

**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал

9 (09) вересень 2014

Одеса
2014

Деркач В. Г.

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинського державного медичного університету

Деркач А. В.

лікар-невропатолог
Обласної лікарні швидкої медичної допомоги

ТЕРАПІЯ ПОРУШЕНЬ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

Анотація: У хворих на різні форми епілепсії спостерігаються порушення функції психічних процесів, особливо пам'яті та уваги. Застосування в складі комплексної терапії таких хворих мемопланту, вітрум омеги-3 та кислоти фолієвої вірогідно покращило стан цих процесів.

Анотация: У больных с разными формами эпилепсии наблюдаются нарушения функции психических процессов, особенно памяти и внимания. Применение в составе комплексной терапии мемопланта, витрум омеги-3 и кислоты фолиевой достоверно улучшило состояние этих процессов.

Summary: Dysfunction of psychical processes, especially memory and attention impairment is present in patients with different forms of epilepsy. The application of memoplant, vitrum omega-3 and folic acid as a part of complex therapy has significantly enhanced the state of these processes.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень. Епілепсія – це розлад мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками цього стану. Визначення (діагноз) епілепсії вимагає появи щонайменше одного епілептичного нападу [1].

За етіологією всі епілепсії поділяють на [1]:

Ідіопатичні – характеризуються як захворювання, які не викликані очевидними причинами, за винятком генетичної обумовленості. Характерний дебют у визначеному віці, чітко визначені клінічні та електроенцефалографічні характеристики.

Симптоматичні – наслідок або прояв захворювань центральної нервової системи, є найбільш частими формами епілепсії у дорослих. Патологічний субстрат може бути дифузним (аноксія), мультифокальним (енцефаліт), фокальним (абсцес).

Криптогенні – це захворювання з невстановленою, «прихованою» причиною. Останнім часом пропонують замінити термін на «можливо симптоматичні», оскільки більшість форм можна віднести до симптоматичних епілепсій. Від ідіопатичних відрізняються відсутністю певних вікових і електроклінічних характеристик.

Психічні розлади при всіх формах епілепсії зустрічаються досить часто і причиною їх виникнення є порушення нейрональної активності в структурах лімбіко-ретикулярного комплексу. Доведено, що мнестичні, когнітивні, афективні і поведінкові розлади зв'язані з наявністю патологічної спайкової та повільнохвильової активності в медіобазальних відділах скроневих долей, лімбічної звивини і лобних відділів мозку [2, 3].

При симптоматичній епілепсії спостерігаються виражені порушення пам'яті [4] – насамперед знижується ефективність опосередкованого запам'ятовування порівняно з безпосереднім [5], а також відмічаються труднощі узагальнення різних понять з конкретним малюнком, що є наслідком вираженої схильності до надмірної деталізації та фіксації на окремих властивос-

тях предметів [6]. При переважанні органічних змін у підкіркових структурах мозку переважно страждають довільне відтворення та збереження, менше – впізнавання та запам'ятовування. Також має місце зв'язок порушень пам'яті з психічною виснаженістю і зниженням сенсомоторної активності [5]. Результатом тривалого перебігу цієї епілепсії є труднощі у використанні та відтворенні минулого досвіду.

Модально-неспецифічні розлади пам'яті в поєднанні з мовленевими і зоро-просторовими порушеннями переважно зустрічаються при криптогенній скроневій епілепсії. У хворих з лівобічним вогнищем частіше страждають мовлення і слухомовленева пам'ять (відмічаються зниження словникового запасу та вербальні парафазії), що найчастіше пов'язано з порушенням процесів запам'ятовування. При ураженні правої скроневої частки переважають зорові та зоро-просторові порушення у сфері гнозису і пам'яті. У випадках криптогенної лобної епілепсії у хворих зростала частота помилок в пробах на зорову пам'ять і зоровий гнозис [7].

Порушення уваги відмічаються в осіб як чоловічої, так і жіночої статі, при всіх формах епілепсії, але найбільш часто вони спостерігаються у хворих на абсансові її форми [8].

Отже, при тривалому перебігу епілепсії розвиваються органічні зміни у головному мозку хворих з вираженим порушенням функції усіх психічних процесів, особливо – пам'яті та уваги. Відповідно, стає зрозумілою актуальність дослідження стану цих процесів і покращення їх рівня.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Визначити стан пам'яті та уваги у хворих на ідіопатичну, симптоматичну і криптогенну форми епілепсії до і після запропонованого авторами лікування.

Матеріал і методи дослідження. Для дослідження зорової і слухової пам'яті та якостей уваги у хворих на різні форми епілепсії (до і після курсу лікування) застосовували методики «Запам'ятовування геометричних фігур»

і «Запам'ятовування слів» (за Ф.С.Рибоковим), а також «Тест Крепеліна» і «Таблиці Шульте» [9].

З допомогою методики «Запам'ятовування геометричних фігур» досліджували стан зорової пам'яті: пацієнту пропонували уважно розглянути та запам'ятати впродовж 10 сек. зображення фруктів на таблиці 15 (6 видів). Потім (через 10 сек. після закінчення розглядання фруктів) він повинен був віднайти їх серед 14 зображень фруктів (таблиця 16) і показати досліднику. Психічно здорові люди правильно відтворюють усі 6 зображень.

Після проведеного курсу лікування проводили повторне дослідження стану зорової пам'яті, але вже з запам'ятовуванням упродовж 10 сек. 9-ти геометричних фігур (таблиця 14 а). Через 10 сек. після закінчення розглядання фігур пацієнт повинен був віднайти їх серед 15 геометричних фігур (таблиця 14 б) і показати досліднику. Психічно здорова людина повинна запам'ятати та відтворити не менше 6-ти геометричних фігур.

Для дослідження стану слухової пам'яті використовували методику «Запам'ятовування слів»: пацієнту пропонували запам'ятати 10 слів, які називали повільно і чітко (10 слів за 15 сек.), один раз. Зауваження та репліки пацієнта під час дослідження не дозволялися.

Через 10 сек. після останнього слова просили пацієнта відтворити запропоновані слова у будь-якій послідовності.

Після лікування проводили повторне дослідження з іншим набором слів.

Доведено, що в психічно здорових людей об'єм безпосередньої слухової пам'яті становить в середньому 7 слів із 10.

Під час проведення тесту Крепеліна пацієнту пропонували послідовно усно віднімати від 100 число 7 (кожен «крок» повинен був тривати не більше 15 сек.) до «0». При оцінці результатів дослідження відмічали час виконання тесту і кількість допущених помилок. Виконання тесту тривало більше 45 сек і допущені помилки свідчили про певний рівень нестійкості уваги – чим більшими були затрачений час і кількість помилок, тим більш вираженим було порушення рівня стійкості уваги у пацієнта.

Після лікування проводили повторне дослідження: пацієнту пропонували від 100 віднімати число 9.

Психічно здорова людина швидко і без помилок виконує це завдання.

Для дослідження об'єму та переключення уваги пацієнту пропонували послідовно показати на «Таблицях Шульте» числа чорного кольору від 1 до 25, а потім – числа червоного кольору у зворотній послідовності: від 24 до 1.

Психічно здорові люди виконують кожне завдання в середньому за 45 сек. без жодної помилки.

Після проведеного курсу лікування проводили повторне дослідження: пацієнту пропонували послідовно показати числа червоного кольору від 1 до 24, а потім – числа чорного кольору у зворотній послідовності: від 25 до 1.

Пропуск чисел, показ однієї цифри замість іншої, свідчили про недостатню концентрацію нервових процесів (порушення переключення та об'єму уваги).

Обстежено 67 хворих на різні форми епілепсії, у віці 14-50 років, 12 – чоловічої статі (17,9%) і 55 – жіночої статі (82,1%), котрі знаходилися на стаціонарному лікуванні у Чернівецькій обласній психіатричній лікарні чи проходили курс амбулаторної терапії.

Ідіопатичну епілепсію було діагностовано в 22 осіб (32,8%), симптоматичну – у 31 особи (46,3%) і криптогенну – в 14 осіб (20,9%).

Хворі отримували загальноприйняте комплексне лікування (піридоксину фосфат, судинні, дегідратаційні, розсмоктувальні та інші засоби), включаючи й протисудомне, а також: мемоплант (40 мг – по 1 табл. вранці та ввечері, зразу ж після їжі), вітрум омегу-3 (по 1 капсулі вранці та ввечері, під час їжі) та кислоту фолієву (1 мг – по 2 табл., в обід, зразу ж після їжі), курсом 1-2 місяці.

В усіх хворих до і після проведеного лікування досліджували стан зорової та слухової пам'яті і таких якостей уваги, як об'єм, переключення і стійкість.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з допомогою коефіцієнту Стьюдента (таблиці 1, 2, 3) – оцінювали вірогідність показників стану пам'яті та уваги після проведеного лікування.

Виклад основного матеріалу дослідження. Результатами дослідження доведено, що в хворих на ідіопатичну епілепсію до лікування показник зорової пам'яті становив $4,36 \pm 0,45$ (кількість правильно відтворених зображень фруктів), а слухової пам'яті – $4,04 \pm 0,4$ (кількість правильно відтворених слів), що менше загальноприйнятої норми.

Після лікування мемоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою ці показники становили відповідно $6,07 \pm 0,46$ ($p \leq 0,05$) і $6,0 \pm 0,41$ ($p \leq 0,05$), тобто, вони вірогідно покращилися.

При проведенні тесту Крепеліна, з допомогою якого у хворих визначали стійкість уваги, затрачений час до лікування становив $61,38 \pm 7,05$ сек., кількість допущених помилок – $2,47 \pm 0,5$.

Після проведеного лікування запропонованими засобами час виконання тесту вірогідно зменшився ($p \leq 0,01$) і становив $44,46 \pm 6,69$ сек., а також вірогідно ($p \leq 0,05$) зменшилася кількість допущених помилок ($0,71 \pm 0,36$), що свідчить про суттєве покращення цих показників.

Під час дослідження об'єму і переключення уваги (таблиці Шульте) у хворих до лікування час виконання завдання становив $74,35 \pm 6,65$ сек., кількість допущених помилок – $2,23 \pm 0,59$.

Відповідно після проведеного лікування мемоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою ці показники становили: $63,46 \pm 5,9$ сек. ($p > 0,05$) і $0,57 \pm 0,45$ помилок ($p \leq 0,05$), тобто, вірогідно покращився тільки показник об'єму уваги.

Отже, у хворих на ідіопатичну епілепсію відмічається послаблення зорової та слухової пам'яті,

а також зниження рівня таких якостей уваги, як об'єм, переключення і стійкість.

Результатом проведеного запропонованого курсу лікування у таких хворих стало суттєве покращення зорової і слухової пам'яті, стійкості та об'єму уваги.

У хворих на симптоматичну епілепсію до лікування показник зорової пам'яті становив $5,0 \pm 0,32$, а слухової – $4,06 \pm 0,35$, тобто, рівень зорової та слухової пам'яті у таких хворих знижений.

В результаті проведеного лікування меплоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою ці показники вірогідно покращилися – відповідно: $5,9 \pm 0,32$ ($p \leq 0,05$) і $5,29 \pm 0,35$ ($p \leq 0,05$).

При проведенні тесту Крепеліна затрачений час до лікування становив $67,03 \pm 5,34$ сек., кількість допущених помилок – $2,64 \pm 0,39$.

Після курсу лікування запропонованими засобами час виконання цього тесту вірогідно ($p \leq 0,01$) зменшився до $53,62 \pm 5,34$ сек. і також вірогідно ($p \leq 0,05$) зменшилася кількість допущених помилок ($1,24 \pm 0,39$), що свідчить про суттєве покращення стійкості уваги.

При дослідженні об'єму і переключення уваги у хворих до лікування час виконання завдання становив $63,41 \pm 5,54$ сек., кількість допущених помилок – $2,1 \pm 0,37$, що вказує на суттєве зниження об'єму та переключення уваги.

Після лікування меплоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою ці показники відповідно становили: $51,35 \pm 5,54$ сек. ($p \leq 0,01$) і $51,35 \pm 5,54$ сек. ($p \leq 0,05$), що свідчить про значне покращення об'єму та переключення уваги.

Таким чином, у хворих на симптоматичну епілепсію спостерігається послаблення зорової і слухової пам'яті, а також зниження рівня таких якостей уваги, як стійкість, об'єм та переключення.

Після проведеного курсу лікування меплоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою у таких хворих покращилися зорова і слухова пам'ять, стійкість, об'єм та переключення уваги.

У хворих на криптогенну епілепсію до лікування показник зорової пам'яті становив $4,14 \pm 0,48$, а слухової – $5,0 \pm 0,51$, тобто, менше об'єму зорової і слухової пам'яті у психічно здорових людей.

Після проведеного лікування меплоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою ці показники вірогідно покращилися – відповідно: $6,0 \pm 0,48$ ($p \leq 0,05$) і $6,0 \pm 0,6$ ($p \leq 0,05$), що свідчить про покращення зорової та слухової пам'яті у цієї групи хворих.

При проведенні тесту Крепеліна затрачений час до лікування становив $58,43 \pm 6,56$ сек., кількість допущених помилок – $1,79 \pm 0,5$, що не відповідає загальноприйнятій нормі.

Після курсу лікування запропонованими засобами час виконання тесту вірогідно ($p \leq 0,01$) зменшився ($42,87 \pm 6,56$ сек.), але кількість допущених помилок ($1,79 \pm 0,64$) не змінилася ($p > 0,05$), тобто, стійкість уваги у хворих не покращилася.

Під час дослідження об'єму і переключення уваги (таблиці Шульте) у хворих до лікування час виконання завдання становив $52,0 \pm 5,74$ сек., кількість допущених помилок – $1,21 \pm 0,58$, що свідчить про зниження об'єму та переключення уваги у таких хворих.

Після лікування запропонованими засобами ці показники також суттєво не змінилися – $0,67 \pm 0,48$ сек. ($p > 0,05$) та $1,0 \pm 0,58$ помилок ($p > 0,05$), що вказує на відсутність ефекту від проведеного курсу лікування.

Отже, у хворих на криптогенну епілепсію до лікування відмічається послаблення зорової і слухової пам'яті, а також зниження рівня таких якостей уваги, як стійкість, об'єм та переключення.

Проведений курс лікування меплоплантом, вітрум омегою-3 та кислотою фолієвою у таких хворих покращив тільки стан зорової і слухової пам'яті.

Висновки, зроблені в результаті дослідження.

1. У хворих на ідіопатичну, симптоматичну та криптогенну форми епілепсії відмічається послаблення зорової і слухової пам'яті, а також зниження рівня таких якостей уваги, як стійкість, об'єм та переключення.

2. Застосування меплопланту, вітрум омеги-3 та кислоти фолієвої в складі комплексної терапії хворих на ідіопатичну і симптоматичну форми епілепсії вірогідно покращило стан зорової і слухової пам'яті, стійкість, об'єм та переключення уваги.

Література:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги: «Епілепсії у дорослих». – Наказ Міністерства охорони здоров'я України 17.04.2014, № 276. – 2014. – 78 с.
2. Калинин В.В. Когнитивные нарушения при эпилепсии: влияние заболевания и терапия / В.В.Калинин, Е.В.Железнова, А.А.Земляная // Ж. невропатол. и психиатр, 2006. – Прил. 1: Эпилепсия. – С. 64-70.
3. Antiepileptic Drugs / R.H.Levi, B.S.Meldrum, R.H.Mattson, E. Perruca // – Lippincott: Williams et Wilkins, 2002. – P. 968.
4. Bergin P. Remote memori in epilepsy / P.Bergin, P.Thomson // *Epilepsia*. – 2000. – Vol. 41, № 2. – P. 231-239.
5. Бондарева Л.В. Нарушение взаимоотношений непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией / Л.В.Бондарева // Психологические исследования. – МГУ, 1971. – Вып. 3. – С. 21-27.
6. Фернандес Р. Епілепсія / Р. Фернандес, М. Самуельс // – К., 2006. – 287 с.
7. Черняк З.В. Нервно-психические расстройства у взрослых пациентов с эпилепсией / З.В. Черняк, Н.Н. Полонская // Неврологический журнал, 2011. – № 6. – С. 10-12.
8. Bourgeois V.F. Antiepileptic drugs, learning and behaviour in childhood epilepsy / V.F. Bourgeois // *Epilepsia*. – 1998. – Vol. 39 (9). – P. 913-922.
9. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под ред. И.А. Полищука, А.Е. Видренко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Киев, «Здоров'я», 1979. – 124 с.