путем комбинированной фармакотерапии и фармакогенетического анализа для развития персонализированного подхода к фармакотерапии.

**Ключевые слова**: зависимость от опиоидов, ремиссия, стабилизация ремиссии, налтрексон, гуанафацин, фармакогенетика.

### SUMMARY

V. Ya. Palatkin, A. O. Kibitov, E. A. Blokhina, E. M. Krupitsky, E. E. Zvartau

Stabilization of remission in patients with opioid dependence: pharmacological and pharmacogenetic aspects

Modern narcology demonstrates a problem of insufficient effectiveness of pharmacotherapy for stabilization of remission in patients with opioid dependence. Effectiveness of the existing pharmacological approaches to solving this problem varies from patient to patient. In Russia, naltrexone is a

medication mainly used for stabilization of remission in patients with opioid dependence. The main course of inefficient effectiveness of naltrexone in treatment of opioid dependence could be explained by poor compliance. The effectiveness can be improved by three ways: 1) using extended-release formulations of naltrexone; 2) using naltrexone combined with other medications to reduce symptoms resulting in relapse; 3) conducting a pharmacogenetic analysis to provide patients' stratification by the effectiveness of pharmacotherapy. The main objective of this review is to analyze opportunities for improving pharmacological treatment methods in stabilization of remission in patients with opioid dependence using the combined pharmacotherapy and pharmacogenetic analysis in order to develop individualized pharmacological treatment approach.

**Key words**: opioid dependence, remission, stabilization of remission, naltrexone, guanfacine, pharmacogenetics.

© Коллектив авторов, 2016 г. УДК 616.85-053.32:616.092.12

О. В. Гузева, В. И. Гузева, В. В. Гузева, И. В. Охрим, В. Р. Касумов

# КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ (ПСИХОНЕВ-РОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬ-НЫЕ АСПЕКТЫ)

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

# **ВВЕДЕНИЕ**

По данным ВОЗ, эпилепсия является одним из распространенных неврологических заболеваний: в мире насчитывается более 50 млн человек, страдающих эпилепсией. Около 500 млн родственников и коллег тем или иным образом участвуют в решении проблем больных эпилепсией [12]. В развитых странах ее распространенность колеблется от 1,5 до 18 человек на 1000 населения, а в некоторых развивающихся странах превышает 30 на 1000 населения. Социальная значимость этого заболевания определяется высоким процентом инвалидизации пациентов [1]. По данным мировой статистики, ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией составляет в среднем 70 на 100 000 населения.

Детский возраст является важным периодом жизненного цикла человека, в течение которого закладывается фундамент здоровья и общей продолжительности жизни. Подростковый возраст — один из критических периодов в жизни человека.

В этот период формируется много черт, присущих конкретной личности, вырабатываются стереотипы поведения, моральные качества человека, идет социальное становление личности и происходит обретение социальной независимости.

В становлении здоровья человека на разных этапах его развития меняется значение различных факторов. Если в раннем возрасте на здоровье человека большее влияние оказывают биологические факторы, то уже в младшем школьном возрасте возрастает роль социальных факторов (нарушение режима дня, оптимизация учебного процесса, увлечение телевидением и компьютерными играми, курение, прием алкогольных напитков, токсикомания и т. д.). К подростковому возрасту здоровье ребенка в основном становится социально зависимым.

При этом эпилепсия является одним из самых распространенных неврологических заболеваний в детском и подростковом возрасте, занимая третье место в структуре болезней нервной системы.

В настоящее время наблюдение за здоровьем подростков находится на стыке педиатрической и взрослой служб, но при этом ни одна из них не может в полной мере поддержать его в трудный переходный период с учетом всех особенностей социально-психологического функционирования. Социальная поддержка со стороны медиков, родителей, учителей и друзей, а также образовательные программы могут сыграть немаловажную роль в снижении негативного отношения со стороны общества и повышении качества жизни подростков с эпилепсией [9].

В настоящее время многими ведущими отечественными и зарубежными эпилептологами высказывается единая точка зрения о том, что важнейшей задачей оказания помощи больным эпи-



лепсией является улучшение качества их жизни [2, 3, 6, 8, 13, 14].

По определению ВОЗ, качество жизни — восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума.

Концепция исследования качества жизни в педиатрии — это новое перспективное научное направление, имеющее большие потенциальные возможности применения в клинических исследованиях и клинической практике.

В литературе обсуждаются наличие трех механизмов воздействия эпилепсии на пациента:

- психосоциальные изменения, которые включают страх судорог, ощущение стигматизации, дискриминацию, степень достоверности диагноза, уровень социальной поддержки;
- нейроэпилептические причины: возраст начала припадков и длительность течения эпилепсии, тип и тяжесть судорог;
- медицинские причины: учитывают тип применяемых противоэпилептических препаратов и их количество [11].

Когнитивным расстройствам принадлежит ведущая роль в нарушении адаптации пациента в обществе, поэтому они могут играть даже более важную роль в инвалидизации, чем сами приступы, и способны ухудшать качество жизни. К наиболее распространенным когнитивным расстройствам при эпилепсии относятся нарушения памяти, замедление интеллектуального развития и дефицит внимания.

Пациенты с эпилепсией реже, чем их сверстники, имеют законченное среднее образование и оканчивают курсы профессиональной специализации, чаще востребованы на неквалифицированных ручных работах. По мнению авторов, высокий уровень безработицы среди пациентов с эпилепсией является одной из причин социальной и экономической дезадаптации [10].

Развитию когнитивных расстройств способствует целый ряд факторов, связанных с этиологией эпилепсии (повреждение головного мозга), клиническими формами и течением заболевания (специфические синдромы, локализация эпилептогенного очага, продолжительность эпилепсии и др.), характером приступов (тип и частота) и особенностями лечения.

Расстройства когнитивных функций коррелируют с изменениями настроения. Нарушения настроения, депрессия, тревожные расстройства и психозы также оказывают выраженное отрицательное влияние на качество жизни больных эпилепсией. Эти расстройства развиваются у 70 — 75 % пациентов, однако в большинстве случаев остаются недиагностированными и нелеченными.

В эпидемиологических исследованиях около 45% пациентов называли страх основным фактором, ухудшающим их жизнь. Пациенты могут испытывать страх смерти от приступа судорог, нарушения контроля над поведением и физиологическими функциями и т. д.

Тревога и депрессия являются наиболее частыми сопутствующими психическими нарушениями при эпилепсии. Частота депрессии, по данным разных исследований, варьирует от 6 до 80 %, причем у многих больных она проявляется в атипичной форме. Депрессия не только ухудшает качество жизни, но и отрицательно влияет на динамику неврологической симптоматики. В этиологии депрессии, как и нарушений когнитивных функций, играют роль разные причины, но наибольшее значение придают судорогам и побочным эффектам антиэпилептической терапии.

Известно, что ведущая роль в формировании эпилепсии у детей принадлежит наследственной предрасположенности и факторам (врожденным и приобретенным), которые способствуют реализации генетического дефекта. Наследственная предрасположенность к эпилепсии в семьях больных встречается в 8—9 раз чаще, чем у здоровых детей. Наличие заболеваний «эпилептического круга» у родственников по линии матери и/или отца значительно повышает риск возникновения эпилепсии у ребенка.

Течение беременности и родов у матерей, имеющих детей с эпилепсией, в более чем половине случаев было неблагоприятным. У каждой четвертой матери наблюдалась угроза прерывания беременности на сроках до 16 недель, у каждой третьей — на более поздних сроках, длительная угроза прерывания беременности (более 3 недель) отмечалась в 30 % случаев. Среди детей, страдающих эпилепсией, подавляющее большинство рождено от недоношенных и переношенных беременностей [4, 5].

Каждый третий ребенок с эпилепсией имел признаки задержки внутриутробного развития и/или стигмы дизэмбриогенеза. Несмотря на то, что большинство детей с эпилепсией воспитываются в полных семьях, каждый седьмой ребенок нежеланный. Каждая десятая мать воспитывает ребенка без мужа. 12,1% детей воспитываются матерью и отчимом. В неполных семьях более половины женщин считали рождение данного ребенка нежеланным.

Родители каждого четвертого ребенка с эпилепсией имели профессиональные вредности.

В каждой третьей семье, имеющей ребенка с эпилепсией, выявлены факторы риска социально-гигиенического характера: злоупотребление алкоголем, курение матери во время беременности или кормления грудью, пристрастие членов семьи к наркотикам и токсическим средствам, неблагоприятный психологический климат, низкая сани-

тарная культура, склонность к жестокому обращению с ребенком, недостаточная медицинская подготовка родителей и др.

Семьи с детьми, больными эпилепсией, в 41,5 % случаев проживают в стесненных условиях [4, 5].

Сочетание таких факторов, как стесненные условия проживания, низкий доход в семье, обуславливающий недостаточное питание, способствует отставанию в физическом и психическом развитии детей и более тяжелому течению эпилепсии.

Отставание в физическом развитии выявлено у каждого пятого ребенка с эпилепсией, в психическом развитии — у каждого третьего.

Для детей с эпилепсией характерна высокая заболеваемость инфекциями, что связано со снижением у них иммунитета; примерно две трети из них страдают соматическими хроническими заболеваниями. Отмечено, что из 100 детей с эпилепсией 11 состоят на учете по поводу перенесенного гепатита, столько же под наблюдением у эндокринолога (6,8% с нарушениями питания, 1,2% — с сахарным диабетом). 12% детей с эпилепсией страдают аллергическими реакциями на лекарственные препараты, 30,6% — на продукты питания [4,5].

Установлено, что в 75 — 80 % случаев эпилепсия дебютирует у детей первых лет жизни, и число больных в этой возрастной группе увеличивается. В связи с этим актуальной остается проблема своевременной диагностики и назначения адекватного лечения.

Существующие противоэпилептические средства, при правильном их подборе, эффективны в 75—85% случаев. Из 10 человек, получающих противоэпилептические препараты, у 6 отмечается выздоровление, у 2 — урежение приступов, и у 2 детей клинического эффекта не отмечается [4]. Прием большинства противоэпилептических препаратов сопровождается возникновением побочных эффектов. Риск возникновения нежелательных эффектов от проводимой антиконвульсантной терапии возрастает при неоправданном назначении высоких доз препаратов или при политерапии.

Так, в исследовании пациентов с хорошо контролируемой эпилепсией обнаружилось, что дети и подростки с эпилепсией чаще, чем их сверстники, имеют трудности в решении школьных, социальных и семейных проблем. Причины этого авторы видят не только в наличии эпилепсии, но и в необходимости ежедневного приема препаратов [15].

При изучении когнитивных расстройств при эпилепсии необходимо учитывать характер нарушений высших психических функций при разных формах эпилепсии.

На кафедре нервных болезней СПбГПМУ проведено исследование с целью изучения причин, структуры когнитивных и эмоционально-личностных нарушений у детей с различными формами эпилепсии [6].

# МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 40 детей в возрасте 8-18 лет (средний возраст -13.5 года), из них 16 (40 %) мужского пола и 24 (60 %) женского пола. С целью выявления когнитивных расстройств проводилось изучение слухоречевой памяти с помощью теста запоминания 10 слов по А. Р. Лурия; исследование кратковременной памяти выполнялось путем повторения текста с построчным добавлением. Для изучения мыслительной деятельности оценивались понимание переносного смысла пословиц, метафор, метод сравнения понятий; для оценки внимания использовалась корректурная таблица (модификация пробы В. Н. Аматуни) и субтест шифровки по методике Векслера; для выявления уровня ригидности мышления и агрессивности использовался тест «Самооценки психических состояний» Г. Айзенка.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Симптоматическая эпилепсия диагностирована у 31 (77,5 %) ребенка, в том числе генерализованная — у 12 (30 %) и парциальная — у 19 (47,5 %) детей; идиопатическая эпилепсия — у 9 (22,5 %) пациентов, в том числе генерализованная — у 7 (17,5 %), парциальная — у 2 (5 %) больных. Генерализованные эпилептические приступы имелись у 20 (50 %), парциальные — также у 20 (50 %) пациентов.

Препараты вальпроевой кислоты назначались 15 (37,5%), карбамазепин — 12 (30%), топирамат — 8 (20%) пациентам, и 5 (12,5%) больных по той или иной причине не получали антиэпилептической терапии. Стойкая ремиссия отмечалась у 21 (52,5%) ребенка, урежение приступов на 50-75% — у 6 (15%), отсутствие эффекта от проводимой терапии — у 8 (20%) больных.

Повышенная утомляемость, снижение уровня активного внимания и умственной работоспособности примерно с равной частотой встречались как при симптоматической генерализованной, так и при идиопатической эпилепсии, в то время как при симптоматической парциальной эпилепсии этот показатель был ниже (табл. 1). Снижение памяти выявлено при всех формах эпилепсии с незначительным преобладанием снижения кратковременного компонента при симптоматической генерализованной и долговременного компонента - при симптоматической парциальной эпилепсии. Нарушение интеллектуальных функций отмечалось у больных с различными формами эпилепсии, но более значимые изменения выявлены при симптоматической эпилепсии. Высокий уровень ригидности преобладал при симптоматической генерализованной эпилепсии, а для идиопатической и симптоматической парциальной эпилепсии был характерен ее средний уровень.



Установлено, что более значимые когнитивные нарушения отмечались при генерализованных эпилептических приступах — повышенная утомляемость, снижение уровня активного внимания и умственной работоспособности; поздняя включаемость в работу; высокий уровень ригидности и агрессивности (табл. 2).

Особый интерес представляет изучение нейропсихологических особенностей и характеристик когнитивных расстройств при различных формах идиопатических эпилепсий. В отечественной литературе данной теме посвящено немного работ, в частности, в большинстве исследований эти формы эпилепсий рассматриваются отдельно от других, преимущественно они сравниваются с симптоматическими или криптогенными парциальными формами эпилепсий.

Также нами обследованы 24 ребенка школьного возраста с идиопатическими парциальными формами эпилепсии (ИПЭ). Среди них 13 детей с доброкачественной эпилепсией с центро-темпоральными спайками, роландической эпилепсией (РЭ), 11 детей с идиопатической затылочной эпилепсией, тип Гасто (ИЗЭ) [7].

Контрольную группу составили 15 здоровых детей школьного возраста, не состоящих на диспансерном учете у невролога. Проводилось комплек-

сное неврологическое обследование, оценка влияния наличия и вида приступов, характера и дозы антиэпилептических препаратов, времени возникновения и длительности заболевания. Всем детям проводили нейрофизиологическое, нейровизуализационное, нейропсихологическое обследование.

Нейропсихологическое обследование включало следующие разделы: исследование функциональной асимметрии головного мозга, двигательной сферы, пространственного и конструктивного праксисов, сложных двигательных программ, восприятия и познавательных процессов, памяти, внимания; интеллектуальных процессов, речи, исследование эмоциональной сферы.

Таблица 1 Состояние когнитивных функций у детей в зависимости от формы эпилепсии

	1 7								
Характер когнитивных нарушений	Форма эпилепсии								
	симптоматическая генерализованная		идиопатическая		симптоматическая парциальная		Bcero		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Повышенная утом- ляемость, снижение уровня активного внимания и умст- венной работоспо- собности	8	66,7	5	55,6	5	26,3	18	45	
Поздняя включае- мость в работу	6	50	5	55,6	4	21	15	37,5	
Снижение кратковременной памяти	8	66,7	5	55,6	11	57,9	24	60	
Снижение долговременной памяти	5	41,7	4	44,4	11	57,9	20	50	
Нарушение интелле	ктуальны	х функц	ий:						
выраженное	7	58,3	5	55,6	10	52,7	22	55	
легкое	3	25	4	44,4	4	26,3	11	27,5	
Ригидность:									
средний уровень	2	16,7	7	77,8	14	73,7	23	57,5	
высокий уровень	4	33,3	_	_	-	-	4	10	
Агрессивность:	•								
средний уровень	7	58,3	3	33,4	9	47,4	19	47,5	
высокий уровень	1	8,4	2	22,3	1	5,2	4	10	
Всего	12	30	9	22,5	19	47,5	-	-	

Группа пациентов с РЭ включала 9 мальчиков и 4 девочки. 11 пациентов получали препараты вальпроевой кислоты, 2- финлепсин-ретард. Длительность ремиссии приступов от 1 года до 2 лет зарегистрирована у 9 пациентов, от 3 до 6 месяцев — у 2, менее 1 месяца — у 1 пациента.

При анализе результатов нейропсихологического обследования в группе пациентов с РЭ выявлены следующие статистически достоверные симптомы: нарушение кинетического и кинесте-

Таблица 2 Состояние когнитивных функций в зависимости

от характера эпилептических приступов											
	Характер эпилептических приступов					Bcero					
Характер когнитивных нарушений	парциальные		генерализованные								
	абс.	%	абс.	%	абс.	%					
Повышенная утомляемость, снижение уровня активного внимания и умственной работоспособности	8	30	14	70	20	50					
Поздняя включаемость в работу	3	15	12	60	15	37,5					
Снижение кратковременной памяти	11	55	12	60	23	57,5					
Снижение долговременной памяти	11	55	9	45	20	50					
Нарушение интеллектуальных функций:											
выраженное	11	55	12	60	23	57,5					
легкое	6	30	4	20	10	25					
Ригидность:											
средний уровень	15	75	8	40	23	57,5					
высокий уровень	0	-	4	20	4	10					
Агрессивность:											
средний уровень	9	45	9	45	18	45					
высокий уровень	1	5	3	15	4	10					
Bcero	20	50	20	50	40	100					

тического праксисов, акустического гнозиса и долговременной памяти. Единственным признаком, который не получил статистического подтверждения в ходе исследования, было нарушение зрительной памяти. Выявлено, что у тех пациентов, срок ремиссии которых был от 2 лет до 1 года, с отсутствием эпилептиформной активности на ЭЭГ, регистрировались лучшие результаты тестирования по сравнению с пациентами, у которых срок ремиссии был менее 1 года и сочетался с регистрацией эпилептиформной активности на ЭЭГ. В то же время у пациентов с длительным сроком ремиссии и, следовательно, более длительной базовой АЭП регистрировались худшие результаты при исследовании процессов внимания и памяти. Сравнивались две группы пациентов: первая с длительной ремиссией приступов (n = 6), без эпилептиформной активности; вторая — со сроком ремиссии более 1 года и 1 год (n = 4), с отсутствием эпилептиформной активности в рутинной ЭЭГ. Для этого проведен видео-ЭЭГ-мониторинг, в 3 случаях выявлена эпилептиформная активность, в 1 случае в первой группе, в 2 случаях — во второй группе. Более широкий спектр нарушений выявлен во второй группе. Сделан вывод о наличии совместного влияния нескольких факторов на выявляемые особенности когнитивных функций у обследуемых пациентов.

В качестве базовой АЭП пациенты принимали препараты вальпроевой кислоты, сравнительный анализ с другими АЭП (в 1 случае — топамакс, в 2 случаях — финлепсин-ретард) не выявил существенных различий.

Группа пациентов с ИЗЭ, тип Гасто, включала 9 мальчиков и 2 девочки. 8 пациентов принимали препараты вальпроевой кислоты, 1 — топамакс, 2 — финлепсин-ретард. Ремиссия приступов от 1 до 3 лет зарегистрирована у 8 пациентов, от 4 до 8 месяцев — у 2, менее 1 месяца — у 1.

При анализе результатов НПО в группе пациентов с ИЗЭ выявлены следующие статистически достоверные симптомы: нарушение пространственного праксиса и долговременной памяти. Установлено, что у тех пациентов, у которых срок ремиссии был 2—3 года, находившихся на терапии препаратами вальпроевой кислоты в среднетерапевтических дозировках, регистрировались лучшие результаты в ходе НПО по сравнению с пациентами с меньшим сроком ремиссии и получавшими другие АЭП (топамакс, финлепсин-ретард).

# выводы

Выявлена взаимосвязь между наличием особенностей когнитивных функций, спектром и степенью их нарушений с формой эпилепсии и видом приступов, при идиопатических формах —

также с длительностью ремиссии и частотой приступов. Установлено, что более значимые когнитивные нарушения отмечались при генерализованных эпилептических приступах. Общим признаком для ИРЭ и ИЗЭ является нарушение долговременной памяти. Установлено, что наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ влияет на характер и тяжесть когнитивных расстройств.

Таким образом, эпилепсия и ее фармакотерапия оказывают негативное влияние на разные стороны жизни, поэтому изучение качества жизни больных эпилепсией и разработка мер, направленных на ее улучшение, являются одними из главных задач организации медицинской помощи при эпилепсии.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- 1.  $\mathit{Гехт}$  А.  $\mathit{Б}$  и  $\mathit{gp}$ . Эпидемиология эпилепсии в России // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. Прил. № 1. С. 3 7.
- 2. Гехт А. Б., Локшина О. Б., Лебедева А. В. и др. Качество жизни больных эпилепсией // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр. СПб.: СПб. НИПНИ им. Бехтерева, 2001. С. 277—282.
- 3. Громов С. А., Лобзин В. С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. СПб.: Образование, 1993. 238 с.
- 4.  $\Gamma$ узева В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. М., 2007.
- 5. Гузева В. И., Скоромец А. А. Социальные аспекты эпилепсии у детей // Эпилепсия диагностика, лечение, социальные аспекты: Материалы Международ. конф. СПб., 2005. С. 134—138.
- 6. Гузева В. И., Белаш В. О., Гузева В. В. и gp. Особенности когнитивных функций у детей с эпилепсией // Журн. неврол. и психиатрии. 2008. N 9. C. 24 28.
- 7. Дорофеева Н. Е. Особенности когнитивных функций у детей школьного возраста с идиопатическими формами эпилепсии: автореф. 2011.
- 8. *Карлов В. А.* Основные принципы терапии эпилептических припадков // Невролог.журн. 1997. № 5. С. 4-8.
- 9. Меликян Э. Г., Мухин К. Ю. Особенности оценки качества жизни у больных эпилепсией детского и подросткового возраста // Эпилепсия. 2010. № 2. С. 32 38.
- 10. Elwes R. D., Marshall J., Beattie A., Newman P. K. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1991. Vol. 54. No. 3. P. 200 203.
- 11. Hermann B. P., Whitman S. Psychopathology in epilepsy: a multyetiological model // Psychopathology in epilepsy: social dimension. Oxford: Oxford University Press, 1986. P. 5-37.
- 12. *Kale R.* The treatment gap // Epilepsia. 2002. Vol. 43. Supl. 6. P. 31 33.
- 13. Miller V., Palermo T. M., Grewe S. D. Quality of life in pediatric epilepsy: demographic and disease-related predictors and comparison with healthy controls // Epilepsy and Behavior.  $-2003.-\mathrm{Vol}.4.-\mathrm{N} \odot 1.-\mathrm{P}.36-42.$
- 14. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? // Lancet. 1998. P. 1058 1059.
- 15. Wildrick D., Parker-Fisher S., Morales A. Quality of life in children with well-controlled epilepsy // J. Neurosci. Nurs. 1996. Vol. 28.  $\mathbb{N}^{\circ}$  3. P. 192—198.



### **РЕЗЮМЕ**

О.В.Гузева, В.И.Гузева, В.В.Гузева, И.В.Охрим, В.Р.Касумов

Качество жизни детей с эпилепсией (психоневрологические и социальные аспекты)

Эпилепсия является одним из самых распространенных неврологических заболеваний в детском и подростковом возрасте, занимая третье место в структуре болезней нервной системы. Социальная значимость этого заболевания определяется высоким процентом инвалидизации пациентов. В настоящее время многими ведущими отечественными и зарубежными эпилептологами высказывается единая точка зрения о том, что важнейшей задачей оказания помощи больным эпилепсией является улучшение качества их жизни. Когнитивным расстройствам принадлежит ведущая роль в нарушении адаптации пациента в обществе, поэтому они могут играть даже более важную роль в инвалидизации, чем эпилептические приступы, и ухудшать качество жизни. К наиболее распространенным когнитивным расстройствам при эпилепсии относятся нарушения памяти, замедление интеллектуального развития и дефицит внимания. В последние годы особый интерес уделяется внедрению нейропсихологических методов в изучение мозговой организации высших психических функций у детей с эпилепсией. Особый интерес представляет изучение нейропсихологических особенностей и характеристик когнитивных расстройств при различных формах идиопатических эпилепсий.

**Ключевые слова:** качество жизни, эпилепсия, дети, когнитивные нарушения.

## SUMMARY

O. V. Guzeva, V. I. Guzeva, V. V. Guzeva, I. V. Okhrim, V. R. Kasumov

# Quality of life of children with epilepsy (neuropsychiatric and social aspects) ${\bf q}$

Epilepsy is one of the most common neurological diseases in childhood and adolescence. It is on the third place in the structure of diseases of the nervous system. The social significance of this disease is determined by the highest percentage in disability of patients. Currently, many leading national and foreign epileptologists expresses the same opinion that the one of the most important purposes in helping patients with epilepsy is to improve their quality of life. Cognitive disorders play a leading role in disturbances of patients' adaptation in the community, so their role can be more considerable in disability than seizures, thus impairing the quality of life. The most common cognitive disorders in patients with epilepsy include memory impairment, retarded intellectual development and attention deficit disorder. In recent years, a special interest is given to the introduction of neuropsychological methods in studying the brain organization of higher mental functions in children with epilepsy. Analysis of neuropsychological features and characteristics of cognitive disorders with various forms of idiopathic epilepsy is of particular interest.

**Key words:** quality of life, epilepsy, children, cognitive disorders.