

## **ФАРМАКОТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Казенных Т.В., Бохан Н.А.**

*Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, e-mail: kazennyh@sibmail.com*

Предложены индивидуально ориентированные программы поддерживающего лечения для больных различными формами эпилепсии, которые включают, помимо базовой противосудорожной терапии, симптоматическую терапию выявленных психических расстройств. Систематизированы психопатологические «синдромы-мишени» при лечении эпилепсии и выбор медикаментозной коррекции имеющихся психопатологических расстройств. Индивидуально ориентированные курсы поддерживающей терапии проводили 2 раза в год (весной и осенью), при этом учитывали актуальный психический статус пациентов. В дополнение к медикаментозной терапевтической программе проводили психокоррекционные мероприятия с учетом модели семьи. Эффективность реабилитационных программ оценили клинически, по улучшению физического и психического состояния, а также по урежению приступов у пациентов. Для субъективной оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий рассмотрели «прикладные» аспекты качества жизни больных эпилепсией. В качестве инструмента измерения качества жизни использовали шкалу качества жизни по И.А. Гундарову. Выявлена положительная динамика пароксизмального синдрома в течение периода наблюдения у 74,3% пациентов, и показателей по шкалам «семья», «дети», «здоровье», «материальный достаток», «сексуальная жизнь» «Розы качества жизни», что свидетельствует о том, что фармакотерапия и психотерапевтическая коррекция сообразно клинической картине заболевания с обязательным учетом личности пациентов и модели семьи в комплексной терапии больных эпилепсией с психическими расстройствами способствует более быстрой редукции психопатологических синдромов, улучшает социальное функционирование пациентов и качество их жизни.

Ключевые слова: эпилепсия, лечение, реабилитация, индивидуальные программы лечения, поддерживающая терапия, психотерапия, качество жизни.

## **PHARMACOTHERAPY AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION IN COMPLEX THERAPY OF EPILEPTIC PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS**

**Kazennykh T.V., Bokhan N.A.**

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, e-mail: kazennyh@sibmail.com*

The individually oriented programs of maintenance treatment for patients with different forms of epilepsy were proposed which included beyond basic antiepileptic therapy a symptomatic therapy of revealed mental disorders. The psychopathological target syndromes in treatment of epilepsy and choice of medicamentous correction of available psychopathological disorders were systematized. Individually oriented courses of the maintenance therapy were conducted twice a year (in spring and autumn); at the same time the actual mental status of patients was considered. In addition to medicamentous therapeutic program psychocorrective measures with consideration of the model of the family were conducted. Efficacy of rehabilitative programs was assessed clinically according to an improvement of physical and mental state as well as reduction of seizures in patients. For subjective evaluation of the efficacy of conducted rehabilitative measures the “applied” aspects of quality of life of epileptic patients were considered. As a tool of measuring of the quality of life the Quality of Life Scale by I.A. Gundarov was used. Positive dynamics of paroxysmal syndrome in the course of the period of the observation in 74.3% of patients and indices across scales “family”, “children”, “health”, “financial welfare”, “sexual life” of the “Rose of Quality of Life” was revealed that testified to that pharmacotherapy and psychotherapeutic correction peculiar to clinical picture of the disease, with obligatory consideration of the personality of patients and the model of the family in the complex therapy of epileptic patients with mental disorders contributes to a faster reduction of psychopathological syndromes, improves social functions of patients and their quality of life.

Keywords: epilepsy, treatment, rehabilitation, individual programs of treatment, maintenance therapy, psychotherapy, quality of life.

Лечение эпилепсии – сложный, длительный и динамичный процесс, основная цель которого состоит в предотвращении развития приступов [1]. Следующие принципы должны лежать в его основе: индивидуальность, длительность, регулярность, непрерывность, динамичность, комплексность, преемственность [2; 3]. Весь арсенал медикаментозной терапии, направленной на купирование и лечение пароксизмов, условно делят на следующие группы: 1) противосудорожные; 2) дегидротационные; 3) рассасывающие; 4) сосудорасширяющие; 5) десенсибилизирующие; 6) корректоры психических расстройств. Эти препараты позволяют проводить патогенетическое и симптоматическое лечение пароксизмальных состояний с учетом патофизиологических механизмов их возникновения.

Основу лечения больных эпилепсией составляет многолетний постоянный прием антиэпилептических средств (АЭС). Использование в терапии иных лекарственных препаратов, кроме противосудорожных, дискуссионно [4]. В комплексной терапии, как правило, используют ангиопротективные, ноотропные, метаболические препараты, однако в данных литературы мы не встретили описание их влияния на частоту приступов и общую клиническую картину в целом, при этом, по мнению абсолютного большинства зарубежных исследователей, препараты данных групп не входят в комплекс лечебных мероприятий и не оказывают влияния на течение эпилепсии [5; 6]. Нам же применение поддерживающих курсов терапии в сочетании с психотерапевтической коррекцией психических расстройств, выявленных у больных эпилепсией, представляется необходимым для достижения более быстрой редукции коморбидной психопатологической симптоматики.

Цель исследования: разработка для больных эпилепсией с психическими расстройствами индивидуальных комплексных реабилитационных программ, включающих противозэпилептическую и поддерживающую терапию, а также психокоррекционные мероприятия с учетом модели семьи.

**Материал и методы исследования:** проанализирована динамика психических расстройств у 105 больных эпилепсией, наблюдающихся в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) за период с 2010 по 2015 г. Верификацию диагноза осуществляли на основе результатов клинического обследования по диагностическим критериям МКБ-10, раздел F06 «Органические психические нарушения», исключение составляли пациенты с грубыми дефицитарными расстройствами. Пароксизмальный синдром (ПС) оценивали по структуре (простые и сложные парциальные («П»), вторичногенерализованные («ВГ») и их комбинации («П+ВГ»)) и частоте пароксизмов. Проводили динамическое ЭЭГ-обследование, включающее визуальную оценку и компьютерный анализ ряда параметров биоэлектрической активности мозга. Нейрофизиологическое исследование выполняли на приборе ЭЭГА – 21/26 «Энцефалан –

131 - 03» (модификация 09, версия «Профессиональная») по общепринятой методике со стандартными нагрузками. Применяли ручной анализ ЭЭГ с расположением электродов по стандартной схеме (10-20) и использованием монополярного отведения (индифферентный – аурикулярный электрод). Регистрация ЭЭГ включала в себя запись фоновой биоэлектрической активности (БЭА) мозга в период расслабленного бодрствования и со стандартными и дополнительными нагрузочными пробами. При несомненном клиническом паттерне ПС ограничивались однократной регистрацией ЭЭГ. В остальных случаях проводили повторные записи ЭЭГ до выявления фокальной эпилептической активности. 96 пациентам была проведена магнитно-резонансная томография для объективизации характера дисфункции мозга. МРТ-сканирование головного мозга проводили на низкопольном МР-томографе Magnetom Open (Siemens Medical) с напряжением магнитного поля 0,25 Т. Использовали стандартный протокол с получением аксиальных сагиттальных срезов в режиме спин-эхо по T1 (для визуализации анатомических структурных повреждений) и аксиальные по T2 (для расчета объема повреждений). Применяли стандартную программу обработки данных с ручным расчетом. Оценка когнитивных функций проводили с помощью психологических тестов: «Шифровка», теста Векслера «Повторение цифр», теста беглости речевых ответов, методики оценки вербальной памяти – теста А.Р. Лурии «10 слов»; методики оценки невербальной памяти – теста зрительной ретенции Бентона; таблицы Шульте; методики оценки функции планирования и контроля произвольной деятельности – теста Векслера «Лабиринты»; методики оценки мышления методом пиктограмм. Эффективность реабилитационных программ оценивали клинически. Для субъективной оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий были рассмотрены «прикладные» аспекты качества жизни больных эпилепсией. В качестве инструмента измерения качества жизни использовали шкалу качества жизни по И.А. Гундарову. Для статистической обработки были применены методы описательной статистики для числовых переменных: для оценки однородности групп по возрасту применяли t-критерий. При сравнении категориальных переменных для оценки статистической значимости различий между группами применялся критерий  $\chi^2$ . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При первичном осмотре квалифицировали состояние больных согласно критериям МКБ-10: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с эпилепсией (F06.62.) диагностировали у 37 больных (13 мужчин и 24 женщины (35,2%)), легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией (F 06.72.) – у 26 больных (15 мужчин и 11 женщин (24,8%)), расстройство личности в связи с эпилепсией (F 07.02.) – у 23 человек (14 мужчин и

9 женщин (21,9%)), органический галлюциноз в связи с эпилепсией (F 06.02.) – у 2 больных (1 мужчина и 1 женщина (1,9%)). Психические расстройства не были выявлены (F 00.00.) у 13 пациентов (8 мужчин и 5 женщин (12,4%)), другие расстройства, связанные с эпилепсией, диагностировали у 4 человек (1 мужчина и 3 женщины (3,8%)). Симптоматическая форма парциальной эпилепсии была диагностирована у 85 (80,9%), криптогенная – у 20 (19,1%) больных. Безусловно значимыми в генезе заболевания явились постнатальные повреждающие воздействия (таблица 1).

Таблица 1

Выявленные предикторы эпилептогенеза у обследованных больных эпилепсией

Признак	Число больных	
	абсолютные показатели	относительные показатели, %
Данные анамнеза		
Приступы или эквиваленты у родственников	26	24,7
Судороги на фоне температуры	20	19,0
Болезни неврологического спектра		
Открытые и закрытые травмы черепа и головного мозга	48	45,7
Инфекции с поражением нервной системы	3	2,8
Опухоли головного мозга, исходящие из мозговых тканей (первичные)	11	10,5
Коморбидные заболевания неврологического спектра		
Заболевания головного мозга, обусловленные патологическими изменениями церебральных сосудов с нарушением мозгового кровообращения	22	20,9
Неврологические и психические отклонения		
Очаговая неврологическая симптоматика	32	30,5
Когнитивное снижение	88	83,6
Описание судорожного синдрома / частота в месяц		
Вторично-генерализованные и парциальные	24	22,9
Вторично-генерализованные	45	43,3
Парциальные	36	34,3
Нейрофизиологические паттерны		
Наличие ЭЭГ-паттернов в виде различного вида активности, острых волн и проч.**	45	43,3
Нейровизуализационные признаки		
Признаки очагового поражения на МРТ	55	52,4
Признаки диффузного поражения мозговых структур	45	42,8
Примечание: * - статистически значимые различия по частоте приступов в зависимости от структуры пароксизмального синдрома; $p > 0,05$ ; ** - ненормальная фоновая активность, острые волны, спайки, фокальная и генерализованная эпилептическая активность		

Анализ данных, представленных в таблице 1, свидетельствует, что 46 человек (24,7% и 19,0% соответственно) имели отягощенность пароксизмального анамнеза. Очаговая неврологическая симптоматика была выявлена у 32 пациентов (30,5%). МРТ головного мозга

выявила у 55 человек (52,4%) признаки локального структурного повреждения мозга и оболочек, у 45 (42,8%) – атрофию коры, наружную и/или внутреннюю гидроцефалию. У 45 больных (43,3%) были зарегистрированы эпилептиформные изменения биоэлектрической активности мозга, нарушения фоновой активности при регистрации межприступной ЭЭГ в период расслабленного бодрствования.

При первичном обращении в МЦППС у всех пациентов на фоне приема противосудорожных препаратов возникали припадки, при этом их среднемесячная частота составила  $10,44 \pm 2,52$  (M $\pm$ SE). У больных с генерализованными припадками частота пароксизмов была ниже, чем у пациентов с парциальными и вторично генерализованными приступами. Когнитивное снижение было выявлено у 83,8% пациентов, у 45 мужчин и 43 женщин. У больных отмечалось изменение темпа психических процессов, наряду с явлениями общей брадикинезии, что наглядно иллюстрировало исследование таблицами Шульте. Большинство респондентов затрачивало на поиск чисел в одной таблице от 45 секунд до 2-3 минут. Даже при небольшой давности заболевания (от 1 до 3 лет) у больных были выявлены изменения подвижности психических процессов, что подтверждалось пробой на переключение. 97 больных из 105 испытуемых допускали ошибки чередования при прибавлении к заданному числу другого числа. Выявлялись инертность и вязкость мышления, что находило проявление в виде увеличения латентного периода; эхологические ответы или повторы ответов пациентов. Часто на слова-раздражители респонденты называли термины профессионального обихода, включали себя в ситуацию, которую описывали, что рассматривалось нами как проявление конкретного мышления и трудности в осмыслении условного характера задания. Анализ пиктограмм выявил у пациентов уже в обычной беседе склонности к чрезмерной детализации, обстоятельности. Рисуя предложенные понятия, они фиксировались на незначительных деталях, затруднялись в выделении существенных признаков явлений и предметов, при этом иногда отходя от общего смысла рисунка, что свидетельствовало о снижении уровня процессов обобщения и отвлечения. Последующее припоминание демонстрировало снижение кратковременной памяти. Кривая запоминания у 69 больных эпилепсией (39 мужчин и 30 женщин) демонстрировала следующее: количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивалось, либо оставалось прежним. При более глубоких нарушениях памяти кривая запоминания носила более пологий характер. Личностные особенности больных изучали также посредством методики незаконченных предложений. Были выявлены аутоагрессивные проявления или, напротив, при внесении фрустрационного компонента – агрессивные переживания, взрывчатость, злобность.

Дальнейшую реабилитацию пациентов проводили с учетом выявленных изменений.

Разработанные нами индивидуальные схемы терапии включали противосудорожную и поддерживающую симптоматическую терапии. Базовым являлся противосудорожный препарат (или их комбинация), назначавшийся в соответствии с формой заболевания и характером приступов. Терапия одним противоэпилептическим препаратом была назначена 80% больным эпилепсией, двумя и более препаратами – 20%. Соли вальпроевой кислоты в качестве моно- или политерапии были применены у 40 пациентов (44,4%), карбамазепины – у 27 больных (30,0%), ламотриджин – у 7 (7,8%), топамакс – у 4 (4,5%). Антиэпилептические препараты не применяли у 12 человек (13,3%). Соли вальпроевой кислоты и карбамазепин использовали в случаях выявления в клинике заболевания, наряду с судорожными приступами, расстройств аффективной сферы в виде раздражительности, сниженного настроения, эмоциональной лабильности, склонности больных к реакциям тревоги. При первичном назначении данных антиэпилептических средств (АЭС) или при замене ранее назначенных препаратов положительный эффект от их применения наступал уже на 7-9-й день терапии: пациенты становились спокойнее, у них улучшалось настроение, налаживался сон, снижалась тревога, при этом стартовые среднесуточные дозы карбамазепина составляли от 500 до 700 мг, солей вальпроевой кислоты – от 600 до 1200 мг. Стабилизации психического состояния способствовали индивидуально ориентированные курсы поддерживающей терапии, которые проводили 2 раза в год (весной и осенью), при этом учитывали актуальный психический статус пациентов. Мы систематизировали психопатологические «синдромы-мишени» при лечении эпилепсии и выбор медикаментозной коррекции имеющихся психопатологических расстройств (таблица 2).

Таблица 2

Выбор медикаментозной терапии для коррекции психопатологических расстройств  
у больных эпилепсией

Психопатологический синдром	Препараты	
	первой очереди выбора	второй очереди выбора
Когнитивная дисфункция	метаболическая терапия: кортексин семакс мексидол	ангиопротективная, ноотропная терапия: кавинтон (танакан, винпоцетин, циннаризин) пикамилон
Цефалгии, обусловленные повышением внутричерепного давления	ликворокорректоры в сочетании с ангиопротекторами: диакарб по схеме (+аспаркам); глицерин	фуросемид, магnezия
Неврозоподобные состояния	транквилизаторы	амитриптилин

	герален	клопирамин
Депрессивная реакция	флуоксетин паксил леривон амитриптилин	ингибиторы МАО азафен мелипрамин
Маниакальные состояния	соли лития аминазин	аминазин транквилизаторы
Дистимико-дисфорическая симптоматика	сонапакс галоперидол хлорпротиксен тизерцин мажептил	тиоридазин транквилизаторы амитриптилин аминазин
Усиление психической и двигательной активности разной степени выраженности	корректоры поведения (сонапакс, неулептил), психолептики	транквилизаторы аминазин
Галлюцинаторно-параноидная симптоматика	атипичные антипсихотики (рисперидон, рисполепт), нейролептики с низкой антихолинергической активностью (триседил, галоперидол трифтазин)	Нейролептики с высокой антихолинергической активностью (аминазин, клопиксол, флюанксол)
Астения, снижение желаний и побуждений к деятельности	сиднокарб френолол мелипрамин ноотропы без стимулирующего действия	трифтазин мелипрамин

Учитывая, что у большинства пациентов нами было выявлено снижение когнитивных функций (83,8% пациентов), особое внимание уделили их коррекции. Клинический эффект в виде улучшения когнитивного функционирования был достигнут нами уже после 2-го курса поддерживающей терапии при включении в схему терапии метаболитических (эссенциале-форте, фолиевая кислота) и сосудистых (циннаризин, кавинтон, сермион, танакан); ноотропных (ноотропил, пантогам, когитум, оксибрал) препаратов. Положительная клиническая динамика нами отмечена при включении в схему препарата Кортексин. Кортексин вводили каждый день внутримышечно в течение 10-20 дней по 10 мг препарата, растворенного в 2,0 мл воды для инъекций. Уже после проведения первого поддерживающего курса все пациенты субъективно отмечали улучшение состояния, при объективном осмотре наблюдалась более ранняя отчетливая положительная динамика астеновегетативного и цефалгического психопатологических синдромов. Кроме того, учитывая патофизиологические механизмы развития заболевания и предполагая возможную роль нейродеструктивных процессов ишемически-гипоксической природы, в качестве антигипоксанта, обладающего мембранопротекторным, ноотропным, противосудорожным, анксиолитическим действием, повышающим устойчивость организма к стрессу, мы включали в схему терапии мексидол по схеме: первые 3 дня по 1 таблетке в сутки,

следующие 3 дня – по 1 таблетке 2 раза в день, с 7-го дня прием по 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 недель, затем уход с препарата в обратной последовательности. Применение этой схемы терапии уже на 3-й неделе цикла способствовало субъективному улучшению состояния пациентов, значительно уменьшилась астеническая симптоматика, редуцировались цефалгии. Необходимо отметить, что применение мексидола значительно облегчало состояние пациентов при смене АЭС. Динамическое исследование, проведенное спустя 1 год наблюдения, выявило положительную динамику у 42,8% больных в виде улучшения когнитивного функционирования (от всех пациентов с ранее выявленной когнитивной дисфункцией): психические процессы стали более подвижны, мышление менее вязкое и инертное, значительно улучшились кратковременная память и внимание. Достоверно лучше стали показатели корректурной пробы, заметно возросло количество просмотренных знаков и уменьшилось количество ошибок. Прежний уровень когнитивного снижения диагностирован нами у 35,2% пациентов, дальнейшее когнитивное снижение отмечено у 21,9%, эти пациенты имели значительную длительность болезни –  $7,22 \pm 2,33$  до обращения в МЦППС, средний возраст дебюта –  $30,54 \pm 5,93$  года; при нейрорадиологическом обследовании были выявлены оболочечные и мозговые кисты, локальная атрофия коры, аневризмы, а также диффузное поражение мозговых структур в виде атрофии коры и/или наружной и внутренней гидроцефалии.

Дополнение реабилитационной программы психокоррекционными мероприятиями сообразно клинической картине заболевания и с обязательным учетом личности пациентов способствовало более быстрой редукции психопатологических синдромов и улучшало социальное функционирование пациентов и членов их семей. Инновационным подходом явилась разработка программ коррекции отношений в различных моделях семьи. В семьях, где эпилепсией страдал ребенок, мы отвечали на вопросы родителей, касающиеся заболевания, обязательным являлось требование отказаться от поиска «виноватого» в болезни ребенка. Мать привлекалась нами в качестве помощника врача для контроля за приемом лекарств, соблюдения режимов дня и питания, ведения дневника приступов, отец также вовлекался во все реабилитационные мероприятия. Проводилась коррекция взаимоотношений между отцом и матерью, здоровыми членами семьи. При необходимости привлекался социальный работник для решения проблем пребывания больного ребенка в детском саду, школе и других учреждениях. В семьях, где больной (больная) являлся/лась супругом (супругой), нами проводилась большая психокоррекционная работа, направленная на формирование адекватного отношения к пациенту со стороны здоровых членов семьи. Мы достигали это проведением бесед с мужем (женой) больного в форме «вопрос – ответ», предоставлением специальной литературы по всем аспектам заболевания, написанной

доступным, простым языком. Важным моментом явилось сохранение самостоятельности пациента. При необходимости привлекали специалистов – медиков других специальностей (сексопатологов, гинекологов и т.д.) для решения вопросов о сексуальной активности, проблемах, связанных с планированием беременности или, напротив, ее предупреждением. Семьи, где пациент являлся родителем, были наиболее сложны в реабилитационном плане, поскольку вследствие давности заболевания эти пациенты имели стойкие личностные изменения в виде конфликтности, злобности, агрессии, злопамятности, жадности и т.д. В этих случаях мы обучали родственников больного «низкоэмоциональному поведению» по отношению к пациенту. Рациональная психотерапия была направлена на нормализацию микроклимата в семье родственников, являющихся опекунами больного. При необходимости нами организовывались консультации с юристами и социальными работниками для ознакомления родственников с правовыми вопросами (опекунство, наследование собственности и т.п.).

Эффективность проведенных реабилитационных мероприятий оценивали клинически, по динамике пароксизмального синдрома (таблица 3).

Таблица 3

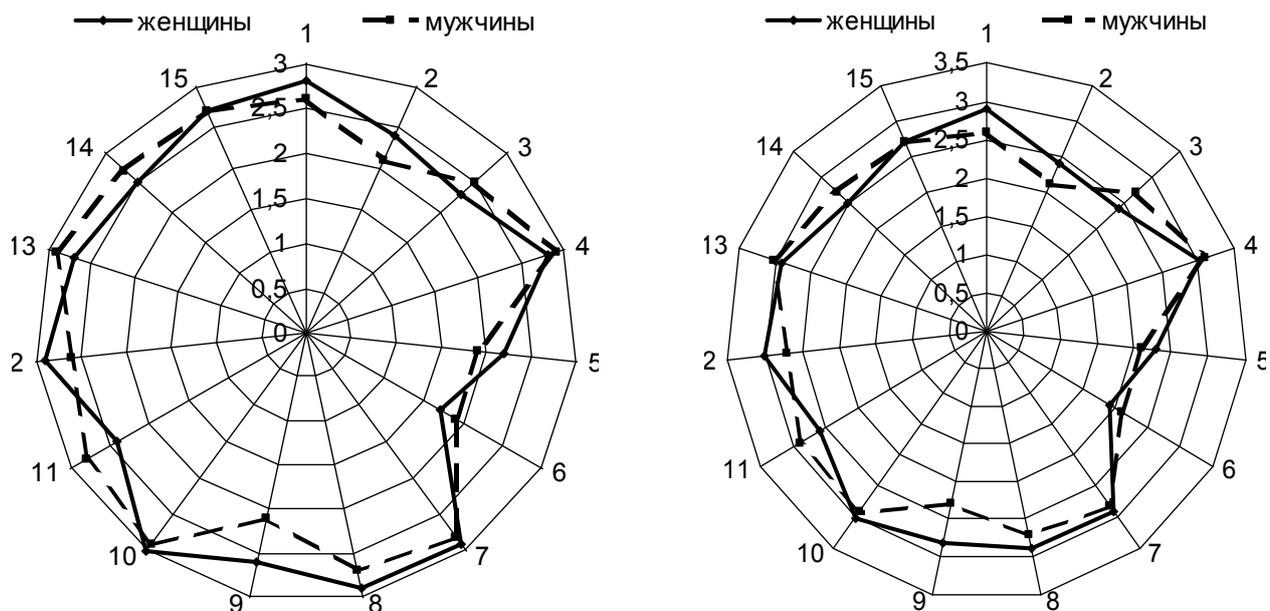
Динамика пароксизмального синдрома в исследуемой группе больных эпилепсией за период наблюдения

Стартовый профиль/ (число пациентов)	Стартовая частота приступов в месяц с учётом структуры ПС	Профиль противосудорожных препаратов после коррекции терапии / (число пациентов)	Частота приступов в месяц после коррекции терапии с учётом ПС
	средняя частота пароксизмов		динамика средней частоты ПС
0/фенобарбитал/иные АЭС/ (n = 105)	П+ВГ / 22,8±8,1 ВГ / 2,77±0,93 П / 12,05±4,34	карбамазепины / (n = 27) соли вальпроевой кислоты / (n = 40) ламотриджин / (n = 7) топиромат/ (n = 4) без терапии АЭС (0) / (n = 12)	П+ВГ / 2,62±0,33 p=0,0024 ВГ / 2,23±0,95 П / 5,67±1,87
	10,44±2,52		3,50±0,78 p=0,0056

Клиническая ремиссия пароксизмального синдрома была достигнута у 43 пациентов, у 35 человек (33,3%) наблюдалась редукция ПС в виде исчезновения одного вида приступов. В целом положительная динамика ПС в течение периода наблюдения была отмечена у 74,3%

пациентов.

Эффективность проведенных реабилитационных мероприятий оценивали субклинически, для чего рассмотрели «прикладные» аспекты качества жизни больных эпилепсией. В качестве инструмента измерения качества жизни нами была использована шкала качества жизни по И.А. Гундарову «Роза качества жизни» с оценкой по 15 показателям. Обследование было проведено дважды: при первичном обращении и после проведения реабилитационных мероприятий (рисунок).



*Динамика качества жизни у пациентов с эпилепсией до и после проведения реабилитационных программ (категории качества жизни: 1 – положение в обществе, 2 – работа, 3 – душевный покой, 4 – семья, 5 – дети, 6 – здоровье, 7 – условия в районе проживания, 8 – жилищные условия, 9 – материальный достаток, 10 – питание, 11 – сексуальная жизнь, 12 – духовные потребности, 13 – общение с друзьями, 14 – развлечения, 15 – отдых)*

Исходная оценка критериев качества жизни оказалась стабильно низкой и у мужчин, и у женщин по всем категориям. Оказалось, что женщины более удовлетворены своим положением в обществе, работой, детьми, жилищными условиями и условиями в районе проживания, материальным достатком, питанием, духовными потребностями, чем мужчины. Стабильно низкой для всех пациентов оказалась категория «здоровье». Повторная оценка качества жизни, проведенная после тщательного инструментального и клинического обследования с установлением формы заболевания и проведения каждому пациенту индивидуальной реабилитационной программы, выявила положительную динамику показателей по шкалам «здоровье», «семья», «дети», «материальный достаток», «сексуальная жизнь».

**Выводы.** Предложены индивидуально ориентированные программы поддерживающего лечения для больных различными формами эпилепсии, которые включают, помимо базовой противоэпилептической терапии, симптоматическую терапию выявленных психических расстройств. Систематизированы психопатологические «синдромы-мишени» при лечении эпилепсии и выбор медикаментозной коррекции имеющихся психопатологических расстройств. Индивидуально ориентированные курсы поддерживающей терапии проводили 2 раза в год (весной и осенью), при этом учитывали актуальный психический статус пациентов. Их применение значительно улучшало субъективное состояние пациентов, что подтверждалось данными объективного обследования и положительной динамикой патопсихологического тестирования. Дополнение реабилитационной программы психокоррекционными мероприятиями сообразно клинической картине заболевания, с обязательным учетом личности пациентов и с учетом модели семьи способствовало более быстрой редукции психопатологических синдромов, улучшало социальное функционирование пациентов и качество их жизни.

#### Список литературы

1. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. М.: Медицина, 1999. 416 с.
2. Гусев Е.И., Авакян Г.Н., Никифоров А.С. Эпилепсия и ее лечение. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 308 с.
3. Казенных Т.В. Методологические подходы к реабилитации больных пароксизмальными состояниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 2 (83). С. 74-77.
4. Воронкова К.В., Петрухин А.С. Нарушения когнитивных функций у больных с эпилепсией, возможности профилактики и коррекции: современное состояние // Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия. 2011. № 4. С. 46–51.
5. Tedrus G.M., Fonseca L.C., Carvalho R.M. Epilepsy and quality of life: socio-demographic and clinical aspects, and psychiatric co-morbidity. Arq. Neuropsiquiatr. 2013. Vol. 71. no 6. P. 385–391. DOI: 10.1590/0004-282X20130044.
6. Hansen B., Szaflarski M., Bebin E. M., Szaflarski J. P. Affiliate stigma and caregiver burden in intractable epilepsy. Epilepsy Behav. 2018. Vol. 7. no 85. P. 1–6. DOI: 10.1016/j.yebeh.2018.05.028.