

5. Лебедев В.В. и др. Компьютерная томография в неотложной нейрохирургии. - М.: Медицина, 2005. - 355 с.

6. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: рук-во для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 568 с.

7. Гайдар Б.В. и др. Лучевая диагностика внутричерепных кровоизлияний: рук-во для врачей. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2007. - 280 с.

8. Труфанов Г.Е. и др. Лучевая диагностика сосудистых мальформаций и артериальных аневризм головного мозга. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. - 224 с.

9. Gontschar L, Gontschar A. Prognostic factors of the brain aneurysms ruptures// Neurologijos seminarai. - 2009. - Vol. 13, Suppl. 1. - P. S50.

10. Gontschar L, Gontschar A., Karasevich S. Optimal projections in arterial aneurysms diagnosis of internal carotid artery by the method of digital subtraction angiography // Neurologijos seminarai. - 2009. - Vol. 13, Suppl. 1. - P. S50.

11. Gonchar A.A., Gonchar I.A. MS Access using for creating and analyzing of patients with intracranial hemorrhages database // Medical Electronics-2006. The devices of medical electronics and new M 42 medical technologies: abstract Book. Minsk: BSUIR, 2006. - P. 16.

12. Kidwell C.S., Wintermark M. Imaging of intracranial haemorrhage // Lancet Neurol. - 2008. - Vol. 7, №3. - P. 256-267.

13. Smith R., Zubkob Y., Tarassoli Y. Cerebral aneurysms // Microvascular and endovascular management. N.Y., 1994. - 216 p.

14. Van Gijn J., Kerr R.S, Rinkel G.J. Subarachnoid haemorrhage // Lancet. - 2007. - Vol. 369, № 9558. - P. 306-318.

15. Wiebers D.O. et al. Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment // Lancet. - 2003. - Vol. 362, №9378. - P. 103-110.

**Координаты для связи с авторами:** *Гончар Александр Александрович* — канд. мед. наук, доцент, профессор кафедры лучевой диагностики ГУО «Белорусская мед. академия последипломного образования», тел.: (+375 017)-290-98-38, 292-24-74, e-mail: 6553377@gmail.com; *Михайлов Анатолий Николаевич* — доктор мед. наук, профессор, академик Национальной академии наук Беларуси, лауреат Государственной премии, зав. кафедрой лучевой диагностики ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», тел.: (+37517)-265-16-56; *Гончар Ирина Анатольевна* — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии, тел.: (+375-172)-267-23-40.



УДК 616.832 - 004.2 - 08(615.37)

В.Н. Карнаух, Ю.А. Луговцова, И.А. Барабаш

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

*Амурская государственная медицинская академия,  
675000, ул. Горького, 95, тел.: 8(4162) 52-68-28, <http://www.amursta.ru>, г. Благовещенск*

Рассеянный склероз (РС - multiple sclerosis) — хроническое демиелинизирующее заболевание нервной системы с прогрессирующим течением и неясной этиологией [2, 4]. Лечение этого заболевания всегда было трудной задачей и сводилось преимущественно к купированию обострений и симптоматической терапии. В последние десятилетия во всем мире внедряется и уже накоплен опыт лечения РС иммуномодулирующими препаратами, воздействующими на его патогенез, предупреждающими обострения и прогрессирование болезни и изменяющими его течение. Во всех исследованиях отмечается положительный эффект в отношении урежения частоты обострений в среднем на 30%, замедления прогрессирования, а также снижение степени инвалидизации уже в первые годы терапии [1, 5-7].

### Материалы и методы

Иммуномодулирующая терапия РС в Амурской области внедряется с 2005 г., применяются глатирамера

ацетат (копаксон) и интерферон бета (бетаферон). Лечение копаксоном начато 22 больным и продолжалось в течение 3 лет, бетафероном — 18 больным в течение 2 лет. Контроль терапии проводился по следующим критериям: клиническая переносимость, наличие побочных эффектов, данные неврологического статуса, в том числе состояние по шкале инвалидности EDSS, наличие и частота обострений. Также проводилась оценка качества жизни, связанного со здоровьем, с использованием общего опросника MOS SF-36, разработанного в Центре изучения медицинских результатов США в 1992 г. [3, 8]. Метод позволяет оценить психическое, физическое, эмоциональное и социальное функционирование больного, основанное на его субъективном восприятии, в том числе в динамике на фоне лечения. Опросник содержит 8 шкал, четыре первых характеризуют физическое здоровье, следующие четыре — психологическое. Опросник заполнялся пациентами раз в 6 мес., оценивались показатели

по шкалам и суммарные. Перед назначением препаратов больные обследованы в условиях неврологического стационара, выполнялось МРТ, проводилась беседа о необходимости и значении терапии, о технике инъекций, о возможных побочных эффектах.

### Результаты и обсуждение

Копаксон получали 22 пациента, из них выбыло 6 чел. Причины: отказ — 3 чел., анафилактический шок — 1 чел., переход во вторичное прогрессирование — 2 чел. Продолжили лечение в течение 3 лет 16 больных, из них с ремиттирующим течением — 14 больных, с вторично-прогрессирующими обострениями — 2 чел. Средний возраст пациентов —  $35,56 \pm 2,46$  лет (от 19 до 48), длительность болезни —  $9,13 \pm 1,8$  лет (от 4 до 32), показатель EDSS —  $3,25 \pm 2,7$  балла (1,5 до 5,0), среднее число обострений за 2 г., предшествовавших терапии, — 2,0.

Побочные эффекты: 6 больных в начале лечения отмечали преходящие вегетативные нарушения — боли в грудной клетке, высыпания на коже, чувство жара, одышку. У двух женщин наблюдались вегетативные кризы, которые при продолжении лечения прекратились. Явления липоатрофии в местах инъекций начали проявляться спустя 2-3 г., преимущественно у женщин.

Через 3 г. от начала терапии несколько возрос средний показатель по EDSS — с  $3,25 \pm 0,27$  до  $3,56 \pm 0,37$  балла. У 8 больных тяжесть инвалидизации по EDSS не изменилась или улучшилась в пределах 0,5-1 балла. У остальных наблюдалось умеренное нарастание неврологического дефицита. Одной пациентке была усилена группа инвалидности, 1 чел. сменил работу. Количество обострений за время лечения — 8 (среднее 0,5). У 6 больных обострений не было. Переход во вторичное прогрессирование — у 2 больных.

Исследование показателей качества жизни уже через 1 г. после начала терапии копаксоном показало значительное их улучшение по всем шкалам. Через 3 г. получены значительные, статистически достоверные различия между суммарными показателями общего, физического и психологического здоровья пациентов до и после лечения. Так, общий показатель КЖ до лечения равнялся 421,86, после лечения — 556,63 ( $p < 0,001$ ), физический компонент до лечения составлял 208,18, после 3 лет возрос до 268,81 ( $p < 0,001$ ), психологический компонент возрос с уровня 213,67 до 287,82 ( $p < 0,03$ ). Таким образом, больные на фоне терапии значительно лучше стали оценивать свое физическое и психическое здоровье. Терапия бетафероном начата 18 больным, из них одна женщина отказалась от лечения в первые месяцы в связи с побочными эффектами, у одной отменено в связи с выраженной инвалидизацией. Терапия бетафероном продолжена в течение 2 лет 16 больным, из них ремиттирующее течение — у 10, вторично-прогрессирующее с обострениями — у 6 больных. Средний возраст больных составил  $36,94 \pm 2,92$  лет (от 22 до 48), длительность болезни —  $11,69 \pm 2,08$  лет (от 3 до 29), показатель по EDSS —  $4,09 \pm 0,35$  балла (от 2 до 7), среднее число обострений за 2 г., предшествовавших терапии, — 1,8.

Побочные эффекты: гриппоподобный синдром в начале терапии от 1-2 мес. — у 12 больных, снижение веса отметили 2 пациента, признаки депрессии — 2 пациента. Изменения в местах инъекций — покраснения, уплотне-

### Резюме

Подведены итоги лечения рассеянного склероза иммуномодулирующими препаратами «Копаксон» в течение 3 лет и «Бетаферон» в течение 2 лет. Достигнуто снижение частоты обострений заболевания, улучшение показателей качества жизни и психоэмоционального состояния больных.

*Ключевые слова:* рассеянный склероз, качество жизни, иммуномодулирующая терапия.

V.N. Karnaukh, U.A. Lugovtsova, I.A. Barabash

### EXPERIENCE OF MULTIPLE SCLEROSIS THERAPY WITH IMMUNOMODULATING PREPARATIONS

*Amur state medical academy, Blagoveshchensk*

### Summary

The results of multiple sclerosis therapy with immunomodulating preparations «Copaxone» for three years and «Betaferon» for two years - are summed up. The reduction of disease exacerbation, the index of improvement of living standard and psychoemotional state of the patients have been achieved.

*Key words:* multiply sclerosis, quality of life, immunomodulating therapy.

ния, особенно в начале терапии, — у 14 больных. Отмечено увеличение спастичности у больных, уже имевших данный симптом до начала терапии, хотя эту связь можно считать вероятной.

Количество обострений за время лечения — 12 (среднее — 0,75), большинство из них не требовало лечения глюкокортикоидами. У 3 больных обострения тяжелые, ежегодные, с переходом во вторичное прогрессирование, что дало возможность говорить о неэффективности терапии бетафероном. Степень инвалидизации по EDSS через 2 г. —  $4,81 \pm 0,34$  балла. У 6 больных показатели по EDSS за два года лечения не изменились.

При оценке качества жизни в этой группе отмечена тенденция к улучшению психологического компонента здоровья, прежде всего показателей, характеризующих социальное и эмоциональное функционирование. Показатели, характеризующие физическое здоровье, умеренно снизились, что можно связать с наличием в группе больных на стадии вторичного прогрессирования. И, тем не менее, суммарный показатель психического здоровья увеличился, хотя и не достоверно, с 218,8 до 222,1, суммарный показатель физического здоровья незначительно снизился — с 206,4 до 193,9, общий также изменился в сторону понижения — с 421,1 до 416,0 ( $p > 0,05$ ).

Менее выраженные изменения у больных, получавших бетаферон, по сравнению с терапией копаксоном, по-видимому, связаны с изначально более тяжелым течением заболевания и выраженной инвалидизацией до начала терапии. И, тем не менее, улучшение психологического фона при проведении иммуномодулирующей терапии, а также и физической активности больных является весьма позитивным фактором.

### Выводы

Таким образом, среди пациентов, получавших иммуномодулирующую терапию, частота обострений снизи-

лась на 32,8%, отсутствие обострений за время лечения — у 14 больных (43,75%). Неэффективность терапии у 5 (15,6%) больных проявлялась в виде частых обострений, в переходе во вторичное прогрессирование. Несмотря на то, что у большинства больных полного прекращения прогрессирования заболевания не достигнуто, тем не менее, иммуномодулирующая терапия способствовала повышению показателей физического и психологического компонентов качества жизни и улучшению социального и эмоционального функционирования как в кругу семьи, так и за ее пределами.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бойко А.Н., Давыдовская М.Ф., Демина Т.Д. Результаты длительного использования копаксона и бетаферона в Московском городском центре рассеянного склероза: оценка эффективности и приверженности к терапии // Журнал невропат. и психиатр. Рассеянный склероз. - 2006. - С. 101-110.

2. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. - М.: Миклош, 2004. - 528 с.

3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - СПб.: Изд. дом «Нева». - М.: ОЛМА-пресс «Звездный мир», 2002. - 320 с.

4. Томпсон А.Д., Полман К., Хелфельд Р. Рассеянный склероз. Клинические аспекты и спорные вопросы. - СПб., 2001. - 422 с.

5. Bashir K., Buchward L., Coyle P.K. Optimizing immunomodulatory therapy for MS patients // Int. JMCS Care. - 2002. - Vol. 4. - P. 3-7.

6. Rice G., Oger J., Duguet P. Treatment with interferon beta-1 improves quality of life in multiple sclerosis // Can. J. Neurol. Sci. - 1999. - Vol. 25, №4. - P. 276-282.

7. Kleinschnitz C., Meuth S., Stuve O. Multiple sclerosis therapy: an update on recently finished trials // J. Neurol. - 2007. - Vol. 254 (Suppl. 11). - P. 1473-1490.

8. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med. Care. -1992. - Vol. 30. - P. 473-483.

**Координаты для связи с авторами:** Карнаух Валентина Николаевна — канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии АГМА, e-mail: v.n.karnauch@rambler.ru; Луговцова Юлия Андреевна — очный аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии АГМА, e-mail: juli\_neuro@mail.ru, тел.: 8-924-678-42-19, тел.: 8(4261)-59-04-00; Барабаш Ирина Александровна — ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии АГМА, e-mail: i.a.barabash@rambler.ru.



УДК 340.631.2 : 616.853

М.В. Усюкина, А.В. Фролова

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ В КЛИНИКЕ ЭПИЛЕПСИИ

*Отделение экзогенных психических расстройств ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского Минздравоохранения России», 119991, Кропоткинский пер., 23, тел.: 8(495) 637-55-95, e-mail: marina\_gnc@mail.ru, г. Москва*

Исследования в области судебной психиатрии освещают лишь отдельные аспекты экспертной оценки когнитивных расстройств при эпилепсии. При этом, как правило, когнитивные нарушения отождествляются с глубокими вариантами деменции. Отсюда проблема судебно-психиатрической оценки когнитивных расстройств с использованием качественного и количественного анализа при решении вопросов об экскульпации, общественной опасности данного контингента больных, выбора мер медицинского характера приобретает особую значимость. По мнению различных исследователей, широкий спектр психопатологических синдромов (состояния нарушенного сознания, дисфории, изменения личности, деменция) при эпилепсии обуславливает разнообразный характер общественно опасных действий и сложность судебно-психиатрической оценки [1-3, 8-11].

В литературе, посвященной проблемам судебно-психиатрической экспертизы различных расстройств при эпилепсии, многие авторы акцентировали внимание на структуре правонарушений, выделяя преобладание преступлений против личности над другими видами деликтов эпилептиков [2, 7]. Для определения общественной опасности важное значение имеет клиничко-психопатологический анализ общественно опасных действий (ООД) в аспекте его генеза, прежде всего вскрытие его продуктивно-психотических и негативно-личностных психопатологических механизмов, а также определение признаков, свидетельствующих о возможности повторения общественно опасных поступков [4-7].

#### Материал и методы исследования

Представлены данные клиничко-психопатологического исследования 106 больных (78 мужчин и 28 женщин) в