



Нейропсихологический статус пациентов с эпилепсией и клиническими проявлениями краниocereбральной диспропорции

В.И. Ларькин, д.м.н., проф., Н.С. Стельмах

Адрес для переписки: Наталья Сергеевна Стельмах, 19830105@mail.ru

Выполнен проспективный сравнительный анализ данных клинических, инструментальных и лабораторных исследований из историй болезни 78 пациентов, перенесших эпилептические приступы. Диагноз криптогенной эпилепсии поставлен на основании типичной клинической картины, анамнеза, динамики электроэнцефалографии и/или видеоэлектроэнцефалографического мониторинга в течение десяти часов. Группа I состояла из 36 пациентов с уровнем ликворо-краниального индекса в пределах физиологической нормы (от 1,6 до 3,6, среднее значение $2,1 \pm 0,2$). Группу II составили 42 пациента, у которых, согласно комплексному анатомо-функциональному обследованию, ликворо-краниальный индекс был ниже физиологической нормы (от 0,8 до 1,2, среднее значение $1,0 \pm 0,1$). Пациентам обеих групп в период госпитализации и на амбулаторно-поликлиническом этапе проводилась стандартная многокомпонентная терапия основного заболевания. Установлено, что у пациентов с низким ликворо-краниальным индексом более выражен когнитивный дефицит по сравнению с пациентами с нормальным ликворо-краниальным индексом при условии одинаковой продолжительности течения заболевания. Патопсихологический дефицит проявлялся субъективизмом, снижением уровня обобщений, затруднением при выделении сущестительного и использовании абстрактных понятий. Подобные нарушения в совокупности с нарушениями памяти, как кратковременной, так и долговременной, могут качественно ухудшать когнитивную деятельность, что впоследствии может приводить к обеднению мышления и речи по содержанию.

Ключевые слова: эпилепсия, ликворо-краниальный индекс, нейропсихологический статус

Известно, что 30–50% пациентов, страдающих эпилепсией, имеют когнитивные нарушения [1–3]. Характер и степень выраженности когнитивного дефицита могут широко варьироваться [4]. Когнитивные расстройства приводят к социальной дезадаптации больных, существенно влияя на их качество жизни [3, 5–7].

Причины нарушений когнитивных функций разнообразны [5], при этом оценить влияние отдельных факторов достаточно сложно [5]. Множество причин нарушения когнитивных функций при эпилепсии объединяют в три группы: этиология эпилепсии, приступы и противосудорожная терапия [8]. Точные механизмы патогенеза нарушений когнитивных функций до конца не изучены и в настоящее время представляют интерес для ученых всего мира [5]. Считается, что существенную роль играют морфологические изменения головного мозга, ликвородинамика, нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера, аутоиммунные процессы, межприступная эпилептиформная активность [3].

Материал и методы

Был выполнен проспективный сравнительный анализ данных клинических, инструменталь-



ных и лабораторных методов исследований из историй болезни 78 пациентов (41 мужчины и 37 женщин) 18–45 лет (средний возраст – $35,9 \pm 6,8$ года) с эпилептическими приступами (криптогенной эпилепсией). Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины, анамнеза, динамики электроэнцефалографии (ЭЭГ) и/или видеоэлектроэнцефалографического мониторинга в течение десяти часов. Все пациенты прошли лечение в эпилептологическом центре Омской областной клинической больницы в период с 2011 по 2017 г.

Согласно предварительно разработанному и согласованному дизайну исследования, пациенты были разделены на две группы на основании уровня ликворо-краниального индекса [9–11].

Группа I состояла из 36 пациентов (20 мужчин и 16 женщин, средний возраст – $34,0 \pm 7,2$ года) с уровнем ликворо-краниального индекса в пределах физиологической нормы (от 1,6 до 3,6 при среднем значении $2,1 \pm 0,2$).

Группу II составили 42 пациента (22 мужчины и 20 женщин, средний возраст – $37,7 \pm 8,2$ года), у которых согласно комплексному анатомо-функциональному обследованию ликворо-краниальный индекс был ниже физиологической нормы (от 0,8 до 1,2 при среднем значении $1,0 \pm 0,1$).

Каждая группа была поделена на три подгруппы:

- пациенты с длительностью заболевания до года (I_1 – 12 пациентов, II_1 – 14 пациентов);
- пациенты с длительностью заболевания от года до пяти лет (I_2 – 12 пациентов, II_2 – 16 пациентов);
- пациенты с длительностью заболевания более пяти лет (I_3 – 12 пациентов, II_3 – 12 пациентов).

Минимальная длительность клинического и инструментального наблюдения за пациентами с момента включения в исследование составила два года. При этом в процессе клинического исследо-

вания были намечены следующие обязательные контрольные точки: момент госпитализации/обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение и/или включение в исследование, один и два года от момента включения в исследование. Согласно дизайну исследования, в период госпитализации и на амбулаторно-поликлиническом этапе пациенты обеих групп получали идентичную стандартную многокомпонентную терапию основного заболевания. Главными факторами, влияющими на выбор тактики лечения, были форма эпилепсии, тип и частота приступов, распределение приступов в циркадианном ритме (во время сна или бодрствования, смешанный вариант), возраст, пол, коморбидные заболевания, социальный статус. Эффективность терапии оценивали по наличию и длительности полного контроля над эпилептическими приступами, а также урежению частоты эпилептических приступов на 50% и более. Стартовое лечение больных эпилепсией всегда проводили в формате монотерапии препаратами, зарегистрированными в Российской Федерации для применения в данном режиме.

При постановке диагноза учитывались анамнез, клинические проявления, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Диагноз устанавливался на основании определения заболевания, сформулированного Международной противэпилептической лигой. Установлены типы эпилептических приступов в соответствии с классификацией, предложенной Международной противэпилептической лигой, и формы заболевания. Все пациенты прошли тщательный клинический осмотр, им проводился рутинная ЭЭГ и видеоэлектроэнцефалографический мониторинг ночного сна (в течение десяти часов), магнитно-резонансная и компьютерная томографии, рентгенография головы.

Автоматизированную статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием программы Statistica 6, а также с целью дублирования и расчета параллельных значений – актуального пакета прикладных программ Excel для Windows. Исходно перед каждым статистическим анализом определяли нормальность распределения полученных результатов в вариационном ряду каждого параметра анализируемой группы с помощью критерия Колмогорова – Смирнова, а также согласно правилу двух и трех сигм. Только в случае совпадения обоих расчетов вариационный ряд принимали с правильным или неправильным распределением.

При статистическом сравнении количественных параметров двух анализируемых совокупностей не связанных между собой выборок, подчиняющихся закону нормального распределения (согласно критерию Колмогорова – Смирнова и правилу двух и трех сигм), исходно использовали t-критерий Стьюдента как самый мощный из критериев достоверности различий. Сравнение двух зависимых (парных) выборок параметров проводили с помощью парного t-критерия Стьюдента. Если сравниваемые совокупности не связанных между собой выборок не подчинялись закону нормального распределения, то для их сравнения применяли критерий Манна – Уитни. При статистическом сравнении двух связанных между собой выборок использовали критерий Вилкоксона. При сравнении качественных признаков, которые не представлялось возможным выразить в числовом значении, применяли χ^2 (при анализе качественных показателей). При частотах меньше 10 использовали χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность. При ожидаемых частотах меньше 5 дополнительно использовали двусторонний точный критерий Фишера.

Неврология

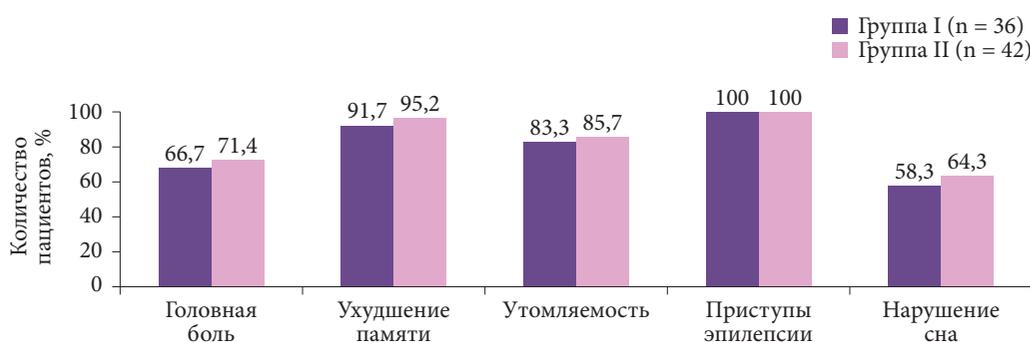


Рис. 1. Жалобы пациентов с эпилепсией в зависимости от величины ликворо-краниального индекса

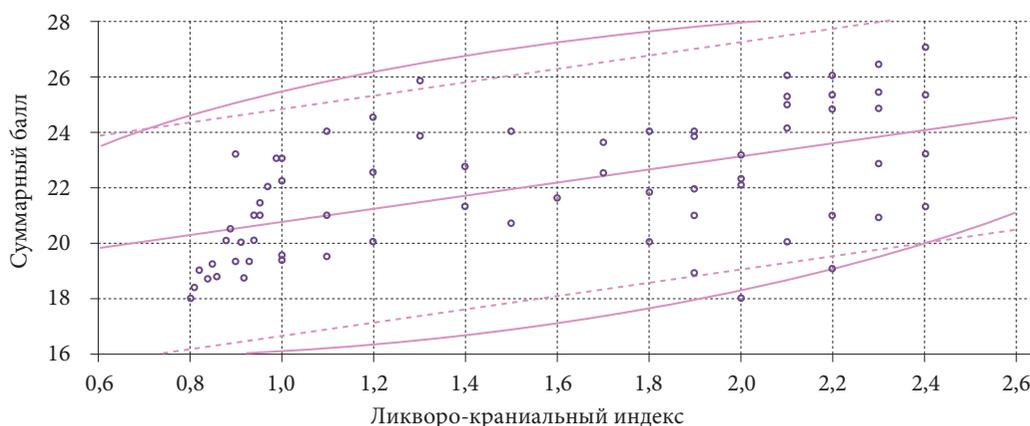


Рис. 2. Корреляционная связь значений ликворо-краниального индекса и суммарного балла по МоСА у пациентов с эпилепсией

Результаты и их обсуждение

При первичном осмотре были проанализированы жалобы пациентов. Приступы эпилепсии имели место в 100% случаев (рис. 1). Среди неспецифических жалоб лидировало ухудшение памяти, которое беспокоило пациентов группы II на 3,5% чаще, чем больных группы I ($p = 0,66$). Несколько реже регистрировались утомляемость (в группе II отмечалась на 2,4% чаще, $p = 0,98$) и головная боль (в группе II отмечалась на 4,7% чаще, $p = 0,65$).

Анализ результатов исследования по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) показал, что на выраженность когнитивных расстройств у пациентов с эпилепсией влияли значение ликворо-краниального индекса ($R = 0,35$, $p = 0,0067$) и длительность заболевания ($R = 0,31$, $p = 0,0032$) (рис. 2). Так, среднее значение по MoCA у пациентов с нормальным ликворо-краниальным индексом и длительностью заболевания до года составило $26,2 \pm 3,1$ балла, что

Таблица 1. Результаты тестирования пациентов с эпилепсией и признаками краниоцеребральной диспропорции по МоСА в зависимости от величины ликворо-краниального индекса ($M \pm \sigma$)*

Показатель	Максимальный балл	Подгруппа I ₁ (n = 12)	Подгруппа I ₂ (n = 12)	Подгруппа I ₃ (n = 12)	Подгруппа II ₁ (n = 14)	Подгруппа II ₂ (n = 16)	Подгруппа II ₃ (n = 12)
Черчение ломаной линии	1	0,92 ± 0,13	0,75 ± 0,06	0,58 ± 0,04	0,86 ± 0,12	0,69 ± 0,10	0,50 ± 0,08
Оптико-пространственная деятельность (куб)	1	0,92 ± 0,14	0,83 ± 0,11	0,67 ± 0,05	0,86 ± 0,12	0,75 ± 0,09	0,58 ± 0,03
Оптико-пространственная деятельность (часы)	3	2,50 ± 0,50	2,25 ± 0,75	2,00 ± 1,00	2,40 ± 0,60	2,10 ± 0,90	1,70 ± 0,90
Называние	3	3	3	2,80 ± 0,20	3	2,90 ± 0,10	2,70 ± 0,30
Внимание	2	2	1,80 ± 0,20	1,50 ± 0,50	1,90 ± 0,10	1,60 ± 0,40	1,25 ± 0,50
Реакция	4	3,25 ± 0,50	2,70 ± 1,10	2,20 ± 1,40	3,10 ± 0,80	2,40 ± 1,20	1,80 ± 1,20
Повторение предложений	2	1,70 ± 0,30	1,30 ± 0,50	1,10 ± 0,60	1,50 ± 0,40	1,40 ± 0,50	0,90 ± 0,40
Скорость	1	0,80 ± 0,20	0,75 ± 0,20	0,58 ± 0,30	0,79 ± 0,20	0,63 ± 0,30	0,42 ± 0,40
Абстрактное мышление	2	1,75 ± 0,25	1,58 ± 0,31	1,25 ± 0,54	1,64 ± 0,25	1,50 ± 0,40	1,17 ± 0,51
Отсроченное воспроизведение	5	3,80 ± 0,70	3,42 ± 0,90	3,00 ± 1,10	3,14 ± 0,80	2,69 ± 1,30	2,50 ± 1,40
Ориентировка	6	5,50 ± 0,50	5,25 ± 0,75	4,92 ± 0,60	5,36 ± 0,60	5,00 ± 0,40	4,75 ± 0,60
Сумма баллов	30	26,20 ± 3,10	23,70 ± 2,70	20,70 ± 1,80	24,50 ± 2,30	21,75 ± 2,10	18,10 ± 1,50

* Статистически значимых различий между подгруппами не обнаружено.



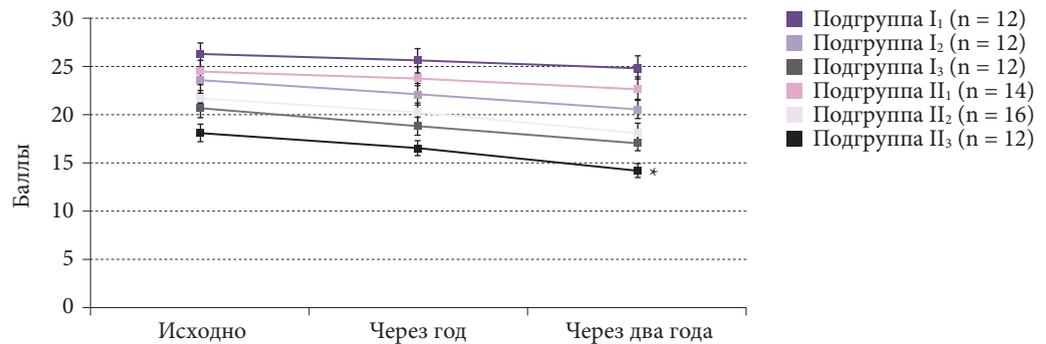
соответствует уровню здоровых людей, а с длительностью заболевания свыше пяти лет оказалось ниже на 21% ($p = 0,0043$) (табл. 1). При длительности заболевания до года у пациентов с низким ликворо-краниальным индексом средняя сумма баллов по МоСА была на 6,5% ниже, чем у пациентов с нормальными значениями ликворо-краниального индекса ($p = 0,064$). При длительности заболевания свыше пяти лет эта разница составила 12,5% ($p = 0,047$).

Средний балл по МоСА у пациентов с частыми генерализованными приступами не превышал 19, у пациентов с редкими фокальными приступами варьировался от 25 до 29.

Более детальный анализ результатов МоСА позволил выделить основные когнитивные нарушения у больных эпилепсией. Все опрошенные были ориентированы в месте. 17% пациентов ошибались в назывании даты и/или дня недели. Нарушение зрительно-конструктивных и исполнительских навыков отмечалось у 37,2% пациентов. В ряде случаев был нарушен конструктивный праксис, который определялся при выполнении рисования геометрических фигур по эталону. Кроме того, обнаруживались нарушения запоминания, непроизвольной памяти в ее слуховой модальности и долговременной памяти (51,3%).

Пациенты с низким ликворо-краниальным индексом хуже воспроизводили слова, имели более выраженный дефицит внимания при счете в уме и обратном счете. У пациентов с частыми приступами и длительным течением заболевания грубо нарушалось абстрактное мышление, выявлялась деменция умеренной степени тяжести.

Через два года наблюдения сумма баллов по МоСА несколько снизилась. Однако статистически значимыми эти отличия были только в группе с низким ликворо-краниальным индексом, длительным те-



* Различия по сравнению с исходными данными статистически значимы ($p < 0,05$).

Рис. 3. Состояние когнитивных функций у пациентов с эпилепсией в зависимости от величины ликворо-краниального индекса по тесту МоСА на протяжении двух лет наблюдения (среднее количество баллов)

Таблица 2. Состояние когнитивных функций у пациентов с эпилепсией и признаками краниоцеребральной диспропорции по MMSE в зависимости от величины ликворо-краниального индекса

Уровень когнитивных функций	Группа I (n = 36)		Группа II (n = 42)		p
	абс	%	абс	%	
Нет нарушений	15	41,7	16	38,1	0,75
Преддементные нарушения	13	36,1	15	35,7	0,97
Деменция легкой степени	6	16,7	7	16,7	0,76
Деменция умеренной степени	2	5,6	4	9,5	0,68
Тяжелая деменция	0	0	0	0	–
Средний балл	27,5 ± 3,5		25,7 ± 4,2		0,59

чением заболевания и билатеральными приступами (рис. 3). Так, у пациентов с нормальным ликворо-краниальным индексом и длительностью заболевания до года суммарный балл за два года наблюдения уменьшился на 5% ($p = 0,96$), с длительностью заболевания один год – пять лет – на 13,1% ($p = 0,078$), с длительностью заболевания более пяти лет – на 17,4% ($p = 0,052$). У пациентов с низким ликворо-краниальным индексом и длительностью заболевания до года суммарный балл за два года наблюдения уменьшился на 7,3% ($p = 0,81$) и был на 8,8% ниже ($p = 0,64$), чем в подгруппе I₁, с длительностью заболевания один год – пять лет – на 17% ($p = 0,059$) и был на 12,1% ниже ($p = 0,45$), чем в подгруппе I₂, с длительностью заболевания более

пяти лет – на 21,5% ($p = 0,044$) и был на 17% ниже ($p = 0,058$), чем в подгруппе I₃.

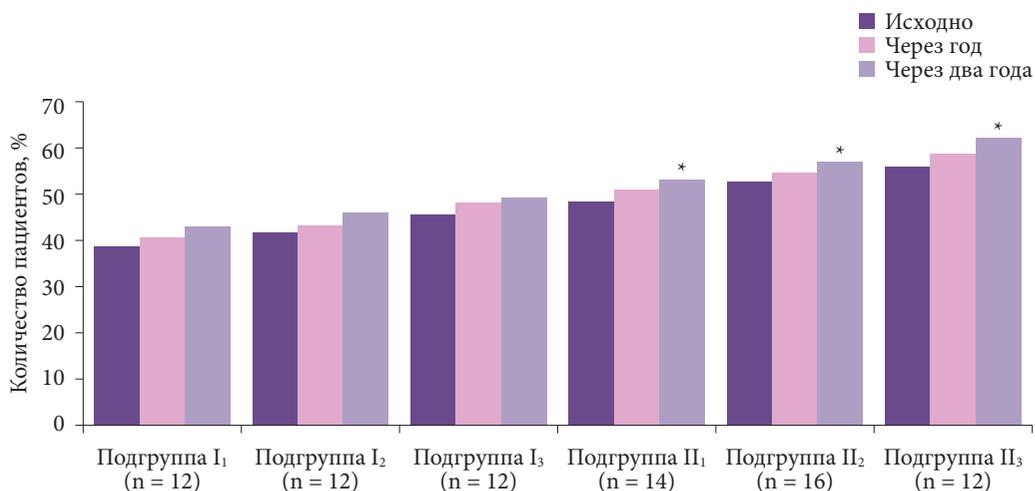
При оценке когнитивных функций по Краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE) большинство пациентов (39,7%) обеих групп набрали 28–30 баллов. Случаев тяжелой деменции не отмечалось, случаи деменции умеренной степени были единичными (табл. 2). Средний суммарный балл в группе II был на 6,5% ниже, чем в группе I ($p = 0,59$). Однако статистически значимых отличий по числу пациентов с когнитивными нарушениями различной степени выраженности между группами не выявлялось. Как и при оценке по МоСА, установлена тенденция к усугублению когнитивных нарушений у пациентов с длительным течением заболевания ($R = -0,15$,



$p = 0,023$) и частыми приступами (R = -0,13, $p = 0,041$). При тестировании через один и два года статистически значимого нарастания когнитивных дисфункций не обнаруживалось. Для более детального исследования кратковременной памяти использовали дополнительные методики тестирования.

Результаты исследования слухоречевой памяти по А.Р. Лурии с отсроченным воспроизведением показали, что большинство пациентов с эпилепсией могли вспомнить три-четыре слова из десяти названных, что свидетельствовало о низком уровне запоминания. Пациенты с длительностью заболевания

до года, нормальным ликворокраниальным индексом и редкими фокальными приступами воспроизводили до пяти слов. Пациенты с низким ликворокраниальным индексом, длительностью заболевания более пяти лет и частыми билатеральными приступами вспоминали лишь одно-два слова.



* Различия по сравнению с аналогичными подгруппами группы I статистически значимы ($p < 0,05$).

Рис. 4. Частота нарушений памяти у пациентов с эпилепсией в зависимости от величины ликворо-краниального индекса на протяжении двух лет наблюдения

Таблица 3. Основные показатели теста Шульте у пациентов с эпилепсией и признаками крапиоцеребральной диспропорции в зависимости от значений ликворо-краниального индекса ($M \pm \sigma$)

Показатель	Группа I (n = 36)	Группа II (n = 42)	p
Эффективность работы, с	87,0 ± 5,0	102,0 ± 7,0	0,048
Степень вработываемости	1,0 ± 0,2	1,2 ± 0,3	0,034
Психическая устойчивость	1,0 ± 0,1	1,1 ± 0,2	0,450

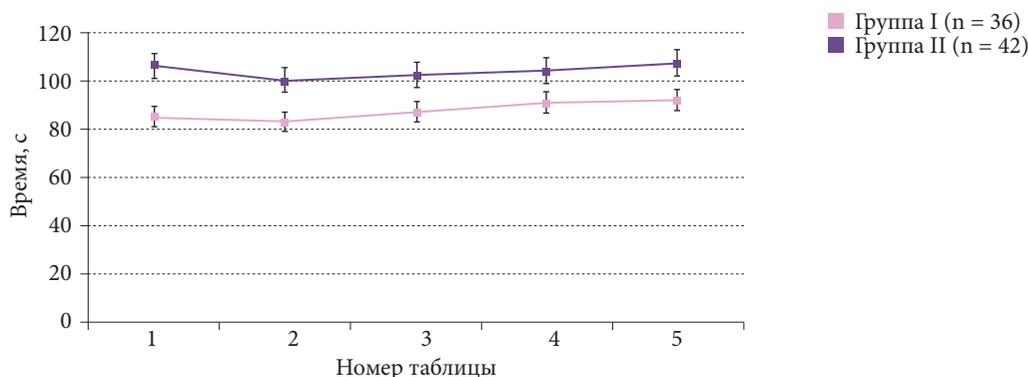


Рис. 5. «Кривая истощаемости» у пациентов с эпилепсией в зависимости от величины ликворо-краниального индекса по результатам теста Шульте, проведенного в день включения в исследование

Исследование слухоречевой памяти при воспроизведении числовых рядов в прямом и обратном порядке (из теста Векслера) показало, что наибольшее затруднение у пациентов вызывало воспроизведение в обратном порядке. Так, повторить числовой ряд в прямом порядке смогли 83,3% пациентов группы I и 76,2% пациентов группы II ($p = 0,58$), в обратном порядке – 63,9 и 54,8% соответственно ($p = 0,41$). Необходимо отметить, что воспроизвести числовой ряд в прямом порядке было сложнее пациентам с височной локализацией эпилепсии, а в обратном – пациентам с лобной локализацией.

При исследовании кратковременной зрительной памяти с помощью теста на воспроизведение двузначных чисел среднее значение у пациентов группы I составило 6 чисел (от 4 до 8 чисел), у пациентов группы II – 4 числа (от 2 до 7 чисел).

В целом нарушения памяти различной степени регистрировались у 41,7% пациентов группы I и 52,4% больных группы II ($p = 0,34$). При повторном тестировании через один и два года отмечалось небольшое снижение показателей, характеризующих способность к запоминанию, и увеличение доли пациентов с нарушением памяти (рис. 4). Так, среди пациентов с нормальным ликворокраниальным индексом и длительностью заболевания до года число пациентов с нарушениями памяти за два года наблюдения возросло на 11,4% ($p = 0,23$), с длительностью заболевания один год – пять лет – на 9,8% ($p = 0,67$), с длительностью заболевания более пяти лет – на 8,6% ($p = 0,72$). Среди



пациентов с низким ликворо-краниальным индексом и длительностью заболевания до года доля пациентов с нарушениями памяти за два года наблюдения возросла на 9,9% ($p = 0,65$) и была на 23,8% выше ($p = 0,041$), чем в подгруппе I₁, с длительностью заболевания один год – пять лет – на 8,6% ($p = 0,59$) и была на 24,2% выше ($p = 0,038$), чем в подгруппе I₂, с длительностью заболевания более пяти лет – на 11,1% ($p = 0,44$) и была на 26,3% выше ($p = 0,027$), чем в подгруппе I₃.

Для оценки внимания в исследовании применялся тест Шульте. Установлено, что для пациентов с эпилепсией типично замедленное, но правильное выполнение теста. Ошиблись в порядке чисел только два (4,8%) пациента группы II. Эффективность работы в группе II была на 17,2% выше (табл. 3), что подтверждается и данными корреляционного анализа о связи средней степени между значением ликворо-краниального индекса и средним временем работы с таблицами ($R = 0,26$, $p = 0,0043$). Степень вработываемости также была на 20% выше в группе II ($p = 0,034$). Следовательно, пациентам с низким ликворо-краниальным индексом требуется больше времени для подготовки к основной работе.

Большинство пациентов обладали хорошей психической устойчивостью к выполнению задания. Однако при височной локализации эпилептического фокуса отмечалась большая тенденция к истощаемости по сравнению с другими локализациями, при этом имел место гипостенический вариант неврастенического синдрома (рис. 5).

По результатам теста Шульте можно сделать вывод, что у большинства пациентов (в среднем 65,7%) внимание характеризовалось как устойчивое, в три раза меньше пациентов имели истощаемое внимание (в среднем 21,6%) (рис. 6). При этом в группе со сниженным ликво-

ро-краниальным индексом пациентов с устойчивым вниманием было на 7,6% меньше ($p = 0,76$), а с неустойчивым и истощаемым – на 4,4 ($p = 0,041$) и 3,2% ($p = 0,049$) соответственно больше, чем в группе пациентов с нормальным ликворо-краниальным индексом. В целом нарушения внимания регистрировались у 30,5% пациентов группы I и 38,1% пациентов группы II ($p = 0,49$).

Через один и два года наблюдения отмечалось замедление скорости работы с таблицами Шульте, однако эти различия не были статистически значимы (рис. 7). Так, у пациентов с нормальным ликворо-краниальным индексом эффективность работы за два года

наблюдения увеличилась на 9,2% ($p = 0,65$), у пациентов с низким ликворо-краниальным индексом – на 7,8% ($p = 0,83$) и была на 15,6% выше ($p = 0,058$), чем в группе I. Степень вработываемости и психическая устойчивость оставались относительно стабильными.

При нейропсихологическом тестировании выявлены различия в состоянии когнитивных функций у пациентов с эпилепсией в зависимости от значения ликворо-краниального индекса, локализации эпилептического фокуса и длительности течения заболевания. Для большинства пациентов характерны инертность, вязкость, замедленное выполнение заданий при небольшом количестве оши-

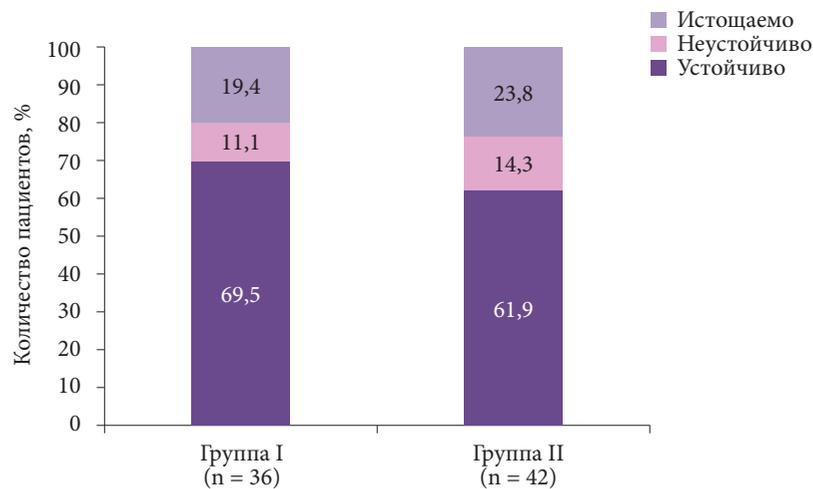


Рис. 6. Характеристика внимания пациентов с эпилепсией в зависимости от величины ликворо-краниального индекса

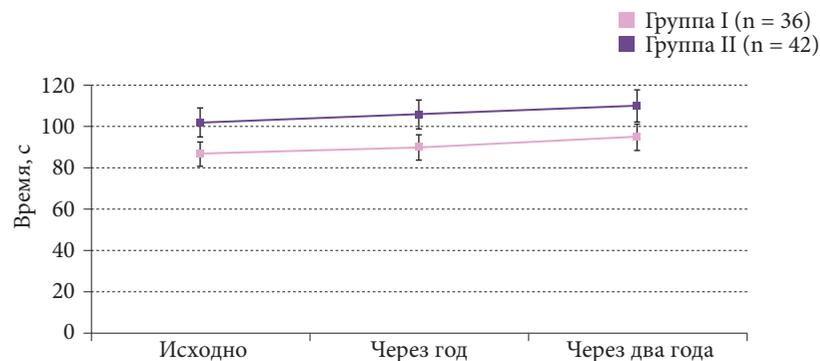


Рис. 7. Эффективность работы с таблицами Шульте у пациентов в зависимости от величины ликворо-краниального индекса на протяжении двух лет наблюдения

Неврология



бок, детализированность и обстоятельность мышления, расстройства целенаправленности в форме сугубо конкретного и конкретного мышления.

Заключение

Установлено, что у пациентов с низким ликворо-краниальным индексом более выражен когни-

тивный дефицит по сравнению с пациентами с нормальным ликворо-краниальным индексом при условии одинаковой продолжительности течения заболевания. Патопсихологический дефицит проявлялся субъективизмом, снижением уровня обобщений, затруднением при выделении существенно-

го и использовании абстрактных понятий. Подобные нарушения в совокупности с нарушениями памяти, как кратковременной, так и долговременной, могут качественно ухудшать когнитивную деятельность, что впоследствии приводит к обеднению мышления и речи по содержанию. *

Литература

1. Зенкова А.Л., Шатеништейн А.А. Влияние эпилепсии на когнитивные функции пациента (обзор литературы) // Вестник эпилептологии. 2014. № 1–2. С. 29–34.
2. Мухин К.Ю. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция: дефиниция, диагностика, терапия // Русский журнал детской неврологии. 2012. Т. 7. № 1. С. 3–20.
3. Цыганова А.А., Воробьева Е.А. Когнитивные расстройства, снижающие качество жизни при эпилепсии // Сборник научных трудов «Вопросы медицинской реабилитации при оказании психиатрической помощи». Иваново: ИвГМА, 2016. С. 216–224.
4. Котова О.В. Когнитивный дефицит при эпилепсии // Российский медицинский журнал. 2011. Т. 19. № 30. С. 1936–1937.
5. Торопина Г.Г., Арина Г.А., Зенкова А.Л., Миронова М.Л. Современные представления о характере и патогенезе когнитивных нарушений у больных эпилепсией // Неврологический журнал. 2014. Т. 19. № 3. С. 36–49.
6. Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н. Непсихотические психические и когнитивные расстройства у больных эпилепсией со стойким контролем припадков и их динамика в процессе лечения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 17–24.
7. Калинин В.В. Коррекция аффективных и когнитивных нарушений у больных эпилепсией и значение ламотриджина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 2. С. 78–83.
8. Лекомцев В.Т. Когнитивные расстройства при эпилепсии // Восточно-Европейский научный вестник. 2015. № 3–4. С. 17–19.
9. Aldenkamp A.P., Taylor J., Baker G.A. Cognitive side effects of antiepileptic drugs // Epilepsy: a comprehensive textbook. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. P. 2085–2092.
10. Ларькин В.И. Особенности клиники и хирургического лечения черепно-мозговой травмы у детей с низким ЛКИ: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 2000.
11. Ларькин В.И., Игнатъев Ю.Т., Ларькин И.И. и др. Морфометрия головного мозга у детей в норме и при патологии по данным рентгеновской компьютерной томографии // Медицинская визуализация. 2005. № 5. С. 129–133.

Neuropsychological Status of Patients with Epilepsy and Clinical Manifestations of Craniocerebral Disproportion

V.I. Larkin, DM, Prof., N.S. Stelmakh

Omsk State Medical University

Contact person: Natalya Sergeevna Stelmakh, 19830105@mail.ru

In the course of the study, a comparative analysis of clinical, instrumental and laboratory research data was carried out. A history of 78 patients with epileptic seizures (cryptogenic epilepsy) based on a typical clinical picture, anamnesis, dynamics of electroencephalography and/or video electroencephalography monitoring in a 10-hour format were prospectively analyzed. Group I consisted of 36 patients with a level of the liquor-cranial index within the physiological norm (from 1.6 to 3.6, with an average value of 2.1 ± 0.2), which during the hospitalization and out-patient polyclinic stage the standard multicomponent therapy. Group II consisted of 42 patients who, according to the complex anatomical and functional examination, had a less than normal physiological norm (from 0.8 to 1.2, with an average value of 1.0 ± 0.1), and the main diagnosis was also carried out by the standard scheme and was identical to the therapy conducted in group I. It was established that in patients with a low cerebrovascular index the cognitive deficiency is more pronounced compared to patients with a normal cerebrovascular index, provided the same duration of the flow. The pathological deficit was manifested by subjectivism, a decrease in the level of generalizations, a difficulty in isolating the noun and using abstract concepts. Such violations combined with memory impairments, both short-term and long-term, can lead to a qualitative deterioration of cognitive activity, which subsequently manifests itself in a depletion of thinking and speech in content.

Key words: epilepsy, liquor-cranial index, neuropsychological status