

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В.Т. Лекомцев, И.В. Лаптева

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Вопросы медико-социальной экспертизы при психических заболеваниях, том числе и при эпилепсии, имеют особую актуальность. Социальная значимость проблемы эпилепсии определяется её распространённостью, молодым возрастом больных, когда особую роль играют ограничения жизнедеятельности в ситуациях "обучение" и "работа", потенциально прогрredientным типом течения, осложнениями и недостаточной эффективностью терапии (Р.М. Войтенко, Л.А. Крицкая, 2008). Особо следует подчеркнуть, что, по данным ВОЗ, число лиц, перенесших ЧМТ, увеличивается в среднем в год на 3 %, причем среди последствий ЧМТ так называемая травматическая эпилепсия составляет примерно 25 % (В.С. Мерцалов, 1982; В.Т. Лекомцев, 1989). Эпилепсия существенно дезадаптирует больных и ведет к социальной недостаточности (А.И. Болдырев, 1978; С.А. Громов, 1987). Почти 50 % из них становятся инвалидами, причем у половины ограничения жизнедеятельности достигают II степени. В 75 % случаев это лица в возрасте 30 лет. Ограничения жизнедеятельности при эпилепсии обусловлены не только приступами, но и нарастающими расстройствами личности (формирование психопатоподобной симптоматики) и изменениями психических процессов по органическому типу (формирование психоорганического синдрома – ПОС). Изменения личности при эпилепсии освещены в многочисленных публикациях. Диапазон изменения личности при эпилепсии очень разнообразен: от сравнительно маловыраженных до слабоумии.

В настоящем сообщении авторы рассматривают вопросы медико-социальной экспертизы при эпилепсии, которые недостаточно освещены в руководствах, а "Социальная психиатрия", изданная Р.М. Войтенко (2002), стала библиографической редкостью.

Анализ 80 больных эпилепсией, направленных на медико-социальную экспертизу показал, что в 67,3 % медицинских документах не рассматриваются вопросы, касающиеся стадии эпилептического процесса, варианты психоорганического и психопатоподобного синдромов и ремиссии.

В социальной психиатрии и МСЭ принято оценивать не только стойкость и степень выраженности психоорганического синдрома, но и его клинические варианты, поскольку они также влияют на адаптивные возможности больного.

Для уточнения типологии и значимости ПОС следует интегративно использовать психобиографический метод, метод наблюдения и экспериментально-психологическое обследование.

Стойкость, степень выраженности и клинический вариант оцениваются врачами-экспертами совместно с психологом-экспертом бюро МСЭ. К основным вариантам ПОС относят:

1. *Амнестический*. Основным дезадаптирующим феноменом, несмотря на наличие других составляющих ПОС, являются расстройства памяти – как долговременной, так и фиксации. При данном варианте ПОС формируется синдром Корсакова, который при эпилепсии, как правило, имеет прогрессирующее течение с последующим переходом в прогрессирующую деменцию.
2. *Эксплозивно-дистимический*. Расстройства памяти, внимания, мышления "прикрыты", "зашторены" вспыльчивостью, гневливостью, раздражительностью или дисфорично-злобно-тоскливым застойным аффектом.
3. *"Концентрический"*. Термин сложился исторически. При относительной сохранности памяти на всё, что относится к личным интересам больного, отчетливо прослеживаются её нарушения в отношении общественно значимых дат, имен, событий и т.п. Использование данного типа изменения личности является некорректным.¹
4. *Идеаторный*. Основной дезадаптирующий феномен – не столько расстройства памяти и внимания, сколько нарушение мышления (способности к анализу, синтезу, вычленению главного и т.д.).

¹ Терминологический словарь по эпилепсии. Женева, 1975.

5. *Эйфорический*. Ведущим в формировании социальной недостаточности, несмотря на имеющиеся нарушения когнитивных процессов, является своеобразный фон настроения – благодушие, слезливость, бестолковость, ситуативно неадекватно повышенный фон настроения, расстройства влечения (булимия, сексуальная расторможенность и т.п.).
6. *Апатический*. Нарушения памяти, внимания, интенции мышления обычно в легкой или умеренной степени. Однако снижение энергетического потенциала, отсутствие интереса к деятельности (к социальным контактам, работе, учебе, даже к самообслуживанию) нередко серьезно дезадаптирует больных.
7. *Брадифренический*. В рамках ПОС стоит несколько особняком. Ведущим в формировании социальной недостаточности является не столько нарушение когнитивных процессов, сколько низкий темп познавательной деятельности (за единицу времени резко уменьшается ее объем).
8. *Паранойяльный*. В рамках ПОС (его адементного варианта) формируется у больных с паранойяльным преморбидом личности. На фоне паранойяльного типа отношения к болезни у больного формируется на сверхценном, иногда достигающем до бредового, уровне убежденности в несправедливом отношении окружающих к нуждам больного, вследствие чего он превращается в преследуемого преследователя. Данный вариант ПОС выделяется не всеми авторами.

Таковы основные варианты ПОС при эпилепсии. Одни из них более характерны для идиопатической или "спровоцированной" эпилепсии, другие – для "травматической", "сосудистой", "алкогольной" и др.

При эпилепсии ПОС имеет не только стабильное состояние, но и тенденцию к нарастанию в зависимости от типа и темпа течения заболевания, частоты и особенностей судорожных припадков, их эквивалентов и ряда других факторов.

Обычно при эпилепсии ПОС увеличивает нарушения способности к обучению, трудовой деятельности, ориентации и самообслуживанию, а иногда, с учетом его вариантов, к социальным контактам. Оценка степени выраженности и клинического

варианта ПОС также крайне важна при МСЭ детей, страдающих эпилепсией. Легкая степень ПОС не является достаточным основанием для определения III группы инвалидности, но такое экспертное решение может быть принято при его сочетании с пароксизмами (даже редкими). При умеренной (средней) степени ПОС обычно возникает необходимость в определении III группы инвалидности по тем же типовым жизненным ситуациям. Более того, в сочетании с пароксизмами средняя степень ПОС позволяет решать вопрос об определении II группы. Выраженный ПОС при эпилепсии в рамках медико-биологической составляющей считается достаточным основанием для определения II группы инвалидности (ОЖД II степени). В динамике выраженный ПОС может достигать степени деменции (необходимость постоянного постороннего ухода), когда возникает ОЖД III степени.

Таким образом, при определении группы инвалидности больным эпилепсией необходимо учитывать не только частоту и типологию пароксизмальных состояний, но и особенности (варианты) и степень выраженности ПОС.

Однако клиническая симптоматика эпилепсии не исчерпывается этими двумя регистрами. Третьим "слоем" симптоматики, ведущим к социальной недостаточности больных, являются расстройства личности.

Расстройства личности (психопатоподобная симптоматика). В социальной психиатрии, военной, судебной и МСЭ, наряду с оценкой частоты и особенностей эпилептических приступов, состоянием психических процессов клинико-экспертно-реабилитационному анализу подвергается и третий регистр симптоматики – постепенно формирующиеся расстройства личности. На начальной стадии заболевания расстройства личности неглубоки и не приводят к значительной социальной недостаточности. Однако в дальнейшем, с постепенным разворачиванием симптоматики (учащение приступов, их полиморфизм, сочетание с психическими эквивалентами, углубление ПОС они становятся все более значимым дезадаптирующим феноменом, серьезно ограничивающим жизнедеятельность больных.

Уже через 5-6 лет после начала заболевания они начинают отчетливо клинически прослеживаться (у детей и подростков раньше).

Постепенно расстройства личности при эпилепсии становятся стойкими и могут быть верифицированы как психопатоподобные (психопатоподобный синдром).

Под психопатоподобным синдромом понимается стойкая, резко выраженная аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, сформировавшаяся в процессе течения эпилепсии и ведущая к значительной социально-психологической дезадаптации индивида.

В патогенезе формирования психопатоподобной симптоматики основное значение имеет реакция личности (личностно-реактивный механизм) на церебрально-органическую недостаточность и изменение ролевых функций в различных социальных группах (учебной, рабочей, семейной, группе по интересам и т.п.).

Как известно, основой современного клинико-экспертно-реабилитационного диагноза является оценка степени и стойкости функциональных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность инвалида, через их трансформацию в клинический синдром или синдромы с последующим анализом реабилитационного потенциала личности, организма и малого социума.

Термин "изменения личности" отражает не клинический (патопсихологический) регистр, а чисто психологическую направленность. Правомерный и крайне значимый для понимания причин социальной дезадаптации больных органическим поражением мозга и эпилепсией в начале XX века, в настоящее время этот термин должен рассматриваться через призму психопатоподобного синдрома, причем обязательно с указанием не только степени выраженности (психопатоподобная симптоматика), но и конкретной клинико-патопсихологической степени выраженности. Их несколько:

- 1) *легкая степень* – не приводит к инвалидизации, могут быть ситуативные затруднения в категориях "образование", "трудовая деятельность";

- 2) *умеренная степень* – адаптивные возможности больных снижены, имеются ограничения категории жизнедеятельности 1-й степени в самообслуживании, образовании, трудовой деятельности;
- 3) *выраженная степень* – возникают ограничения категорий жизнедеятельности 2-й степени;
- 4) *эпилептическая деменция* – возникают ограничения категорий жизнедеятельности 3-й степени, в том числе и необходимость в постоянном постороннем уходе.

Оценка расстройств личности. В этой рубрике рассматривается степень выраженности нарушений функции организма:

1. *Легкая степень*: затруднения в социальных контактах и общении имеются, возникает незначительная социальная недостаточность, но больных она практически не дезадаптирует.
2. *Умеренная степень*: расстройство социальных контактов и общения приводят к ограничению категорий жизнедеятельности 1-й степени в категории "самообслуживание" (т.е. более длительная затрата времени, дробность выполнения, сокращение объема с использованием по необходимости вспомогательных технических средств), 1-й степени в контроле за поведением (т.е. периодически возникающие в сложных жизненных ситуациях или постоянное затруднение выполнения ролевых функций с возможностью их частичной самостоятельной коррекции).
3. *Выраженная степень*: ограничение категорий жизнедеятельности 2-й степени – стойкая дезадаптация в категории "трудовая деятельность" (т.е. в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств или с помощью других лиц), в категории "контроль за поведением" (т.е. постоянное снижение критического отношения к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц).
4. *Значительно выраженная степень*: ограничение категорий жизнедеятельности 3-й степени – стойкая, значительно выраженная дезадаптация в категории "трудовая деятельность" (т.е. неспособность к трудовой деятельности), "контроль за

поведением" (т.е. неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной посторонней помощи), "самообслуживание" (т.е. неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц). Ограничения категорий жизнедеятельности могут быть разной степени выраженности и учитываются в совокупности (например: ограничения в способности к самообслуживанию 1-й степени, к трудовой деятельности 2-й степени, к контролю за поведением 2-й степени, что позволяет определить II группу инвалидности со 2-й степенью ограничения к трудовой деятельности).

Таким образом, рассмотренные выше три регистра симптоматики (особенности и частота припадков и их эквивалентов, состояние психических процессов, расстройства личности) должны найти свое отражение в развернутом клинико-функциональном диагнозе.

В целях МСЭ целесообразно выделять четыре стадии болезни: 1) начальную; 2) стадию активного процесса; 3) стадию эпилептического слабоумия; 4) стадию ремиссии.

В нашей практике встречаются пациенты, состояние которых можно отнести к двум последним стадиям: стадию эпилептического слабоумия и стадию ремиссии.

Стадии ремиссии. Для клинического и социально-трудового прогноза важное значение имеют показатели наступившего улучшения состояния больных, глубина и тип терапевтической ремиссии. Степень социально-трудовой адаптации больных различна при разных типах ремиссий. В настоящее время выделяют следующие типы: 1) полная и стойкая; 2) полная, но нестойкая; 3) неполная; 4) ремиссия с дефектом.

Полная и стойкая ремиссия характеризуется отсутствием пароксизмов и каких-либо признаков, свидетельствующих об активности процесса, значительным улучшением состояния больных. При этом исчезают не только припадки, но и уменьшается психомоторная заторможенность, вязкость, обстоятельность, ригидность, тугоподвижность мышления. Больные становятся более спокойными, уравновешенными, менее навязчивы-

ми, конфликтными и придирчивыми. Аффективные реакции носят более адекватный характер.

При полной, но нестойкой ремиссии также нет приступов, психических эквивалентов, но сохраняется возможность к периодической декомпенсации под влиянием экзогенных вредностей. Улучшение психического состояния выражается в сглаживании характерологических изменений, уменьшении психомоторной заторможенности, расстройств мышления, органических изменений психики. В состоянии нестойкой ремиссии декомпенсации обычно обусловлены экзогенными трудностями, при этом возникают единичные припадки, развернутые или абортивные, которые, как правило, не сопровождаются сумеречными расстройствами сознания.

При неполной ремиссии не только резко сокращается частота припадков, но изменяется и их картина, они становятся менее развернутыми и не столь интенсивными. Улучшается психическое и соматическое состояние больных.

Ремиссия с дефектом, так же как полная и стойкая, характеризуется отсутствием припадков, психических эквивалентов, но при этом отмечаются выраженные изменения личности, которые частично сглаживаются под влиянием лечения. У одних больных в структуре дефекта преобладают изменения личности по эпилептическому типу (злобность, взрывчатость, выраженная замедленность всех психических процессов, вязкость, тугоподвижность мышления), у других – органические нарушения психики (сужение круга интересов, снижение памяти, эмоционально-волевая неустойчивость, быстрая истощаемость психических процессов).

Для целей врачебно-трудовой экспертизы целесообразно выделять следующие типы течения эпилепсии (Вайман Л.И., 1967).

Медленно-прогредиентный тип течения характеризуется наличием в основном мономорфных редких или средней частоты припадков, отсутствием клинических признаков, указывающих на нарастание деструктивно-органических изменений в центральной нервной системе. Выраженные изменения личности в виде некоторой раздражительности, вспыльчивости, монотонно-

сти, обстоятельности, угодливости, подчеркнутой аккуратности, педантичности возникают через 10 и более лет от начала заболевания.

Для *подостро-прогредиентного* типа течения характерны полиморфные пароксизмы (частые судорожные припадки, иногда с последующими сумеречными расстройствами сознания, дисфории, сочетание больших судорожных припадков с абортивными или приступами типа малых), более выраженная деструктивная тенденция эпилептического процесса, проявляющаяся в быстро нарастающих изменениях личности уже через 6—8 лет после манифестации болезни.

При *смешанном* типе течения болезни медленно-прогредиентное течение переходит на более поздних этапах в подостро-прогредиентное (обычно под влиянием дополнительных вредностей, неправильного лечения). На первом этапе, когда заболевание протекает более благоприятно, преобладает мономорфная пароксизмальная симптоматика и деструктивная тенденция процесса выражена нерезко.

Под влиянием экзогенных и эндогенных воздействий (соматические, инфекционные, сосудистые заболевания, климакс, черепно-мозговые и психогенные травмы, нерегулярный прием лекарств) темп течения болезни приобретает *выраженную прогредиентность*, клиническая симптоматика утяжеляется более острой и полиморфной (большие, абортивные, частые малые, припадки с сумеречными расстройствами сознания, серийные припадки, эпилептические статусы), быстро нарастают изменения личности.

При *ремитирующем* типе течения болезни периоды прогредиентного течения сменяются под влиянием лечения или спонтанно светлыми промежутками продолжительностью от 2 до 5-12 лет, полностью свободными от острых болезненных проявлений. У некоторых больных светлые промежутки наблюдаются неоднократно. Развернутая картина болезни представлена полиморфной пароксизмальной симптоматикой. Изменения личности начинают выявляться через 10-15 лет после возникновения припадков.

При *злокачественном* типе течения болезни наиболее выражена деструктивная тенденция эпилептического процесса, что проявляется в быстро возникающих (через 2-5 лет от начала болезни) нарушении мышления, снижении интеллекта, выраженной вязкости, обстоятельности, тугоподвижности мышления. Резко ухудшается память, суживается круг интересов, снижается интеллект.

Стадии эпилептического процесса выделяются исходя из интенсивности и деструктивной тенденции заболевания, а также остроты клинической симптоматики. При этом учитывается частота, ритмичность пароксизмальных состояний, характер доминирующих в клинической картине проявлений болезни (функциональные или органические), возможность обратного развития патологической симптоматики под влиянием терапии, наличие или отсутствие признаков необратимого дефекта, глубина и стойкость наступившего улучшения, функциональные возможности больных в трудовой деятельности.

В целях определения функционального диагноза и определения прогноза целесообразно выделять 4 стадии болезни (А.С. Климович, Б.А. Казаковцев и др., 1988; В.Т. Лекомцев, И.В. Лаптева, И.А. Порцева и др., 2009): 1) начальную; 2) стадию активного процесса; 3) стадию эпилептического слабоумия; 4) стадию ремиссии.

Начальная стадия характеризуется наличием преимущественно функциональных расстройств, отсутствием значительной интенсивности и выраженной деструктивной тенденции процесса. Симптомы болезни нерезко выражены. Начальная стадия охватывает период заболевания от появления предвестников до развития клинической картины активного процесса и исчисляется месяцами, иногда годами.

Клиническая картина оформляется в одних случаях постепенным присоединением различных пароксизмальных состояний, в других – усложнением и утяжелением одного и того же пароксизма.

Изменения личности незначительны, наблюдается лишь заострение преморбидных особенностей характера. Нарушения в интеллектуальной сфере проявляются затруднением запомина-

ния, некоторым замедлением интеллектуальных процессов, а в аффективной сфере – вспыльчивостью.

Стадия активного процесса – этап болезни, включающий период с появления развернутой клинической картины до ремиссии либо появления признаков эпилептического слабоумия. Продолжительность второй стадии зависит от типа течения эпилептического процесса: при вялом, медленно текущем процессе вторая стадия может длиться годами, при активно текущем – может быть менее продолжительна. Изменения личности во второй стадии более манифестны и выражаются вязкостью мышления, обстоятельностью, эгоцентричностью, раздражительностью, взрывчатостью. Наряду с этим снижается память, замедляется быстрота интеллектуальных процессов.

Стадия эпилептического слабоумия чаще наблюдается при активно-злокачественном течении процесса. В клинической картине на первый план выступают явления тяжелой эпилептической деградации: тугоподвижность мышления, чрезвычайная конкретизация суждений, неспособность к обобщению, нарушение процесса суждений, затрудняющее разграничение существенного и незначительного, резкое ослабление памяти. Речь больных монотонная, однообразная, часто наблюдаются персеверации, в речи обилие уменьшительных слов, стереотипных фраз и оборотов. Больные становятся крайне грубыми, жестокими, мелочно-злыми, мстительными. Крайняя вспыльчивость доходит до приступов неистовства.

Для определения ограничения жизнедеятельности пациента важным является оценка *ремиссии*. Для клинического и социально-трудового прогноза важное значение имеют показатели наступившего улучшения состояния больных, глубина и тип терапевтической ремиссии. Степень социально-трудовой адаптации больных различна при разных типах ремиссий. В настоящее время выделяют следующие их типы: 1) полная и стойкая; 2) полная, но нестойкая; 3) неполная; 4) ремиссия с дефектом.

Полная и стойкая ремиссия характеризуется отсутствием пароксизмов и каких-либо признаков, свидетельствующих об активности процесса, значительным улучшением состояния больных. При этом исчезают не только припадки, но и умень-

шаются психомоторная заторможенность, вязкость, обстоятельность, ригидность, тугоподвижность мышления. Больные становятся более спокойными, уравновешенными, менее навязчивыми, конфликтными и придирчивыми. Аффективные реакции носят более адекватный характер.

При полной, но нестойкой ремиссии также нет приступов, психических эквивалентов, но сохраняется возможность периодической декомпенсации под влиянием экзогенных вредностей. Улучшение психического состояния выражается в сглаживании характерологических изменений, уменьшении психомоторной заторможенности, расстройств мышления, органических изменений психики. В состоянии нестойкой ремиссии декомпенсации обычно обусловлены экзогенными трудностями, при этом возникают единичные припадки, развернутые или абортивные, которые, как правило, не сопровождаются сумеречными расстройствами сознания.

При неполной ремиссии не только резко сокращается частота припадков, но и изменяется их картина, они становятся менее развернутыми и не столь интенсивными. Улучшается психическое и соматическое состояние больных.

Ремиссия с дефектом, так же как полная и стойкая, характеризуется отсутствием припадков, психических эквивалентов, но при этом отмечаются выраженные изменения личности, которые частично сглаживаются под влиянием лечения. У одних больных в структуре дефекта преобладают изменения личности по органическому типу (злобность, взрывчатость, выраженная замедленность всех психических процессов, вязкость, тугоподвижность мышления), у других – органические нарушения психики (сужение круга интересов, снижение памяти, эмоционально-волевая неустойчивость, быстрая истощаемость психических процессов).

При проведении медико-социальной экспертизы важное значение имеет учет частоты приступов (пароксизмов):

1. *Частые пароксизмы*: 4 и более генерализованных припадков в месяц, 2 и более сумеречных расстройства сознания в месяц, 4 и более состояния амбулаторных автоматизмов или

выраженных дисфорий в месяц, 1 и более эпилептический статус в месяц.

2. *Пароксизмы средней частоты*: генерализованные приступы 2-3 раза в месяц, сумеречные расстройства сознания 1 раз в месяц, амбулаторные автоматизмы, выраженные дисфории 2-3 раза в месяц, эпилептический статус 1 раз в два месяца.
3. *Пароксизмы редкой частоты*: генерализованные приступы 1 раз в месяц и реже, сумеречные расстройства сознания 1 раз в полтора-два месяца и реже, амбулаторный автоматизм 1 раз в месяц и реже, эпилептический статус 1 раз в три месяца.

Частота приступов и их эквивалентов оценивается на протяжении календарного года и обязательно на фоне противоэпилептической терапии, они должны быть максимально подтверждены медицинскими сведениями, характеристиками с места работы.

При оценке структуры межпароксизмальных изменений личности врачу-психиатру и врачу-психиатру эксперту требуется правильная оценка психических процессов у больных эпилепсией.

Таким образом, рассмотренные выше три регистра симптоматики (особенности и частота приступов и их эквивалентов, состояние психических процессов, расстройства личности) должны найти свое отражение в развернутом клинико-функциональном диагнозе.

Примеры

1. Пациентка 1977 г. рождения. По данным посильного листа на учете у психиатров с 1999 г., с течением времени нарастают изменения личности – конфликтность, эгоцентричность, с 2003 г. инвалид II группы. Диагноз: выраженное расстройство личности и поведения в связи с эпилепсией в виде изменений личности по эпитипу с полиморфными приступами средней частоты. Психический статус по данным посильного листа: сознание не нарушено, ориентированна полностью. Настроение снижено, лицо маскообразное. Предъявляет жалобы на головные боли, частые приступы. Эмоции неустойчивые, конфликтная, эгоцентричная, всем недовольна. Мышление обстоятельное, застревает на мелочах. Суждения поверхностные, инфантильные. Интеллектуально мнестически снижена. В беседе истощаема. Критики

нет. Полученное лечение: луцетам, реладорм, финлепсин. В данном случае при направлении на МСЭ был допущен ряд ошибок: не подтверждены документально частота и характер приступов, не проведена ЭЭГ. При прохождении переосвидетельствования комиссией МСЭ были выявлены стойкие, выраженные ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к самообслуживанию 2-й степени, к ориентации 1-й степени, к трудовой деятельности 3-й степени, к контролю за поведением 2-й степени, что позволило определить II группу инвалидности с 3-й степенью ограничения к труду.

2. Пациент 1969 г. рождения. По данным почтового листа, в анамнезе неоднократные ЧМТ в дальнейшем появление развернутых приступов. Был на учете у неврологов с 2003 г. инвалид III группы по неврологическому заболеванию. В 2006 г. в группе отказано. С 2007 г. на учете у психиатров по поводу умеренных расстройств личности в связи с эпилепсией. Диагноз: расстройство личности по эпитипу с эпилепсией с умеренными расстройствами личности по эпитипу с редкими генерализованными приступами. Психический статус, по данным почтового листа: контактен, ориентирован, дисфоричен. Ответы в плане задаваемого, обстоятелен. Память на текущие события снижена. Умозаключения легковесны. Мышление обстоятельное. Эмоции неустойчивые. Полученное лечение: финлепсин, фенобарбитал. При направлении на МСЭ был допущен ряд ошибок: документально не подтверждены характер и частота приступов, несмотря на стационарное лечение (выписка сделана формально), не проведено ЭЭГ. В данном случае комиссией МСЭ были выявлены стойкие, умеренные ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к трудовой деятельности 1-й степени, к контролю за поведением 1-й степени, что позволило определить III группу инвалидности с 1-й степенью ограничения к труду.

3. Пациентка 1954 г. рождения. По данным анамнеза, около 20 лет назад получила ЧМТ, через 1 год после травмы случился первый судорожный приступ с потерей сознания. Обратилась к неврологу, получала амбулаторно финлепсин. В течение длительного времени сохраняла трудоспособность, продолжала трудовую деятельность. С течением времени стали нарастать личностные изменения, изменения черт характера, перестала справляться с работой. На учете у психиатров с 2006 г., регулярно посещала ПНД, лечилась стационарно. При направлении на МСЭ были собраны все документы: ЭЭГ, заключение психолога, заключение о характере труда, характеристика с места работы, в выписке из истории болезни описан приступ, время его возникновения, характер приступа, чем был купирован. Диагноз: рас-

стройство личности и поведения в связи с посттравматической эпилепсией в виде выраженной психопатизации по эпитипу, легкого интеллектуально-мнестического снижения, частых дисфорий стенического типа, редких тонико-клонических приступов до 1 раза в месяц. В выписке из истории болезни были подробно отражены анамнестические данные, описано поведение больной в отделении, весь комплекс проведенной терапии. В данном случае комиссией МСЭ были выявлены стойкие выраженные ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к трудовой деятельности 2-й степени, ограничение способности контролировать свое поведение 2-й степени, что послужило основанием для определения II группы инвалидности со 2-й степенью ограничения к трудовой деятельности.

Таким образом, важно подчеркнуть, что подтверждение характера и частоты приступов должно быть документальное, должно указываться в выписках из историй болезни, в амбулаторных картах, справках, данных врачами БСМП о выезде на приступ; необходимо также проведения ЭЭГ для определения динамики заболевания, особенно при отрицательной динамике (учащении приступов, изменении их характера). ЭЭГ является одним из объективных критериев, когда решается экспертный вопрос об утяжелении группы инвалидности.

Литература

1. *Болдырев А.И.* Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1978. 200 с.
2. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией. М.: Медицина, 2000. 384 с.
3. *Вайман Л.И.* Прогноз трудоспособности при эпилепсии в связи с успехами медикаментозной терапии. М., 1976. 19 с.
4. *Войтенко Р.М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов. СПб.: ИКФ "Фолиант", 2002. 256 с.
5. *Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.* Эпилепсия: основы социальной психиатрии и медико-социальной экспертизы при психических заболеваниях: учеб.-метод. пособие. СПб.: СПбУВИЭК, 2008. С. 31.
6. *Громов С.А.* Реабилитация больных эпилепсией. М., 1987. 172 с.
7. *Климович А.С., Казаковцев Б.А. и др.* О клинических критериях трудового прогноза больных эпилепсией. М., 1988. Деп. во ВНИИМИ МЗ СССР, 1988.

8. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: руководство для врачей / под ред. А.Ю. Макарова. СПб.: ООО "Золотой век", 1998.
9. *Лекомцев В.Т., Лаптева И.В., Порцева И.А. и др.* Эпилепсия: учеб.-метод. рекомендации. Ижевск, 2009. 42 с.
10. *Лекомцев В.Т.* Ранняя диагностика травматической эпилепсии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1989. Вып. 6. С. 43–46.
11. *Мерцалов В.С.* Посттравматическая эпилепсия: (Эпидемиологические исследования) // Эпидемиол. исслед. в неврологии и психиатрии. М., 1982. С. 119–120.
12. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии и аспекты реабилитации: Информ. письмо ФГУ "ГБ МСЭ по Удмуртской Республике". Ижевск, 2008.
13. Терминологический словарь по эпилепсии. Ч. I: Определения / под ред. проф. А. Гасто. Женева, 1975. 90 с.