ± 4,5 %) и обсессивно-фобические расстройства (16,9 ± 2,7 %) ($p < 0,05$).

Депрессивные расстройства включали в себя: тоскливые депрессии (46,7 % обследованных) с преобладанием тоскливого аффекта со стойким снижением настроения, раздражительностью; больные отмечали душевный

дискомфорт, тяжесть в груди, возникающие на фоне физического недомогания (головная боль, кардиалгии) и сопровождающиеся моторным беспокойством.

Динамические депрессии (29,4 %) протекали на фоне сниженной активности и гипобулии, больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию.

Ипохондрические депрессии (14,2 %) сопровождалась ипохондрически окрашенными фобиями, сенестопатиями с интракраниальной локализацией.

Тревожные депрессии (8,9 %) проявлялись в виде немотивированного беспокойства, страхов, тревоги, опасений.

Депрессии с деперсонализационными нарушениями (0,8 %) проявлялись доминированием в клинической картине ощущений измененности восприятия собственного тела, окружающего, времени. Указанные переживания в отличие от истинных пароксизмов деперсонализации характеризовались сохранностью сознания с полной ориентировкой и носили фрагментарный характер.

Аффективные реакции представляли собой кратковременные вспышки раздражительности ($69,3 \pm 4,6$ %), тревоги ($53,6 \pm 4,1$ %), неудовлетворенности ($47,8 \pm 3,4$ %), возникающие в ответ на те или иные психотравмирующие факторы. В отличие от дисфорий, которые также иногда провоцируются психогенными факторами, аффективные реакции имели непосредственную причинно-следственную связь с психогенными моментами и вне связи с психогенной не наступали (37,8 % женщин и 62,2 % мужчин).

Дисфории протекали в форме коротких эпизодов, в их структуре нередко формировались протестные реакции ($23,6 \pm 4,2$ %), преобладали астеноипохондрические проявления ($32,1 \pm 3,3$ %), раздражительность ($67,2 \pm 3,8$ %), аффект злобы ($79,2 \pm 4,1$ %), наблюдались агрессивные действия ($37,3 \pm 2,9$ %).

Обсессивно-фобические расстройства включали в себя пароксизмальные тревожные состояния ($54,2 \pm 4,1$ %) с симптомами кардиофобий ($24,9 \pm 6,1$ %), агорафобий ($31,5 \pm 3,2$ %), социофобий ($35,4 \pm 6,3$ %), в ряде случаев наблюдались навязчивые действия, мысли ($48,2 \pm 4,6$ %).

Как показали результаты исследования, на фоне применения как Эпимила, так и Эпирамата на третьей неделе терапии отмечены нормализация фона настроения, редукция тревожно-депрессивной и астенической симптоматики, исчезновение аффекта тоски, внутреннего напряжения, различного рода страхов и опасений, ипохондрически окрашенных фобий. Поведение больных становилось более упорядоченным, возрастала их психофизическая активность, возобновлялся привычный двигательный режим. К концу девятой недели приема препарата заметно улучшались когнитивные показатели с акцентом на положительную динамику функций нейродинамики, внимания и мышления. Все вышеперечисленное способствовало более успешной психосоциальной адаптации больных.

Согласно результатам психодиагностического исследования, отмечена четкая положительная динамика эмоционального состояния по психодиагностическим шкалам тревоги и депрессии: по шкале депрессии Гамильтона — 25 и более баллов (клинические проявления тревоги и депрессии) в начале исследования и 13 и менее баллов (отсутствие тревожно-депрессивной симптоматики) на 3-й неделе приема Эпимила; 25 и более баллов (клинические проявления тревоги и депрессии) в начале исследования и 17 и менее баллов (субклинические проявления или легкая депрессия) на 3-й неделе приема Эпирамата (рис. 1).

Результаты проведенного нами исследования показывают, что для коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией помимо фармакотерапии целесообразно применять комплексные психокоррекционные программы, предусматривающие поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от личностных особенностей больных и содержательной части психотерапии. Использовались индивидуальные формы психотерапии с дифференциальной направленностью психотерапевтического процесса, основанного на тщательном изучении анамнеза и клинических данных.

Проведенное катамнестическое исследование показало высокую эффективность применяемых препаратов в сочетании с психотерапией для коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией. На 12-й неделе

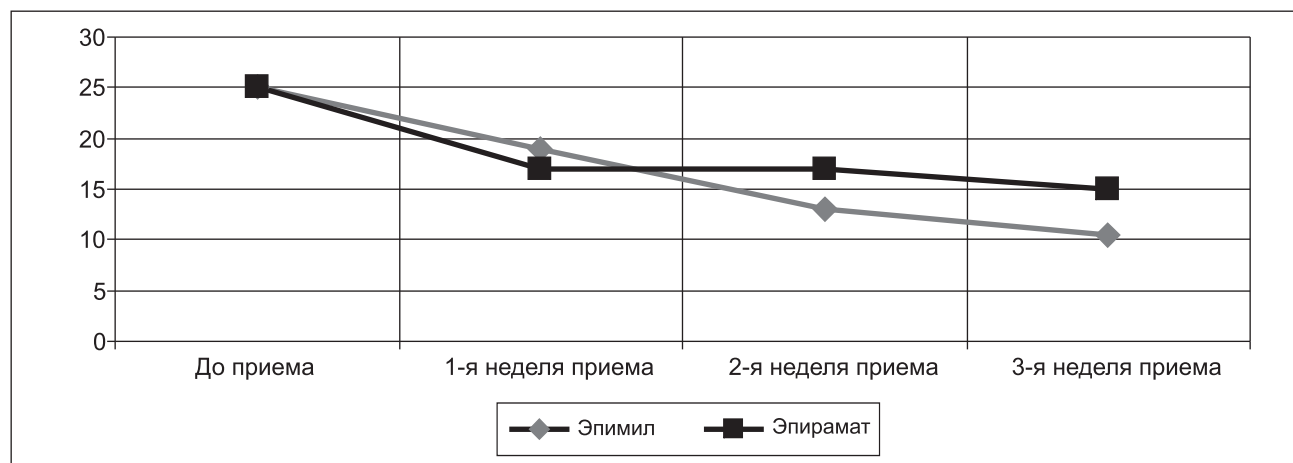


Рисунок 1. Динамика показателей психодиагностических шкал на фоне применения Эпимила и Эпирамата

терапии у 89,5 % больных I группы и 82,7 % больных II группы отмечалась четкая положительная динамика, депрессивная симптоматика редуцировалась, отмечена активация социального функционирования, а также возможность преодоления ситуаций, которые раньше вызывали эмоциональный дискомфорт.

Когнитивные функции у больных парциальной эпилепсией оценивались с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). При первичном обследовании (до начала исследования) у всех пациентов обеих групп были установлены равновыраженные когнитивные нарушения по шкале MMSE: $20,5 \pm 2,5$ балла в группе больных, принимающих Эпимил, и $21,7 \pm 2,8$ балла — в группе больных, принимающих Эпирамат. Согласно критериям шкалы MMSE, эти показатели когнитивной продуктивности можно классифицировать как деменцию легкой степени выраженности (диапазон 20–23 балла).

На фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп наблюдалось равновыраженное улучшение функциональных показателей когнитивной сферы, что выразилось в повышении суммарной оценки по шкале MMSE в I группе до $25,1 \pm 1,7$ балла и во II группе — до $24,8 \pm 2,0$ балла. Эти показатели по шкале MMSE соответствуют диапазону 24–27 баллов — преддементные когнитивные нарушения.

В результате 12-недельного лечения препаратом Эпимил у 27 больных (90,0 %) произошло повышение когнитивной продуктивности по шкале MMSE, у 3 пациентов (10 %) сохранялся исходный более высокий по сравнению с другими пациентами в этой группе балл — 25.

В группе больных, получавших Эпирамат, когнитивная продуктивность по шкале MMSE возросла у 26 (86,7 %) пациентов и осталась на уровне 25 баллов — у 4 (13,3 %) пациентов. Значительное увеличение продуктивности по шкале MMSE наблюдалось у пациентов с более низкими исходными его значениями (до 20 баллов) и с высокой частотой эпилептических приступов в начале

лечения (12–15 в месяц). Такое улучшение когнитивных функций, возможно, было связано с уменьшением общего количества эпилептических приступов.

Распределение пациентов по эффективности влияния исследуемых препаратов на суммарную оценку когнитивных функций по шкале MMSE представлено в табл. 2. Согласно данным табл. 2, до применения препарата Эпимил у 18 пациентов (60 %) наблюдались выраженные когнитивные нарушения (оценка MMSE — до 20 баллов), у 9 пациентов (30 %) — умеренно выраженные (21–24 балла) и у 3 (10,0 %) — легкие нарушения (25 баллов).

На фоне лечения Эпимилом у 27 пациентов (90 %) с исходно выраженными или умеренно выраженными (оценка по шкале MMSE 17–24 балла) нарушениями когнитивных функций наблюдалось существенное улучшение: повышение балла по шкале MMSE до 21–24 баллов у 9 пациентов и до 25–28 баллов — у 18 пациентов. Трое больных (10,0 %) с исходно легкими когнитивными нарушениями и оценкой по шкале MMSE 25 баллов сохранили такой же балл и в конце лечения.

Таким образом, в результате проведенного лечения препаратом Эпирамат общий балл по шкале MMSE возрос у 26 (86,7 %) больных: у всех пациентов с выраженными и умеренно выраженными когнитивными нарушениями и оценкой по шкале MMSE 17–24 балла (22 пациента) и у 4 больных с легкими когнитивными нарушениями (у 2 с оценкой 25 баллов и 2 — 26 баллов). У 4 (13,3 %) пациентов с исходной оценкой по шкале MMSE 25 баллов изменений в когнитивной сфере после лечения Эпираматом не наблюдалось.

При анализе динамики когнитивной продуктивности у пациентов с высокой эффективностью сравниваемых препаратов по критерию уменьшения количества эпилептических приступов — 19 больных (63,3 %) в I группе и 21 больной (70 %) во II группе — выявляется существенное и равновыраженное повышение продуктивности по

Таблица 2. Динамика когнитивной продуктивности по шкале MMSE у больных эпилепсией под влиянием 10-недельной терапии исследуемыми препаратами

Сумма баллов по шкале MMSE	I группа				II группа			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
17	2	6,7	0	0	1	3,4	0	0
18	6	20,0	0	0	3	10,0	0	0
19	3	10,0	0	0	5	16,7	–	0
20	7	23,3	0	0	3	10,0	1	3,4
21	5	16,7	2	6,7	4	13,3	3	10,0
22	0	0	0	0	1	3,4	1	3,4
23	0	0	1	3,4	3	10,0	1	3,4
24	4	13,3	6	20,0	2	6,7	3	10,0
25	3	10,0	10	33,3	6	20,0	7	23,3
26	0	0	7	23,3	2	6,7	10	33,3
27	0	0	0	0	0	0	3	10,0
28	0	0	4	13,3	0	0	1	3,4

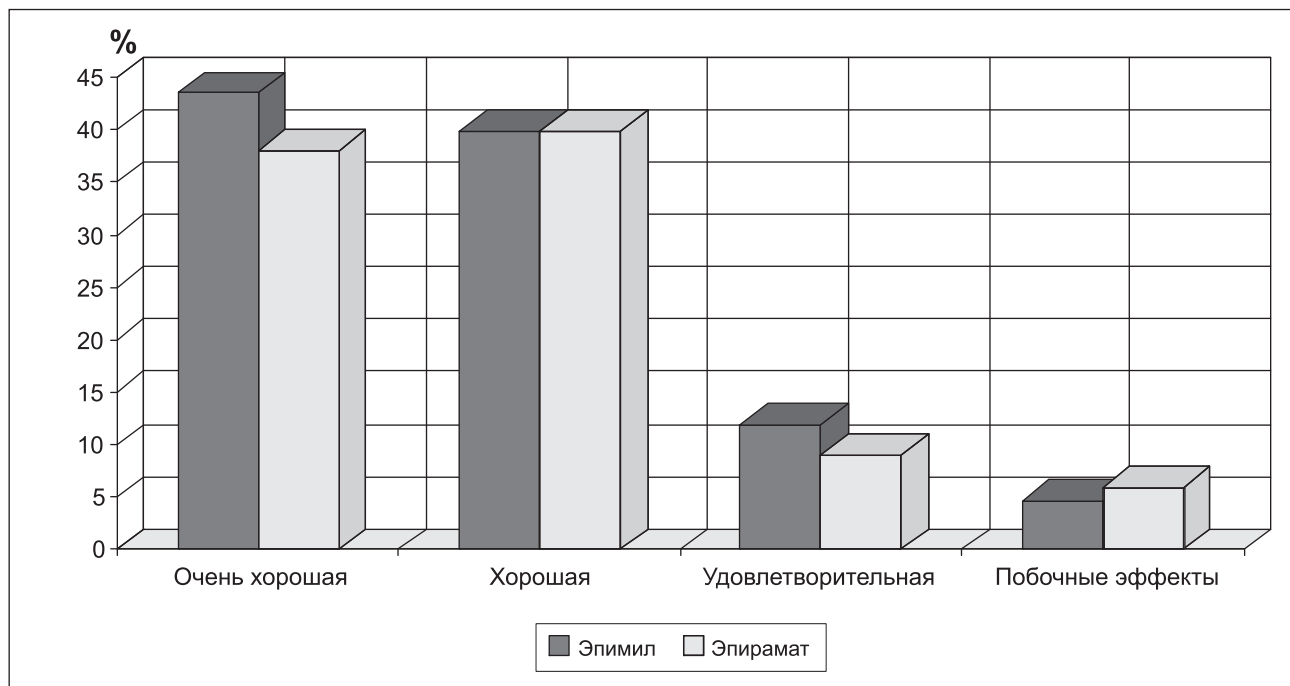


Рисунок 2. Переносимость препаратов Эпимил и Эпирамат

шкале MMSE: до лечения средний балл у 19 больных в группе Эпимила составлял $18,94 \pm 1,17$ и у 18 больных в группе Эпирамата — $19,72 \pm 1,56$; после завершения исследования средний балл у пациентов этих групп возрос соответственно до $24,22 \pm 1,4$ и $23,89 \pm 1,4$.

Эти данные, во-первых, подтверждают надежность приведенных выше результатов оценки эффективности противоэпилептической терапии сравниваемыми препаратами, а во-вторых, свидетельствуют о закономерной позитивной корреляции между снижением частоты эпилептических приступов и повышением когнитивной продуктивности у пациентов с эпилепсией.

Следует отметить, что в ходе проведенного 12-недельного курса лечения препаратами Эпимил и Эпирамат ни у одного больного не наблюдалось отрицательной динамики неврологического статуса, нарастания частоты эпилептических припадков, ухудшения эмоционального состояния и когнитивных функций.

В результате исследования была выявлена хорошая переносимость препаратов, невысокая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата отмечены у 5,7 % больных в I группе (Эпимил) и 8,7 % больных во II группе (Эпирамат) и являлись дозозависимыми. В первые две недели приема Эпимила наиболее частыми побочными явлениями были головная боль, тошнота, сонливость, диплопия, а также кожная сыпь макулопапулезного характера. При приеме Эпирамата преобладали сонливость, головокружение, повышенная возбудимость, головная боль, тошнота, боль в животе. В конце периода наблюдения у больных, принимавших Эпирамат, в 42,4 % случаев наблюдалось уменьшение массы тела до 5 кг, однако всеми пациентками это расценивалось как положительный эффект.

Ни в одном случае данный факт не повлек за собой отмены препарата. Все остальные побочные эффекты

можно считать предсказуемыми (типичными для данного класса препаратов); в целом они проходят при продолжении лечения и доступны для быстрой коррекции (рис. 2)

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать следующие **выводы**:

Проведенное исследование показало высокую эффективность применения препаратов Эпимил и Эпирамат в сочетании с психокоррекционными программами в терапии пароксизмальных нарушений и коррекции аффективных и когнитивных расстройств у больных парциальной эпилепсией, что позволяет отказаться от назначения транквилизаторов и антидепрессантов и дает возможность уменьшить количество психофармакологических осложнений, а также улучшить качество жизни больных.

При наличии у больных эпилепсией эмоциональных расстройств предпочтительнее Эпимил, обладающий нормотимическим действием. При наличии у больных эпилепсией когнитивных расстройств предпочтительнее Эпирамат, способствующий улучшению когнитивных функций.

Список литературы

1. Авакян Г.Г., Бадалян О.Л., Бурд С.Г., Ридер Ф.К., Чуканова А.С. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали // *Русский медицинский журнал*. — 2008. — № 12. — С. 14-19.
2. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.
3. Броди М. Течение и рациональная терапия эпилепсии // *Международный неврологический журнал*. — 2005. — № 4. — С. 72-83.
4. Бурчинский С.Г. Критерии выбора препарата антиконвульсанта: клинико-фармакологические аспекты // *Украинский вестник психоневрологии*. — 2008. — Вып. 3. — С. 46-49.
5. Дубенко А.Е., Коростий В.И. Диагностика и терапия непсихотических психических расстройств у больных

эпилепсией // *Здоровье Украины*. — 2011. — № 1(16). — С. 54-57.

6. Дубенко А.Є., Літовченко Т.А., Горанський Ю.І., Міщенко Т.С., Харчук С.М. *Діагностика та лікування дорослих пацієнтів з епілепсіями* // *Нейроnews*. — 2012. — № 1(36).

7. Зенков Л.Р. *Непароксизмальные эпилептические расстройства: руководство для врачей*. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 208 с.

8. Зенков Л.Р. *Фармакологическое лечение эпилепсии* // *Русский медицинский журнал*. — 2000. — № 10. — С. 411-417.

9. Карлов В.А. *Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей*. — М.: Медицина, 2010. — 720 с.

10. Кожина А.М., Стрельникова И.Н. *Современные подходы к терапии больных эпилепсией с депрессивными расстройствами* // *Вісник епілептології*. — 2011. — № 1(35-36). — С. 72-77.

11. Коростий В.И., Стрельникова И.Н. *Клинико-патогенетические особенности депрессивных расстройств у больных эпилепсией* // *Вісник епілептології*. — 2003. — Вып. 1(3-4). — С. 65-67.

12. Марута Н.О. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні* // *Нейроnews*. — 2010. — № 5(24).

13. Мар'єнко К.М. *Сучасні методики визначення якості життя хворих на епілепсію* // *Журнал психіатрії і медичинської психології*. — 2004. — № 2(12). — С. 35-39.

14. Чабан О.С., Завгородня В.В. *Принципи психотерапії у хворих на епілепсію з непсихотичними розладами* // *Архів психіатрії*. — 2010. — Т. 16, № 1(60). — С. 45-47.

15. Юр'єва Л.М., Носов С.Г. *Психічні розлади при епілептичному захворюванні*. — Київ, 2009. — 196 с.

16. Cole A.J. *Is epilepsy progressive disease? The neurobiological consequences epilepsy* // *Epilepsia*. — 2000. — Vol. 41 (Suppl. 2.) — P. S13-S22.

17. Kanner A. *Affective disorders/ D. Blumer// Epilepsy: A Comprehensive textbook*. — 2007. — 2123-2138.

18. Tellez-Zenteno J., Matijevic S., Wiebe S. *Somatic Comorbidity of Epilepsy in the General Population in Canada* // *Epilepsia*. — 2005. — 46 (12). — P. 1955-1962.

Получено 20.06.12 □

Кожина Г.М., Коростий В.И., Стрельникова И.М.
Харківський національний медичний університет

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З АФЕКТИВНИМИ Й КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Резюме. На підставі результатів обстеження 60 пацієнтів обох статей віком від 18 до 65 років із парціальною епілепсією під час лікування із застосуванням Епімілу й Епірамату протягом 12 тижнів проведена оцінка ефективності й переносимості зазначених лікарських засобів. Епіміл, таблетки по 0,025, 0,05 і 0,1 г, й Епірамат, таблетки по 0,025, 0,05, 0,1 і 0,2 г, виробництва компанії «Тева», є ефективними та безпечними протисудомними засобами й можуть використовуватися в медичній практиці для лікування хворих на епілепсію з парціальними припадками й афективними та когнітивними порушеннями. За наявності у хворих на епілепсію емоційних розладів кращим є Епіміл, що справляє нормотимічну дію. За наявності у хворих на епілепсію когнітивних розладів кращим є Епірамат, що сприяє поліпшенню когнітивних функцій.

Ключові слова: епілепсія, антиконвульсанти, ламотриджин, топірамат, ефективність, переносимість, афективні розлади при епілепсії, когнітивні розлади при епілепсії.

Kozhyna A.M., Korostiy V.I., Strelnikova I.N.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF EPILEPSY PATIENTS WITH AFFECTIVE AND COGNITIVE DISORDERS

Summary. On the base of diagnostic findings of 60 patients of both sexes aged from 18 to 65 years with partial epilepsy during treatment with Epimil and Epiramat within 12 weeks there were evaluated the efficacy and tolerability of these drugs. Epimil, tablets of 0.025, 0.05 and 0.1 g, and Epiramat, tablets of 0.025, 0.05, 0.1 and 0.2 g, produced by Teva company, are effective and safe anticonvulsant drugs and can be used in medical practice for treatment of epilepsy patients with partial seizures and affective and cognitive disorders. In epilepsy patients with emotional disorders Epimil is preferred, it has normothymic activity. In patients with epilepsy and cognitive disorders Epiramat it preferred, it improves cognitive function.

Key words: epilepsy, anticonvulsants, lamotrigine, topiramate, efficiency, tolerability, affective disorders in epilepsy, cognitive disorders in epilepsy.