

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Е. В. Малинина

*Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования*

На современном этапе развития эпилептологии изучение психических расстройств при эпилепсии в детстве представляет собой самостоятельную проблему. Известно, что около 60–75% всей эпилепсии приходится на детский возраст (6, 8, 10), дети страдают этим заболеванием в 4 раза чаще, чем взрослые. В большинстве случаев эпилепсия начинается в возрасте до 16 лет (9). Это связано не только с высоким удельным весом неблагоприятных экзогенных воздействий (перинатальных, инфекционных, травматических), но и с возрастными кризисными периодами, уязвимостью церебральных структур в связи с незавершенностью структурно-функционального созревания мозга у детей. В то же время мозг ребенка сам по себе более чувствителен к неблагоприятному действию эпилептических разрядов, вызывающих не только задержку психомоторного и психоречевого развития, но и другие нарушения психологического развития (4).

При детской эпилепсии наблюдаются совершенно противоположные психопатологические расстройства – с одной стороны, формы со злокачественным течением с быстрым развитием интеллектуально-мнестического дефекта, с другой – в детском возрасте отмечаются доброкачественные формы заболевания, заканчивающиеся выздоровлением (3). Многообразие клинических проявлений, наличие различных факторов, лежащих в основе этиологии и патогенеза психических нарушений, привело к тому, что структура психопатологического синдрома при эпилепсии у детей представляется малодифференцированной и неоднородной. Противоречивым и недостаточно изученным оказался вопрос и о зависимости психической патологии при эпилепсии в детском возрасте от различных неблагоприятных факторов и, прежде всего, от самой эпилепсии.

В контексте изложенного была поставлена **цель**: изучить этиопатогенетические механизмы психических расстройств при эпилепсии в детском возрасте и определить их взаимосвязь с клиническими особенностями самой эпилепсии.

Материалы и методы

Было изучено 346 детей в возрасте от 3 до 18 лет, прошедших комплексное обследование в условиях детских психиатрических отделений и эпилептологического кабинета Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1. Критериями включения в исследование явились:

1. Наличие эпилепсии в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10, раздел G40.
2. Наличие в межприступном периоде психических и поведенческих расстройств в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 и с учетом клинических систематик отечественной детской психиатрии.
3. Возраст больных от 3 до 18 лет.

Критерии исключения:

1. Отсутствие в клинической картине психических расстройств эпилептических приступов.
2. Возраст младше 3 и старше 18 лет.

Все пациенты подверглись психопатологическому обследованию, включавшему клинико-anamnestические, клинико-психопатологические и клинико-динамические методы. Для установления условий развития психопатологических расстройств при эпилепсии и определения закономерностей их развития была разработана анкета, состоящая из двух разделов: клинико-anamnestического и клинико-динамического. Анкетные данные предусматривали анализ наследственных, социальных факторов, оценку состояния здоровья родителей, акушерско-гинекологического анамнеза течения беременности и родов, состояния ребенка в период новорожденности, особенностей раннего психомоторного развития, динамики когнитивного функционирования и поведения. Рассматривалось описание первого и последующих приступов посредством очного анкетирования матерей и анализа выписок из медицинской документации (стационарной истории болезни, выписки из других стационаров – неврологических, педиатрических).

Кроме того, была использована психологическая диагностика (адаптированный вариант методики Векслера), электрофизиологический (ЭЭГ) и нейрорадиологический (КТ, МРТ) методы обследования. Постановка ведущего психопатологического синдрома проводилась в соответствии с психиатрическим разделом МКБ-10. Диагноз эпилепсии верифицировался согласно рекомендациям комиссии ILAE по диагностике эпилепсии и основывался на Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (11), на проекте новой классификации эпилептических синдромов (12), а также МКБ-10 раздел G40–47. Статистический анализ полученных данных проводился с применением программы SPSS ver. 13.0. С целью сравнения групп по значению показателей был использован статистический критерий Манна-Уитни. Определение факторов, сцепленных с эпилепсией и психическими расстройствами, проводилось с помощью корреляционного анализа. В качестве статистических критериев выступили критерий χ^2 Пирсона и коэффициент V Крамера (далее в тексте в скобках с двумя показателями первый – значение критерия χ^2 Пирсона, второй – коэффициента V Крамера).

Результаты исследования

В результате комплексного обследования было установлено, что во всех наблюдениях (n=346) у детей в межприступном периоде обнаруживались полиморфные психопатологические нарушения. Эти нарушения носили постоянный характер и характеризовались признаками различных групп психических расстройств: интеллектуально-мнестических, соматовегетативных, эмоциональных и поведенческих.

Учитывая цель исследования, необходимо было клинически правильно соотнести психопатологическую симптоматику со сроками появления эпилепсии и определить их взаимосвязь. С этой целью было выделено две группы обследуемых. Первая группа была представлена детьми, у которых психопатологические расстройства возникли после появления эпилептических приступов, она составила 156 человек (45,1%). Вторая – 190 пациентов (54,9%), у которых психические нарушения наблюдались уже до развития эпилепсии, то есть в преморбиде.

В первой группе у детей до дебюта эпилептических приступов отсутствовала какая-либо психическая патология, их интеллектуальное развитие соответствовало возрастной норме, они не обращались к специалистам. После появления эпилептических приступов и по мере течения эпилепсии в клинической картине появлялась психопатологическая симптоматика, которая определялась развитием энцефалопатического (психоорганического) синдрома со снижением умственной работоспособности и памяти, затруднением концентрации внимания и сообразитель-

ности, физической слабостью, головными болями, двигательной расторможенностью, вялостью, повышенной аффективной возбудимостью и раздражительностью. Полиморфизм клинических характеристик определялся симптомокомплексом нарушений и зависел от степени тяжести тех или иных проявлений. Структура энцефалопатического синдрома по степени тяжести представляла собой континуум, на одном полюсе которого находились легкие нарушения в виде церебральных расстройств, на другом – тяжелые – состояния слабоумия, грубые эмоционально-волевые нарушения. Так, у 64 больных (41%) в клинической картине преобладали выраженные интеллектуально-мнестические расстройства до уровня умственной недостаточности при IQ<69, у 56 (35,9%) были отмечены легкие когнитивные нарушения и у 36 (23,1%) на фоне нормального интеллектуального функционирования наблюдались явления церебральной астении.

Во второй группе психопатологическая симптоматика наблюдалась до возникновения эпилептических приступов. В этих случаях психические расстройства были также полиморфны и представлены астенической симптоматикой, когнитивными, невротическими нарушениями, поведенческими реакциями. Степень выраженности обнаруженных расстройств была неоднородна, от легких до тяжелых когнитивных и поведенческих. По своим клиническим и динамическим характеристикам у 133 детей (70%) нарушения отвечали диагностическим критериям умственной недостаточности (F70). У 46 пациентов (24,2%) был выявлен резидуально-органический психосиндром (F07.9) с соматовегетативными, когнитивными, психомоторными, эмоционально-поведенческими нарушениями. В 11 случаях (5,8%) определялись невротические расстройства, в основном в рамках поведенческой патологии (делинквентные поступки, прогулы школы, суицидальные высказывания, алкоголизация), по МКБ-10 данный вид нарушений квалифицировался как социализированное расстройство поведения (F91.2).

Исходя из цели исследования и принимая во внимание многообразие и полиморфность психопатологических проявлений, необходимо было рассмотреть значимость отдельных условий, участвующих в развитии психических нарушений.

Среди причин биологического порядка были выявлены статистически значимые различия в исследуемых группах. Так, во второй группе (с манифестацией психических нарушений в преморбиде) достоверно чаще наблюдались: наследственная отягощенность по умственной отсталости ($p=0,006$) и наркологическим заболеваниям ($p=0,003$); патология беременности – угроза прерывания беременности ($p=0,003$), инфекции у матери в этот период ($p=0,019$), употребление алкоголя ($p=0,028$); патология родов – преждев-

ременные роды ($p=0,001$), роды с пособием ($p=0,006$), роды с асфиксией плода ($p=0,001$), родовая травма ($p=0,001$); постнатальные условия – хроническая соматическая патология ($p=0,001$) и тяжело протекающие соматические и инфекционные заболевания ($p=0,033$).

Учитывая, что характер всех биологических факторов риска одинаков и для эпилепсии, и для наблюдаемой при ней психической патологии, с помощью корреляционного анализа была прослежена роль этих факторов в возникновении именно психических расстройств. В первой группе выявлена взаимосвязь психической патологии с токсикозом беременности (0,022 и 0,221), мозговыми инфекциями (0,004 и 0,264) и частыми ОРВИ (0,008 и 0,247). Во второй группе взаимосвязь психических расстройств определялась только с преморбидными особенностями (умственная отсталость, задержка психического развития, нарушения поведения).

Среди социальных условий статистически значимыми в сравниваемых группах оказались: неполная семья ($p<0,001$), рабочая семья ($p<0,001$), среднее специальное образование родителей ($p=0,002$) и проживание в сельских районах ($p=0,032$). Более низким социальный статус был во второй группе.

Кроме биологических и социальных условий, играющих определенную роль в возникновении психических расстройств при эпилепсии, особое значение имели клинические особенности самой эпилепсии: форма эпилепсии, возраст дебюта, частота эпилептических приступов, длительность эпилепсии, адекватность антиэпилептической терапии, резистентность приступов и длительность приема барбитуратов.

В результате данных, полученных из указанных выше диагностических источников, всем детям ($n=346$) был выставлен диагноз эпилепсии, ее формы распределились следующим образом. В первой группе обследуемых в 98 случаях (62,8%) выявлена фокальная эпилепсия, в 58 (37,2%) – генерализованная. Во второй группе у 122 детей (64,2%) определялась фокальная форма эпилепсии, а у 68 (35,8%) – генерализованная. Достоверные различия в группах выявлены по симптоматическим формам, как фокальным ($p=0,003$), так и генерализованным ($p=0,003$) с преобладанием их во второй группе, и идиопатическим фокальным ($p=0,003$), которые преобладали в первой группе. Во второй группе среди генерализованных эпилепсий превалировала наиболее тяжелая форма – синдром Леннокса-Гасто (7,4%), а среди фокальных – симптоматические формы с лобной локализацией (41,2%). Нужно отметить, что как раз эти формы признаны злокачественными, фармакорезистентными и входят в группу эпилептических энцефалопатий (11, 12). Все это могло указывать на наличие более тяжелых поражений головного мозга во второй груп-

пе, обусловивших развитие как психических расстройств, так и эпилепсии. По данным методов нейровизуализации (КТ и МРТ), во второй группе достоверно чаще ($p<0,001$) встречались аномалии развития, атрофические процессы, внутри-мозговые и арахноидальные кисты.

Дебют эпилептических приступов рассматривался в следующих возрастных периодах: 0–3 года, 4–7 лет, 8–12 лет и 13–18 лет. Во второй группе количество больных с ранним началом эпилептических приступов (0–3 года) преобладало ($n=116$) и было выше, чем в первой группе ($n=78$). В то же время в первой группе наблюдалось два пика манифестации эпилептических приступов: 0–3 года и 8–12 лет. Сравнение по группам обследуемых выявило статистически достоверные различия ($p=0,011$) по дебюту приступов именно в 0–3 года и 8–12 лет. Данное обстоятельство можно объяснить наличием возрастных критических периодов в указанные возрастные промежутки. Известно, что в критические периоды имеются не только условия, облегчающие возникновение психических заболеваний (в связи с резкой перестройкой реактивности, нарушением физиологического равновесия в организме), но и наблюдается их более тяжелое, нередко злокачественное течение, с быстрым распадом психики (1, 5). Так, более тяжелые биологические факторы во второй группе обусловили мощное повреждающее воздействие на головной мозг и, соответственно, раннее начало эпилепсии и психической патологии (в первый критический период). Преобладание дебюта приступов в первой группе во второй критический период и, соответственно, психических расстройств могло быть обусловлено декомпенсацией последствий ранних органических поражений головного мозга (резидуально-органическая церебральная патология), что, как известно, характерно для данного возрастного периода.

По всей выборке ($n=346$) статистически достоверно была обнаружена корреляция показателя дебюта приступов как с эпилепсией (0,001 и 0,214), так и с психической патологией (0,001 и 0,321). Чем раньше дебют приступов, тем тяжелее и резистентнее форма эпилепсии (преобладали симптоматические и вероятно симптоматические) и тем выраженнее психические нарушения (интеллектуальный дефект). Данная закономерность была выявлена и по каждой группе в отдельности. Показатели зависимости психических нарушений от дебюта приступов в обеих группах были статистически достоверны и характеризовались достаточно высокой силой связи (0,001 и 0,421) и (0,004 и 0,226) соответственно.

Сравнительный анализ показателя частоты приступов по группам достоверных отличий не выявил. Дальнейшее изучение сцепленности данного фактора с эпилепсией и характером психических расстройств по всей выборке ($n=346$)

показало связанность частоты приступов с формой эпилепсии (0,002 и 0,176) и ее отсутствие с выраженностью психических нарушений. Данная закономерность прослежена и по каждой группе в отдельности. В 1 группе показатели сопряженности соответствовали 0,023 и 0,235, а во 2 группе – 0,020 и 0,214.

Показатель длительности эпилепсии оценивался по следующим срокам: до одного года, до пяти лет и более пяти лет. Как показали результаты обследования, 65,9% детей имели длительность эпилепсии более 5 лет. Достоверных различий по группам выявлено не было. Анализ зависимости эпилепсии и психических расстройств от данного показателя по всей выборке (n=346) обнаружил прямую корреляцию только с психической патологией (0,007 и 0,143) – чем продолжительнее течение эпилепсии, тем выраженнее психические нарушения. В 41,3% случаев при длительности эпилепсии более 5 лет наблюдался умственный дефект, а при длительности эпилепсии до 1 года – только в 1,1%. В то же время, полученные показатели различались отдельно по группам. Так, в 1 группе обнаружена связь и с эпилепсией (0,044 и 0,245), и с психической патологией (0,036 и 0,181). Оказалось, что более продолжительное течение отмечено у детей с фокальными, вероятно симптоматическими формами эпилепсии (38,5%), которые преобладают в данной группе больных, а выраженность психических расстройств нарастала с длительностью течения эпилепсии. В то же время, во 2 группе показатель сопряженности длительности течения эпилепсии коррелировал только с формой эпилепсии (0,037 и 0,225) – фокальной симптоматической и вероятно симптоматической, а на выраженность психических нарушений он не влиял.

Фактор неадекватного лечения учитывался при нерегулярном приеме препаратов, когда пациенты по разным причинам не принимали лечение и нерегулярно наблюдались у врача. Фактически это были больные с псевдорезистентными эпилептическими приступами. Достоверных различий по качеству антиэпилептической терапии по группам выявлено не было. Анализ зависимости эпилепсии и психической патологии от данного показателя по всей выборке (n=346) обнаружил взаимосвязь только с эпилепсией, что свидетельствовало о зависимости течения эпилепсии от качества проводимой терапии, особенно это определялось при вероятно симптоматических и симптоматических формах (0,003 и 0,230). Аналогичная картина получена и во 2 группе, коэффициент сопряженности там равен 0,001 и 0,323. Это обстоятельство можно объяснить более тяжелыми формами эпилепсии в данной группе и трудностью контролирования приступов, особенно при неадекватном лечении.

Показатель резистентности приступов к терапии отражал отсутствие положительного резуль-

тата в отношении частоты и тяжести припадков от приема двух стандартных антиэпилептических препаратов отдельно или вместе. Полученные данные показали, что резистентность приступов к терапии преобладала во второй группе (p<0,001). Данная ситуация объяснялась доминированием в этой группе симптоматических резистентных форм эпилепсии. Анализ зависимости данного показателя от формы эпилепсии и выраженности психической патологии в общей выборке (n=346) обнаружил наиболее сильную их связь с симптоматическими формами эпилепсии (0,001 и 0,441) и с выраженным (умственный дефект) психическим расстройством (0,001 и 0,288). Рассмотрение зависимости данных факторов по группам также выявило их прямую корреляцию. В 1 группе коэффициент сопряженности по эпилепсии соответствовал 0,001 и 0,564, а по психическим расстройствам 0,001 и 0,293. Во 2 группе соответственно – 0,001 и 0,357; 0,036 и 0,187. Таким образом, резистентность эпилептических приступов прямо коррелировала с формой эпилепсии и тяжестью психической патологии.

В настоящее время доказано, что фенobarбитал является наиболее нейротоксичным препаратом, угнетающим когнитивные функции (7). В этой связи были проанализированы сроки применения данного препарата у обследуемых пациентов и их влияние на выраженность психических расстройств. Как показали результаты, в 35,3% случаев пациентам никогда не назначались препараты из группы барбитуратов. Остальные 64,7% детей принимали их в разные возрастные периоды, чаще всего на начальных этапах лечения эпилептических припадков. Нами рассматривалась длительность приема: а) до одного года; б) до пяти лет; в) более пяти лет. Достоверных отличий данного показателя по группам выявлено не было. Анализ зависимости эпилепсии и психических расстройств от длительности приема барбитуратов во всей выборке (n=346) показал полную связь только с выраженностью психической патологии (0,001 и 0,309). Чем длительнее прием фенobarбитала (более 5 лет), тем больше пациентов с выраженным когнитивным дефицитом. В 1 группе коэффициент сопряженности был равен 0,001 и 0,362, а во 2 группе – 0,001 и 0,289, то есть длительный прием фенobarбитала прямо коррелировал с тяжестью психической патологии.

Обсуждение

Результаты, полученные в процессе изучения факторов риска развития психической патологии у детей больных эпилепсией, свидетельствуют об их многообразии и неоднородности. Психические расстройства при эпилепсии являются следствием влияния многих условий – биологических, социальных, клинических. Прежде всего, следует отметить, что биологические причины (пре-

пери- и постнатальные) оказались однотипны как для эпилепсии, так и для выявленных психических нарушений. Хорошо известно, что данные факторы являются основой для развития именно органической церебральной патологии. В этой связи можно говорить о том, что причиной развития как эпилепсии, так и выявленных психических расстройств при ней является нарушение онтогенеза головного мозга под влиянием разнообразных повреждающих факторов, проявляющееся энцефалопатией. Обнаруженные в результате исследования определенные особенности свидетельствуют о неоднородности этих факторов, разной степени их участия в развитии именно психических расстройств и разнохарактерности энцефалопатических проявлений.

Сопоставление выявленных биологических факторов по группам показало статистически значимые различия. Количество пре-, пери- и постнатальных вредных воздействий было выше во второй группе, это давало основание полагать, что факторами риска развития преморбидных психических расстройств являются: 1) наследственная отягощенность по умственной отсталости и наркологическим заболеваниям; 2) пренатальные воздействия – угроза прерывания беременности и инфекции у матери во время беременности; 3) перинатальные воздействия – преждевременные роды, роды с пособием, роды с асфиксией, родовая травма; 4) постнатальные воздействия – хроническая соматическая патология и тяжело протекающие заболевания. Кроме того, в данной группе преобладали и неблагоприятные социальные условия. Таким образом, сочетание множественных факторов привело к очень ранним нарушениям головного мозга, явившимся основой для развития, в первую очередь, психической патологии, на фоне которой в последующем возникла эпилепсия. Особенности дизонтогенеза во второй группе больше соответствовали недоразвитию и задержанному развитию, при которых наиболее типично раннее время повреждения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем. Данное обстоятельство подтверждается и наличием у этих больных достоверно чаще встречающейся тяжелой психической патологии, а именно умственной отсталости. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития (2). В то же время, взаимосвязь выявленных психических расстройств на фоне течения эпилепсии определялась только с преморбидными особенностями (умственная отсталость, задержка психического развития, нарушения поведения), то есть условиями формирования психической патологии явились преморбидные особенности ребенка.

Несколько иначе выглядела картина у больных эпилепсией с манифестацией психических расстройств после дебюта эпилепсии и в процессе ее развития (первая группа). Здесь выявлялся весь

спектр биологических факторов, которые явились патогенными, прежде всего, для дебюта эпилептического процесса. Кроме того, данные факторы выявляли взаимосвязь и с психической патологией (токсикоз беременности, родовая травма, мозговые инфекции, хроническая соматическая патология и частые ОРВИ). Пусковым моментом для развития психических нарушений у данных детей явилась сама эпилепсия с началом преимущественно в дошкольном и раннем школьном возрасте, что соответствует периодам возрастных кризисов (2–4 года и 7–8 лет). Можно полагать, что основным повреждающим фактором был эпилептический процесс, и в силу своей динамики он оставался повреждающим и в последующее время, отсюда в клинической картине обнаруживаются и поврежденные, и задержанные, и сохраненные психические функции. Рассматривая это явление с позиций дизонтогенеза, можно предполагать сосуществование различных его вариантов в данной группе наблюдений – задержанного и поврежденного. Чем позднее возникало нарушение деятельности нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции. В клинической картине обследуемых и была выявлена различная по характеру и степени выраженности психическая патология (энцефалопатия).

Сравнение клинических факторов эпилепсии по группам выявило значительное преобладание во второй группе симптоматических форм, причем как фокальных, так и генерализованных. Этим объяснялся и факт доминирования в данной группе обследуемых приступов, резистентных к антиэпилептической терапии. И здесь же достоверно чаще выявлялись структурные нарушения головного мозга при нейровизуализации. Все это свидетельствовало о более тяжелом повреждении головного мозга у обследуемых во второй группе, на что указывала и многофакторность причинных условий.

Изучение влияния клинических факторов эпилепсии на характер и динамику психопатологических расстройств статистически достоверно показало зависимость психической патологии от формы эпилепсии, возраста ее дебюта, длительности течения, резистентности приступов к антиэпилептической терапии и длительности приема барбитуратов. В то же время, сопоставление данных показателей по группам выявило ряд особенностей. Прежде всего это относилось к длительности течения эпилепсии. Оказалось, что в первой группе обследуемых установлена полная корреляция течения психической патологии с длительностью эпилептического процесса. Чем продолжительнее течение эпилепсии, тем выраженнее степень психической патологии, это свидетельствовало о прогрессивном характере психических нарушений, чего не было обнаружено во второй группе. У этих детей психопатологи-

ческая симптоматика, прежде всего, определялась характером преморбидных особенностей.

Результаты представленной работы свидетельствуют о многофакторности и неоднородности

условий формирования психических расстройств у детей больных эпилепсией. Выявлена зависимость выраженности психической патологии от клинических особенностей эпилепсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторина Н.Е. Возрастные критические периоды в динамике резидуально-органической церебральной патологии // Материалы XII съезда психиатров России 1–4 ноября 1995 г. – М., 1995. – С. 366–368.
2. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. – М., 1960.
3. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
4. Карлов В.А. Эпилепсия как клиническая и нейрофизиологическая проблема // Журн. неврол. и психиатрии. – 2000. – № 9. – С. 7–15.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и дополн. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
6. Лобов М.Н., Борисова М.Н. Ошибки диагностики и тактики противосудорожной терапии при эпилепсии у детей // Материалы научно-практической конференции неврологов и психиатров РФ с международным участием «Эпилепсия и пароксизмальные состояния в неврологии». – Ступино, 2001. – С. 51–54.
7. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Рыкова Е.А. Побочные эффекты антиконвульсантов при лечении идиопатической генерализованной эпилепсии // Журн. неврол. и психиатрии. – 1997. – № 7. – С. 26–30.
8. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия. – М.: Арт-Бизнес-Центр, 2000. – 319 с.
9. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974. – С. 147–155.
10. Эпилептология детского возраста: руководство для врачей / Под ред. А.С.Петрухина. – М.: Медицина, 2000. – 624 с.
11. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes // *Epilepsia*. – 1989. – Vol. 30. – P. 389–399.
12. Engel J.Jr. A proposed Diagnostic Scheme for people with Epileptic Seizures and with Epilepsy. Report of the ILAE Task Force on Classification and terminology // *Epilepsia*. – 2001. – Vol. 42. – P. 796–803.

CONDITIONS FOR DEVELOPMENT OF MENTAL DISTURBANCES IN CHILDREN WITH EPILEPSY

E. V. Malinina

The objective of this investigation is studying the etiopathogenetic mechanisms in the development of mental disturbances in child epilepsy and establishing the relationships of these disturbances with clinical characteristics of epilepsy. The author reports the results of investigation of 348 children with epilepsy, aged 3 to 18, with various psychopathological disturbances between fits. Two groups of patients are described. Group I consisted of children who developed psychopathological disturbances after

their first epileptic fits (N=156 or 45,1%). Group II consisted of 190 patients (54,9%) who had mental disturbances before they developed epilepsy. The author studied the significance of the pathogenic factors involved in the development of mental disturbances and determined the degree of epileptic characteristics involvement in mental pathology. Comparison of parameters indicates multifactor nature and heterogeneity of etiopathogenetic mechanisms studied and their direct interaction.