

© ТРЕКИН С.В., БЕРЕСНЕВА О.В., 2014

УДК 616.853-036.865

Трекин С.В., Береснева О.В.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» Минтруда России, 443087, г. Самара

*В статье авторы предлагают внести изменения в порядок установления III группы инвалидности при эпилепсии, основанный не на подсчете документально зафиксированных приступов, а на установлении медицинским психологом бюро медико-социальной экспертизы степени эмоционально-волевых нарушений.*

**Ключевые слова:** эпилепсия; частота эпилептических приступов; эмоционально-волевые нарушения; медико-социальная экспертиза при эпилепсии.

### ADVICES ON CONDUCTING OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE OF EPILEPSY

Trekin S.V., Beresneva O.V.

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Samara Region, Samara, 443087, Russian Federation

*Authors of the article propose to amend the procedure of the III group disability determination due to epilepsy that is based not on counting of documented paroxysms but on establishment of an emotional and volitional deviations' degree by a medical psychologist from a bureau of medico-social expertise.*

**Key words:** epilepsy; frequency of epileptic paroxysms; emotional and volitional deviations; medico-social expertise due to epilepsy.

За последнее время в медико-социальной экспертизе произошли изменения, в том числе вступили в силу новые инструктивно-распорядительные документы, внедряется в практику международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья; кроме того, новые методики лечения, применяемые в медицине, позволяют проводить эффективную реабилитацию больных и инвалидов. Возможно, наступило время, когда необходимо внести изменения в принципы медико-социальной экспертизы при некоторых болезнях, в том числе при эпилепсии.

Прежде всего необходимо напомнить принципы медико-социальной экспертизы при эпилепсии, используемые в бюро МСЭ в настоящее время.

### Определение

Эпилепсия – полиэтиологическое прогрессирующее заболевание головного мозга, характеризующееся наличием эпилептического очага, повторными пароксизмами с различной клинической симптоматикой и нервно-психическими нарушениями неспецифического регистра личностного и субстратного уровней [1].

### Классификация

Международная классификация эпилептических приступов (ILAE – International League Against Epilepsy – международная лига по борьбе с эпилепсией, 1981):

- I. Парциальные (фокальные, локальные) приступы:
  - A. Простые парциальные приступы, протекающие без нарушения сознания:
    1. Моторные приступы:
      - 1) фокальные моторные без марша;
      - 2) фокальные моторные с маршем (джексоновские);
      - 3) адверсивные;
      - 4) постуральные;
      - 5) фонаторные (вокализация или остановка речи).
    2. Соматосенсорные приступы или приступы со специальными сенсорными симптомами (простые галлюцинации, например вспышки пламени, звон):
      - 1) соматосенсорные;
      - 2) зрительные;
      - 3) слуховые;
      - 4) обонятельные;
      - 5) вкусовые;
      - 6) с головокружением.
    3. Приступы с вегетативно-висцеральными проявлениями (сопровожаются эпигастральными ощущениями, потливостью, покраснением лица, сужением и расширением зрачков).
    4. Приступы с нарушением психических функций (изменения высшей нервной деятельности); редко бывают без нарушения сознания, чаще проявляются как сложные парциальные приступы:
      - 1) дисфазические;
      - 2) дисмнестические (например, ощущение «уже виденного»);
      - 3) с нарушением мышления (например, мечтательное состояние, нарушение чувства времени);

Для корреспонденции:

Трекин Сергей Викторович – врач по медико-социальной экспертизе, невролог высшей категории, руководитель бюро медико-социальной экспертизы № 7 г. Самара; 443087, г. Самара, проспект Карла Маркса, д. 360 «А»; e-mail: trekinsv@rambler.ru.

Таблица 1

Частота и тип припадков

Припадки	Частые	Средняя частота	Малая частота
Генерализованные припадки (частота в месяц)	4 и более	2–3	1 и реже
Сумеречные расстройства сознания	2 раза и более в месяц	1 раз в месяц	1 раз в 1,5–2 мес и реже
Амбулаторный автоматизм, выраженные дисфории (частота в месяц)	4 и более	2–3	1 и реже
Эпилептический статус	1 раз в месяц и более	1 раз в 2 мес	1 раз в 3 мес

- 4) аффективные (страх, злоба, и др.);
  - 5) иллюзорные (например, макропсия);
  - 6) сложные галлюцинаторные (например, музыка, сцены, и др.).
- Б. Сложные парциальные припадки (с нарушением сознания, могут иногда начинаться с простой симптоматики):
1. Простой парциальный припадок с последующим нарушением сознания:
    - 1) начинается с простого парциального припадка (А.1 — А.4) с последующим нарушением сознания;
    - 2) с автоматизмами.
  2. Начинается с нарушения сознания:
    - 1) только с нарушения сознания;
    - 2) с двигательными автоматизмами.
- В. Парциальные припадки с вторичной генерализацией (могут быть генерализованными тонико-клоническими, тоническими, клоническими):
1. Простые парциальные припадки (А), переходящие в сложные, а затем в генерализованные;
  2. Сложные парциальные припадки (Б), переходящие в генерализованные;
  3. Простые парциальные припадки, переходящие в сложные, а затем в генерализованные.
- II. Генерализованные припадки (судорожные и бессудорожные):
1. Абсансы:
    - 1.1. Типичные абсансы:
      - 1) только с нарушением сознания;
      - 2) со слабо выраженным клоническим компонентом;
      - 3) с атоническим компонентом;
      - 4) с тоническим компонентом;
      - 5) с автоматизмами;
      - 6) с вегетативным компонентом.
    - 2.1. Атипичные абсансы:
      - 1) изменения тонауса более выражены, чем при типичных абсансах;
      - 2) начало и (или) прекращение припадков происходит не внезапно, а постепенно.
  2. Миоклонические припадки (единичные или множественные миоклонические судороги).
  3. Клонические припадки.
  4. Тонические припадки.
  5. Тонико-клонические припадки.
- III. Неклассифицированные эпилептические припадки (припадки, которые нельзя включить ни в одну из вышеописанных групп из-за отсутствия необходимой информации, а также некоторые неонатальные припадки, например ритмические движения глаз, жевательные, плевательные движения).
- IV. Приложение. Повторные эпилептические припадки зависят от различных факторов:
- 1) случайные припадки, наступающие неожиданно и без видимой причины;
  - 2) циклические припадки, повторяющиеся через определенные интервалы (например, в связи с менструальным циклом, циклом сон–бодрствование);
  - 3) приступы спровоцированные несенсорны-

ми (усталость, алкоголь, эмоции и т. п.) и сенсорными (иногда их относят к рефлекторным припадкам) факторами;

- 4) эпилептический статус – продолжительные припадки или припадки, повторяющиеся настолько часто, что между ними больной не приходит в сознание; различают эпилептический статус фокальных и генерализованных припадков; очень локализованные моторные припадки обозначают термином «постоянная парциальная эпилепсия» [2].

### Медико-социальная экспертиза при эпилепсии

Экспертно значимыми являются тяжелые припадки, которые различаются в зависимости от их частоты и типологии (табл. 1) [1].

Экспертиза эпилепсии с генерализованными припадками осуществляется в БМСЭ общего профиля, с психическими припадками – в БМСЭ психиатрического профиля.

В настоящее время частота припадков оценивается на протяжении календарного года на фоне постоянной противосудорожной терапии с обязательной верификацией припадков по документальным источникам.

Критерии инвалидности представлены в табл. 2.

### Предложение по внесению изменений в медико-социальную экспертизу при эпилепсии

В настоящее время экспертиза эпилепсии в бюро медико-социальной экспертизы общего профиля проводится в первую очередь по частоте эпилептических припадков как наиболее часто встречающемуся проявлению болезни. Значимость психических припадков в экспертном плане также велика, однако они встречаются значительно реже и могут быть верифицированы только в психиатрическом стационаре. Наиболее достоверно экспертиза может быть проведена при эпилептических статусах, так как их наличие является показанием для экстренного направления в неврологический стационар для проведения срочных реабилитационных мероприятий.

Однако ориентация на частоту эпилептических припадков вызывает затруднение при вынесении экспертного решения. При изучении клинико-экспертных документов (амбулаторной карты, истории

Таблица 2

## Группа инвалидности и категории ограничения жизнедеятельности

Исследуемый параметр	Группа		
	III	II	I
Частота припадков и категории ОЖД	Средняя частота	Частые	Не устанавливается по частоте
Психоорганический синдром	Умеренный	Выраженный	Эпилептическая деменция
Степень ОЖД	I	II	III
Категории ОЖД	Ограничение способности к трудовой деятельности или сочетание ограничений в самообслуживании и обучении	Ограничение одной из категорий или их сочетание: способность к трудовой деятельности, самообслуживанию, обучению	Ограничение одной из категорий или их сочетание: способность к трудовой деятельности, самообслуживанию, обучению, контролю за своим поведением

Примечание. Здесь и в табл. 3: ОЖД – ограничение жизнедеятельности.

болезни) часто документально зафиксированная частота припадков не соответствует жалобам больного. Кроме того, ориентироваться на частоту припадков затруднительно из-за возможного отказа больного от приема противосудорожных препаратов или их отсутствия в аптечной сети, а иногда и из-за провокации припадков самим гражданином на заседании БМСЭ. И последняя причина, затрудняющая проведение медико-социальной экспертизы при эпилепсии, заключается в том, что в настоящее время созданы современные противоэпилептические препараты, способные привести к ремиссии эпилепсии у больных с уже установленной группой инвалидности.

Поэтому, по нашему мнению, можно ввести термин «болезнь эпилептических припадков», которая может характеризоваться выраженным нарушением эмоционально-волевой сферы на фоне постоянного приема противоэпилептических препаратов вследствие постоянного ожидания регулярно возникающих припадков и служить основанием для установления III группы инвалидности.

Таким образом, оценивать нужно не частоту эпилептических припадков, а степень выраженности эмоционально-волевых нарушений с учетом заключения медицинского психолога, которая может позволить разделить припадки на нерегулярные и регулярные (табл. 3).

Таблица 3

## МСЭ при эпилепсии, основанная на психодиагностическом исследовании

Исследуемый параметр	Эпилептические припадки	
	Нерегулярные	Регулярные
Частота	Нерегулярные	Регулярные
Степень выраженности эмоционально-волевых нарушений	Легкая, умеренная	Выраженная
Степень ОЖД	–	I
Категории ОЖД	Отсутствуют ограничения в основных категориях жизнедеятельности	Ограничение способности к трудовой деятельности или сочетание ограничений в общении и обучении

Выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы (нарушения эмоций, эмоциональных реакций, настроения и воли) характеризуются выраженным повышением (или понижением) эмоциональной возбудимости, устойчивой выраженной склонностью к тревожным реакциям; к эмоциональному «застреванию» (уменьшение динамики сильных эмоциональных реакций при ослабленном волевом контроле), амбивалентным реакциям (осознаваемая противоположная направленность эмоциональных реакций в ответ на стимул) [3]. Возникают недостаточная предметность эмоциональных переживаний, достаточно длительные периоды гнетущего настроения, частые «качественно» неадекватные эмоциональные реакции. Крайне слабый эмоциональный компонент познавательной деятельности и ценностных ориентаций. Выраженная эмоциональная ригидность, доминирование аффективных реакций, приоритет эйфорических или негативных, саморазрушающих эмоциональных реакций. Низкая способность преодолеть какие-либо трудности за счет волевых усилий. Недостаточность мотивационных структур, выраженная импульсивность, склонность к аутоагрессии [4].

Примером выраженного нарушения эмоционально-волевой сферы может служить психодиагностическое обследование освидетельствуемого. М, 1947 г. рождения, 65 лет.

Цель обследования – определение степени нарушений высших психических функций, их глубины и структуры.

Отношение к обследованию адекватное, контакту доступен, в беседе доброжелателен. Результатами обследования не интересуется. В беседе пассивен, немногословен, отвечает в русле заданий. Речевые обороты средней степени сложности, речь грамматически правильная. Отмечается увеличение амплитуды и снижение подвижности эмоциональных реакций. В поведении склонен к порядку и аккуратности. Отмечается замедленность в движениях, мимическая бедность. Восприятие носит детализированный характер. Испытуемый подробно описывает мельчайшие детали, при этом затрудняется выделять целое.

В эксперименте с набором стандартной тестовой батареи: инструкции понимает, требуется повторение инструкций, в ходе выполнения не меняет их. Реак-

ции на успех и неудачу сдержанной. Темп работы равномерный, невысокий, что удлиняет исследование и снижает общую продуктивность. Работоспособность варьирует, истощаемость отсутствует.

Внимание: наблюдаются сужение объема и низкая переключаемость процессов. Повышенная сосредоточенность на эмоционально-значимых объектах. Среднее время в таблице Шульце 158 с. Отсчитывание по Крепелину совершает медленно, с ошибками, плохо поддающимся коррекции. Мнемограмма: 5,5,6,6,6; отсроченное воспроизведение 6 единиц. Объем оперативной памяти сужен незначительно. При воспроизведении частыеperseverации. Продуктивность смыслового запоминания достаточна.

Мышление характеризуется снижением темпа ассоциативного процесса. Искажен уровень обобщения, склонен актуализировать конкретные, случайные, личностно-значимые признаки предметов и явлений. Выраженные нарушения динамики – инертность мышления, склонность к повторениям, детальному объяснению рисунков. Критичность в отношении собственной интеллектуальной деятельности нарушена, коррекция решений не осуществляется.

Таким образом, в результате обследования были выявлены:

- выраженное сужение объема и переключения внимания;
- незначительное сужение объема оперативной памяти;
- выраженные эмоциональные нарушения (увеличение амплитуды эмоциональных реакций, снижение их подвижности, замедленность в движениях, мимическая бедность);
- искажен уровень обобщения;
- выраженные нарушения динамики мышления.

Конечно, разделение частоты эпилептических припадков на нерегулярные и регулярные весьма условное, однако, данное разделение может послужить весомым основанием при установлении III группы инвалидности либо при отказе гражданину в установлении инвалидности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Коробов М.В., Помников В.Г., ред. *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации*. СПб.: Гиппократ; 2010.
2. Эпилепсия. Available at: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (accessed 15 October 2013).
3. Носачев Г.Н., Романов Д.В. *Основы патопсихологии: Учебное пособие*. 2-е изд. Самара; 2004.
4. Заболотных И.И., Кантемирова Р.К. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация в кардиологии: Руководство для врачей*. СПб.: СпецЛит; 2008.

Поступила 05.11.13

#### REFERENCES

1. Korobov M.V., Pomnikov V.G., eds. *Reference book on medico-social expertise and rehabilitation. [Spravochnik po mediko-sotsial'noy ekspertize i reabilitatsii]*. St. Petersburg: Gippokrat; 2010. (in Russian)
2. Epilepsy. Available at: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (accessed 15 October 2013).
3. Nosachev G.N., Romanov D.V. *Fundamentals of pathopsychology: Teaching aid. [Osnovy patopsikhologii: Uchebnoe posobie]*. 2nd ed. Samara; 2004. (in Russian)
4. Zabolotnyh I.I., Kantemirova R.K. *Medico-social expertise and rehabilitation in cardiology: Manual for doctors. [Mediko-sotsial'naya ekspertiza v kardiologii dlya vrachev]*. St. Petersburg: SpecLit; 2008. (in Russian)

Received 05.11.13

### **Уважаемые читатели!**

ОАО «Издательство «Медицина» уведомляет вас о том, что с 14 марта 2014 года адрес местонахождения издательства:  
**109029, г. Москва, ул. Скотопрогонная, д. 29/1**  
**(Автомобильный проезд, д. 1), подъезд №15**

Почтовый адрес для отправки корреспонденции:  
**115088, г. Москва, ул. Новоостاپовская, д. 15, стр.14**

Телефон редакции журнала  
«Медико-социальная экспертиза и реабилитация»:  
**+7 495 678 63 95**

**E-mail: mseeandr@idm.msk.ru**