
Случай из практики

УДК 616.853

DOI 10.52246/1606-8157_2025_30_3_60

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Д. Ю. Шалыгин*, shalygin_dyu@almazovcentre.ru,

Н. Е. Иванова, доктор медицинских наук, ivanova_n_e@almazovcentre.ru,

Г. В. Одинцова, кандидат медицинских наук, odintsova_gv@almazovcentre.ru

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Минздрава России,
197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

РЕЗЮМЕ На примере клинического случая фармакорезистентной эпилепсии (ФРЭ) показано, что комбинированное консервативное и хирургическое лечение позволяет достичь ремиссии приступов, улучшить качество жизни и восстановить социально-семейную адаптацию, несмотря на длительное течение заболевания.

Ключевые слова: фармакорезистентная эпилепсия, хирургия эпилепсии, реабилитация, семейное функционирование.

RESTORATION OF FAMILY FUNCTIONING DURING POSTOPERATIVE REHABILITATION IN THE SURGICAL TREATMENT OF DRUG-RESISTANT EPILEPSY THROUGH A CLINICAL CASE

D. Yu. Shalygin, N. E. Ivanova, G. V. Odintzova

ABSTRACT The example of a clinical case of pharmaco-resistant epilepsy (PRE) showed that combined conservative and surgical treatment contributed to the remission of seizures, the improvement in the quality of life, and the restoration of social and family adaptation despite the long duration of the disease.

Keywords: drug-resistant epilepsy, epilepsy surgery, rehabilitation, family functioning.

Эпилепсия сохраняет позиции одного из самых распространенных неврологических заболеваний в России и мире, которым страдают преимущественно молодые работоспособные люди [1–3]. У 30 % пациентов, несмотря на применение противоэпилептических препаратов (ПЭП) последних поколений, развивается ФРЭ [4]. Коррекция терапии и оценка её эффективности требуют длительного времени, что ещё больше сокращает окно возможностей для применения хирургических методов лечения [5].

Помимо этого у каждого второго взрослого болезни сопутствуют многообразные комор-

бидные состояния, такие как тревожные и депрессивные расстройства, нарушения сна, хронические болевые синдромы [6, 7]. Более того, пациенты и по сей день сталкиваются со стигматизацией своего заболевания [8]. Это негативно отражается на общем самочувствии больных, служит дополнительным фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств, непременно ведёт к социальной дезадаптации и снижению качества жизни [9, 10].

Для устранения этих состояний необходимо приложить дополнительные усилия со стороны как медицинского персонала, так и специ-

алистов психологической службы. Наилучшие результаты достигаются при работе мультидисциплинарной команды, начиная с этапа подготовки к операции [11].

На клиническом примере рассмотрены особенности терапии ФРЭ и изменения в медико-социальной сфере у данной группы пациентов.

Исследование выполнено в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова по плану ГЗ № 123021000127-7 в 2024 г. В работе представлены данные анамнеза ФРЭ у женщины 36 лет, госпитализированной из-за частых генерализованных приступов с фокальным началом, тактика хирургического лечения и аспекты реабилитации с акцентом на восстановление семейного функционирования. Пациентка подписала информированное добровольное согласие.

Пациентка Л., 34 лет, поступила в нейрохирургическое отделение с жалобами на приступы, периодически предвараемые чувством «как будто всё внутри плавает», начинающиеся с утраты сознания с замиранием или продолжением ранее начатой деятельности, продолжительностью около 10–15 секунд, частотой один раз в 2–3 недели. Также пациентку беспокоили перепады настроения, раздражительность и забывчивость.

Из **анамнеза жизни** известно, что пациентка росла и развивалась согласно возрастным нормам. Имеет высшее образование. На одном из мест работы работодатель узнал о ее диагнозе, в связи с чем она была вынуждена уволиться. В настоящее время работает преподавателем в университете. Наследственность по эпилепсии неотягощена.

Анамнез заболевания. Дебют эпилепсии пришелся на возраст 10,5 года – впервые возник генерализованный приступ в ночное время. До 14 лет приступов не было, далее возобновились аналогичные ночные приступы с частотой 3–4 раза в год. Инициирована терапия вальпроевой кислотой, которая не имела эффекта, осуществлен переход на политерапию с добавлением карбамазепина, однако частота и характер приступов сохранялись. В 25 лет на фоне нерегулярного приёма ПЭП перенесла первый эпилептический статус, после чего появились дневные приступы с частотой один раз в неделю. В 31 год в связи с нарушением режима при-

ёма ПЭП повторно перенесла эпилептический статус. В 32 года к терапии добавлен лакосамид, на фоне чего отмечалась положительная динамика в виде снижения частоты приступов до одного раза в 2–3 недели. Лекарственный анамнез: вальпроевая кислота, финлепсин, леветирацетам, карбамазепин, перампанел, лакосамид – 6 ПЭП. На момент поступления в отделение регулярно получала 3 ПЭП.

По данным общего осмотра, имеются стрии, избыточная масса тела (ИМТ – 27,7). Неврологический статус – без патологии.

Результаты МРТ головного мозга (3,0 Тл) по протоколу «Эпилепсия»: «Нарушение дифференцировки борозд и извилин в медиобазальных отделах правой височной доли»; фМРТ: «Локализация моторной речевой и сенсорной речевой зон – в левом полушарии».

Результаты видео-ЭЭГ-мониторинга (38 ч.): зона начала приступов – височные отделы справа. Зона ирритации – бифронтальные отделы, височные отделы справа (рис. 1).

Консультация психолога: «Умеренное нарушение вербальной памяти, зрительная память снижена в меньшей степени. Семантическая память, исполнительные функции снижены».

Консультация психиатра: «Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации».

Оценка по Монреальской шкале когнитивных функций (MoCA) составила 28 баллов. По шкале качества жизни для пациентов с эпилепсией (QOLIE-31) – 49 баллов (максимальная – 100 баллов). Результаты обследования по Неврологическому опроснику депрессивного расстройства при эпилепсии (NDDI-E) – 9 баллов (норма – до 12 баллов). По шкале депрессии Бэка до операции – 7 баллов (норма – до 9 баллов).

Подтвержден основной диагноз: «Фокальная височная эпилепсия структурной этиологии (ФКД медиобазальных отделов правой височной доли), фармакорезистентное течение». Проведена нейрохирургическая операция: переднемедиальная темпоральная резекция, дополненная удалением зоны структурных изменений заднебазальных отделов височной доли. Гистологическое заключение: «ФКД IIIд типа (ассоции-

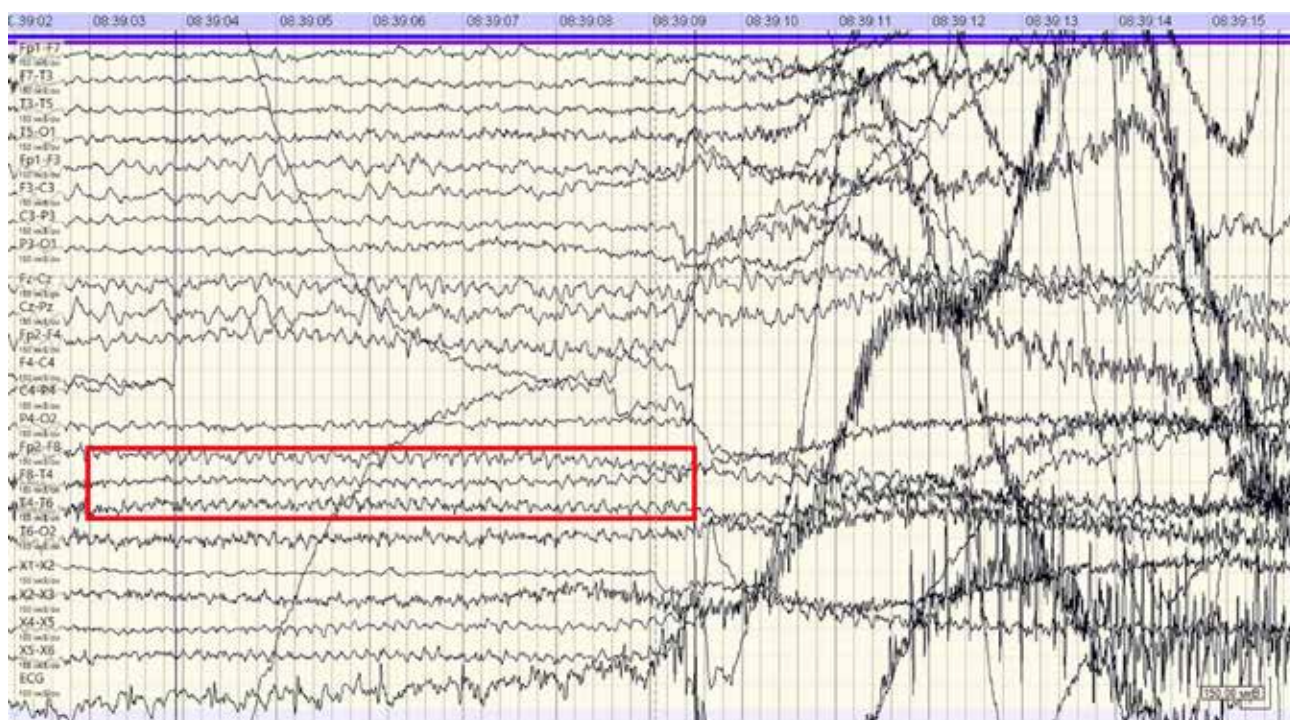


Рис. 1. Электроэнцефалограмма пациентки в предоперационном периоде. Эпилептиформная активность в височных отделах справа – зона начала приступов – височные отделы справа (под электродами F8, T4, T6, X5 (*X5 – передневисочный контакт нижней височной дуги))

рованная с энцефалитом). Атрофия и глиоз ядер гиппокампа».

При контрольном осмотре офтальмолога выявлены ожидаемые выпадения полей зрения, соответствующие объему операции в виде: «OU Левосторонняя верхнеквадрантная секторанопсия (pie-in-sky)».

При выписке пациентке был рекомендован переход на дуотерапию ПЭП: леветирацетам и лакосамид, отменена вальпроевая кислота.

При повторной госпитализации спустя год после операции отмечается ремиссия приступов. Сохраняются жалобы на забывчивость, нарушение концентрации внимания. Положительная динамика подтверждается данными нейрофизиологического исследования (рис. 2).

В неврологическом статусе пациентки сохраняется левосторонняя верхнеквадрантная секторанопсия, жалобы на которую активно не предъявляет. В динамике по QOLIE-31 – 76,6 балла, по опроснику NDDI-E – 7 баллов, по шкале депрессии Бэка – 3 балла. Спустя полгода после операции пациентка вышла замуж, в настоящее время идет подготовка к беременности. Проведена коррекция гормонального профиля после

отмены вальпроата. Запланирована расширенная подготовка к беременности после перехода на монотерапию лакосамидом для снижения риска соматических осложнений беременности и риска тератогенеза плода. Рекомендована консультация генетика с учетом популяционных возрастных рисков и алгоритма прегравидарной подготовки при эпилепсии.

Эпилептические приступы значительно нарушали социализацию пациентки и оказывали негативное влияние на качество её жизни. Однако с помощью комбинированного консервативного и хирургического лечения удалось достичь ремиссии приступов с восстановлением социальной и семейной адаптации, несмотря на длительный срок течения заболевания (25 лет). Это свидетельствует о том, что тщательно проведенная предоперационная подготовка и хирургическое лечение ФРЭ представляют собой эффективный способ контроля частоты приступов и способствуют дальнейшей социальной интеграции пациентов. В реабилитационный план на послеоперационный период важно включать психологическую поддержку, а также прорабатывать стратегии социальной и семейной адаптации.



Рис. 2. Электроэнцефалограмма пациентки Л. через год после операции. Отсутствует эпилептиформная активность

ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей. Москва; Медицина; 2019:896.
2. Falco-Walter J. Epilepsy-Definition, Classification, Pathophysiology, and Epidemiology. *Semin. Neurol.* 2020;40(6):617-623.
3. Guekht A, Hauser WA, Milchakova L, Churillina Y, Shpak A, Gusev E. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation. *Epilepsy Res.* 2010;92(2-3): 209-218.
4. Sultana B, Panzini MA, Veilleux Carpentier A, Comtois J, Rioux B, Gore G, Bauer PR, Kwon CS, Jetté N, Josephson CB, Keezer MR. Incidence and Prevalence of Drug-Resistant Epilepsy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurology.* 2021;96(17):805-817.
5. Baciu M, O'Sullivan L, Torlay L, Banjac S. New insights for predicting surgery outcome in patients with temporal lobe epilepsy. A systematic review. *Rev. Neurol. (Paris).* 2023;179(6):607-629.
6. Chu H, Wang B, Zhao X, Mu L. Epilepsy and psychiatric comorbidities: A bidirectional mendelian randomization study. *J Affect Disord.* 2024;350:774-783.
7. Новиков А.Е., Бирюков Е.А. Метаболические эпилепсии. *Вестник Ивановской медицинской академии.* 2023;28(2):41-48.
8. Михайлов В.А. Актуальные вопросы эпилептологии – стигматизация, качество жизни и реабилитация больных. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2016;2(3):39-44.
9. Краско А.С., Михайлова Н.Ф., Деньгина О.Н., Одинокова Г.В., Михайлов В.А. История познания и стигматизации больных эпилепсией. *Здравоохранение Белоруссии.* 2023;2(3/2023):16-23.
10. Shi Y, Liu S, Wang J, Li C, Zhang J. Stigma experienced by patients with epilepsy: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Epilepsy Behav.* 2021;118:107906.
11. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Соловьева Л.Н., Мельникова Е.В. Роль специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды в повышении качества реабилитационной диагностики. *Вестник Ивановской медицинской академии.* 2023;28(4):5-9.