

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O`RTA MAXSUS TA`LIM VAZIRLIGI UZBEKISTAN
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

УДК: 617.7:616-053.2

qo`lyozma huquqi

Raupova Nasiba Shokirovna
EPILEPSIYA BILAN OG`RIGAN BEMORLARDA KOGNITIV
BUZILISHLARNI KLINIK VA PSIXOLOGIK TAHLIL QILISH
mavzusida
DISSERTATSIYA

Magistrlik akademik darajasi uchun

5A 510 109 «Nevrologiya»

Ilmiy rahbar:
Tibbiyot fanlari nomzodi,
Po`latov Sadriddin Sayfullayevich

Buxoro- 2021

<i>Kirish Muammoning dolzarbligi.</i>	5
<i>I bob. Adabiyotlar sharhi.</i>	6
1.1. Epilepsiyada neyropsixologik tadqiqotlar.	6
1.1.1. Epilepsiyada tekshiruvlar o'tkazish tarixi.	6
1.1.2. Epilepsiya kasalliklarida kognitiv kasallik rivojlanishining etiopatogenetik omillari.	8
1.2. <i>Epilepsiya va hayot sifati.</i>	20
<i>II bob Bemorlarning umumiy xususiyatlari va tadqiqot usullari.</i>	27
2.1 Bemorlarning umumiy xususiyatlari.	27
2.2 Tadqiqot usullari.	32
2.2.1 Klinik va nevrologik	32
2.2.2. Elektroansefalografiya (EEG)	32
2.2.3. Miyaning KT va MRT	35
2.2.4. Kognitiv funksiyalarni neyropsixologik baholash	36
2.2.5. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlar uchun HSIE-31 so'rovnomasidan foydalangan holda hayot sifatini o'rganish.	39
III bob Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarni neyropsixologik tekshirish natijalari	41
3.1 Epilepsiyada kognitiv buzilishlarni aniqlashda neyropsixologik testlar roli	41
3.2 Kognitiv buzilishlarning qiyosiy baholash	
3.3 Fikrlashni o'rganish	
3.4 Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda etiologic sabablarni qiyosiy o'rganish	
XOTIMA	59
XULOSA	65
AMALIY TAVSIYALAR	66
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	6

Qisqartmalar ro`yxati

AED - antiepileptik dorilar

YTF- yuqori tafakkur funksiya

UKT - umumiy konvulsiv tutqanoq

HS - hayot sifati

XEQL - Xalqaro antiepileptik ligasi

MRT - Magnit-rezonans tomografiya

MPT – murakkab parsial tutqanoq

EEG - elektroensefalografiya

YME - yuvenil mioklonik epilepsiya

FB - Fenobarbital (fenobarbital)

CMZ - karbamazepin (karbamazepin)

LAM - Lamotrijin (lamotrijin)

EHD - Epilepsiya hayot darajasi (epilepsiya bilan hayot sifati)

TPM - Topiramat (topiramat)

VPA - Valproik kislota (valproik kislota)

Kirish.

Mavzuning dolzarbligi. Epilepsiya kasalligida kognitiv buzulishlar nevrologiyaning dolzarb muammolardan biri sifatida e'tirof etilib, bu yetishmovchilik bemorni ijtimoiy dezadaptatsiyaga olib boruvchi sabablardan biri hisoblanadi. Kognitiv buzulishlar birlamchi va ikkilamchi generallashtirilgan tutqanoq xurujli bemorlar guruhida, shuningdek, epilepsiyaning simptomatik shakli bo'lgan bemorlarda ko'proq uchraydi (Byulleten' assotsiatsii vrachey Uzbekistana. Tashkent. – 2016)

Kognitiv buzulishlar 50-60% xolatlarda epilepsiya tashxisi qo'yilgan bemorlarda kuzatiladi (Maxmudova Z.T. Izmeneniya pokazatelya kognitivnogo vyzvannogo potentsiala R300 pri epilepsii vzroslykh //Jurnal teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny. - Tashkent, 2016). Kasallanish holatlari dunyo bo'yicha 100000 nafar aholi soniga 40 tadan 70 tagacha to'g'ri kelib, tahminan 33% bemorlarda epilepsiya farmakorezistent hisoblanadi.(Maxmudova Z.T. Neyrokognitivnye rasstroystva Uzbekistan, Tashkent. – 2014).

Epilepsiyali bemorlarning ijtimoiy va tibbiy rehabilitatsiyasi muvaffaqiyatlari tashxisning qanchalik tez belgilanishiga va tutqanoqqa qarshi adekvat terapiyani erta tayinlashga bog'liq. Kognitiv buzulishlarni aniqlash epileptologiya tadqiqotida dolzarb yo'nalish hisoblanadi. Jahonda kognitiv faoliyat, uni buzulishi, va ularni erta tashxislash, davolash va oldini olishga qaratilgan tadbirlarning yuqori samaradorligiga erishish maqsadida qator ilmiy-tadqiqotlar amalga oshirilmoqda.

Epilepsiyada kognitiv defitsit muammosiga bag'ishlangan turli xil qarashlar, kognitiv defitsitga olib keladigan omillar, jumladan tutqanoqqa qarshi dori vositalar, epilepsiya shakli, tutqanoq xurujini turi va epilepsiya kasalligini davomiyligi Zenkov L.R., Muxin K.Yu., Petruxin A.S., Gafurov B.G., Shomansurov Sh.Sh. va boshqa tadqiqotchilarning ilmiy ishlari asosida shakllangan.

Tadqiqot maqsadi. Epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarning kognitiv funksiyalarini oʻrganish bilan ularni hayot sifatini yaxshilash chora tadbirlarini ishlab chiqish.

Tadqiqot vazifalari.

1. Epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarni kliniko-patogenetik tahlil qilish.
2. Epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarni kasallik davomiyligiga qarab kognitiv disfunktsiyalarini oʻrganish va tahlil qilish.
3. Epilepsiya rivojlanishidagi muhim etiologik faktorlarni aniqlash va tahlil qilish.

Tekshiruv usullari. Epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarni kliniko-nevrologik tekshiruvlar oʻtkazib tahlil qilish. Funktsional tekshiruv usullari: EEG, MRT. Kognitiv funktsiyalarini tekshirish maksadida neyro-psixologik testlar utkazish (MOKO test, MMSE test). Olingan maʼlumotlarni Styudent usuli buyicha statistik taxlil qilish.

Ilmiy yangiligi. Ilmiy ishda epilepsiya bilan ogʻrigan bemorlarni kognitiv funksiyalarini oʻrganish bilan ularni hayot sifatini yaxshilovchi chora-tadbirlar tizimi ishlab chiqildi.

Ilmiy ish hajmi: Dissertatsiya 78 betdan iborat boʻlib? ...jadval va ...diagramma saqlaydi

Publikatsiyalar:

1-BOB. Adabiyotni sharhlash.

1.1. Epilepsiyada neyropsixologik tadqiqotlar.

1.1.1 Epilepsiyada tekshiruvlar o'tkazish tarixi.

Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda yuqori tafakkur funksiyalarni o'rganish (YTF) kasallik va kognitiv buzilish o'rtasidagi munosabatni o'rganishda yangi davrni ochdi. Epilepsiya bo'yicha neyropsixologik tadqiqotlar XIX asrning oxiri, XX asrning boshlaridan boshlab faol ravishda amalga oshirila boshlandi. V.M. maktabi, Bextereva, E. Kraepelin, S.S. Korsakov tomonidan sensor-motor reaksiyalari, faol e'tibor, qo'l-ko'zni muvofiqlashtirish, aqliy ishlash, xotira, fikrlash o'rganildi. Shu maqsadda maxsus texnikalar ishlab chiqilgan.

Ko'plab o'n yillar davomida intellektual-mnestik, hissiy sohalarning xususiyatlari, shuningdek epilepsiya bilan kasallangan bemorning shaxsiyati to'g'risida g'oyalar shakllandi. E. Kraepelin davridan beri bemorlarning intellektual-mnestik, hissiy-shaxsiy sohasi va nutqida namoyon bo'ladigan harakatsizlik, ruhiy faoliyatning sustligi, sustligi va yopishqoqligi epilepsiya bilan og'rigan bemorlarga E. Kraepelin davridan beri eng xarakterli hisoblanadi (Muxin K.Y., Pilayeva O.A.2017).

Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning fikrlashlari, neyropsixologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, umumlashma jarayonlari darajasining pasayishi, konkretlik, assotsiativlik, puxtalik, tafsilotlarga moyilligi, qattqlik va qat'iyat ko'rinishidagi dinamik tomonining buzilishi bilan tavsiflanadi (Rubinshteyn S. Ya., 1999; Luriya A.R., 2010; Blexer V.M., 2011; Zeigarnik B.V., 2015). Shuningdek, mavhum va konstruktiv fikrlashning buzilishi, "epileptik rezonans" holatlari qayd etilgan. (Bleyxer VM, 2006). Umuman olganda, kasallikning turli xil og'irlikdagi bemorlarida fikrlash buzilishi darajasi keng doirada o'zgarib turadi, ammo aqliy faoliyatdagi o'zgarishlar o'zlarining xususiyatlarini saqlab qoladi, bu miya organik patologiyasi bo'lgan bemorlarga juda xosdir (Zavadenko N.N.2017). Ushbu g'oyalar ko'pincha epilepsiya patogenezi va terapevtik yondashuvlarini o'rganishda sezilarli yutuqlarga qaramay bir kitobdan boshqasiga o'tadi, shuning uchun klinik haqiqatni

to'liq aks ettira olmaydi. Zamonaviy tadqiqotlarga ko'ra (Aldenkamp A.R. va boshq., 1998, 2013; Thompson PJ, Duncan JS, 2015; Meador KJ, 2012; Gessen E., Lossius M. va boshq., 2016), epilepsiya kasalliklarida kognitiv buzilishlar hech qanday ma'noga ega bo'lmay doim ham yuzaga kelmaydi va juda o'zgaruvchan.

Epilepsiya klinikasida neyropsixologiya usullarini ishlab chiqish va qo'llash, birinchi navbatda, kasallikni jarrohlik yo'li bilan davolash bilan bog'liq holda o'choqlarningning topikal diagnostikasini yaxshilash, miya operatsiyasini boshdan kechirgan bemorlarda buzilgan funktsiyalarni tiklash dinamikasini baholash uchun zarur edi.

Epilepsiya bo'yicha tizimli neyropsixologik tadqiqotlar V. Penfild klinikasida o'tkazila boshlandi. Penfield W., Perot P., 1963, vaqtinchalik chakkaning chuqur tuzilmalarini elektr stimulyatsiyasi bilan xarakterli hissiy, kognitiv va idrok yetishmovchiligini birinchi bo'lib qayd etdi. Biz epileptik tutqanoqlar bilan bog'liq holda miya yarim sharlari ayrim joylarini rezeksiya qilgan bemorlarda nutq, gnosis va xotira buzilishlarining klinik ko'rinishini o'rganib chiqdik. Shu asosda miyaning funksional anatomiyasi aniqlandi, takroriy neyroxirurgik aralashuvlarga ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar shakllandi. Shunday qilib, qisqa muddatli xotiraning buzilishi (verbal va noverbal) gipokampusdagi o'choq hajmiga bog'liqligi ko'rsatildi. Tadqiqotchilar fikricha, qisqa muddatli xotira izlarini birlashtirish jarayoni gippokampusdagi o'choq tufayli buzilgan bo'ladi. (Yesetova A.A., Amanova E.O., Latiyeva M.Sh. 2018).

Boshqa ishlarda, chakkaning kortikal tuzilmalarining vaqtinchalik xotira funksiyasini ta'minlashda mediobazal mintaqalar, xususan, gipokampus bilan taqqoslaganda sezilarli darajada katta roli qayd etilgan. Shunday qilib, Ya.A. Meerson, 1981 yil, oddiy va murakkab vizual tasvirlarni tanib olish jarayonlarini o'rganayotganda, faqat neokorteksni olib tashlagan bemorlarda qisqa muddatli xotira ko'proq zarar ko'rishi va gipokampus uzoq muddatli xotira va o'quv jarayonlari zarar ko'rishi ko'rsatildi.

Shu bilan birga, ko'plab klinik va psixologik tadqiqotlar shuni ta'kidlaydiki, epilepsiya bilan og'rikan bemorlar uchun ruhiy o'zgarishlar geterogen va har doim ham aniqlanmaydi (Rudakova I.G., Belova Y.A., 2017). Ular o'zgaruvchanligi, kasallikning ayrim shakllari bilan o'zaro bog'liqligi, xususan, idiopatik va simptomatik epilepsiya ruhiy kasalliklari sezilarli darajada farq qiladi (Deonna T., Zesiger R. va boshq., 2010; Meador KJ, 2012; Engelberts N. va boshq.; Carreño M., Donaire A. va boshq., 2018; Shehata GA, Bateh A., 2019). Bir qator mualliflar epilepsiyadagi ruhiy buzilishlar intellektual-mnestik va emotsional-shaxsiyat buzilishlariga emas, asosan "chegara" shaklida kuzatilishini ko'rsatdi (Toropina G.G., Arina G.A. 2014) va biologik, individual psixologik va ijtimoiy omillarning kombinatsiyasiga bog'liq (Vasserman L.I., 2018). Shunday qilib, 2014 yil A.Methes epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning taxminan 50% shaxsiy xususiyatlariga ko'ra aholining o'rtacha darajasidan farq qilmasligini va ularning pozitsiyasini ularga bog'lash mumkinligini ko'rsatmoqda: epileptik bemor - bu oddiy odam, ba'zida u bilan g'ayrioddiy narsa yuz beradi.

1.1.2. Epilepsiya paytida kognitiv kasalliklar rivojlanishining etiopatogenetik omillari.

Epilepsiya - bu hissiy holatga va umumiy sog'liqqa, o'z qadr-qimmatiga, ish bilan ta'minlanish va daromad olish imkoniyatlariga va shaxslararo munosabatlarga ta'sir qiluvchi stigmatizatsiya qiluvchi kasallik.

Zamonaviy adabiyotda epilepsiya va kognitiv buzilishlar o'rtasidagi munosabatlar muammosi keng muhokama qilinmoqda. Ko'p sonli nashrlar ushbu nashrga bag'ishlangan (Shalkevich L.V. 2014, Kalmikova G.V 2015, Aldenkamp AP, 2010; Hermann BP, 2016; Loring DW, Meador KJ, 2014; Elger CE, 2014; Gessen E., Lossius M., 2016; Piazzini A., Canevini MP va boshq., 2016).

Epilepsiyada ruhiy kasalliklarning spektri nihoyatda keng. Shifokor amaliyotida eng qulayi bu ularning paroksizmal va paroksizmal bo'lmagan - davriy va surunkali (Rudakova I. G. 2017) bo'linishidir.

Epilepsiyada yuqori tafakkur funksiya buzilishlarining kelib chiqishida turli omillar rol o'ynaydi. JSST mutaxassislari, 2008 yil N. Gastaut boshchiligidagi quyidagilarning asosiy ahamiyati ta'kidlandi:

- miyaning organik o'choqlari, ayniqsa limbik tizim, natijada epileptik tutqanoqlarning o'zi ham, ruhiy kasalliklar ham bo'lishi mumkin;
- epileptik fokus, uning ishlash tartibini butun miyaga yoki uning muhim qismiga yuklagan holda, uning funksiyasini buzadi, bu yaqinda tashkil etilganidek, epileptik tutqanoq bilan birgalikda va ularsiz yuzaga keladigan turli xil xatti-harakatlarda va boshqa kasalliklarda o'zini namoyon qilishi mumkin. XEQL faoliyatida katta yutuq bu epileptik ensefalopatiyaning ta'rifi bo'lib, unda epileptiform bo'shliqlar o'zlarining nevrologik va aqliy funksiyalarining izchil buzilishini keltirib chiqarishi mumkin. Ma'lumki, simptomatik epilepsiya paytida epileptik fokusni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash va ba'zi holatlarda butun ta'sirlangan yarim sharda epileptiform faollik paydo bo'ladi (hemisferektomiya), qoida tariqasida, u yoki bu bilan, ba'zida esa ruhiy kasalliklarning regressiya darajasining kutilmagan darajasi bilan birga keladi;
- epilepsiya tashxisining roli, bu yorliq, isnod, kundalik hayotda va kasbiy faoliyatda bir qator cheklovlarga olib keladi. Oxir oqibat, bu bemorda ruhiy tushkunlik va boshqa ruhiy kasalliklar bilan birga bosqichma-bosqich ko'ngilsizlikni keltirib chiqaradi, tutqanoqning o'zi bemorning sog'lig'i va ijtimoiy farovonligiga doimiy tahdid sifatida tutadigan rolini gapirmasa ham bo'ladi;
- mumkin bo'lgan va ba'zi hollarda AEDning aniq roli, bu e'tiborning pasayishiga, aqliy jarayonlarning tezligiga va boshqa buzilishlarga olib kelishi mumkin.
- epileptik tutqanoqlarni ham, ruhiy o'zgarishlarni ham keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan genetik omilning roli istisno etilmaydi.

Kostilyov A.A., Pizova N.V. 2013 yildagi tadqiqotlarida kognitiv buzilishlarni shakllantirishda genetik omilning roli haqida ishonchli dalillar olingan bo'lib, ular prognoz jihatdan qulay shakllarda ham epilepsiya, masalan, centrotemporal yopishqoqlik bilan rolandic chandiqlar, idiopatik oksipital epilepsiya, e'tibor, xotira va aql-idrokda kamaygan. Kognitiv kasalliklarning chastotasi jihatidan

kasallikning idiopatik va simptomatik shakllari o'rtasida sezilarli farqlar mavjud emasligini ko'rsatgan bir qator mualliflarning fikriga ko'ra (Voronkova K.V. 2012, Pizova N.V. 2015) intellektual funksiyalarga nisbatan idiopatik epilepsiya ustunligi to'g'risida an'anaviy fikr rad etilgan.

Shu bilan birga, genetik jihatdan aniqlangan epilepsiyalarda kasallikning fokal shakllarida aniqroq aniqlangan kognitiv buzilishlar, umumiy shakllarda esa kognitiv funksiyalarning sifat jihatidan turli xil buzilishlari mavjudligi haqida dalillar mavjud (Jambaque I. va boshq., 2017).

Demak, yuvenil mioklonik epilepsiya (YME) bilan, D. Janz, Xristian V., 2017 fikriga ko'ra, bemorlarning intellekti odatda normaldir, ammo hissiy nostabillik, puerilizm, ularning kasalliklarini kam baholash va hattoki yengil eyforiya, integratsiya, shifokor bilan yomon hamkorlik va tavsiya etilgan rejimni buzish ijtimoiy qiyinchiliklarga olib keladi.

V.V. Kalinin, 2016; D. Vucinic va boshq., 2017; A. Piazzini va boshq., 2008, YME-da psixikaning o'ziga xosligini frontal sindromning namoyishi sifatida tasdiqladi.

Kasallikning boshlanishining kognitiv buzilishlarning shakllanishiga ta'sirini o'rganish (Muxin K.Y. 2017) shuni ko'rsatdiki, ularning og'irligi kasallik boshlangan davrdagi yoshga bog'liq, shuning uchun epilepsiya erta boshlanishi kognitiv nuqsonning yanada jiddiyligiga olib keladi. Shu bilan birga, epilepsiya bilan kasallangan kattalar bemorlarida miya jarayonlarining past plastisitivligi tufayli xotira buzilishining rivojlanish xavfi yuqori (Lendt M. va boshq., 2009).

Shunday qilib, ikkita mustaqil tadqiqotlar natijalariga ko'ra (Jokeit N., Ebner A., 2013, Tompson PJ, Duncan JS, 2015) kasallikning boshlanishida bemorning yoshi emas, balki kasallikning davomiyligi kognitiv funksiyalarga sezilarli ta'sir ko'rsatishi ko'rsatildi. Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, kasallikning yigirma yildan ortiq davom etishi kognitiv va aqliy jarayonlarning sezilarli darajada yomonlashishi bilan bog'liq. Mualliflarning ta'kidlashicha, ikkilamchi neyrokimyoviy

va neyrofiziologik buzilishlar juda sekin, ammo barqaror kognitiv pasayishni keltirib chiqaradi.

J. Teylor, G. Beyker, 2017 y., AED terapiyasini tayinlashdan oldin va 3 va 12 oy o'tgach, yangi aniqlangan epilepsiya bilan kasallangan 233 bemorning neyropsixologik holatini baholadi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, yangi epilepsiya tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarda normal populyatsiya qiymatidan farqli o'laroq psixomotor tezligi, xotirasi, ma'lumotni qayta ishlash va kayfiyati pasaygan. Mualliflar epilepsiya kognitiv jarayonlarga disfunktsional ta'sir ko'rsatadi, deb hisoblashadi.

Fokal epilepsiya bilan kasallangan katta yoshdagi 136 nafar bemorda 10 yil va undan ko'proq vaqt oralig'ida neyropsikologik tekshiruv natijalarini tahlil qilgan PJ Tompson, JS Duncan, 2015 yilga ko'ra, kognitiv buzilish va kasallikning boshlanish yoshi o'rtasida hech qanday bog'liqlik topilmadi va shuning uchun hech qanday dalil yo'q. Kasallikning erta yoshi kognitiv pasayish uchun xavf omilidir. Mualliflarning ta'kidlashicha, bu kasallik boshlanganda yosh ikkinchi darajali xarakterga ega degani emas, lekin u katta yoshdagi bemorlarga qaraganda bolalarda kognitiv buzilishlarning rivojlanishida katta rol o'ynashi mumkin. Mualliflarning fikriga ko'ra, YTH holatiga eng muhim ta'sir kasallikning davomiyligi va tutqanoqlarning chastotasi, ayniqsa umumiy konvulsiv tutqanoqlarning ahamiyati katta.

Ko'plab tadqiqotlar tutqanoqlar chastotasining kognitiv buzilishning og'irligiga ta'sirini o'rganib chiqdi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda IQ qiymatini tahlil qilib IQ pasayishi va tutqanoq chastotasi o'rtasida aniq bog'liqlikni aniqladi (Pilayeva A.O., Petruhin A.S. 2016).

Tutqanoqlar va uyg'onish sikli o'rtasidagi munosabatlar ham rol o'ynaydi. Karlova V.A.ning so'zlariga ko'ra, 2010 yil, og'ir ruhiy o'zgarishlar bilan og'rigan bemorlarda asinxron tutqanoqlar sinxronlarga qaraganda 2,2 marta tez-tez aniqlangan. R.G. Biniashvili, 2015 yil, uyqudagi ruhiy buzilishlar va uyg'onish epilepsiyasi o'rtasidagi sifat farqlariga ishora qiladi: birinchi holda, xulq-atvorning

o'ziga xosligi fonida tashvish-depressiv xususiyatlarning ustunligi (gipoxondriya tarozisida profilning oshishi, namoyishkorlik, shizoidlik), ikkinchidan - kayfiyatning pasayishi, rejimning mavjudligi tashvish va shizoid miqyosida profilning ko'tarilishi bilan bog'liq xatti-harakatlar va fikrlashlar aniqlangan.

Kognitiv nuqsonlarni rivojlanishida miyadagi tarkibiy o'zgarishlarning ahamiyati klinik va eksperimental tadqiqotlarda ko'rsatildi. Shunday qilib, allaqachon epilepsiya boshlanganda, MRT natijalariga ko'ra, aniqlangan tuzilish anormalliklari bo'lgan bolalar, tafakkur o'zgarishi, til, nutq va ijro etish funksiyalari va og'zaki xotira darajasida, tarkibiy o'zgarishlarsiz bolalar bilan taqqoslaganda (Byars AW va boshq., 2017). Miyadagi tarkibiy o'zgarishlar remissiya holatida bo'lgan bemorlarda ham kognitiv pasayish uchun xavfli omil bo'lib HSmoqda (Hessen E., Lossius MI va boshq., 2016).

Bundan tashqari, miya to'qimalarida tizimli o'zgarishlarning og'irligi va kuchayishi asosan takroriy epileptik tutqanoqlar bilan aniqlanadi, ayniqsa limbik tizim tuzilmalari anoksishemik o'zgarishlar bilan birga,, bu bevosita xotira, hissiyotlar, vegetativ tartibga solish kabi muhim funksiyalar bilan bog'liq (Vlasov P.N.2017). Epileptik fokusda yangi neyronlararo munosabatlar darajasi o'rnatiladi, ma'lumki, o'ziga xos tarzda ma'lumotlarni qayta yozadigan neyronlarning funksiyalari o'zgaradi. Miyani diffuz ravishda o'z ichiga olgan chiqindilar miyaning umumiy funksional faolligini pasaytiradi va o'zgartiradi, bu esa hushyorlik, ong, yo'naltirilgan e'tibor, his-tuyg'ular va impulslarni boshqarish, fikrlash, xatti-harakatlarni rejalashtirish va tashkil qilishda qiyinchiliklarga olib keladi. Ushbu kognitiv jarayonlarning vaqtincha epileptik ajralmalar tufayli parchalanishi bemorning butun ijtimoiy faolligini buzilishiga olib keladi,

Epileptiform faoliyatning kognitiv sohaga salbiy ta'sirining o'rne ko'plab mualliflar tomonidan tan olingan (Aldenkamp A.R. 2013; Gonsales-Garrido A.A. va boshq., 2010; Gordon N. 2015). Tranzitor kognitiv buzilishlarni tahlil qilish epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda sog'lom tengdoshlar bilan taqqoslaganda xatolar sonining sezilarli darajada ko'payganligi va reaksiya vaqtining uzayganligini aniqladi,

paroksizmal EEG kasalliklari epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning 87,9 foizida va nazorat guruhidagi bolalarning 5 foizida (Gonsales-Garrido A 2012) kuzatildi. EEGdagi subklinik razryad hushyorlik va e'tiborni saqlash vazifalarining bajarilishini pasaytiradi, bu nutq qobiliyatlarini shakllantirishning buzilishiga, og'zaki va operatsion intellektual ko'effitsientning sezilarli pasayishiga olib keladi (Gordon N., 2015)

Temporal qism epilepsiya YTH buzilishlarining paydo bo'lishi va og'irligi jihatidan birinchi o'rinda turadi. Epilepsiyadagi fokal lateral temporal qism epileptik oqimlari uzoq muddatli (kunlar, haftalar) sezgir afaziyaga (chap yarim sharda) va akustik og'zaki bo'lmagan agnoziyaga (o'ng yarim sharning lokalizatsiyasida) ular hozirgi kunda konvulsiv bo'lmagan qisman holat epileptikus olib kelishi mumkin, (Wieser HG va boshq., 2015). Jiddiy afatik va agnostik kasalliklardan tashqari, yengilroq, ammo klinik jihatdan ifodalangan va neyropsikologik testlar, YTH buzilishlari bilan tasdiqlangan dalillar mavjud. Chap temporal qismdagi fokuslar bilan nutq funksiyasining buzilishi, o'ngdagi fokuslar, akustik tahlil va nutqdan tashqari sohadagi sintezdagi nuqsonlar (uy tovushlarining identifikatsiyasini buzish, kuylarni idrok etish va ko'paytirishning buzilishi - ekspresiv va ta'sirchan amuziya, ovozlarni jinsi, yoshi, tanishligi bo'yicha identifikatsiya qilish buzilishi), vizospatsional xotira, motivatsion buzilishlar, giper- va giposeksualizm (Janszky J., Jokeit N. va boshq., 2014; Zenkov II .P., 2017) yuzaga keladi. Hipokampal girusni va u orqali va limbik tizimning boshqa qismlarini o'z ichiga olgan limbik (mesial) fokuslar bilan bog'liq bo'lgan tranzitor temporal epilepsiyalarining o'ziga xos namoyon bo'lishi murakkab avtomatlashtirilgan xatti-harakatlar, his-tuyg'ular, xotira va motivatsiyalarning buzilishini keltirib chiqaradi (Zenkov II.P., 2017).

Istiqbolli tadqiqotda V.R. Hermann va boshq., 2016 yil, tranzitor temporal epilepsiyasida kognitiv buzilishlar prognozini o'rganishga bag'ishlangan bo'lib, quyidagi prediktorlarni aniqladi: chap hipokampus hajmining pasayishi, aqlning dastlab past darajasi, kasallik davomiyligi, miyaning boshqa qismlari hajmining

pasayishi, qarilik. Epileptik tutqanoqlar va epileptik preparatlarning kognitiv pasayishni bashorat qiluvchi omillari sifatida ahamiyati tasdiqlanmagan.

Hipokampal skleroz bilan og'rigan vaqtinchalik chakka epilepsiyasi bilan og'rigan bemorlarning xotirasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ta'sirlangan hipokampusning faollashishi eng yuqori darajaga bog'liq testlar va qarama-qarshi hipokampusning faollashishi, aksincha, eng past ko'rsatkichlar bilan, bu operatsiyadan keyingi davrda verbal xotiraning yomonlashishini taxmin qiladi. Ushbu ma'lumotlarga asoslanib, ta'sirlanmagan hipokampusda plastisitni qayta tashkil etish jarayonlari samarasiz bo'lib, bu xotira buzilishining oldini olmaydi (Richardson M.R., Strange B.A. va boshq., 2014; Powell HW, Richardson MP va boshq., 2017)

Frontal hududlarning shikastlanishi bo'lgan bemorlarda o'tkazilgan klinik va neyropsikologik tadqiqotlar ikkita neyropsikologik sindrom guruhini ajratishga olib keldi: a) lateral (konveksital) o'choq sindromlari; b) mediobazal frontal o'choq sindromlari. Yanal frontal sindromlar (premotor va prefrontal) harakatlar, nutq va intellektual harakatlar disautomatsiyasining turli shakllari bilan ajralib turadi, xotira funksiyasi esa nisbatan buzilmagan bo'lib qoladi. Mediobazal frontal sindromlar asosan emotsional va shaxsiy buzilishlar, shuningdek, xotira jarayonlarining buzilishi va psixologik jarayonlarning selektivligi bilan ajralib turadi, motor funksiyalari, rasmiy mantiqiy operatsiyalar va nutq jarayonlari nisbatan buzilmagan bo'lib qoladi (Vlasov P.N.2018).

Xavfsiz epilepsiya deb ataladigan turli xil shakllarni o'rganish epileptik tutqanoqlarsiz epileptik fokus joylashadigan odamlarning ustunligini aniqladi, ammo aniq nerv-psixiatrik kasalliklar: 100% sentrotemporal yopishqoqlik bilan, bemorlarning atigi 8 foizida rolandik tutqanoqlarning klinik ko'rinishi bo'lganligi aniqlandi. (Stefani U., Carlsson G., 2016). Epileptik tutqanoqlarning mavjudligi va yo'qligi bilan oksipital yopishqoqlikda jiddiy buzilishlar aniqlandi (Gobbi G. va boshq., 2016).

Yuqorida aytib o'tilganidek, so'nggi yillarda epileptologiyaga yangi ta'rif kiritildi - epileptik ensefalopatiya, bu doimiy epileptiform faollikning o'zi nevrologik

va aqliy funksiyalarning tobora yomonlashuviga olib kelishi mumkin. Muhokama qilinayotgan muammoga mahalliy tadqiqotchilar katta hissa qo'shdilar.(Vlasov P.N., Orekhova N.V., Antonyuk M.V., Filatova N.V., Schneider N.A., Dmitrenko D.V., Zobova S.N.2017)

S.I.Shevelchinskiy va boshqalarning 2014 yilgi tadqiqotlarida, tutqanoqlari bo'lmagan 60 nafar bolalarning EEG-ni to'liq klinik tahlillari o'tkazildi, ammo ICD-10 tekshiruviga ko'ra ularga giperkinetik buzuvchilik, oiladagi xulq-atvor buzilishi, ijtimoiy bo'lmagan va ijtimoiy holatdagi xatti-harakatlarning buzilishi va hk. Ushbu holatlarning barchasida EEG epileptik faollik yoki 200-1000 mV amplituda bo'lgan a-, b- va 9-diapazonlarda yuqori amplituda ikki tomonlama sinxron chaqnashlarni aniqladi, bular ham epileptik disfunksiyaning belgilari deb hisoblanadi. Bunday holatlar ro'yxatga olingan kasalliklarga chalingan bemorlar orasida 5% ni tashkil etdi. Ushbu ma'lumotlar 2015 yilda J. Rowan va L. Tuchman tomonidan olingan natijalarga yaqin bo'lib, ular epileptik tutqanoqlarsiz aqliy funksiyalarining regressiyasiga uchragan bolalarning 8 foizida epileptik faollikni aniqladilar.

Epileptik ensefalopatiyani izolyatsiya qilish foydasiga asosiy dalillar - bu kasallikning klinik ko'rinishlari (nevrologik va aqliy funksiyalarning tobora yomonlashishi) epileptik tutqanoqlar, xarakterli ensefalografik o'zgarishlar mavjudligi, antiepileptik dorilarning, ayniqsa valproatlarning ijobiy ta'siri. (Dulac O., 2011).

So'nggi yillarda epilepsiya davolashda o'nlab yangi antiepileptik dorilar (AED) kirib keldi, bu terapevtik usullarni sezilarli darajada kengaytirdi. Kognitiv buzilishlarning AEDga bog'liqligini o'rganish qiziq.

Dori vositalarining haqiqiy terapevtik ta'sirini baholashda muayyan uslubiy qiyinchiliklar mavjud, chunki ularni tutqanoq, EEGdagi epileptiform faollik, miyaning organik shikastlanishi va boshqalar ta'siridan ajratib bo'lmaydi (Aldenkamp A.R., 2003; Gessen E., Lossius M. va boshq.). , 2006). Shu nuqtai nazardan, terapiyani boshlashdan oldin va AED qabul qilgandan keyin bir muncha vaqt o'tgach

yoki antiepileptik dorilarni qabul qiladigan sog'lom ko'ngillilarda kognitiv funktsiyalarni o'rganish bilan bog'liq bemorlarni o'rganish ayniqsa istiqbolli ko'rinadi.

J. Venneulen va A.R. Aldenkamp, 2015 yil, 25 yil davomida nashrlarning meta-tahlilini o'tkazdi. Eng muhim xulosalardan biri: barcha an'anaviy AEDlar AED bo'lmagan bir xil bemorlarning holatiga nisbatan kognitiv funktsiyalarga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Fenobarbital va fenitoin kognitiv funktsiyalarga karbamazepinlar va valproatga qaraganda sezilarli darajada salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Aldenkamp A.R.ning tadqiqotida. va boshq., 2015 yilda takroriy neyropsixologik tekshiruv bir yildan ortiq vaqt davomida tutqanoq remissiyasi bo'lgan o'spirinlarda AED to'xtatilgandan so'ng o'tkazildi. Tadqiqotning maqsadi terapiyaning yon ta'sirini va boshqa omillar ta'sirini, shu jumladan haqiqiy tutqanoqlarni ajratish edi. Parametrlar: reaksiya tezligi, kontsentratsiya, faollik / charchoq, xotira, uyquchanlik, depressiya, tajovuzkorlik va giperaktivlik edi. Terapiyani to'liq to'xtatgandan 4 oy o'tgach o'tkazilgan takroriy tadqiqotda ko'p parametrlar bo'yicha farqlar topilmadi. AEDlar (karbamazepin, valproat, fenitoin) to'xtatilgandan so'ng yaxshilanish faqat charchoq nuqtai nazaridan kuzatildi.

S. Park, K. Kang va boshq. 2017 yildagi tadqiqotda, "yangi" AEDlarning (lamotrijin, topiramat, okskarbazepin, zonisamid) bilish funktsiyalariga ta'siri valproat bilan taqqoslangan. Valproat bilan taqqoslaganda lamotrijin va okskarbazepinni qabul qiladigan bemorlar guruhida kognitiv funktsiyaga ta'sirida statistik jihatdan ahamiyatli farqlar bo'lmaganligi ko'rsatildi. Biroq topiramat va zonisamid guruhlari eng yomon ko'rsatkichni namoyish etishdi. Kognitiv buzilish holatlari quyidagicha taqsimlandi: valproat (14%), okskarbazepin (17%), lamotrijin (20%), topiramat (44%), zonisamid (54%).

Shunday qilib, o'tkazilgan tadqiqotga ko'ra (Aldenkamp A.R. va boshq., 2003), topiramat tarkibida 4 yil davomida saqlanib HSish darajasi 30 foizni tashkil etganligi va bemorlarning 70 foizida preparatni bekor qilishning asosiy sababi kognitiv sohadan kelib chiqqan nojo'ya ta'sirlar ekanligi ko'rsatildi. Topiramatni qabul qilishda

ushbu buzilishlar GAMK-ergik tizimning miyaning frontal qismlariga ta'sirini ingibitiv ta'siriga asoslangan deb taxmin qilinadi (Antai-Otong D, 2015).

Boshqa bir ishda, Meador K.J., 2017 yilda topiramat dozasini tezroq ko'tarilishi bilan taqqoslaganda sekinroq titrlash, xotiraga, nutq ravonligiga, sensomotor reaksiyalar tezligiga ozroq salbiy ta'sir ko'rsatishi ko'rsatilgan.

Ko'p sonli neyropsixologik tadqiqotlar lamotrijinga bag'ishlangan (Aldenkamp A.R., Baker G., 2015). Dori-darmonlarni kuniga 120 va 240 mg dozada qabul qilgan sog'lom ko'ngillilarga bag'ishlangan tadqiqotda lamotrijinning kognitiv sohaning tomonlari sezilarli o'zgarishlarga olib kelmagani ko'rsatildi.

M.J.Brodi va boshq., 2011 yilga ko'ra, lamotrijin karbamazepin bilan taqqoslaganda kognitiv funktsiyaga uzoq muddatli foydali ta'sir ko'rsatadi.

Ko'pgina klinik tadqiqotlarga ko'ra, levetiratsetamning bemorning hayot sifatini belgilaydigan aqliy parametrlarga foydali ta'siri ko'rsatilgan (Bird JM va boshq., 2013; Huber B. va boshq., 2014; Kelly K., va boshq., 2014; Zhou B. va boshqalar. al., 2017). Platsebo tomonidan boshqariladigan tadqiqotlar ijtimoiy faoliyat va kognitiv funktsiyalarning sezilarli darajada yaxshilanganligini ko'rsatdi (Kramer JA, Arrigo C. va boshq., 2010;). A. Piazzini va boshq., 2016, fokal epilepsiya bilan kasallangan 35 bemorda neyropsikologik parametrlarni taqqosladi. Lvetiratsetam guruhidagi kognitiv parametrlarning o'sha davrda qabul qilmagan nazorat guruhiga nisbatan statistik jihatdan sezilarli yaxshilanishi kuzatildi. Muhim yaxshilanish og'zaki nutq ravonlik va boshqa lingvistik funktsiyalar e'tibor darajasida bo'ldi. Mualliflar, lotin levetiratsetam bo'lgan piratsetam ta'siriga o'xshash ta'sir mexanizmlaridan biri sifatida nootrop ta'sirni taklif qilishadi.

Autizm rivojlanishida epileptik miya disfunktsiyasining alohida rolini hisobga olgan holda (Zenkov JI.P., 2016), levetiratsetam bolalik autizmini davolashda ishlatiladi, risperidon, karbamazepin, dizipramin bilan muvaffaqiyatsiz davolangan bolalarda Axenbax tajovuzkor shkalasi yaxshilandi (Rugino T.A. va boshqalar, 2012)

Ko'pgina tadqiqotlarga ko'ra, YTHdagi o'zgarishlar barbituratlar tayinlanishi bilan sodir bo'ladi (Wallace S., 2014; DW Loring, K J. Meador, 2011). Sog'lom ko'ngillilarga bag'ishlangan tadqiqotda fenobarbital guruhda fenitoin va valproat bilan solishtirganda eng yomon ko'rsatkich qayd etilgan (Meador KJ, Loring DW, Mur EE va boshq., 2011).

CB Dodrill, AJ Wilensky, 2002 yilga ko'ra, terapiyani boshlaganidan 5 yil o'tgach, neyropsikologik testlarga ko'ra fenitoin bilan davolash paytida sezilarli kognitiv buzilishlar kuzatilmagan. Shunga o'xshash natijalar boshqa tadqiqotlarda ham olingan (Pulliainen V, Jokelainen M., 2004; Smit KR, Goulding PM va boshq., 2004).

Ba'zi tadqiqotlarga ko'ra karbamazepin e'tibor va ishchi xotiraning pasayishiga olib kelishi mumkin (Devinskiy O., 2013). Sog'lom ko'ngillilarda yuqori dozali karbamazepindan foydalanganda diqqat va reaksiya tezligi funksiyalari bilan bog'liq testlarni bajarishda og'ishlar kuzatildi.

Valproatning kognitiv funksiyaga ta'siri haqida tadqiqotchilarning fikrlari ziddiyatli. Dobrill S. va boshq., 2010, yodlash jarayonlariga salbiy ta'sir ko'rsatdi, diqqatni pasaytirdi, psixomotor tezligi deb hisoblaydi. Shu bilan birga, ba'zi tadqiqotchilar valproat bilan davolash paytida kognitiv funktsiyalar yaxshilanganligini ta'kidlashadi (Wheless JW va boshq., 2014, Andreeva OB, 2011).

AED terapiyasining kognitiv ta'siriga salbiy ta'sirining zo'ravonligi ko'lami ishlatiladigan dorilar soniga bog'liq. monoterapiya salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Epilepsiya bilan og'rigan keksa bemorlarda kognitiv funktsiyalar holati masalasi adabiyotda keng yoritilmagan. RC Martin va boshq. 2015 yil ma'lumotlariga ko'ra, xotira funktsiyasidan tashqari, kasallikning kognitiv buzilish darajasi va davomiyligi, kasallikning boshlanish yoshi o'rtasida o'zaro bog'liqlik topilmadi. Politerapiya bilan shug'ullanadigan bemorlarda YTH ko'rsatkichlari yomon bo'lgan.

Afsuski, epileptikada kognitiv funktsiyalar holatini yaxshilaydigan maxsus dorilarni qo'llash imkoniyatlari epileptik tutqanoqning kuchayishi xavfi tufayli

cheklangan. 2017 yilda. epilepsida kognitiv buzilishlarni yaxshilash uchun atsetilxolinesteraza inhibitori bo'lgan dopensilni randomizatsiyalashgan, ikkita ko'r-korona, platsebo nazorati ostida o'tkazilgan tadqiqot natijalarini e'lon qildi. Kognitiv soha parametrlarida yaxshilanish yo'q edi, ammo preparat tutqanoq chastotasini ko'payishiga olib kelmasligi juda muhimdir. Ehtimol, keyingi dozalarda dopenzilni yoki boshqa atsetilxolinesteraza ingibitorlarini o'rganishda ijobiy natijalar olinadi (Hamberger MJ, Pálme SA, Scarneas N. va boshq., 2017).

Shuni yodda tutish kerakki, epilepsiya bilan og'rigan bemorning psixikasi kabi murakkab toifadagi omillar majmuasi ta'sirini aks ettiradi, bu epileptogen o'choqlardan tashqari, neyronlarning aniq o'zgargan funksiyasi, o'choqning lokalizatsiyasi va lateralizatsiyasi, tutqanoqlarning tabiati va chastotasi, bemorning shaxsiga ta'sir qilish kabi muhim atamalarni o'z ichiga oladi. epilepsiya kasalligi, bemor uchun noqulay va ba'zida halokatli ijtimoiy oqibatlarga olib keladi, bu bemorning hayotida iz HSdiradi va asosan depressiv va anksiyete kasalliklarida namoyon bo'ladi. Bu psixik sohadagi noaniq o'zgarishlarning sezilarli darajasini tushuntiradigan so'nggi omillarning ta'siri (Karlov V.A. 2000).

Shunday qilib, hozirgi vaqtda ko'pchilik mualliflar epilepsiya kasalligida YTH buzilishini tushuntiradigan tushunchalarning hech biri ushbu kasalliklarning barcha xilma-xilligi va murakkabligini to'liq tushuntirib bera olmasligini tan olishadi. Ushbu qoidabuzarliklarning kelib chiqishi masalasini hal qilishda polifaktorial yondashuv ustunlik qiladi, bunga rozi bo'lish kerak.

Epilepsiya bo'yicha YTH tadqiqotlarining adabiyotga muvofiqligi maqsadga muvofiqligi va zarurligi shubhasizdir. Biroq, ko'plab muammolar hal qilinmagan. Neyropsixologik diagnostika va uning natijalarini tahlil qilish epilepsiya klinik ko'rinishlari, ijtimoiy buzilish darajasi va bemorlarning hayot darajasi bilan taqqoslaganda juda kam o'rganilgan. Ko'rinib turibdiki, ushbu masalalarni yanada o'rganish prognostik mezonlarni aniqlash va bemorlarni boshqarish, reabilitatsiya tizimida tuzatish va ijtimoiy va mehnatga moslashish uchun maqbul taktikalarni ishlab chiqish uchun muhim bo'lishi mumkin.

1.2 Epilepsiya va hayot sifati.

Hozirgi vaqtda bemorlarning hayot sifatini (HS) ko'rsatkichlarini yaxshilash epilepsiya davolash strategiyasining asosiy tarkibiy qismidir (Poverennova I.E., Yakunina A.V., Kalinin V.A., Zyryanov S.K., Tishchenkova I.F 2017).

1997 yilda Xalqaro Liga va Xalqaro Epilepsiya Byurosi JSST homiyligida hukumatlar va sog'liqni saqlash vazirliklarini tashxis qo'yish va davolash sifatini oshirish, o'z huquqlarini himoya qilish bo'yicha epilepsiya bilan kasallangan odamlarning ehtiyojlariga e'tibor berishga da'vat etib, "Soyadan epilepsiya" global kompaniyasini boshladi. jamiyatni ushbu patologiya haqida o'qitish va bemorlarga nisbatan bag'rikenglikni oshirish. Kompaniyaning maqsadi epilepsiya bilan kasallanganlarni stigmatizatsiya "soyasi" dan, kasallikning o'zi esa - "soyadan" sog'liqni saqlashning ustuvor yo'nalishlaridan biriga aylantirishdir (Gekht A.B., 2001; Bowis J., 2002; D'Souza S., 2012).

Dalillarga asoslangan tibbiyot davrida hayot sifati bemorning ahvolini, shu jumladan uning hayotining asosiy yo'nalishlari: jismoniy, psixologik, ijtimoiy, ma'naviy ma'lumotlarini muhim ko'rsatkichidir. Bemorning hayot sifatini o'z-o'zini baholash uning umumiy holatining ishonchli ko'rsatkichidir. Bemorning hayot sifati uning holatiga qarab vaqt o'tishi bilan o'zgarib turadi, bu esa terapiyani to'g'rilashga imkon beradi (Korman B., Krsek P., 2013).

Taqqoslanadigan ma'lumotlarni olish va ularni klinik amaliyotda keyingi tatbiq etish uchun hayot sifatini standart baholash - anketalar qo'llaniladi. Bunday anketalarni ishlab chiqish uchun AQSh va Evropada ixtisoslashgan markazlar tashkil etilgan. So'rovnomalarga quyidagi talablar qo'yiladi: ko'p o'lchovlilik, soddalik va qisqalik, maqbullik, turli lingvistik va ijtimoiy madaniyatlarda amal qilish. So'rovnomalalar ishonchli, to'g'ri va sezgir bo'lishi kerak (Holmes G.L., 2016). Hozirda 800 dan ortiq anketa variantlari ishlab chiqilgan. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda tutqanoqning og'irligi o'lchovi (Baker GA, Smith DF va boshq., 1993) qo'llaniladi; "Liverpul" ning hayot sifati ("Liverpul" ning hayoti bo'yicha so'rovnoma) so'rovnomasidan foydalaniladi.

Shunday qilib, S. Vaybe, 2011 yil, ushbu bemorlarning HSini aniqroq o'rganish va ushbu tarozilarni hisoblashdagi xatolarni istisno qilish uchun turli xil tarozilar yordamida dori-darmonlarga chidamli epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning HSini o'rganishdi. HSIE-31, HSIE-89 shkalalari eng ishonchli ekanligi, xato ehtimoli deyarli chiqarib tashlanganligi ko'rsatildi.

Kramer GA va boshq., 2010 y., HSIE-31 o'lchovining eng maqbul ekanligini ko'rsatdi, chunki mavjud podkastlar epilepsiya bilan kasallangan bemorning hayotining barcha jihatlari to'g'risida to'liqroq ma'lumot beradi.

HS (HSIE-31, 10, 89) ni baholash uchun aniq o'lchovlardan foydalangan Klin Leydi N. va boshq., 2012, ushbu anketalar kasallikning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi psixologik va ijtimoiy jihatlarni aks ettiruvchi eng sezgir ekanligini ko'rsatdi.

Shunday qilib, HSIE-31 so'rovnomasining ingliz tilidagi versiyasi dunyoning ko'plab tillariga tarjima qilingan va xalqaro randomizatsiyalangan klinik sinovlarda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda.

Abetz L., Jacoby A. va boshq., 2010, Evropa mamlakatlarida yangi tashxis qo'yilgan epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda HS bo'yicha tadqiqot o'tkazdilar. Turli Evropa mamlakatlarida HS ko'rsatkichlarida farqlar aniqlandi. Ushbu xususiyatlar, ehtimol, turli xil ijtimoiy-iqtisodiy xususiyatlar va bemorlarning psixosotsial farovonligi bilan bog'liq. Ispaniya va Gollandiyada epileptik bemorlarning hayot sifati Frantsiyaga qaraganda yaxshiroq edi. Mualliflar bunga birma-bir tushuntirish berib bo'lmasligini va yanada keng qamrovli o'rganish zarurligini ta'kidlamoqdalar.

Epilepsiyada hayot sifatini o'rganishda epilepsiya bilan og'rigan bemorning kundalik faoliyatiga ta'sir qiluvchi va uning hayot sifatini belgilaydigan turli xil tibbiy, ijtimoiy va psixologik omillarning rolini aniqlash muhim o'rin tutadi. Gillham R., Brayant-Komstuk L., 2010 yil, umuman olganda epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning hayot darajasi pastligi bilan ajralib turishini ko'rsatdi. Terapiya paytida tutqanoqi davom etayotgan bemorlarda bu ayniqsa past. Mualliflarning ta'kidlashicha,

hatto noyob tutqanoqli bemorlarda ham HSning pasayishi kuzatilgan. Epilepsiya bilan og'rigan odamlarda umidsizlik va ambitsiyalarning yo'qligi, o'zini past baholash va ijtimoiy moslashuv pasayganligi haqida ko'proq ma'lumot berishgan.

Hayot sifatiga ta'sir ko'rsatadigan eng muhim omil bu takrorlanadigan, oldindan aytib bo'lmaydigan tutqanoqlar holatidir (Kendrik A., 2017).

J. Collings va boshq., 2000, tutqanoq chastotasi, tutqanoq qo'rquvi va epilepsiya haqida shaxsiy tasavvur epilepsiya bilan og'rigan odamlarning farovonligini bashorat qiluvchi omil ekanligini ko'rsatdi. Hayot sifati va tutqanoqlarning chastotasi o'rtasidagi bog'liqlik haqida fikrlar chambarchasdir (A.B. Hecht va boshq, 2009). Bundan tashqari, AEDning yon ta'siri, kognitiv buzilish, depressiya, tashvish, HSni yomonlashtiradi. HSning tashvish va tushkunlik darajasiga bog'liqligini V.A. Karlov, A.O. Xabibova, 2010 yil o'rgangan.

Tutqanoqlarning yo'qolishi va ular bilan ko'plab muammolar bemorning turmush tarzini tubdan o'zgartiradi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatiga bag'ishlangan dastlabki ishlardan biri epilepsiya bilan og'rigan odam va sog'lom odamning o'z-o'zini anglashi o'rtasidagi farqni tasvirlaydi (Collings J.A., 2009). Farqi bemor tomonidan sezilgan tashxisning ta'siri bilan, shuningdek epilepsiya haqida davolovchi, surunkali kasallik sifatida mavjud bo'lgan ijtimoiy noto'g'ri tushunchalar bilan bog'liq. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlar guruhida o'zini o'zi qadrlash tarzi, hayotdan qoniqish, ijtimoiy zo'ravonlik, jismoniy alomatlar, tashvish va ta'sir muvozanati bo'yicha eng yomon ko'rsatkichlar nazorat guruhiga nisbatan aniqlandi (Collings J.A., 2009; Hayden M. va boshq., 2012). Biroq, tutqanoq chastotasi ijtimoiy muammolarning eng muhim ko'rsatkichi emasligi ta'kidlandi. Moskva davlat tibbiyot va stomatologiya universiteti asab kasalliklari kafedrasida birinchi Hayot sifati bo'yicha ruscha dissertatsiya ishi (Xabibova A.O.,1998) amalga oshirilgan.

A.O. Xabibova ga ko'ra., V.A. Karlova, 1997 yil, hayot sifatiga ta'sir qiluvchi - bu eng muhim omil tutqanoqning og'irligi, keyinchalik bu Sankt-Peterburg tadqiqotchilari tomonidan tasdiqlangan (Gromov S.A.,

Mixaylov V.A., 2005). Ushbu xulosa tushunarli, chunki eng qiyin narsa umumiy konvulsiv xurujlar niqobsiz baholanadi kasallik va jiddiy oqibatlarga olib keladigan (jarohatlar, kuyishlar va boshqalar) o'limga qadar) tutqanoqlar sanaladi. Ushbu talqin qo'llab-quvvatlanadi, J. Santhouse va boshqalarning ma'lumotlari, 2017 yil: xavotir va depressiya darajasining sezilarli darajada oshishi va shunga mos ravishda epilepsiya va kardiogen senkopda hayot sifatining pasayishi, ular oldindan aytib bo'lmaydiganligi, tez rivojlanishi va shikastlanish xavfi bilan ajralib turadi.

BG Vikri va boshq., 2011 yil, epileptik tutqanoqlarning og'irligiga qarab o'ziga xos HSIE-89 shkalasi yordamida simptomatik qisman epilepsiya bilan og'rigan 340 bemorda hayot sifatini o'rgangan. Tutqanoqdan keyingi davrning davomiyligi - tutqanoq zo'ravonligining klinik ko'rsatkichi - tez-tez tutqanog'i bo'lgan bemorlarning hayot sifatining yomonlashishiga sabab bo'lishi mumkinligi ta'kidlandi.

JP Szaflarski, C. Xyuz va boshq., 2013 yil, mualliflarning fikriga ko'ra, depressiya borligi bilan bog'liq bo'lgan, psevdopileptik tutqanoqli bemorlarning epilepsiya bilan og'rigan bemorlarga qaraganda hayot darajasi pastligini ko'rsatuvchi ma'lumotlarni qo'lga kiritdi. Shunga o'xshash natijalar GC Muscas, D. Charismas va boshq., 2010; SM Testa va boshq., 2017. tomonidan qayd etilgan.

Zamonaviy adabiyotda ba'zi bir antiepileptik dorilarning epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatiga ta'siri masalasi keng muhokama qilinmoqda. JA Capray va boshq., 2010 yildagi asari ushbu muammoga bag'ishlangan; FP Serra va boshq., 2010; J. Kramer va boshq., 2011; GL Birbek va boshq., 2012.

Ilgari epilepsiya davolash tamoyillari xurujlarni har qanday narxda yo'q qilish zarurligini taklif qildi, ammo "davolash narxi", ya'ni. bemor uchun mumkin bo'lgan yo'qotishlar, uning dori terapiyasi natijasida olgan foydasiga nisbatan kamroq bo'lishi kerak. Shu sababli, tutqanoqni yo'q qilish (og'irlik darajasining pasayishi) oqilona birlashtirilgan va bemorlarning hayot sifatini talab darajasida saqlab turadigan bunday davolash usuli maqbul ko'rinadi; Maqsadning ustuvor yo'nalishi - bemorning

hayot sifatini yaxshilashga asoslangan zamonaviy epilepsiya davolash konsepsiyasi, shuningdek, shifokorga bemor bilan ayniqsa yaqin hamkorlik vazifasini qo'yadi (Karlov V.A.,2009).

Keksa bemorlarning hayot sifati juda oz o'rganilgan, ammo bu muammo ustida ish bor. GA Baker, A. Jacoby va boshq., 1994, epilepsiya bilan kasallangan keksa bemorlarda hayot sifati yosh bemorlardan farq qilmasligini ko'rsatdi. Mualliflarning ta'kidlashicha, uzoq muddatli epilepsiya bilan og'rigan keksa bemorlarning hayot ko'rsatkichlari yangi boshlangan tutqanoq bilan o'sha yoshdagi bemorlarga qaraganda yaxshiroqdir. Shunday qilib, turli xil kelib chiqishi epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini yoshiga qarab tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 50 yoshgacha va 50 yoshdan oshganida ushbu guruhlar o'rtasida dorilar ta'sirining pastki darajasida sezilarli farqlar mavjud. 50 yoshdan oshgan bemorlar AED ning nojo'ya ta'siridan ko'proq tashvishlanar edilar va dorilar o'z ishini to'xtatadilar. O'z navbatida, bu natijalarga ta'sir korsatadi,

Epilepsiya bilan og'rigan bemorlar uzoq vaqt davomida antiepileptik preparatlarni qabul qilishga majbur bo'lganliklari sababli, to'liq remissiyaga erishish ko'pincha bemorlarning hayot sifatini, ularning ijtimoiy va oilaviy moslashishini pasaytiradigan nojo'ya ta'sirlarga olib keladi, bu esa antiepileptik dorilarning terapevtik ahamiyatini minimallashtiradi (Petruxin AC va boshqalar, 2017).

Antiepileptik dorilarni tayinlashning o'zi antikonvulsantlarning kognitiv va hissiy jarayonlarga: diqqat, fikrlash tezligi, xotira, kayfiyat (Potruxin A.S., Muxin K) ga salbiy ta'siridan kelib chiqqan holda bemorning hayot sifatini yomonlashishi mumkin bo'lgan xavf omili sifatida qabul qilinganligi haqida dalillar mavjud. Yu., Medvedev M.I., 2018).

Har xil antiepileptik dorilarning hayot sifatiga ta'sirini baholash bo'yicha tadqiqotlar olib borilmoqda.

AED yon ta'sirining spektridagi farqlarni ishonchli isbotlash qiyin. Bu tasodifiy sinovlar uchun ham katta muammo. Shifokorlar va bemorlar turli xil

antikonvulsantlarning teng bo'lmagan bag'rikengligini bilishadi. Shunday qilib, turli xil dorilar ta'sirida hayot sifatini va kognitiv funktsiyalarni qiyosiy baholash juda muhimdir (Hays RD va boshq., 2015).

Ch. J. Sackelaes va boshq., 2010 yilda, lamotrijinni valproat bilan davolanarlarga qaraganda 4 marta tez-tez qabul qilgan bemorlarda "sog'likni idrok etish" kabi ko'rsatkichlarda, "energiya / charchoq" ko'rsatkichlarida 2,3 marta yaxshilanganligi, 2, 8 marta - "ijtimoiy izolyatsiya" ko'rsatkichlari yaxshilangan. Boshqa mualliflarning fikriga ko'ra, nisbatan yaxshi klinik effekt hayot ko'rsatkichlarining kichik ijobiy dinamikasi bilan birga kelgan. Shunday qilib, qisman epilepsiya bilan kasallangan 176 bemorda gabapentindan foydalanish bemorlarning 53 foizida tutqanoq chastotasini nazorat qilish yoki kamaytirishga imkon berdi, shu bilan HSIE -10 shkalasi bo'yicha hayot sifati biroz (4,6%) yaxshilandi. Ushbu nomuvofiqlik antiepileptik dorilarni qabul qilish bilan birga keladigan va hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan ko'plab yon ta'sirlarni hisobga olgan holda tushunarli.

A.B.ning so'zlariga ko'ra. Hecht va boshq., 2011, monoterapiya va politerapiya bo'yicha bemorlarning hayot sifatida sezilarli farqlar mavjud. Monoterapiya bilan shug'ullanadigan bemorlar hayotning umumiy sifati va hissiy farovonligi uchun yuqori ko'rsatkichlarni taqdim etdilar.

Hatto past dozada AED olgan bemorlarda ham hayot sifatining yomonlashuvi yuz berdi (Serra FP va boshq., 2012).

Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini baholashda terapiya samaradorligining roli GL Birbek va boshq., 2012 y. Tomonidan o'rganilgan. Mualliflar asosan tutqanoqlarni to'liq yengillashtirgan bemorlarga tegishli ekanligiga e'tibor berib, tutqanoqning pasayishi va hayotning yaxshilanishi o'rtasidagi bog'liqlik haqida xabar berishadi.

Ta'lim, kasb tanlash va ish bilan ta'minlash, oila - bu muvaffaqiyatli davolanish bilan chambarchas bog'liq muammolarning to'liq ro'yxati emas. Ushbu

epilepsiya bilan og'rigan bemorlar toifasiga oid bir qator jiddiy ijtimoiy va mehnat cheklovlari qo'llaniladi, bu esa HSni kamaytiradi (Gekht A.B., 2009).

Epilepsiya bilan og'rigan odamlar sog'lom odamlarga qaraganda ikki marta tibbiy yordamga murojaat qilishadi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda nogironlik darajasi 4% ni, sog'lomlarda esa 1% ni tashkil qiladi. Shikastlanishlar, noxush hodisalar sog'lom odamlarga qaraganda 1,5 martadan ko'proq tez-tez qayd etilib, ushbu hodisalarning 1/3 qismiga tutqanoq sabab bo'ladi, ularning ayrim turlari avtohalokat xavfini oshiradi (Xabibova A.O., 1998).

Hayot sifatini yuqori baholashda psixosotsial funksiyalarning sezilarli ta'siri o'rganilgan (P. Aldenkamp va boshq., 2013 y).

Kasallik boshqalarning bemorga salbiy munosabatini shakllantirishi va ikkinchisining hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtirishi mumkin (Karlova V.A., Xabibova A.O., 2010).

E.N. Mironova, V.A. Mixaylov, 2012 y., Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda nogironlik guruhidagi hayot sifatining aksariyat ko'rsatkichlarini past baholash to'g'risidagi ma'lumotlarni keltiradi, bu tabiiydir.

Epilepsiya diagnostikasi va u bilan bog'liq stigma, buzilgan ijtimoiy aloqalar, psixologik muammolar, o'rganish va ish bilan bog'liq qiyinchiliklar bemorlarning hayot sifatini baholashda muhim ahamiyatga ega (Dobrill CB va boshq., 2010). Yaxshilik hissi bilan bog'liq omillar orasida mualliflar turmush qurganlik, yuqori darajadagi ijtimoiy qo'llab-quvvatlash va yuqori ijtimoiy mavqega ega ekanliklarini ta'kidlashadi.

Shunday qilib, dalillarga asoslangan tibbiyot davrida davolash samaradorligini aniqlash nafaqat standart klinik mezonlarga, balki etarli darajada tadqiqot usullari yordamida olingan hayot sifati ko'rsatkichlariga ham yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Hayot sifati konsepsiyasini qo'llash epilepsiya bilan og'rigan bemorlarni davolash usullarini takomillashtirishga, yangi davolash strategiyasini tanlashda yordam beradi.

Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda hayot sifatini baholashdan foydalanish katta ahamiyatga ega. Ushbu usul epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning tutqanoq chastotasi va hayot sifati o'rtasidagi muvozanatni ta'minlaydigan davolash usulini ilmiy asoslashga imkon beradi (Kendrik A., 2007). Biroq, adabiyot ma'lumotlarini umumlashtirib, biz heterojen anketalar ma'lumotlariga asoslanib, ular asosan chet el mualliflariga tegishli degan xulosaga kelishimiz mumkin. Mahalliy tadqiqotchilar faqat bir nechta tadqiqotlarni amalga oshirishgan.

Bemorning o'zi tomonidan hayot sifatini baholash uning umumiy holatining muhim va ishonchli ko'rsatkichidir. Hayot sifatini o'rganish shifokorga bemorga uning kasalligi va tibbiy va psixologik ta'sirlar jarayonida yuz beradigan o'zgarishlarga qarash uchun noyob imkoniyat beradi. Ushbu hayot sifati an'anaviy tibbiyot fikri bilan bir qatorda kasallikning yaxlit va ob'ektiv rasmini shakllantirishga imkon beradi.

2-BOB. TADQIQOT UMUMIY XUSUSIYATLARI

2.1. Bemorlarning umumiy xususiyatlari.:

- bemorlarning yoshi 18 dan 60 yoshgacha;
- kasallikning davomiyligi kamida 2 yil bo'lgan qisman (simptomatik yoki kriptogen) epilepsiya shakllari;
- AED terapiyasining davomiyligi kamida 2 yil;
- monoterapiyani asosiy AEDlardan biri yoki qisqa muddatli giyohvandlik tarixi bilan boshlash;
- AEDlardan biri bilan monoterapiya paytida epilepsiya remissiyasi bo'lgan yoki kam uchraydigan tutqanoqli bemorlar (yiliga 1-3);

- klinik ma'lumotlarga ko'ra, bemorlarda intellektual-mnestik pasayish va shaxsiyat o'zgarishi kuzatilmaydi.

Tekshiruvdan o'tgan bemorlarning xususiyatlari.

Tadqiqotda 76 bemor ishtirok etdi. Bemorlarning yoshi 18 dan 57 yoshgacha (o'rtacha yoshi $30,12 \pm 10,94$ yosh). Tadqiqotda 35 yoshgacha bo'lgan yoshlar ustunlik qildi (52 kishi - 68%). Erkaklar 43% (33 kishi), ayollar - 57% (43 kishi) ni tashkil etdi.

41 bemorda (54%) simptomatik qisman epilepsiya, 35 bemorda (46%) kriptogen qisman epilepsiya aniqlandi. Tutqanoq va tutqanoqning zamonaviy xalqaro tasnifi epilepsiya shakli va tutqanoq turini aniqlashda ishlatilgan (Kioto, 1981; Nyu-Dehli, 1989).

Bemorlarning kasalliklari boshlanganda 2 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan turli yoshdagi yoshlari bo'lgan. Kasallikning boshlanishidagi o'rtacha yosh $16,7 \pm 5,2$ yoshni tashkil etdi.

Kasallikning davomiyligi 3 yildan 24 yilgacha bo'lgan, kasallikning o'rtacha davomiyligi $8,86 \pm 6,42$ yilni tashkil etgan.

Belgilangan va taxmin qilingan xavf omillaridan asosiy rol o'ynadi: 23 (30%) da kranioserebral travma, 23 (30%) da og'irlashgan perinatal anamnez, 6 (8%) da neyroinfektsiya, miyaning massiv shakllanishi (meningiomani jarrohlik davolash oqibatlari) 3 bemorda (4%), bir nechta omillarning kombinatsiyasi 21 bemorda (28%) sodir bo'ldi. Sakkizta bemorda (10,5%) epilepsiya irsiy moyillik bo'lgan.

Epilepsiya jarayonida bemorlar ikki guruhga bo'linadi: 1-chi epilepsiya remissiyasi bilan, 2-chi kam uchraydigan tutqanoqlar bilan (yiliga 1-3 ta tutqanoq). Birinchi guruh 41 kasaldan iborat edi (bemorlarning umumiy sonining 54%), ikkinchisi - 35 bemor (46%).

Birinchi guruhdagi remissiya davomiyligi 2 yildan 8 yilgacha, remissiyaning o'rtacha davomiyligi $3,97 \pm 2,01$ yilni tashkil etdi.

Antiepileptik terapiya davomiyligi 2 yoshdan 16 yoshgacha (o'rtacha AED terapiyasining davomiyligi $6,96 \pm 4,84$ yil). Barbituratlar, karbamazepin va valproat olgan bemorlarda terapiya davomiyligi o'n yildan oshdi.

Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlar AEDlardan biri bilan monoterapiyada bo'lishgan. Bemorlarning ko'pchiligida uzoq muddatli giyohvandlik tarixi bo'lmagan va, qoida tariqasida, qabul qilingan dori monoterapiyani boshlash sifatida buyurilgan.

AED turiga ko'ra, bemorlar quyidagicha taqsimlangan (Jadval 1).

Jadval 1. AED terapiyasining turlari bo'yicha bemorlarni taqsimlash.	Bemorlarning soni	%
Barbituratlar (fenobarbital, benzonal)	12	15,8%
Valproat (depakin-xrono, konvuleks)	18	23,7%
Karbamazepinlar (finlpsin-retard, tegretol SY)	18	23,7%
Lamotrijin (lamictal)	16	21%
Topiramat (topamaks)	12	15,8%
Jami:	76	100%

AEM terapiyasi turi bo'yicha remissiya guruhidagi va kam uchraydigan tutqanoqli guruhdagi bemorlarning tarqalishi to'g'risidagi ma'lumotlar 2-jadvalda keltirilgan.

Jadval 2. Remissiya guruhidagi va kam uchraydigan tutqanoqli guruhdagi bemorlarning AED terapiyasi turi bo'yicha taqsimlanishi.	Remissiya guruhi		Noyob tutqanoqli guruh	
	P	%	P	%
Barbituratlar (fenobarbital, benzonal)	7	17%	besh	14,3%
Valproat (depakin-xrono, konvuleks)	to'q qiz	22%	to'qqiz	25,7%

Karbamazepinlar (finlepsin-retard, tegretol SL)	to'q qiz	22%	to'qqiz	25,7%
Lamotrijin (lamictal)	to'q qiz	22%	7	20%
Topiramat (topamaks)	7	17%	besht	14,3%
Jami:	41	100%	35	100%

AED terapiyasining davomiyligi va o'rtacha kunlik dozasi to'g'risidagi ma'lumotlar 3-jadvalda keltirilgan.

Jadval 3. AED terapiyasining davomiyligi va o'rtacha kunlik dozasi to'g'risidagi ma'lumotlar.	Terapiyaning o'rtacha davomiyligi (yil)	O'rtacha sutkalik doza (mg)
Barbituratlar (fenobarbital, benzonal), n = 12	10,5 ± 4,12 yil	150,1 ± 54,78 mg
Valproat (depakin-xrono, konvulex), n = 18	b, 96 ± 3,24 yil	1039 ± 211,8 mg
Karbamazepinlar (finlepsin-retard, tegretol SL), n = 18	7,76 ± 3,54 yil	711.11 ± 133.33 mg
Lamotrijin (Lamiktal), n = 16	4.25 ± 1.71 yil	196.25 ± 62.3 mg
Topiramat (topamax), n = 12	4.3 ± 1.55 yil	203 ± 64,89 mg

Nodir tutqanoqli bemorlar guruhida tutqanoq turlari bo'yicha taqsimlash quyidagicha edi (4-jadval).

Jadval 4. Nozik tutqanoqlar guruhida tutqanoq turlari va ularning sirkadiyalik ritmi bo'yicha taqsimlanishi.

Tutqanoq turi va uning uyqudan uyg'onish siklida tarqalishi.	Kuzatishlar soni (n = 35)	%
UKT ning hushyorligi	13	37%
UKT uyqu	9	25,7%
SPT hushyorligi	8	22,8%
GSP va NGN kombinatsiyasi	5	14,5%

Kundalik taqsimoti har xil bo'lgan SHG bo'lgan bemorlar ustunlik qildilar.

- 22 bemor (62,7%), SPP bo'lgan bemorlar - 8 (22,8%), SPP va SPP kombinatsiyasi
- 5 (14,5%).

Ijtimoiy-demografik ma'lumotlar:

Oliy ma'lumotga ega bo'lgan yoki oliy o'quv yurtida o'qishni davom ettirayotgan - 24 bemor (31,6%).

Bemorlarning aksariyati - 41 bemor (54%) - o'rta maxsus ma'lumot olishdi.

O'n bir bemor (14,4%) o'rta ma'lumotga ega edi.

Odatda epilepsiya kursi (remissiya va kam uchraydigan tutqanoqlar) bilan ishlaydigan potentsial bemorlar orasida faqat 53 nafar bemor (70%) ish bilan ta'minlangan, 23 bemor (30%) ishsiz, shundan 7 bemor (9%) remissiya guruhidan.

5 bemorda nogironlikning 3-guruhi mavjud (faqat ikkitasida epilepsiya bilan bog'liq emas).

Nikoh yoshiga etgan 26 bemor (34%) turmushga chiqdi.

2.2. Tadqiqot usullari.

2.2.1. Klinik va nevrologik tadqiqot usuli anamnezning batafsil to'plamini, epileptik tutqanoqlarning tabiati va chastotasini, postiktal va interiktal davrlarning xususiyatlarini, kasallikning rivojlanish dinamikasini, antiepileptik terapiya davomiyligi va samaradorligini, somatik va nevrologik holatni batafsil tahlil qilishni to'liq aniqlab berdi.

43 bemorda (56,5%) bemorlarning nevrologik holatini o'rganish natijasida zaif konvergentsiya, piramidal etishmovchilik, Babinskiy asinergiyasi, avtonom disfunktsiya sindromi shaklida diffuz mikro-fokal nevrologik alomatlar aniqlandi.

2.2.2. Elektroansefalografiya (EEG).

EEG barcha bemorlarda dastlabki tashrif paytida va keyinchalik AED terapiyasining samaradorligini baholashda o'tkazildi. EEGni ro'yxatdan o'tkazish MBN (Rossiya) dasturiy ta'minoti bilan "Neurokartograf-MBN" kompyuter elektroensefalografida amalga oshirildi. Asosiy EEG derivatsiya tizimi ishlatilgan - "10-20" xalqaro tizimi (Jasper N.,2007). "10-20" sxemasining afzalligi - elektrodning ko'pligi, bu sizga bosh terisi yuzasida potentsial taqsimot haqida batafsilroq ma'lumot olish imkonini beradi. Ko'priq elektrodleri mavzu boshiga kauchuk lenta qopqog'i yordamida o'rnatildi. Har bir tadqiqotda elektrodleri joylashtirgandan so'ng, aloqa joyidagi qarshilikni aniqlash orqali o'rnatish sifati tekshirildi. Qarshilik YukOhm dan oshmadi.

EEG yozuvi jarayonida standart kalibrlash signali va standart ro'yxatga olish tezligi ishlatilgan, ya'ni izoelektrik chiziqdan 10 mm og'ish uchun 70 μ V va 30 mm / sek.

Ro'yxatdan o'tgan EEGni to'liq tahlil qilish uchun mono- va bipolyar qo'rg'oshinlar ishlatilgan. O'ng va chap yarim sharlar nuktalaridan monopolyar qo'rg'oshinlarda yo'naltiruvchi elektrodler, kliplar shaklida, ikki tomonlama quloqchalarga bog'langan. Yo'naltiruvchi quloq elektrodleri juft bo'lmaganlar sifatida ishlatilgan, bu esa miya yarim hemisferalarining birida mahalliy lateral faollikni

farqlash imkonini berdi. Monopolyar qo'rg'oshinlar elektr potentsialining buzilmagan shaklini ro'yxatdan o'tkazishga imkon beradi, ammo potentsial manbaning lokalizatsiyasini aniqlash sezilarli darajada cheklangan. Matematik transformatsiyalar yordamida kompyuter ensefalografi yordamida monopolyarlardan har xil turdagi bipolyar qo'rg'oshinlar amalga oshirildi, bu esa EEGni yanada to'liq fazoviy tahlilini ta'minladi. Monopolyar va bipolyar simlardan foydalanishga ruxsat berilgan

Mavjud standartlarga muvofiq "fon" EEG yozuvi yorug'lik va ovoz o'tkazmaydigan xonada 15-20 daqiqa davomida amalga oshirildi, bemorning holati qulay stulda yotardi. Ro'yxatga olish jarayonida standart funktsional yuklar amalga oshirildi, ya'ni ko'zning ochilishi-yopilishiga reaksiya, fotostimulyatsiya va giperventiliya. Fotostimulyatsiya uchun doimiy intensivlikdagi qisqa chaqnashlar ishlatilgan. Ritmik yorug'lik stimulyatorlarining chastotalari 6 dan 24 Gts gacha, miltillovchi davomiyligi 3-5 soniya va yonish oralig'i 10 soniya. Artefaktlardan saqlanish uchun, sinov yopiq holda o'tkazildi. Bemorning ko'zlaridan fotostimulyatorgacha bo'lgan masofa 25-30 sm. Giperventiliya tadqiqot oxirida 3 minut davomida amalga oshirildi. Nafas olish tezligi 1 daqiqada 16-20 ni tashkil etdi, maksimal nafas olish va nafas olish chuqurligi bilan. EEG mashqlar paytida ham, uni tugatgandan keyin 3-5 minut ichida ham qayd etildi.

Artifakt bo'lmagan davrlar fonda va funktsional testlar davomida 7 soniya davomida baholandi. Vizual tahlil o'tkazildi: umumiy faoliyat baholandi, interhemisferik assimetriyaning mavjudligi, patologik sekin yoki paroksizmal faollikning mavjudligi, fonda va funktsional testlar paytida fokal va diffuz o'zgarishlarning mavjudligi aniqlandi.

Tadqiqotga epilepsiya kursi yaxshi bo'lgan bemorlar kiritilganligi sababli, tekshiruv va tadqiqotga qo'shilish paytida EEGda aniq o'zgarishlar bo'lmadi. Tadqiqotga qo'shilish paytida atigi 13 bemorda (17%) turli xil lokalizatsiya va xarakterdagi epileptiform faollik bor edi: 4 bemorda (5,2%) ikki tomonlama sinxron

tushirish shaklida umumiy, epileptiform faollik o'tkir, juft o'tkir va sekin to'lqin, amplituda 150 bo'lgan. -250 mV, oldingi amplituda ustunlik bilan o'ngda yoki chapda, miltillovchi davomiyligi 1 soniyadan kam, ikkitasida epileptiform faollik atipik yo'qlik turiga ko'ra ikki tomonlama sinxron komplekslarning umumiy chiqindilari shaklida qayd etilgan o'tkir va sekin to'lqin, chastotasi 1,5-2 ga teng. , 5 gigagertsli, 350 mVgacha bo'lgan amplituda, oldingi sonlarda amplituda ustunlik bilan, 1-2 soniya davom etadi; 3 bemorda (4%) o'ng frontal lokalizatsiyaning epileptiform faolligi 100-150 mkV to'lqin amplituda bo'lgan o'ng frontal lokalizatsiyaning o'tkir-sekin to'lqin komplekslari (Gr2, B4, B8) shaklida bir yoki guruhli o'tkir to'lqinlar shaklida qayd etilgan; 2 bemorda (2,6%) - 250 mV gacha bo'lgan amplituda Br1, № 3, № 7 to'lqinlarida bir yoki guruhli o'tkir to'lqinlar shaklida o'tkir-sekin to'lqinli komplekslar shaklida chap frontal lokalizatsiya; 2 bemorda (2,6%) - o'tkir va sekin to'lqin komplekslari ko'rinishidagi o'ng vaqtinchalik lokalizatsiya B8), 100-150 mkV to'lqin amplitudasi bilan; 2 bemorda (2,6%) - 250 mV gacha bo'lgan amplituda Br1, № 3, № 7 qo'rg'oshinlarida bir yoki guruhli o'tkir to'lqinlar shaklida o'tkir-sekin to'lqinli komplekslar shaklida chap frontal lokalizatsiya; 2 bemorda (2,6%) - o'tkir va sekin to'lqin komplekslari ko'rinishidagi o'ng vaqtinchalik lokalizatsiya B8), 100-150 mkV to'lqin amplitudasi bilan; 2 bemorda (2,6%) - 250 mV gacha bo'lgan amplituda Br1, № 3, № 7 qo'rg'oshinlarida bir yoki guruhli o'tkir to'lqinlar shaklida o'tkir-sekin to'lqinli komplekslar shaklida chap frontal lokalizatsiya; 2 bemorda (2,6%) - o'tkir va sekin to'lqin komplekslari ko'rinishidagi o'ng vaqtinchalik lokalizatsiya T4, T6 va 2 bemorda (2,6%) epileptiform faollikning chap yarim sharning lokalizatsiyasi aniqlandi.

9 ta bemorda (12%), EEG ma'lumotlariga ko'ra, teta-delta oralig'ida sekin to'lqinli faoliyatning fokusi aniqlandi: 4 holatda - o'ng yarim sharda, 5 ta - chap yarim sharda.

31 bemorda (41%) miyaning bioelektrik faolligidagi diffuz o'zgarishlar chastota, amplituda, to'lqin shaklidagi alfa faolligini disorganizatsiya qilish, zonalar

bo'yicha taqsimotlarning o'zgarishi, beta faolligining oshishi va teta faolligi indeksining oshishi shaklida aniqlandi.

Anamnestik ma'lumotlarga ko'ra, 18 bemor (23,7%) odatdagi EEGda hech qachon epileptiform faollikka ega bo'lmagan.

2.2.3 Miyaning MRT tahlili.

Barcha bemorlar T1 va T2 rejimlarida MRT tekshiruvidan o'tdilar (remissiya guruhidagi bitta bemorda MRGga qarshi ko'rsatmalar mavjud edi - sinus tugunining zaifligi uchun yurak stimulyatori o'rnatilgan). Natijalar 5-jadvalda keltirilgan.

Jadval 5 Bemorlarning neyroimaging tadqiqotlari natijalari.	Kuzatishlar soni (n = 75)	%
Patologik o'zgarishlar aniqlanmadi	21	28%
Rivojlanish anomaliyalari:		
- shaffof septum kistasi	2018-04-02 121 2	2,7%
Atrofik jarayonlar (tashqi gidrosefali):		
- mahalliy	10	13,3%
- tarqoq	15	20%
Ichki gidrosefali:		
- nosimmetrik	10	13,3%
- assimetrik o'ng tomonlama	7	9,34%
- assimetrik chap tomon	3	4%
Intraserebral kistalar:		
- o'ng qo'l	4	5.33%
- chapaqay	2018-04-02 121 2	2,7%
Gipokampus o'zgaradi:		
- chapaqay	1	1,33%

21 (28%) bemorda miya patologiyasi bilan neyroimaging tadqiqotlari aniqlanmagan. Tashqi belgilar 25 bemorda gidrosefali aniqlandi (33,3%). Tutqanoq bo'yicha atrofik o'zgarishlar kichik bo'lgan bemorlar tomonidan ustunlik qilingan (8 yoki o'rtacha (15 bemor) atrofik o'zgarishlar, atigi 2 bemorda atrofik o'zgarishlar aniqlangan. Bu atrofik o'zgarishlarni lokalizatsiya qilish, taqsimoti quyidagicha edi: frontal (6 bemor), vaqtinchalik (8 bemor), oksipital (4 bemor), kombinatsiyalangan (7 kasal). 20 (26,64%) bemorda ichki gidrosefali aniqlandi. Tutqanoqlar nuqtai nazaridan ahamiyatsiz (11 bemor) yoki o'rtacha ichki gidrosefali (7 bemor) bo'lgan bemorlar ustunlik qildi, faqat 1 bemorda og'ir ichki gidrosefali aniqlandi. 6 (8%) bemorda - frontal lokalizatsiyasi bo'lgan 2 bemorda, vaqtincha lokalizatsiya qilingan, rivojlanish anomaliyalari (shaffof septum kistasi) bo'lgan 4 bemorda - 2 (2,7%), chap hipokampus sklerozi - 1 ta (1,33) bemorlarda turli xil lokalizatsiyaning intraserebral kistalari aniqlandi. %). Umuman olganda, neyroimaging tadqiqot usullariga ko'ra, tadqiqotga kiritilgan bemorlarda miyada aniq patologik tarkibiy o'zgarishlar yuz bermagan, ehtimol bu epileptik kasallikning qulay kechishini tushuntiradi.

2.2.4. Kognitiv funksiyalarni neyropsixologik baholash.

Tadqiqotda foydalanilgan neyropsikologik tadqiqot usullarining xususiyatlari.

Ushbu maqsadni amalga oshirish uchun bir qator neyropsikologik testlardan foydalanilgan.

Neyropsixologik test - bu ma'lum bir funktsiya uchun ma'lum bir populyatsiyaga xos bo'lgan o'rtacha ko'rsatkichlar bilan taqqoslaganda, ushbu funktsiyani rivojlanish darajasini belgilashga imkon beradigan, aniqlangan darajadagi ogohlantirishlarga javoblarni o'rganish orqali sinash.

Ishda quyidagi neyropsikologik testlar ishlatilgan:

1. Vizual gnosisni o'rganish: bemorga haqiqiy narsalar va real tasvirlarni tanib olish va ularni nomlash so'ralgan. E'tirof etishni murakkablashtirish uchun bir-birining ustiga qo'yilgan kontur tasvirlari (Poppelreiter raqamlari) taklif qilingan. Kerakli

rasmlarni ajratib ko'rsatish, ularni fonning begona elementlaridan ajratish va bir-birining ustiga qo'yilgan bir nechta raqamlarning konturlarini alohida qabul qilish qobiliyati baholandi.

2. **Eshitish gnozi bo'yicha tadqiqotlar:**ritmik konstruksiyalarni idrok etish baholandi.

Ikki va uchta urish guruhlari shaklida bir qator ritmlar taklif qilingan (// // yoki III //), keyin ritmik qatorlar aksanlar bilan murakkablashib, murakkab ritmik konstruksiyalarni shakllantirgan (// 11111111 /). Bemorga tavsiya etilgan namunaga muvofiq ritmik tuzilishni ko'paytirish, murakkab guruhlarning ritmik tuzilishini tahlil qilish kerak edi. "To'plam" dagi noto'g'ri son, urg'ularning joylashuvining buzilishi, pauzalar uzunligining saqlanmasligi va ritmlarning xaotik ko'payishi vaqtinchalik lobga zarar yetganda va ritmlarning stereotipik ko'payishi, asabiy jarayonlarning inertsiyasini ko'rsatishi va premotor sindromning namoyon bo'lishidir.

3. **Somato-sensorli gnozni tekshirish**tegishni lokalizatsiya qilish, kichik narsalarning (kalit, tanga, uzuk, qalam, qog'oz klip) yopiq ko'zlari bilan teginish orqali aniqlash uchun test kiritilgan. Ta'rifning tabiati baholandi - faol, harakatsiz, sintezsiz.

4. **Dinamik praksis tadqiqotlari**uch bosqichli "musht-qovurg'a-kaft" sinovini o'tkazishda amalga oshirildi. Sinovni o'tkazishdan oldin shifokor bemorga topshiriqni qanday bajarish kerakligi namunasini ko'rsatdi - u navbat bilan mushtiga siqilgan xurmoni stol ustiga qo'ydi, so'ngra chekkasi bilan ochilgan palma, so'ngra tekis ochiq xurmo. Agar motorli dasturni kinetik naqshga muvofiq ko'paytirishning iloji bo'lmasa, bemor og'zaki ko'rsatma bilan bir qator harakatlarni takrorladi. Dvigatel stereotipining shakllanish darajasi, motor dasturini almashtirish va saqlash qobiliyati baholandi. Korteksning oldingi qismlarini mag'lubiyatga uchratish bilan bemor kerakli holatlarning ketma-ketligini yo'qotadi yoki oldingi holatni yoki oldingi fazoviy holatni inert ravishda takrorlashni davom ettiradi.

5. **Harakatlarning kinestetik asoslari, vosita xotirasi**holatni bir qo'ldan ikkinchisiga o'tkazish testida baholandi. Tadqiqotchi bemorni ko'zlarini yumishini so'radi, shundan so'ng u o'zboshimchalik bilan qo'l barmoqlarining holatini o'rnatdi. Bemor,

ko'zlarini ochmasdan, boshqa tomondan ushbu pozani ko'paytirishi kerak edi. Vaziyatni o'tkazish ikkala qo'lda ham tekshirildi.

6. **Konstruktiv praksis bo'yicha tadqiqotlar** qator testlarni o'z ichiga olgan: bir qator geometrik shakllarni xotiradan chizish, murakkab geometrik figurani qayta chizish (Rey-Teylor). Vazifani mustaqil ravishda bajarish, topshiriqni namuna bo'yicha bajarish, tasvir detallari va nisbatlarini saqlab HSish qobiliyati baholandi.
7. **Hisoblash operatsiyalarini o'rganish** ketma-ket hisob holatini tekshirish (yuzdan ettitani olib tashlash) va oraliq bosqichlarni talab qiluvchi arifmetik masalani hal qilish kiradi. Vazifa tezligi, xatolar soni, ularni to'g'irlash qobiliyati, inert stereotipga o'tish orqali hisoblash faoliyati dasturining buzilishi, diqqatning barqarorligi va charchashiga e'tibor qaratildi.
8. **Eshitish nutq xotirasini o'rganish** ish xotirasi, yodlash samaradorligini o'rganishni o'z ichiga olgan. Qisqa muddatli xotirani o'rganishda bemorga yodlash uchun bir-biriga bog'liq bo'lmagan 10 ta so'zdan iborat qator taklif qilindi. Bunday ketma-ketlik "g'azablanarli", chunki nutq materialining butun hajmini yodlash uchun bir nechta takrorlash kerak. O'quv egri chizig'ini o'rganishda miqdoriy va sifat xususiyatlari baholandi. Miqdoriy xususiyatlarga o'nta so'zni yodlash uchun zarur bo'lgan topshiriqni takrorlash soni kiritilgan va agar bemor barcha nutq materiallarini yodlay olmasa, bemor 5 marta takrorlangandan keyin eslab HSgan so'zlar soni. Yodda tutish sifatini baholash tasodifiylik va tuzilish jihatidan beshta takrorlashdan so'ng ko'payish matritsasini tahlil qilishni o'z ichiga olgan. Mnestic faoliyati hisobga olindi,
9. **Vizual xotirani o'rganish**: xotiradan bir qator geometrik shakllarni chizish. Vazifani mustaqil ravishda bajarish, tasvirning tafsilotlari va nisbatlarini saqlab HSish qobiliyati baholandi.
10. **Diqqatni o'rganish, qo'l-ko'zni muvofiqlashtirish.**

Tuzatish testi: texnika vizual analizatorning uzoq muddat ortiqcha yuklanishi sharoitida bemorlarning diqqatini monoton vizual stimullarga nisbatan o'zgarishini

aniqlaydi. Tadqiqot tasodifiy tartibda bir qator harflar bilan maxsus shakllar yordamida amalga oshirildi. Ko'rsatmada ikkita harfni kesib tashlash kerak edi. Shu bilan birga, har 60 soniyada tadqiqotchi ushbu vaqtda mavzu qalami turgan stol joyiga yozuvlar yozadi; topshiriqni bajarishga 5 daqiqa vaqt berildi. Sinov natijalari yo'HSgan chiziqlar soni va vaqt birligiga skaner qilingan belgilar soni bo'yicha baholandi.

I. Tafakkurni o'rganish.

- oddiy o'xshashliklar. Ushbu vazifani bajarish tushunchalar orasidagi mantiqiy aloqalarni va munosabatlarni tushunishni, shuningdek, bir qator monoton masalalarni echishda aniq fikr yuritish usulini barqaror ushlab turishni talab qiladi.
- murakkab o'xshashliklar. Texnika bemorning murakkab mantiqiy munosabatlarni va mavhum aloqalarning izolyatsiyasini qanchalik darajada tushunishini aniqlashga qaratilgan. Bundan tashqari, texnika unga moyil bo'lgan bemorlarda rezonans namoyon bo'lishiga olib keladi.
- tushunchalarni taqqoslash. Texnika bemorlarning fikrlashini, tahlil va sintez jarayonlarini o'rganish uchun ishlatiladi. Bemorning javoblarini baholashda o'xshashlikning muhim belgilarini, shuningdek tushunchalardagi farq belgilarini aniqlash qobiliyati hisobga olingan.

12. Assotsiatsiyalarni tadqiq qilish: yopiq ko'zlar bilan 60 ta ismni nomlash. Texnika bemorning uyushmalarining tabiati va samaradorligini, uning so'z boyligini ochib beradi va fikrlash buzilishlarining nozik belgilarini tahlil qilish uchun foydalidir.

2.2.5. HSIE-31 maxsus shkalasi yordamida epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini o'rganish.

Biz epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun ma'lum bir o'lchovdan foydalanganmiz - HSIE-31 (Cramer J., 1998). HSIE-31 epilepsiya bilan kasallangan kattalar bemorlarida hayotning asosiy yo'nalishlarini

baholashning o'ziga xos usuli sifatida ishlab chiqilgan. Savollarning mavjudligi, bemorga yukning pastligi va statistik tahlilning nisbatan soddaligi tufayli ushbu anketa dunyoda keng qo'llaniladi.

HSIE-31 31 savoldan iborat bo'lib, ular ettita kichik bo'limlarga (pastki o'lchovlar) birlashtirilgan va tutqanoq qo'rquvi (tutqanoq xavotiri), hayotning umumiy sifati (hayotning umumiy sifati), hissiy farovonlik, energiya / charchoq (energiya / charchoq), kognitiv funktsiyalar (kognitiv funktsiyalar), antiepileptik dorilarning ta'siri (dorilar ta'siri) va ijtimoiy faoliyat (ijtimoiy faoliyat).

Amaldagi o'lchov umumiy ballga ega - 0 dan 100 gacha, bu erda 100 eng yaxshi natija, sog'liqning mutlaq ko'rsatkichi, qo'shimcha ravishda pastki o'lchovlar alohida baholanadi.

HSIE-31 shkalasi yuqori sezgir va ishonchli hisoblanadi, bu esa Cronbach alfa $> 0,7$ (Cronbach LJ, 1951) ishonchliligi koeffitsienti - barcha o'lchovlarni guruh taqqoslash standartidir. HSIE-31 shkalasining Cronbach koeffitsienti 0,77 dan (ijtimoiy funktsiyalar pastki o'lchovi uchun minimal ball) 0,85 gacha (kognitiv funktsiyalar pastki o'lchovi uchun maksimal ball).

Materialni statistik qayta ishlash.

Har bir bemor uchun rasmiylashtirilgan klinik statistik karta to'ldirildi, uning asosiy tarkibiy qismlari: anamnezga oid ma'lumotlar, ijtimoiy holat, klinik qism, tekshiruvlar natijalari, AED terapiyasining mohiyati, hayot sifati va neyropsixologik test natijalari. Epilepsiya shakli va tutqanoq turini aniqlashda tutqanoq va tutqanoqlarning xalqaro tasnifidan foydalanilgan (Kioto, 1981; Nyu-Dehli, 1989). Tadqiqot natijalari maxsus yaratilgan ma'lumotlar bazasiga kiritildi va StatPlus va Biostat kompyuter dasturlari yordamida qayta ishlandi. Talabaning mezoniga muvofiq guruhlardagi o'rtacha ko'rsatkichlarning farqi, ishonchliligi baholandi; kichik namuna o'lchamlari uchun PA Fisher tomonidan tavsiya etilgan yordamchi qiymati ishlatilib, normal taqsimotga ega.

III BOB EPILEPSIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI NEYROPSIXOLOGIK TEKSHIRISH NATIJALARI.

Tadqiqotlarimizda 76 ta bemor tekshirildi va ularning barchasida quyidagi tekshiruv usullari o'tkazildi/ Barcha bemorlar neyropsikologik test texnikasi yordamida tekshirildi. Ayrim yuqori kortikal funktsiyalarni batafsil baholash amalga oshirildi: ingl. Bemorlarda vosita assimetriyasini tahlil qilish asosida (qo'l sinovi bilan) individual assimetriya profili oldindan aniqlangan.

Neyropsixologik test ma'lumotlari bemorlarning klinik xususiyatlari bilan taqqoslandi:

- epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarmografik (bemorlarning yoshi va jinsi),
- kasallikning borishi (remissiya guruhi, kam uchraydigan hujumlar guruhi),
- kasallikning davomiyligi,
- remissiya muddati,
- kasallikning boshlanish yoshi,
- AED terapiyasining mohiyati (asosiy AED (karbamazepinlar, valproatlar, lamotrigin, topiramat, barbituratlar) bilan monoterapiya qilingan bemorlarning 5 guruhi va uning davomiyligi,
- miya EEG va MRI ma'lumotlari
- ijtimoiy omillar (ma'lumot, mehnat qobiliyati darajasi, oilaviy ahvol) va bemorlarning hayot darajasi to'g'risidagi ma'lumotlar.

3.1 Epilepsiyada kognitiv buzilishlarni aniqlashda neyropsixologik testlar roli

Olingan natijalarga qarab bemorlar 2 ta guruhga murojaat qilishdi: remissiya davridagi va kam uchraygan epilepsiya kechuvchi guruxlarga

Bemorlarning ikki guruhida - tutilishlar remissiyasi bilan va kam uchraydigan tutqanoqlarda - eshitish-og'zaki xotirani o'rganish natijalari tahlil qilindi; natijalar 3.1-jadvalda keltirilgan.

Amaldagi testga ko'ra, remissiya guruhida eshitish-nutq xotirasi va materialning kechiktirilgan ko'payishi natijalari yuqori bo'lgan, ammo bu farqlar statistik ahamiyatga ega emas. Kam tutqanoqli guruhda mnestic funktsiyalari tugagan bemorlar sezilarli darajada ustun kelishdi (32% 56% ga qarshi, $p < 0,05$), ya'ni.

Jadval 3.1.

**Epilepsiya jarayoniga qarab bemorlarning eshitish-og'zaki xotirasini
o'rganish natijalari**

Ko'rsatkichlar	Remissiya guruhi (n = 41)	kam uchraygan epilepsiya kechuvchi bo'lgan guruh (n = 35)	P
1-urinish	5.5 ± 1.36	5 ± 1.36	
2-urinish	7.35 ± 1.18	7.13 ± 1.55	
3-urinish	8.45 ± 1.27	8.26 ± 1.53	
4-urinish	$8,55 \pm 1,6$	$8,53 \pm 1,64$	
5-urinish	8.8 ± 1.6	8.93 ± 1.09	
Mnestic funktsiyalarni tugatgan bemorlarning ulushi	32%	56%	$p < 0.05$

Eshitish-nutq xotirasidagi o'zgarishlar natijalari AED terapiyasining davomiyligiga qarab tahlil qilindi. Bemorlarning uch guruhi aniqlandi: AED

terapiyasining davomiyligi 3 yilgacha (33 bemor), 4-6 yil (22 bemor) va 7 yildan ortiq (21 bemor). Taqdim etilgan guruhlarda har bir test uchun nomlangan so'zlar sonidagi statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmadi. AEDni qabul qilish muddatiga qarab mnestik funktsiyalarning tugashi darajasining o'sish tenepilepsiyadagi kognitiv buzilishlarntsiyasi mavjud. Shunday qilib, AED terapiyasining davomiyligi 3 yilgacha bo'lgan guruhda bu ko'rsatkich

bemorlarning 27,3 foizida, 4-6 yildagi va 7 yildan oshgan guruhlarda 36,3 foiz va 56,5 foiz holatlarda qayd etilgan. Taqdim etilgan guruhlarda konfabulyatsiyasi bo'lgan bemorlarning ulushi taxminan bir xil edi.

Eshitish-nutq xotirasidagi o'zgarishlar natijalari kasallikning davomiyligiga qarab tahlil qilindi. Ushbu mezon bo'yicha bemorlar 4 guruhga bo'linadi: 1 - kasallikning davomiyligi 3 yilgacha (13 bemor), 2 - 4-6 yil (26 bemor), 3 - 7-10 yil (18 bemor), 4 - 10 yildan ortiq (19 bemor). Har bir sinov uchun nomlangan so'zlar sonida guruhlarda statistik jihatdan ahamiyatli farqlar bo'lmagan. Kasallikning davomiyligiga qarab mnestik jarayonlarning charchash darajasining o'sish tenepilepsiyadagi kognitiv buzilishlarntsiyasi aniqlandi. Shunday qilib, kasallikning davomiyligi 3 yildan kam va 4-6 yilgacha bo'lgan bemorlar guruhida mnestik funktsiyalarni tugashi bilan og'rigan bemorlarning eshitish-nutq xotirasi testida 33,3% va 30%, 7-10 yildagi guruhda - 53%, ko'proq 10 yil - 50% holatlar, ammo bu farqlar statistik ahamiyatga ega emas. Taqdim etilgan guruhlarda konfabulyatsiyasi bo'lgan bemorlarning ulushi taxminan bir xil edi.

Eshitish-nutq xotirasidagi o'zgarishlarning remissiya muddatiga bog'liqligi tahlil qilindi. Bemorlar remissiya davomiyligiga qarab 3 guruhga bo'lingan: 1 yildan 2 yilgacha (15 bemor), 2 - 3-5 yil (16 bemor), 3 - 6-8 yil (10 bemor). Ko'rsatilgan guruhlardagi testlarda nomlangan so'zlar sonida statistik jihatdan ahamiyatli farqlar bo'lmagan. Guruhlarda konfabulyatsiya va mnestik funktsiyalarni tugatgan bemorlarning soni ham taxminan bir xil edi. 6-8 yoshdagi soqchilik remissiya guruhlari bilan test natijalarini kam uchraydigan tutqanoq guruhi bilan taqqosladik. Nomlangan so'zlar sonida statistik jihatdan ahamiyatli farq yo'q edi, konfabulyatsiyaga uchragan bemorlarning ulushi taxminan bir xil

edi, 6-8 yil remissiya bo'lgan guruhda mnestic funktsiyalarni tugatgan bemorlar ancha kam edi - 20% kam uchraydigan tutqanoqli guruhdagi bemorlarning 56% ($p < 0,05$).

Tutqanoqli bemorlar guruhida ($n = 35$) eshitish-nutq xotirasini sinash natijalarini tahlil qilganda, nomlangan so'zlar sonida guruhlarda (bedorlik SHG, uyquning SHG, SHG + SPP, SPP) statistik jihatdan ahamiyatli farqlar bo'lmagan. SHG va SPPlar ajratilgan SHG yoki SPP bo'lgan bemorlarga qaraganda vazifani yomon bajargan. Mnestic funktsiyalarni tugatgan bemorlarning ulushi SHG va SPP birikmasi bilan guruhda eng yuqori bo'lgan - bemorlarning 60%, uyg'ongan SHG bilan - 38,5%, uyqudan SHG bilan - 44,4%, SPP bilan - 37,5%. Konfabulatsiyali bemorlarning ulushi barcha guruhlarda taxminan bir xil edi.

Shunday qilib, eshitish-nutq xotirasi testida turli xil AED olgan bemorlar guruhlarida statistik jihatdan ahamiyatli farqlar aniqlandi: eng yaxshi xotira profili lamotrigin guruhida edi. Remissiya guruhida mnestic funktsiyalarni tugatgan bemorlar sezilarli darajada kam edi. Remissiya va kam uchraydigan tutilish guruhlarida yodlangan so'zlar sonida statistik jihatdan ahamiyatli farqlar bo'lmagan va yodlangan so'zlar sonida kasallikning davomiyligi, remissiya davomiyligi, AED terapiyasining davomiyligi, bemorning kasallik boshlanganda yoshi va ijtimoiy-epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarmografik ma'lumotlarga qarab statistik farqlar mavjud emas.

Eshitish xotirasini baholash. Xotira" RSBQSH subtestan (3ta so'zni eslamog) va "5 ta so'z" testidan foydalanildi. 3.2-jadval malumotlariga ko'rsatma, "hotira" RSBQSh subtest bo'yicha ball erkaklarga jamoat darazhada past bulgan, ayniqsa, epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarning 2-boschichida ($p < 0.01$), ammo ham erkaklarda ($p < 0.01$) 0,05) 1-boschichdan 2-boschichga o'tishda statistikistni kamaytirishdan borgan. "5 ta so'z" testida ham ishlash, keyin kechiktirilgan holda aytib berishda (interferirlovchi vazifadan keyin) 1- va 2-bosqichdagi epilepsiyadagi kognitiv buzilishlari bor erkaklar ayollarga nisbatan kam so'zlanganlar, $p < 0.05$). Kasallik rivozhlanib borgan sari, test natijalari yomon yomonlashib borgan ($p < 0.01$, $p < 0.05$). "5 ta so'z" testida semantik yo'l-yo'riq

ko'rsatgich (ko'rsatma) kechiktirilgan holda aytib berish ko'rsatmalarini ijoby tomonga olib borgan.

3.2-jadval

Epilepsiyadagi kognitiv buzilishlari bor erkaklar ayollarga xotira kursatkichlari ($M \pm m$).

Neyroropsikolog testi		Tekshirilgan guruhlar					
		umumiy (n=76)		Remissiya guruhi (n = 41)		kam uchraygan epilepsiya kechuvchi bo'lgan guruh (n = 35)	
		erkak n=36	Ayol n=44	Erkak n=17	Ayol n=24	erkak n=14	Ayol n=21
“Xotira” KSHOPS subtesti		1,9±0,1	2,5±0,1**	2,7±0,2	2,7±0,1	1,7±0,1	2,3±0,1**
"5 ta so'z" testi	-bevosita aytib berish	3,7±0,1	4,4±0,1**	4,9±0,3	4,6±0,1*	3,6±0,2	4,2±0,2**
	kechiktirilgan holda aytib berishda	3,3±0,2	4,0±0,1**	3,1±0,3	4,3±0,2**	3,3±0,2	3,8±0,2*
Yigindi ballari:		6,9±0,3	8,5±0,2**	7,1±0,6	9,2±0,2*	6,9±0,3	8,0±0,3*

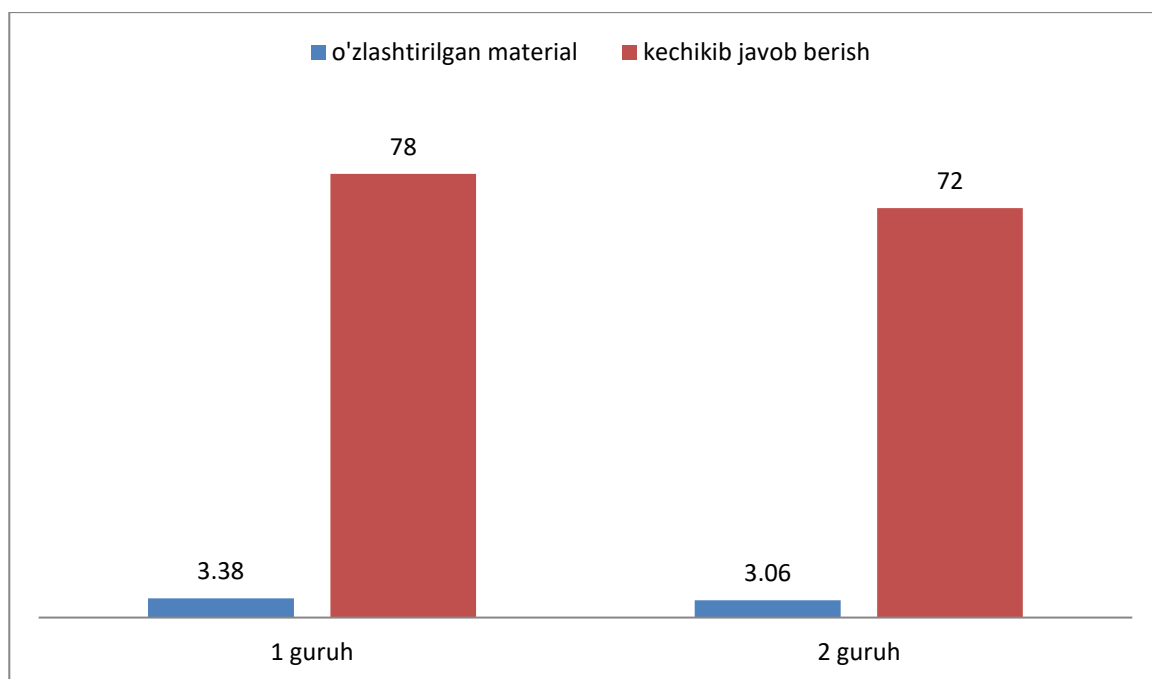
Ko'ruv xotirasini baholash;

Ushbu testda bir qator geometrik figuralarning xotiradan ko'payishi baholandi va sifat xususiyatlari (tasvirning tafsilotlari va nisbatlarini saqlab qolish qobiliyati) ham hisobga olindi.

Remissiya guruhida ham, kam uchraydigan tutqanoqli guruhda ham olingan natijalar odatdagi aholi qiymatidan sezilarli darajada farq qiladi: sog'lom predmet uchun 5 ta geometrik raqamning ketma-ketligini olish uchun materialning 1-2 ta taqdimoti etarli. Epilepsiya remissiyasi va kam uchraydigan xurujlar bilan guruhlarni taqqoslaganda, yodlash uchun taqdimotlarning soni taxminan bir xil edi,

chunki kechiktirilgan reproduksiya bilan o'tkazilgan sinovda - topshiriqni bajargan bemorlar soni taxminan teng - 78% va 72% (3,1 rasm).

Olingan natijalarni sifatli tahlil qilish natijasida quyidagi natijalar aniqlandi: har ikkala guruhdagi boshqa xatolardan (koordinatali, metrik) tizimli va topografik xatolar ustun bo'lib, remissiya guruhida va kamdan-kam uchraydigan tutqanoqli guruhlarda chastotasi taxminan teng - 50% va 43,7%. Ikkala guruhda alohida chastotalarda koordinatali va metrik xatolar kuzatildi. Remissiya guruhida topshiriqni normal ko'rsatkichlarga muvofiq bajargan bemorlarning soni 22,7% va kam uchraydigan tutqanoqli guruhda - 18,75% ni tashkil etdi. Shuningepilepsiyadagi kognitiv buzilishlark, tahlil natijalari ko'rsatdiki kam uchraydigan tutqanoqli guruhda, xatolar kombinatsiyasi bo'lgan bemorlar ustunlik qildi - 31,25% (kam uchraydigan tutqanoqli guruhda) va guruhda 13,6% remissiya (garchi bu farqlar statistik darajaga etmasa ham).



3.1 rasm. **Epilepsiyadagi kognitiv buzilishlari bor bemirlarda ko'ruv xotira kursatkichlari ($M \pm m$).**

Vizual xotira testining natijalarini AED terapiyasining davomiyligiga qarab tahlil qildik. Uch guruhda yodlash uchun taqdim etilgan rasmlar sonida statistik

jihatdan ahamiyatli farqlar mavjud emas edi; uzoq davom etgan AED terapiyasi bo'lgan bemorlar guruhida bemorlar vazifani biroz yaxshiroq uddalashgan - $2,8 \pm 0,78$ (terapiya davomiyligi 7 yildan yuqori bo'lgan guruhda) $3,75 \pm 2,3$ (3 yilgacha bo'lgan guruhda). Kechiktirilgan reproduksiya va sifatli tahlil bilan guruhlarda sezilarli farqlar yo'q edi.

Vizual xotiradagi o'zgarishlar natijalari kasallikning davomiyligi, remissiya davomiyligi, kasallikning boshlanish yoshi, ijtimoiy-epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarmografik ma'lumotlarga qarab tahlil qilindi - guruhlarda statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmadi.

Shunday qilib, vizual xotirani o'rganishda turli xil AED olgan bemorlar guruhida statistik jihatdan ahamiyatli farqlar aniqlandi: topiramat olgan bemorlar vazifani eng kam uddalashdi. Sifatli tahlilda, topshiriqni normal qiymatlarga muvofiq bajargan bemorlarning soni statistik jihatdan barbituratlar va topiramat guruhlarida eng kam bo'lgan.

Kasallikning kechishiga (remissiya va kam uchraydigan tutilishlar), kasallikning davomiyligiga, remissiya davomiyligiga, AED terapiyasining davomiyligiga, kasallikning boshlanish yoshiga va ijtimoiy-epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarmografik ma'lumotlarga qarab statistik jihatdan ahamiyatli korrelyatsiyalar mavjud emas edi.

3.2 Kognitiv buzilishlarning qiyosiy baholanishi

Kognitiv sferani epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarsi bor 76 ta bemorda tekshirildi (o'rtacha yosh $63,9 \pm 1,5$ y): 36 erkak (o'rtacha yosh $64,9 \pm 1,5$ y.) va 52 ta ayol (o'rtacha yosh $62,9 \pm 1,5$ y). 1-bosqichdagi epilepsiyadagi kognitiv buzilishlar 29 ta tekshirilgan bemorlarda (7ta erkak va 22 ta ayol), 2-bosqichdagi epilepsiyadagi kognitiv buzilishlar- 59 (29 erkak va 30 ta ayol).

Kognitiv sohani umumiy baholash -ruxiy statusni baxolashni qisqa shkalasi (RSBQSH) (Mini Mental State Examination - MMSE) va - peshona disfunktsiyasini aniklashning batareya testlari (PDABT) (Fronal Assessment Battery-FAB) shkalalarining yig'indi bali bo'yicha o'tkazildi. Olingan natijalar

(RSBQSH 24 balldan past emas, PDABT 12 balldan past emas) tekshirilgan bemorlarda epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarmensiya darajada emasligini ko'rsatdi. epilepsiyadagi kognitiv buzilishlari bor erkak va ayollarda kognitiv buzilishlarning (KB) umumiy og'irligini bildiruvchi ko'rsatkichlar 5-rasmda ko'rsatilgan. Bu rasmdan ko'rinyaptiki, epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarning 1-bosqichida RSBQSH va PDABT yig'indi bali bo'yicha kognitiv buzilishlar (KB)ning namoyon bo'lishi erkak va ayollarda epilepsiyadagi kognitiv buzilishlaryarli bir xil bo'lgan, holbuki, epilepsiyadagi kognitiv buzilishlar2-bosqichida bu ko'rsatkichlar erkaklarda ayollarga nisbatan statistik jihatdan ahamiyatli ravishda yuqori bo'lgan (mos holda $26,6 \pm 0,3$ va $13,9 \pm 0,4$ ball), ayollarga nisbatan ($27,7 \pm 0,3$ va $14,8 \pm 0,4$ balla) ($r < 0,05$). epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarning 2-bosqichida 1-bosqichiga nisbatan taqqoslanganda, KB larning namoyon bo'lishi RSBQSH yig'indi balli bo'yicha erkaklarda ($r < 0,01$) ham, ayollarda ($r < 0,05$) ham ahamiyatli darajada yuqori bo'lgan.

Diqqatni va nutq ravonligini tekshirish. Shult sinamasi, PDABT "nutq ravonligi" subtesti va verbal assotsiatsiya testlari orqali diqqat va nutq ravonligining ko'rsatkichlari natijalari 10-jadvalda ko'rsatib o'tilgan.

3.3 jadval

Epilepsiyasi bor erkak va ayollarda diqqat va nutq ravonligining ko'rsatkichlari ($M \pm m$).

Neyroropsikolog test	umumiy (n=76)		Remissiya guruhi (n = 41)		kam uchraygan epilepsiya kechuvchi bo'lgan guruh (n = 35)	
	erkak	ayol	erkak	Ayol		Ayol
Shulte sinamasi, soniya	$56,8 \pm 1,1$	$52,7 \pm 1,0^*$	$51,6 \pm 2,4$	$50,0 \pm 1,6$	$58,1 \pm 1,1$	$54,8 \pm 1,2^*$
PDABT subtest «nutq ravonligi», ballar	$1,7 \pm 0,1$	$1,8 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,1$	$1,9 \pm 0,1$
Literal assotsiatsiyalar,	$12,9 \pm 0,4$	$13,1 \pm 0,3$	$14,7 \pm 0,8$	$13,8 \pm 0,4$	$12,4 \pm 0,5$	$12,7 \pm 0,5$

1 daq.soʻzlar soni						
Kategorial assotsiatsiyalar, 1 daq.soʻzlar soni	15,5±0,4	15,8±0,3	16,7±0,6	16,2±0,35	15,2±0,4	15,5±0,5

3.3-jadvalga koʻra, Shulte sinamasini oʻtkazish vaqti erkaklarda ($56,8 \pm 1,1$ soniya) ayollarga ($52,7 \pm 1,0$ soniya) nisbatan yuqori ($r < 0,01$). 2-bosqichdagi DEsi bor bemorlar Shulte sinami boʻyicha testdan oʻtkazilganda, ham erkaklar ham ayollar yomon natijaga ega boʻlganlar ($r < 0,05$), bu esa serebrovaskulyar yetishmovchilik rivojlanib borgan sari bemorlarning tezkor reaksiyasi va diqqatni bir joyga jamlash qobiliyati pasayib boradi. PDABT “nutq ravonligi” subtestida va literal va kategorial verbal assotsiatsiyalar koʻrsatkichlari tekshirilgan bemorlarda past boʻlgan, ammo erkaklar va ayollar orasida deyarli farq kuzatilmagan.

Shunday qilib, epilepsiyadagi kognitiv buzilishlari bor bemorlarda, ham erkak, ham ayollarda konsentratsiya va diqqatni qoʻllab-quvvatlash qobiliyati, assotsiatsiyalar hosil qilish tezligi va nutqni ishlab chiqish xususiyatini koʻrsatuvchi neyropsixologik koʻrsatkichlarda yaqqol farq aniqlanganligini boshqa mualliflar ham aniqlagan [Lokshina A.B., Zaxarov V.V., 2006; Sevastyanova Ye.V., 2018]. A.R. Luriya nazariyasiga binoan kognitiv buzilishlarning bunday koʻrinishi asosida kognitiv faoliyatni tashkil qilgan neyrodinamik disfunksiya, ya'ni I funksional blok (bosh miyaning chuqur boʻlimlari) yetishmovchiligi yotadi.

3.3 Fikrlashni o'rganish

Fikrlashni o'rganish bir qator testlarni bajarishni o'z ichiga olgan: oddiy o'xshashliklar, murakkab o'xshashliklar, tushunchalarni taqqoslash va assotsiatsiyalarni o'rganish. Natijalarni qayta ishlashda ham miqdoriy xususiyatlar

(noto'g'ri javoblar soni), ham yo'l qo'yilgan xatolarning sifat xususiyatlari hisobga olindi.

Jadval 14. Kasallik rivojlanishiga qarab fikrlashni o'rganish natijalari (testlarda qilingan xatolar soni).

	Sinovlarda qilingan xatolar soni		R
	remissiya guruhi (n = 41)	kamdan-kam uchraydigan tutilish guruhi (n = 35)	
Oddiy o'xshashliklar	1.91 ± 1.24	2.06 ± 1.69	
Murakkab o'xshashliklar	5.86 ± 3.49	7.66 ± 3.34	p < 0.05
Tushunchalarni taqqoslash	$1,13 \pm 0,75$	$1,56 \pm 0,47$	

14-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, remissiya guruhidagi bemorlar vazifalarni muvaffaqiyatli uddalashgan. "Murakkab o'xshashliklar" testini o'tkazishda remissiya guruhida statistik jihatdan sezilarli darajada kamroq xatolarga yo'l qo'yildi, bu nozik fikrlash buzilishlarini aniqlash uchun juda sezgir test sifatida.

"Oddiy o'xshashliklar" testida sifatli tahlil quyidagi statistik ishonchli natijalarga erishdi: remissiya guruhida fikrlash buzilishlarining yo'qligi (bu holda u tempda normal, mantiqan to'g'ri, xarakterlanib, tahlil qilish va sintez qilish qobiliyati saqlanib qolgan). Nodir tutqanoq bilan og'rigan guruhda 0% (p < 0.001), remissiya guruhidagi me'yoriy xatolar 31,8% ni tashkil etdi, kam uchraydigan xurujli guruhda 62,5% (p < 0,05). Mantiqiy aloqalarni o'rnatishda qiyinchiliklar

taxminan teng edi. Remissiya guruhida (31,8%) va kam uchraydigan tutqanoqli guruhda (37,5%).

Remissiya guruhidagi "murakkab o'xshashliklar" testining sifatli tahlili natijasida 27,2% hollarda kam uchraydigan tutqanoqli guruhdagi 18,75% ga nisbatan fikrlash buzilishi aniqlanmadi, ikkala guruhdagi umumlashtirish darajasining pasayishi taxminan bir xil - remissiya guruhida 54,5%, Nodir tutqanoq guruhida 68,75%.

Biz fikrlashdagi o'zgarishlarning qabul qilingan AEDga bog'liqligini tahlil qildik. "Murakkab o'xshashliklar" testida karbamazepin ($5,0 \pm 3,42$) guruhlariga nisbatan barbituratlar ($7,2 \pm 3,42$) va topiramat ($7,0 \pm 3,19$) ($p < 0,05$) guruhlarida eng ko'p xato qilingan. 3.42), valproat ($5,1 \pm 3,18$), lamotrigin ($5,5 \pm 3,08$). Topiramat guruhidagi umumlashtirish darajasining pasayishi 100% holatlarga, barbituratlar 75%, lamotrigin 33,3%, karbamazepin 57%, valproat 56% ga etdi.

"Oddiy o'xshashliklar" testining miqdoriy tahlilida, shuningdek, valproat 1.67 ± 0 guruhlariga nisbatan topiramat ($2,4 \pm 1,6$), barbituratlar ($2,33 \pm 1,34$) guruhlarida vazifalarni bajarishda ko'proq xatolar aniqlandi. , 63, lamotrijin 1.37 ± 0.68 , karbamazepin 1.71 ± 0.38 . "Oddiy o'xshashliklar" testidagi sifatli tahlil guruhlar o'rtasida statistik jihatdan ahamiyatli farqlarni ko'rsatmadi.

Biz fikrlash darajasining ta'lim darajasiga bog'liqligini tahlil qildik. Ta'lim darajasiga qarab bemorlar ikki guruhga bo'linadi: 1 - oliy ma'lumotli yoki oliy o'quv yurtida o'qishni davom ettiradigan (24 bemor), 2 - o'rta va o'rta maxsus ma'lumotli (52 bemor). "Oddiy o'xshashliklar" testida oliy ma'lumotli bemorlar statistik jihatdan ancha past bo'lgan xatolarga yo'l qo'yidilar - 1 guruhda $1,38 \pm 1,12$, 2 guruhda $2,28 \pm 1,87$ ($p < 0,05$). Oliy ma'lumotli bemorlar guruhidagi testni sifatli tahlil qilishda tartibga soluvchi xatolar ustun keldi - 77% holatlar, mantiqiy aloqalarni o'rnatishda qiyinchiliklar 7,5%, norma - 15,5%. O'rta va o'rta maxsus ma'lumotli bemorlar guruhida mantiqiy aloqalarni o'rnatishda qiyinchiliklarning deyarli yarmida kuzatilgan - 48%,

"Murakkab o'xshashliklar" testida bemorlar guruhlaridagi fikrlashdagi o'zgarishlar ko'proq seziladi. Oliy ma'lumotli bemorlar guruhida testda xatolar soni $4,0 \pm 2,0$, o'rta va o'rta maxsus ma'lumotli guruhlarda $7,6 \pm 3,85$ ($p < 0,001$). Sinovni sifatli tahlil qilishda quyidagi ko'rsatkichlar statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib chiqdi: o'rta va o'rta maxsus ma'lumotli guruhda umumlashtirish darajasining pasayishi 88%, oliy ma'lumotli guruhda - 23% ($p < 0.001$), ushbu test bo'yicha fikrlashda o'zgarishlar bo'lmadi 54% hollarda oliy ma'lumotli guruhda, o'rta ma'lumotli guruhda faqat 8% ($p < 0.001$).

Kasallikning davomiyligiga qarab fikrlashdagi o'zgarishlar ma'lumotlarini tahlil qildi (15-jadval).

Jadval 15. Kasallikning davomiyligiga qarab fikrlashni o'rganish natijalari
(testlarda qilingan xatolar soni).

Sinov	oddiy o'xshashliklar	murakkab o'xshashliklar
Kasallikning davomiyligi		
1. 3 yilgacha (n = 13)	$1,33 \pm 1,03$	5.66 ± 3.88
2018-04-02 121 2. 4-6 yil (n = 26)	$1,23 \pm 0,97$	5.69 ± 3.57
3. 7-10 yil (n = 18)	$2,56 \pm 2,12$	6.89 ± 3.79
4. 10 yildan ortiq (n = 19)	2.8 ± 2.02	$7,2 \pm 4,13$
R	p 1-4 <0,05; p 2-4 <0,05	

Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, kasallikning davomiyligi oshishi bilan testda ham "oddiy o'xshashliklar" va ham "murakkab o'xshashliklar" da vazifalardagi xatolar soni ko'paymoqda. "Oddiy o'xshashliklar" testidagi natijalar 1 va 2 guruhdagi (3 yilgacha va 4-6 yilgacha) va 10 yildan oshgan guruhdagi topshiriq natijalarini taqqoslashda statistik jihatdan ahamiyatli edi.

Bemorlar guruhidagi sifatli tahlil quyidagi qonuniyatlarni aniqladi. "Murakkab o'xshashliklar" testida guruhlarda sifatli tahlillarda statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmadi: umumlashtirish darajasining pasayishi barcha guruhlarda taxminan bir xil (3 yilgacha - 50% holatlar, 4-6 yil - 69,3%, 7- 10 yil - 66,7%, 10 yildan ortiq - 60%), normal ko'rsatkichlar bo'yicha sinov ko'rsatkichlari - 3 yilgacha (33,3% holatlar), 4-6 yil - 23%, 7-10 yil -22 , 2%, 10 yildan ortiq - 20% holatlar. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu testni sifatli tahlil qilishda kasallikning davomiyligi 3 yilgacha bo'lgan guruhdagi bemorlarda tafakkurda unchalik katta bo'lmagan buzilishlar kuzatilgan, ammo boshqa guruhlariga nisbatan statistik jihatdan ahamiyatsiz.

"Oddiy o'xshashliklar" testidagi sifatli tahlil quyidagi natijalarni aniqladi: indikorda statistik jihatdan muhim ($p < 0,05$) o'sish kuzatildi - mantiqiy aloqalarni o'rnatish qiyinligi. Kasallikning davomiyligi 3 yilgacha bo'lgan guruhda ushbu ko'rsatkich 16,6%, 4-6 yil - 30%, 7-10 yil - 33,3%, 10 yildan oshganlar - 50% ni tashkil etdi.

Remissiya davomiyligiga qarab fikrlash buzilishlarini tahlil qilishda qiziqarli natijalarga erishildi. Sinov natijalari epilepsiya remissiyasi bo'lgan bemorlar guruhida tahlil qilindi (41 bemor). Natijalar 16-jadvalda keltirilgan.

Jadval 16. Remissiya muddatiga qarab fikrlashni o'rganish natijalari (testlarda qilingan xatolar soni).

	oddiy o'xshashliklar	murakkab o'xshashliklar

1. 2 yilgacha (n = 15)	2.65 ± 3.15	7.7 ± 3.88
2. 3-5 yil (n = 16)	1,98 ± 1,17	4,55 ± 2,71
3.6-8 yil (n = 10)	2.1 ± 1.13	4.8 ± 2.31
R		r = -0.33, p <0.05

Remissiya davomiyligi va testda qilingan xatolar soni o'rtasida salbiy korrelyatsiya aniqlandi ($r = -0.33$, $p < 0.05$): testda "murakkab o'xshashliklar" - 2 yilgacha bo'lgan remissiya guruhida bemorlar ko'proq xatoga yo'l qo'yishadi ($7, 7 \pm 3.88$) uzoqroq remissiya davri bo'lgan guruhlariga nisbatan: 3-5 yil - $4,55 \pm 2,71$, 6-8 yil - $4,8 \pm 2,31$ xatolar. Olingan natijalardan remissiya jarayonida tafakkurning bir muncha tiklanishi sodir bo'ladi va, ehtimol, fikrlash buzilishlari qaytarilishi mumkin deb taxmin qilish mumkin.

Ushbu guruhlarda sifatli tahlil bilan "murakkab o'xshashliklar" testida remissiya guruhidagi umumlashtirish darajasining 2 yilgacha pasayishi 75%, 3-5 yoshda - 55,6%, 6-8 yilda - 40% holatlarga etdi.

Biz epilepsiya boshlanishida bemorning yoshiga qarab fikrlashdagi o'zgarishlar natijalarini tahlil qildik. Quyidagi natijalar qo'lga kiritildi: "oddiy o'xshashliklar" testida epilepsiya boshlangan guruhga nisbatan 16-30 yoshdagi (1.23 ± 1.06) epilepsiya boshlangan guruhdagi bemorlar tomonidan ($p < 0.05$) sezilarli darajada kam xatolar ($p < 0.05$) qilingan. yil ($2,57 \pm 1,87$) va 30 yoshdan keyin ($2,81 \pm 2,01$). Sifatli tahlilda mantiqiy aloqalarni o'rnatishda qiyinchiliklar epilepsiya 15 yoshgacha (42,3%) va 30 yoshdan keyin (45,4%>) boshlangan guruhlarda ustun keldi, 16-30 yoshdagi epilepsiya boshlangan guruhda ular 15% ni tashkil etdi. ...

Sinovda "murakkab o'xshashliklar" xuddi shunday tendentsiya kuzatildi, ammo natijalar statistik jihatdan ahamiyatsiz edi: 15 yoshgacha epilepsiya boshlangan guruhda - $6,28 \pm 3,77$, 16-30 yoshda - $5,23 \pm 3,0$, 30 yoshdan keyin - 7.81 ± 4.26 . Biroq, olingan natijalarni sifatli tahlil qilish bilan ko'rsatkichlar statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib chiqdi - umumlashma darajasining pasayishi: 15 yoshgacha

epilepsiya boshlangan guruhda va 30 yoshdan keyin bu 71,6% va 73% ni tashkil etdi), 16-30 yoshdagi epilepsiya boshlangan guruhda - 46% ($p < 0.05$).

Biz AED terapiyasining davomiyligiga qarab fikrlashdagi o'zgarishlar natijalarini tahlil qildik. Ushbu mezon bo'yicha guruhlarda ishonchli farqlar mavjud emas edi: xususan, terapiya davomiyligi 3 yilgacha bo'lgan guruhda, oddiy analogiya testi natijalariga ko'ra xatolar soni $2,125 \pm 2,02$, terapiya muddati 7 yildan ortiq bo'lgan guruhda $2,27 \pm 2,1$. "Murakkab o'xshashliklar" testining natijalariga ko'ra terapiya davomiyligi 3 yilgacha bo'lgan bemorlar guruhi vazifalar bilan yanada yomonroq ishlashdi, xatolar soni $6,59 \pm 3,55$, AED terapiyasining davomiyligi 4-6 yil bo'lgan guruhlariga nisbatan 7 yildan ortiq, natijalar taxminan bir xil bo'lgan - mos ravishda $5,85 \pm 3,88$ va $5,95 \pm 4,01$.

Fikrlashdagi o'zgarishlarning tutilish turiga bog'liqligini tahlil qildik (kam uchraydigan tutqanoqli guruh - 35 bemor). Sinov natijalariga ko'ra eng yomon ko'rsatkichlar SHG va SPP kombinatsiyasi bo'lgan bemorlar va SHG uyqusida qayd etilgan, ammo natijalar boshqa guruhlariga nisbatan statistik jihatdan ahamiyatsiz bo'lgan.

Fikrlashda jinsi va yoshi bo'yicha statistik jihatdan ahamiyatli farqlar bo'lmagan.

Shunday qilib, fikrlashni o'rganishda quyidagi statistik ahamiyatga ega natijalar olingan: epilepsiya remissiyasi bo'lgan guruhda bemorlar testda kamroq xatoga yo'l qo'yishdi; eng kam muvaffaqiyatli vazifani barbituratlar va topiramat olgan bemorlar bajargan; kasallikning davomiyligi oshishi bilan testlarda xatolar sonining ko'payishi kuzatildi; remissiya davri uzoq bo'lgan bemorlarda remissiya davri qisqa bo'lgan bemorlarga qaraganda yuqori ko'rsatkichlar mavjud; epilepsiya boshlangan yoshi 15 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida va 30 yoshdan keyin past ko'rsatkichlar olingan; test ma'lumotlariga ko'ra yuqori natijalar yuqori ma'lumotli bemorlar guruhlarida olingan.

Uyushmalarni o'rganishda bemorlarda sezilarli og'ishlar topilmadi.

3.4. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda etiologik sabablarni qiyosiy o'rganish.

Kattalardagi epilepsiya muammosini o'rganayotganda etiologik omillarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Sabablarini aniqlagan holda, biz uning oldini olish, kasallikni kamaytirish va epilepsiya tarqalishini mintaqada kamaytirish bo'yicha chora-tadbirlar ko'lamini kengaytira olamiz.

Kasallikning etiologik omiliga asoslangan epilepsiya xalqaro tasnifiga muvofiq quyidagilar mavjud: idiopatik shakl, uning asosiy sababi genetik omil; simptomatik shakl, uning asosiy sabablari turli xil organik miya shikastlanishi (shikast, yallig'lanish, toksik, degenerativ, metabolik); sabablari aniq bo'lmagan (ammo simptomatik deb taxmin qilinadi) epilepsiyaning kriptogen shakli

Bolalik davriga to'g'ri keladigan debyut genetik shakllari aniqlandi va uzoq vaqt davomida simptomatik epilepsiya tarqalishi (kattalarda 70% gacha) kuzatilib, uning rivojlanishida genetik omil hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Epilepsiyadagi genetik moyillik ko'pchilik uchun irsiyatning poligenik turi bilan bog'liq. Qarindoshlar orasida oilaviy irsiylanish chastotasi 5 dan 45% gacha o'zgarib turadi. Hozirgi vaqtda genlarning o'zi idiopatik epilepsiyaning bir nechta shakllarini aniqladilar. Bundan tashqari, kasallikning o'zi nafaqat irsiy xususiyatga ega, organizmdagi turli xil metabolik kasalliklar miya neyronlarining yuqori qo'zg'alishiga olib keladi.

Ro'yxatdan o'tish ma'lumotlari bo'yicha epilepsiya etiologik turini tahlil qilish jarayonida barcha o'rganilgan bemorlar orasida simptomatik epilepsiya bilan kasallanganlar soni 43 (56,2%), idiopatik epilepsiya bilan - 24 (32%), kriptogen epilepsiya - 9 (11,8%) (1-jadval).

Tadqiqot natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, simptomatik epilepsiya ustun keldi, bu adabiyot ma'lumotlari bilan taqqoslanadi ($p < 0.05$).

1-jadval - Buxoro viloyatida kattalarda epilepsiya shakllarini etiologik omil bo'yicha aniqlash chastotasi

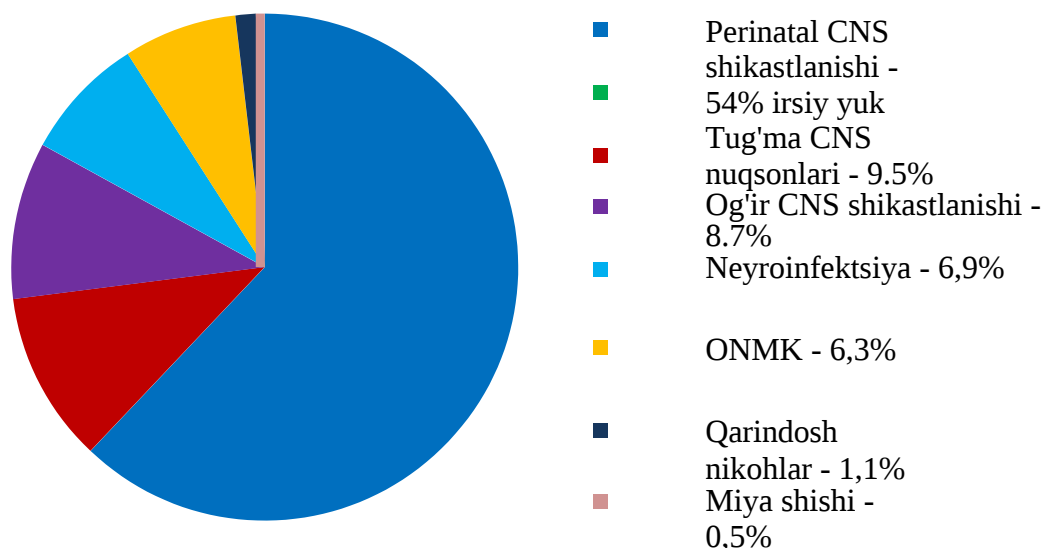
Epilepsiya shakllari	Shahar aholisi		Qishloq aholisi		Jam i	
	ab s.	%	ab s.	%	abs.	%
Simptomatik epilepsiya		54.7	822	57	43	56.2
Idiopatik epilepsiya	244	30.4	474	32.8	24	32
Kriptogen epilepsiya	120	14.9	146	10.2	9	11.8

Jadval 2 – Buxoro viloyatida kattalarda epilepsiya rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadigan etiologik omillarning chastotasi

Etiologik omillar	Shahar aholisi		Qishloq bolalari		Jam i	
	abs.	%	ab s.	%	ab s.	%
Miyaning perinatal zararlanishi	163	23.1	351	47.9	514	35,7
Irsiy moyillik	64	9.2	59	8.1	123	8.5
Ota-onalarning qarindoshligi	5	0.8	5	0.7	10	0.7
Miyaning tug'ma anomaliyalari	35	4.9	56	7.6	91	6,3
Miyaning jiddiy shikastlanishi	32	4.5	51	6.9	83	5.7
Neyroinfeksiya (ensefalit, meningoensefalit)	14	1.9	52	7.1	66	4.6
Miya qon aylanishining o'tkir buzilishi	22	3.1	38	5.2	60	4.2
Miyaning shishi	2018-04-02 1212	0,2	3	0,4	5	0,3
Etiologik omillarning kombinatsiyasi	188	26.5	35	4.8	223	15.5
Etiologiyasi noma'lum	183	25.8	83	11.3	266	18.5

Tadqiqot natijalariga ko'ra bolalarda epilepsiya rivojlanishining umumiy sabablari orasida ishonchli ravishda aniqlangan ($p < 0,05$) etiologik omillarga quyidagilar kiradi: miyaning perinatal shikastlanishi - 514 (54%), irsiy moyillik (otalar va boshqa qarindoshlar konvulsiv tutilishlarga ega) - 123 (12,9%), otalarning qarindoshligi bilan - 10 (1,1%).

miyaning tug'ma anomaliyalari - 91 (9,6%), og'ir miya shikastlanishi - 83 (8,7%). neyroinfeksiyalar - 66 (6,9%), o'tkir qon tomirlari - 60 (6,3%), etiologik omil kamroq: miya shishi- 5 (0,5%) (1-rasm).



1-rasm –Tadqiqot natijalariga ko`ra kattalarda epilepsiya rivojlanishidagi etiologik omillarning ulushi

Miya falaji (KP) ishonchli ravishda ($p < 0,05$) epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning 10,8 foizida aniqlandi va qishloq aholisida 2 barobar ko'proq uchraydi (4-jadval).

Shunday qilib, 18 dan 57 yoshgacha bo'lgan Buxoro viloyati aholisi orasida kattalarda epilepsiya kasalligining 23 (30%) da kranioserebral travma, 23 (30%) da og'irlashgan perinatal anamnez, 6 (8%) da neyroinfektsiya, miyaning massiv shakllanishi (meningiomani jarrohlik davolash oqibatlari) 3 bemorda (4%), bir nechta omillarning kombinatsiyasi 21 bemorda (28%) asosiy sabab bo`lib hisoblandi. Sakkizta bemorda (10,5%) epilepsiya irsiy moyillik bo'lgan. ($p < 0,05$). O'tkazilgan "Ro'yxatdan o'tish" asosida kasallikning etiologiyasi noma'lum bo'lgan bemorlar guruhi aniqlandi - 9 (11,8%). Shu bilan birga, umumiy sabablar orasida etiologik omillarning kombinatsiyasi 12 (15,5%) ni tashkil etdi ($p < 0,05$).

XOTIMA

Epilepsiya kasalligida kognitiv buzilishlar nevrologiyaning dolzarb muammolardan biri sifatida e'tirof etilib, bu yetishmovchilik bemorni ijtimoiy dezadaptatsiyaga olib boruvchi sabablardan biri hisoblanadi. Kognitiv buzilishlar birlamchi va ikkilamchi generallashtirilgan tutqanoq xurujli bemorlar guruhida, shuningdek, epilepsiyaning simptomatik shakli bo'lgan bemorlarda ko'proq uchraydi (Byulleten' assotsiatsii vrachey Uzbekistana. Tashkent. – 2016)

Epilepsiya klinikasida neyropsixologiya usullarini ishlab chiqish va qo'llash, birinchi navbatda, kasallikni jarrohlik yo'li bilan davolash bilan bog'liq holda o'choqlarningning topikal diagnostikasini yaxshilash, miya operatsiyasini boshdan kechirgan bemorlarda buzilgan funktsiyalarni tiklash dinamikasini baholash uchun zarur edi.

Kostilyov A.A., Pizova N.V. 2013 yildagi tadqiqotlarida kognitiv buzilishlarni shakllantirishda genetik omilning roli haqida ishonchli dalillar olingan bo'lib, ular prognoz jihatdan qulay shakllarda ham epilepsiya, masalan, centrotemporal yopishqoqlik bilan rolandic chandiqlar, idiopatik oksipital epilepsiya, e'tibor, xotira va aql-idrokda kamaygan. Kognitiv kasalliklarning chastotasi jihatidan kasallikning idiopatik va simptomatik shakllari o'rtasida sezilarli farqlar mavjud emasligini ko'rsatgan bir qator mualliflarning fikriga ko'ra (Voronkova K.V. 2012, Pizova N.V. 2015) intellektual funktsiyalarga nisbatan idiopatik epilepsiya ustunligi to'g'risida an'anaviy fikr rad etilgan.

Shu bilan birga, genetik jihatdan aniqlangan epilepsiyalarda kasallikning fokal shakllarida aniqroq aniqlangan kognitiv buzilishlar, umumiy shakllarda esa kognitiv funktsiyalarning sifat jihatidan turli xil buzilishlari mavjudligi haqida dalillar mavjud (Jambaque I. va boshq., 2017).

Demak, yuvenil mioklonik epilepsiya (YME) bilan, D. Janz, Xristian V., 2017 fikriga ko'ra, bemorlarning intellekti odatda normaldir, ammo hissiy nostabillik, puerilizm, ularning kasalliklarini kam baholash va hattoki yengil

eyforiya, integratsiya, shifokor bilan yomon hamkorlik va tavsiya etilgan rejimni buzish ijtimoiy qiyinchiliklarga olib keladi.

Hozirgi vaqtda bemorlarning hayot sifatini (HS) ko'rsatkichlarini yaxshilash epilepsiya davolash strategiyasining asosiy tarkibiy qismidir (Poverennova I.E., Yakunina A.V., Kalinin V.A., Zyryanov S.K., Tishchenkova I.F 2017).

Epilepsiyada hayot sifatini o'rganishda epilepsiya bilan og'rigan bemorning kundalik faoliyatiga ta'sir qiluvchi va uning hayot sifatini belgilaydigan turli xil tibbiy, ijtimoiy va psixologik omillarning rolini aniqlash muhim o'rin tutadi. Gillham R., Brayant-Komstuk L., 2010 yil, umuman olganda epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning hayot darajasi pastligi bilan ajralib turishini ko'rsatdi. Terapiya paytida tutqanoqi davom etayotgan bemorlarda bu ayniqsa past. Mualliflarning ta'kidlashicha, hatto noyob tutqanoqli bemorlarda ham HSning pasayishi kuzatilgan. Epilepsiya bilan og'rigan odamlarda umidsizlik va ambitsiyalarning yo'qligi, o'zini past baholash va ijtimoiy moslashuv pasayganligi haqida ko'proq ma'lumot berishgan.

Hayot sifatiga ta'sir ko'rsatadigan eng muhim omil bu takrorlanadigan, oldindan aytib bo'lmaydigan tutqanoqlar holatidir (Kendrik A., 2017).

Bemorning o'zi tomonidan hayot sifatini baholash uning umumiy holatining muhim va ishonchli ko'rsatkichidir. Hayot sifatini o'rganish shifokorga bemorga uning kasalligi va tibbiy va psixologik ta'sirlar jarayonida yuz beradigan o'zgarishlarga qarash uchun noyob imkoniyat beradi. Ushbu hayot sifati an'anaviy tibbiyot fikri bilan bir qatorda kasallikning yaxlit va ob'ektiv rasmini shakllantirishga imkon beradi.

Tadqiqotda 76 bemor ishtirok etdi. Bemorlarning yoshi 18 dan 57 yoshgacha (o'rtacha yoshi $30,12 \pm 10,94$ yosh). Tadqiqotda 35 yoshgacha bo'lgan yoshlar ustunlik qildi (52 kishi - 68%). Erkaklar 43% (33 kishi), ayollar - 57% (43 kishi) ni tashkil etdi.

41 bemorda (54%) simptomatik qisman epilepsiya, 35 bemorda (46%) kriptogen qisman epilepsiya aniqlandi. Tutqanoq va tutqanoqning zamonaviy xalqaro tasnifi epilepsiya shakli va tutqanoq turini aniqlashda ishlatilgan (Kioto, 1981; Nyu-Dehli, 1989).

Kasallikning davomiyligi 3 yildan 24 yilgacha bo'lgan, kasallikning o'rtacha davomiyligi $8,86 \pm 6,42$ yilni tashkil etgan.

Belgilangan va taxmin qilingan xavf omillaridan asosiy rol o'ynadi: 23 (30%) da kranioserebral travma, 23 (30%) da og'irlashgan perinatal anamnez, 6 (8%) da neyroinfektsiya, miyaning massiv shakllanishi (meningiomani jarrohlik davolash oqibatlari) 3 bemorda (4%), bir nechta omillarning kombinatsiyasi 21 bemorda (28%) sodir bo'ldi. Sakkizta bemorda (10,5%) epilepsiya irsiy moyillik bo'lgan.

Epilepsiya jarayonida bemorlar ikki guruhga bo'linadi: 1-chi epilepsiya remissiyasi bilan, 2-chi kam uchraydigan tutqanoqlar bilan (yiliga 1-3 ta tutqanoq). Birinchi guruh 41 kasaldan iborat edi (bemorlarning umumiy sonining 54%), ikkinchisi - 35 bemor (46%).

Birinchi guruhdagi remissiya davomiyligi 2 yildan 8 yilgacha, remissiyaning o'rtacha davomiyligi $3,97 \pm 2,01$ yilni tashkil etdi.

Antiepileptik terapiya davomiyligi 2 yildan 16 yilgacha (o'rtacha AED terapiyasining davomiyligi $6,96 \pm 4,84$ yil). Barbituratlar, karbamazepin va valproat olgan bemorlarda terapiya davomiyligi o'n yildan oshdi.

Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlar AEDlardan biri bilan monoterapiyada bo'lishgan. Bemorlarning ko'pchiligida uzoq muddatli giyohvandlik tarixi bo'lmagan va, qoida tariqasida, qabul qilingan dori monoterapiyani boshlash sifatida buyurilgan.

Klinik va nevrologik tadqiqot usuli anamnezning batafsil to'plamini, epileptik tutqanoqlarning tabiati va chastotasini, postiktal va interiktal davrlarning

xususiyatlarini, kasallikning rivojlanish dinamikasini, antiepileptik terapiya davomiyligi va samaradorligini, somatik va nevrologik holatni batafsil tahlil qilishni to'liq aniqlab berdi.

43 bemorda (56,5%) bemorlarning nevrologik holatini o'rganish natijasida zaif konvergentsiya, piramidal etishmovchilik, Babinskiy asinergiyasi, avtonom disfunktsiya sindromi shaklida diffuz mikro-fokal nevrologik alomatlar aniqlandi.

Tadqiqotga epilepsiya kursi yaxshi bo'lgan bemorlar kiritilganligi sababli, tekshiruv va tadqiqotga qo'shilish paytida EEGda aniq o'zgarishlar bo'lmadi. Aniqlangan o'zgarishlar epilepsiyaning fokal sohasini ko'rsatish uchun qayta MRT tahlilidan o'tkazildi.

Umuman olganda, neyroimaging tadqiqot usullariga (EEG,MRT) ko'ra, tadqiqotga kiritilgan bemorlarda miyada aniq patologik tarkibiy o'zgarishlar yuz bermagan, ehtimol bu epileptik kasallikning yengil kechishini tushuntiradi.

Shundan so'ng bemorlar neyropsixologik testlardan o'tkazilib tafakkur faoliyati baholandi.

Kognitiv sferani epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarsi bor 76 ta bemorda tekshirildi (o'rtacha yosh $63,9 \pm 1,5$ y): 36 erkak (o'rtacha yosh $64,9 \pm 1,5$ y.) va 52 ta ayol (o'rtacha yosh $62,9 \pm 1,5$ y). 1-bosqichdagi epilepsiyadagi kognitiv buzilishlar 29 ta tekshirilgan bemorlarda (7ta erkak va 22 ta ayol), 2-bosqichdagi epilepsiyadagi kognitiv buzilishlar- 59 (29 erkak va 30 ta ayol).

Kognitiv sohani umumiy baholash -ruxiy statusni baxolashni qisqa shkalasi (RSBQSH) (Mini Mental State Examination - MMSE) va - peshona disfunktsiyasini aniklashning batareya testlari (PDABT) (Fronal Assessment Battery-FAB) shkalalarining yig'indi bali bo'yicha o'tkazildi. Olingan natijalar (RSBQSH 24 balldan past emas, PDABT 12 balldan past emas) tekshirilgan bemorlarda epilepsiyadagi kognitiv buzilishlarmensiya darajada emasligini ko'rsatdi.

Shulte sinamasini o'tkazish vaqti erkaklarda ($56,8 \pm 1,1$ soniya) ayollarga ($52,7 \pm 1,0$ soniya) nisbatan yuqori ($r < 0,01$). 2-bosqichdagi DEsi bor bemorlar Shulte sinami bo'yicha testdan o'tkazilganda, ham erkaklar ham ayollar yomon natijaga ega bo'lganlar ($r < 0,05$), bu esa serebrovaskulyar yetishmovchilik rivojlanib borgan sari bemorlarning tezkor reaksiyasi va diqqatni bir joyga jamlash qobiliyati pasayib boradi. PDABT "nutq ravonligi" subtestida va literal va kategorial verbal assotsiatsiyalar ko'rsatkichlari tekshirilgan bemorlarda past bo'lgan, ammo erkaklar va ayollar orasida deyarli farq kuzatilmagan.

Shunday qilib, epilepsiyadagi kognitiv buzilishlari bor bemorlarda, ham erkak, ham ayollarda konsentratsiya va diqqatni qo'llab-quvvatlash qobiliyati, assotsiatsiyalar hosil qilish tezligi va nutqni ishlab chiqish xususiyatini ko'rsatuvchi neyropsixologik ko'rsatkichlarda yaqqol farq aniqlanganligini boshqa mualliflar ham aniqlagan [Lokshina A.B., Zaxarov V.V., 2006; Sevastyanova Ye.V., 2018]. A.R. Luriya nazariyasiga binoan kognitiv buzilishlarning bunday ko'rinishi asosida kognitiv faoliyatni tashkil qilgan neyrodinamik disfunktsiya, ya'ni I funksional blok (bosh miyaning chuqur bo'limlari) yetishmovchiligi yotadi.

Kattalardagi epilepsiya muammosini o'rganayotganda etiologik omillarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Sabablarini aniqlagan holda, biz uning oldini olish, kasallikni kamaytirish va epilepsiya tarqalishini mintaqada kamaytirish bo'yicha chora-tadbirlar ko'lamini kengaytira olamiz.

Shunday qilib, 18 dan 57 yoshgacha bo'lgan Buxoro viloyati aholisi orasida kattalarda epilepsiya kasalligining 23 (30%) da kranioserebral travma, 23 (30%) da og'irlashgan perinatal anamnez, 6 (8%) da neyroinfektsiya, miyaning massiv shakllanishi (meningiomani jarrohlik davolash oqibatlari) 3 bemorda (4%), bir nechta omillarning kombinatsiyasi 21 bemorda (28%) asosiy sabab bo'lib hisoblandi. Sakkizta bemorda (10,5%) epilepsiya irsiy moyillik bo'lgan. ($p < 0,05$).

O'tkazilgan "Ro'yxatdan o'tish" asosida kasallikning etiologiyasi noma'lum bo'lgan bemorlar guruhi aniqlandi - 9 (11,8%). Shu bilan birga, umumiy sabablar orasida etiologik omillarning kombinatsiyasi 12 (15,5%) ni tashkil etdi ($p < 0,05$).

XULOSA

1. Epilepsiya bilan og`rigan bemorlarni kliniko-patogenetik tahlil qilishda 43 bemorda (56,5%) bemorlarning nevrologik holatini o`rganish natijasida zaif konvergentsiya, piramidal etishmovchilik, Babinskiy asinergiyasi, avtonom disfunktsiya sindromi shaklida diffuz mikro-fokal nevrologik alomatlar aniqlandi.
2. Epilepsiya bilan og`rigan bemorlarni kasallik davomiyligiga qarab kognitiv disfunktsiyalarini o`rganish va tahlil qilish davomida kasallik davomiyligi 4-6 yildan uzoqroq hamda remissiya 1-2 yildan kamroq bo`lgan guruhlarda kognitiv disfunktsiyaning chuqurroq buzilganligi aniqlandi.
3. Epilepsiya rivojlanishidagi muhim etiologik faktorlarni aniqlash va tahlil qilishda 23 (30%) da kranioserebral travma, 23 (30%) da og'irlashgan perinatal anamnez, 6 (8%) da neyroinfektsiya, miyaning massiv shakllanishi (meningiomani jarrohlik davolash oqibatlari) 3 bemorda (4%), bir nechta omillarning kombinatsiyasi 21 bemorda (28%) sodir bo'ldi. Sakkizta bemorda (10,5%) epilepsiya irsiy moyillik bo'lgan.

Amaliy tavsiyalar

1. Ijtimoiy ahamiyatli kasb egalarida epilepsiya aniqlanishi ularni kognitiv defitsit xavf guruhiga kiritilishiga sabab bo`lib, bu holat ular bilan ambulatoriya poliklinika etapidan yuqori darajadagi psixik funksiyalar buzilishini oldini olishga qaratilgan tibbiy yordam tashkil etilishi kerak.
2. Epilepsiyaga chalingan bemorlarni klinik, instrumental va psixologik metodlarni o`z ichiga oluvchi kompleks tekshirish bilan bir qatorda ularni hayot sifatini baholash bemorda yuzaga kelishi mumkin bo`lgan shaxsiy hamda ijtimoiy muammolarini o`z vaqtida aniqlash davolash-reabilitatsion chora tadbirlar ishlab chiqishda ushbu muammoga ham e`tibor qaratish lozim.
3. Epilepsiya bilan bemorlarni davolash kompleks tarzda olib borilib, o`z ichiga nafaqat epilepsiyaga qarshi dori vositalarni, balki hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan nomedikamentoz usullar (ratsional psixoterapiya, psixologik korreksiya)ni ham o`z ichiga olishi zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Avakyan G.N. Sovremennye aspekty lecheniya epilepsii. Atmosfera. Nervnye bolezni: jurnal dlya prakticheskix vrachey. 2005, №4: 4-8.
2. Belousova Ye.D., Yermakov A.Yu. Differentsial'nyy diagnostika epilepsii. M. Pul's, 2017 - 363s.
3. Bexterev V.M. Osnovy ucheniya o funktsiyax mozga. Vip. 1-6. SPb, 1905–1907.
4. Biniaurishvili R.G., Veyn A.M., Gafurov B.G., Raximjanov A.R. Epilepsiya i funktsional'nye sostoyaniya mozga. Tashkent: Meditsina, 1985.- 239s.
5. Bleyxer V.M., Burlachuk L.F. Eksperimental'no-psixologicheskie issledovaniya nekotorykh svoystv lichnosti pri epilepsii. Kliniko- psixologicheskie issledovaniya lichnosti. L., 1971: 83-87.
6. Bleyxer V.M. , Kruk I.V., Bokov S.N. Prakticheskaya patopsixologiya. Rukovodstvo dlya vrachey i meditsinskix psixologov. Rostov: Feliks, 1976, - 448s.
7. Bleyxer V.M. Klinicheskaya patopsixologiya. Tashkent: Meditsina, 1976 — 326s.
8. Boldirev A.I. Sosial'nyy aspekt bol'nix epilepsiy. M.: Meditsina, 1978.
9. Boldirev A.I. Epilepsiya u vzroslykh. Izd 2-e.- M.: Meditsina, 1984, - 287s.
10. Boldirev A.I. Patomorfizm lichnostnykh izmeneniy u bol'nix epilepsiy. Jurnal nevrologii i psixiatrii 1989, t89; №6: 50-53.
11. N.Vasserman L.I. Psixologicheskaya diagnostika pri epilepsii. Sovremennaya psixiatriya 1998, №3: 22-25.
12. Vasserman L.I., Dorofeeva S.A., Meerson L.A. Metody neyropsixologicheskoy diagnostiki. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb: Stroylespechat', 2007,-303s.
13. Gext A.B., Lebedeva A.V., Kurkina I.V., Lokshina O.B. Epidemiologiya, sosial'nye aspekty i lechenie epilepsii. 6-oy Rossiyskiy natsional'nyy kongress «Chelovek i lekarstvo». Tezisy dokladov. M., 2009, s 86.
14. [Gext A.B.] Guekht A. V. et al. Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. Seizure 2017; 16: 128-133.

15. Gromov C.A., Mixaylov B.B., Linnik L.I., Flerova I.P. Kachestvo jizni i reabilitatsiya bol'nix epilepsiey. Jurnal nevrologii i psixiatrii 2012, vip 6: 4-8.
16. Zeygarnik B.V. Patopsixologiya. M.: MGU, 1986,- 286s.
17. Zenkov L.R. Klinicheskaya epileptologiya (rukovodstvo dlya vrachey). M.: Medisinskoe informacionnoe izdatel'stvo, 2012.
18. Zenkov L.R., Shevelchinskiy S.I., Kostantinov P.A., Myasnikov V.N. Bessudorojnie epilepticheskie ensefalopatii, autizm i drugie rasstroystva psixicheskogo razvitiya. Autizm i narusheniya razvitiya 2014, №1:2-19.
19. Zenkov L.R. Neparoksizmal'nie epilepticheskie rasstroystva. Moskva: MEDpressinform, 2017.
20. Kazakovsev B.A. Psixicheskie rasstroystva pri epilepsii. M.: Amipress, 2009,- 416s.
21. Kalinin V.V. Izmeneniya lichnosti i mnestiko-intellektual'niy deffekt u bol'nix epilepsiey. Jurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova 2014, №2: 64-73.
22. Kalinin V.V. Psixiatricheskie i terapevticheskie aspekti epilepsii u jenshin. Jurn nevrologii i psixiatrii 2006; spesial'niy vipusk epilepsiya: 53-58.
23. Karlov V.A. Epilepsiya. M.: Medisina 1990.
24. Karlov V.A., Xabibova A.O. Kachestvo jizni bol'nix epilepsiey. Sovremennie metodi diagnostiki i lecheniya epilepsii. Smolensk 1997: 76-77.
25. Karlov V.A. Epilepticheskie pripadki. Epilepsiya, v kn. Nevrologiya: rukovodstvo dlya vrachey. M: Medisinskoe informacionnoe agentstvo; 2011: 234-251.
26. Karlov V.A., Xabibova A.O. Kachestvo jizni bol'nix epilepsiey. Nauchnaya konferensiya s mejdunarodnim uchastiem «Kachestvo jizni v psixonevrologii». Tezisi dokladov, Sankt-Peterburg, dek. 2000. SPb, 2000, s.62.
27. Karlov V.A. Epilepsiya kak klinicheskaya i neyrofiziologicheskaya problema. Jurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova 2000; №9: 7-15.
28. Karlov V.A. Rasstroystva psixiki pri epilepsii. Annali nevrologii 2017; 1, vip. 2: 9-16.

29. Krepelin E. Vvedenie v psixiatricheskuyu kliniku. M.-Pg., 1923.-232s.
30. Lokshina O.B., Lebedeva A.B., Mil'chakova L.E. s soavt. Kachestvo jizni bol'nix epilepsiey. Psixosocial'naya rehabilitasiya i kachestvo jizni. Sbornik nauchnix trudov, tom 137 - SPb.: Sankt-Peterburgskiy NII im. V.M. Bextereva, 2018: 277-283.
31. Luriya A.R. Osnovi neyropsixologii. M.: MGU, 1973.
32. Meerson Ya.A. Osobennosti vospriyatiya sensornix signalov pri povrejdenii levogo ili pravogo polushariya golovnogo mozga. Neyropsixologicheskie issledovaniya v nevrologii, neyroxirurgii i psixiatrii. L., 2008: 34-39.
33. Mixaylov V.A. Medisinskie i sosial'nie aspekti riska povsednevnoy jizni u bol'nix epilepsiey / S.A.Gromov, V.A.Mixaylov, L.V.Lipatova // Trudi Vost. - Yevrop. konf. «Epilepsiya». - Yalta - Gurzuf, 2015. - Yalta -Gurzuf, 2015, s.20-23.
34. Mixaylov V.A. Epilepsiya: kachestvo jizni i rehabilitasiya bol'nix / V.A.Mixaylov // Medlayn. - 2017. - № 1. (190). s. 23 - 28.
35. Neznakov N.G., Gromov S.A., Mixaylov V.A. Epilepsiya. Kachestvo jizni i lechenie. Sankt-Peterburg 2015.
36. Novik A.A., Ionova T.I., Kaynd P. Konsepsiya issledovaniya kachestva jizni v medisine. SPb: ELBN, 2014.- 140s.
37. Novik A.A., Odinak M.M., Ionova T.I., Bisaga G.N. Konsepsiya issledovaniya kachestva jizni v nevrologii. Nevrologicheskiy jurnal 2012, №6: 49-52.
38. Penfield U., Djasper G. Epilepsiya i funksional'naya anatomiya golovnogo mozga. M: Inostrannaya literatura, 1958,- 482s.
39. Petruxin A.C. Neyropsixiatricheskie problemi epilepsii. Nevrol Jurn 2014; №6: 4-9.
40. Petruxin A.C., Muxin K.Yu., Medvedev M.I. Osnovnie prinsipi diagnostiki i lecheniya epilepsii u detey i podrostkov. Sovremennaya psixiatriya 2016: 12-16.
41. Polyanskiy D. A. Problema suicidal'nogo povedeniya pri epilepsii. Psixiatriya i psixofarmakoter. 2014.
42. Rubinshteyn S.Ya. Eksperimental'nie metodiki patopsixologii i opit primeneniya ix v klinike. M.: Medisina, 1999, - 216s.

43. Saradjishvili P.M., Geladze G.Sh. Epilepsiya. M.: Medisina, 1995.- 304s.
44. Xabibova A.O. Kachestvo jizni vzroslix bol'nix parsial'noy epilepsiey. Dis. kand. 2012.
45. Xomskaya Ye.D. Neyropsixologiya. 4-e izdanie. M.: Piter, 2015 — 495s.
46. Shevel'chinskiy S.I., Mishin H.A., Ganich A.A., Shevelchinskaya S.A. Opit primeneniya val'proatov u detey s rasstroystvami povedeniya. V kn.: IV Vostochno-Evropeyskaya konferensiya "Epilepsiya i klinicheskaya neyrofiziologiya». Yalta-Gurzuf 1-6 iyunya, 2012: 32-34.
47. Shevel'chinskiy S.I., Ganich A.A., Shevelchinskaya S.A. Uluchshenie psixopatologicheskix i elektroensefalograficheskix pokazateley pri lechenii Depakinom xrono epilepticheskix ensefalopatiy s rasstroystvami povedeniya. Materiali XII Mejdunarodnogo seminaru "Medisina XXI veka», 2014: 8-10.
48. Abetz L., Jacoby A. et al. Patient-based assessment of quality of life nearly diagnosed epilepsy patients; validation of the NEWQOL. *Epilepsia* 2010; 4: 1119-1128.
49. Aldenkamp A.P., Dodson W.E., et al. Epilepsy and education; cognitive factors in learning behavior. *Epilepsia* 1990; 31(suppl 4): 1-21.
50. Aldenkamp A.P., Alpherts W.C., Sandstedt P. et al. Antiepileptic drug-related cognitive complains in seizure-free children with epilepsy before and after drug discontinuation. *Epilepsia* 2001, vol. 39 (10): 1070-1074.
51. Aldenkamp A.P., Baker G., Mulder O.G. A multicenter, randomized clinical study to evaluate the effect on cognitive function of topiromate compared with valproate as add-on therapy to carmazepine in patients with partial-onset seizures. *Epilepsia* 2010, vol. 41(9): 1167-1178.
52. Aldenkamp A.P., Baker G. A systematic review of the effects of lamotrigine on cognitive function and quality of life. *Epilepsy Behav* 2011 ;2: 85-91.
53. Aldenkamp A.P. et al. Psychosocial reactions to the epilepsy in an unselected group of patients with under treatment in general hospitals. *Seizure* 2013; 12 (2): 101-106.

54. Aldenkamp A.P., Krom M et al. Newer Antiepileptic Drugs and Cognitive Issues. *Epilepsia* 2013, vol. 44 (4): 21-29.
55. Aldenkamp A.P. et al. Treatment of epilepsy in general hospital: do patient and neurologist agree on succession failure. *Seizure* 2013; 12(8): 523-528.
56. Antai-Otong D. Mitigating cognitive side effects associated with topiramate. *Perspect in Psychiatr*, 2015, vol 41:92-93.
57. Austin J.K., Dunn D.W., Johnson C.S. et al. Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and impact of their families: recent research data. *Epilepsy Behav* 2014, vol. 5(suppl 3): 33-41.
58. Austin J.K., Dunn D.W., Caffrey H.M. et al. Recurrent seizures and behavior problems in children with first recognized seizures: a prospective study. *Epilepsia* 2012, vol 43 (№12): 1564-1573.
59. Baker G.A., Smith D.F., Dewey M., Jacoby A., Chandwick D.W. The initial development of a health-related quality of life model as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Res* 2009, 16: 765-781.
60. Baker G. A., Jacoby A., Smith D.F. et al. The development of a novel scale to assess life fulfillment as part of the further refinement of Quality of life model for epilepsy. *Epilepsia* 2011; 35: 591-596.
61. Baker G.A. Health-related quality-of-life issues: optimizing patient outcomes. *Neurology* 2010; 45 (suppl 2): 29-34.
62. Baker G.A. Assessment of Quality of Life in People with Epilepsy: Some Practical Implications. *Epilepsia* 2012; v 42(suppl 3): 66-69.
63. Barraclough B. The suicide rate of epilepsy. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 76: 339-345.
64. Battaglia D., Rando T., Deodato F. et al. Epileptic disorders with onset in the first year of life: neurological and cognitive outcome. *Europ J Paediatr Neurol* 1999; vol 3(3): 95-103.

65. Byars A.W., de Grauw T.J., Johnson C.S. et al. The association of MRI findings and neuropsychological functioning after the first recognized seizure. *Epilepsia* 2007, v.48 (6): 1067-1074.
66. Bergin P.S., Thompson P.J., Baxendala S.A. Remote memory in epilepsy. *Epilepsia* 2008, vol. 41: 231-239.
67. Binnie C. D., Channon S., Marston D. Learning Disabilities in Epilepsy: Neurophysiological Aspects. *Epilepsia* 2015, vol 31 (4): 2-8.
68. Birbeck G.L., Hays RD, Cui X, Vickrey BG. Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia* 2012; 43: 535-538.
69. Bird J.M., Joseph Z.A. Levetiracetam in clinical use - a prospective observational study. *Seizure* 2013, v. 12: 613-616.
70. Bowis J. "Out of the Shadows": the political view. *Epilepsia* 2012, vol 43: 16-17.
71. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Open University Press: Philadelphia, 2016.-274p.
72. Bowling A. Measuring Health: a review of quality of life measurement scales. 2nd edition. Open University Press: Philadelphia, 2017- 160p.
73. Carreño M., Donaire A., Sánchez-Carpintero R. Cognitive disorders associated with epilepsy: diagnosis and treatment. *Neurol* 2008, 14 (Supl 1): 26-34.
74. Carpay J. A., Veendrich-Meeke M.J., Beun A.M. et al. Career assessment of quality of life related to seizure severity and side effects of lamotrigine in mentally retarded epilepsy patients. *Epilepsia* 2000, vol 41: 114.
75. Collings J.A. Psychosocial well-being and epilepsy: An empirical study. *Epilepsia* 1990; 31: 418-426.
76. Cramer G.A., Arrigo C., Van Hammee G. et al. Comparison between the QOLIE-31 and derived QOLIE-IO in a clinical trial of levetiracetam. *Epilepsy Res* 2015,41:29-38.
77. Cramer J.A., Arrigo C. Van Hamme G. et al. Effect of levetiracetam on epilepsy-related quality of life/ N 132 Study Group. *Epilepsia* 2010, v. 41: 868–874.

78. Cramer G.A., Ryan J., Chang J. et al. The short-term impact of adjunctive Tiagabine on health-related quality of life. *Epilepsia* 2011, v 42 (53): 70-75.
79. Cramer J.A., Van Hammee G. et al. Maintenance of improvement in health-related quality of life during long-term treatment with levetiracetam. *Epilepsy Behav* 2003, v.4: 118-123.
80. Deonna T., Zesiger P., Davidoss V. Benign partial epilepsy of childhood: a longitudinal neuropsychological and EEG study of cognitive function. *Dev Med Child Neurol* 2013; vol 42 (9): 595-603.
81. Devinsky O., Vickrey B.G., Cramer J.A., Perrine K., Hermann B., Meador K., Hays R.D. Development of the quality of life in epilepsy (QOLIE) inventory. *Epilepsia* 2016; 36: 1089-1104.
82. Dodrill C.B. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia* 2006; 21: 23-35.
83. Dodrill C.B., Wilensky A.J. Neuropsychological abilities before and after 5 years of stable antiepileptic drug therapy. *Epilepsia* 2012; 33: 327-334.
84. Dulac O. Epileptic encephalopathy. *Epilepsia* 2014, vol 42: 23-26.
85. Elger C.E., Helmstaedter C., Kurthen M. Chronic epilepsy and cognition. *Lancet Neurol* 2014; vol.3(Nº11): 663-672.
86. Engelberts N., Klein M., Ade'r H.J., Heimans J.J. et al. The effectiveness of cognitive rehabilitation for attention deficits in focal seizures: a randomized controlled study. *Epilepsia* 2012, 43(6):587-595.
87. Gastaut H., Morrin G., Lesevre N. Etudes du comportement des epileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises. *Ann Med Psychology* 1995; 113; 1-29.
88. Gillham R., Kane K., Bryant-Comstock L., Brodie M.J. A double-blind comparison of lamotrigine and carbamazepine in newly diagnosed epilepsy with health-related quality of life as an outcome measure. *Seizure* 2013; 9: 375-379.
89. Gobbi G., Boni A., Filippini M. The spectrum of idiopathic rolandic epilepsy syndromes and Idiopathic occipital epilepsies: from the benign to the disabling. *Epilepsia* 2016, vol 47: 62-66.

90. Gonzalez-Garrido A.A., Oropeza de Alba J.L. et al. Transitory cognitive impairment in epileptic children during a CPT task. *Clin Electroencephalogr* 2010; vol. 31 (4): 175-180.
91. Gordon N. Cognitive functions and epileptic activity. *Seizure* 2012, vol. 9 (3): 184-188.
92. Grimes D.A., Guberman A. De novo aphasic status epilepticus. *Epilepsia* 1997; vol. 28: 945-949.
93. Gulgonen S., Demirbilek V., Korkmaz B. et al. Neuropsychological functions in idiopathic occipital lobe epilepsy. *Epilepsia* 2015, vol. 41 (4): 405-411.
94. Hamberger M.J., Palmese C.A., Scarmeas N. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil to improve memory in epilepsy. *Epilepsia* 2017, vol 48(7): 1283-1291.
95. Hauser W.A. The epidemiology of refractory epilepsy. *Epilepsy Res* 2006; 69: 234-235.
96. Hays R.D., Vickrey B., Hermann B.P. et al. Agreement between self reports and proxy reports of quality of life in epilepsy patients. *Quality Life Res* 2005, vol. 4: 159-168.
97. Hermann B.P., Seidenberg M., Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences and treatment of major depression. *Epilepsia* 2010, v 41(suppl. 2): 31-41.
98. Hermann B.P., Seidenberg M., Dow C., Jones J. et al. Cognitive prognosis in chronic temporal lobe epilepsy. *Ann Neurol* 2016, v. 60: 80-87.
99. Hernandez M.T., Sauerwin H.C., Jambaque I. et al. Deficits in executive functions and motor coordination in children with frontal lobe epilepsy. *Neuropsychologia* 2012; vol. 40: 384-400.
100. Hessen E., Lossius M., Reinvang I. et al. Influence of major antiepileptic drugs on attention, reaction time, and speed of information processing: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled withdrawal study of seizure-free epilepsy patients receiving monotherapy. *Epilepsia* 2016, 47(12):203 8-2045.

101. Hessen E., Lossius M., Reinvang I. et al. Predictors of neuropsychological impairment in seizure-free epilepsy patients. *Epilepsia* 2016, v. 47 (11): 1870–1878.
102. Huber B., Bommel W., Haser I. et al. Efficacy and tolerability of levetiracetam in patients with therapy-resistant epilepsy and learning disabilities. *Seizure* 2014, v. 13: 168-175.
103. Jambaque I., Dellatolas G., Fohlen M., Bulteau C. et al. Memory functions following surgery for temporal lobe epilepsy in children. *Neuropsychologia* 2017; 45 (12), 2850-2862.
104. Janszky J., Ollech I., Jokeit H. et al. Epileptic activity influences the lateralization of mesiotemporal fMRI activity. *Neurology* 2014; vol. 63: 1813–1817.
- 1
105. Jokeit H., Ebner A. Long term effects of refractory temporal lobe epilepsy on cognitive abilities: a cross section study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; vol 67 (№1): 44-50.
106. Jokeit H., Ebner A. Effects of chronic epilepsy on intellectual functions. *Prog Brain Res* 2012, vol.135: 455-463.
107. Janz D. Christian W. Impulsive Petit Mai. *Dutch Nerven* 2013; 76:346-386.
108. Kelly K., Stephen L.J., Brodie M.J. Levetiracetam for people with mental retardation and refractory epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014, v.5: 878-883.
109. Kendrick A. Quality of life. *The clinical psychologist handbook of epilepsy: assessment and management*. Edited by C. Cull and Goldstein. London-NY, 2017: 171-176.
110. Kendrick A., Trimble M.R. Repertory grid in the assessment of quality of life in patients with epilepsy: the quality of life assessment schedule. *Epilepsy and quality of life*, New York: Raven Press, 2014: 151-164.
111. Klin Leidy N., Rentz A.M., Grace E.M. Evaluating health-related quality of life outcomes in clinical trials of antiepileptic drug therapy. *Epilepsia* 2016; 39: 965-977.

112. Kwan P., Brodie M.J. Effectiveness of first antiepileptic drug. *Epilepsia* 2011; 42 (12): 55-60.
113. Lendt M., Helmstaedter C., Elger C.E. Pre- and postoperative neuropsychological profiles in children and adolescents with temporal lobe epilepsy. *Epilepsia* 2014; vol. 40 (11): 1543-1550.
114. Loring D.W., Meador K.J. Cognitive side effects of antiepileptic drugs in children. *Neurology* 2014, vol. 62 (6): 872-877.
115. Martin R.C., Griffith H.R., Faught E., Gilliam F., Mackey M. et al. Cognitive functioning in community dwelling older adults with chronic partial epilepsy. *Epilepsia* 2015, 46(2): 298-303.
116. Minervini M., D'Orsi G., Demaio V., Ricchiuti L. et al. Mild cognitive impairment, focal epilepsy and levetiracetam. 27th International ILAE, IBE Epilepsy Congress. Abstract Book 8th-12th July 2017, Singapore.
117. Muscas G.C., Charismas D., Masetti S. et al. Perception of quality of life, emotional and affective disturbances in patients with epilepsy or epilepsy completed by pseudoseizures. *Epilepsia* 2018, vol 41: 153.
118. Park S., Kang K. et al. Cognitive effects of newer antiepileptic drugs: a comparative study with valproate in epilepsy patients. 27th International ILAE, IBE Epilepsy Congress. Abstract Book 8th-12th July 2017, Singapore.
119. Park S.P., Kwon S.H. Cognitive effects of antiepileptic drugs. *J of clinical neurology* 2008, Sep; 4(3):99-106.
120. Perucca E. The Management of Refractory Idiopathic Epilepsies. *Epilepsia* 2011, vol 42(3): 31-35.
121. Piazzini A., Canevini M.P., Turner K. et al. Elderly people and epilepsy: cognitive function. *Epilepsia* 2016, 47(Suppl.5):82-84.
122. Piazzini A., Chifari R., Canevini M.P. et al. Levetiracetam: an improvement of attention and of oral fluency in patients with partial epilepsy. *Epilepsy Res* 2016, v. 68: 181-188.

123. Piazzini A., Turner K., Vignoli A. et al. Frontal cognitive dysfunction in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsia* 2018, vol 49 (4):657-662.
124. Powell H.W., Richardson M.P., Symms M.R., Boulby P.A., Thompson P.J., Duncan J.S. et al. Reorganization of verbal and nonverbal memory in temporal lobe epilepsy due to unilateral hippocampal sclerosis. *Epilepsia* 2017, v. 48(8): 1512-1525.
125. Risse G.L. Cognitive outcomes in patients with frontal lobe epilepsy. *Epilepsia* 2006; vol. 47(suppl.2): 87-89.
126. Rugino T.A., Samsock T.C. Levetiracetam in autistic children: an open-label study. *J Dev Behav Pediatr* 2012, v. 23: 225-230.
127. Santhouse J. A. Comparison of self-reported quality of life between patients with epilepsy and neurocardiogenic syncope. *Epilepsia* 2017; 48: 1019-1022.
128. Serra F.P., Serra L.L. Quality of life evaluation in epileptic patients submitted to lamotrigine monotherapy. *Epilepsia* 2010, vol 41: 47.
129. Velissaris S.L., Wilson S.J., Newton M.R. et al. Cognitive complaints after a first seizure in adulthood: Influence of psychological adjustment. *Epilepsia* 2019; 50(5):1012-1021.
130. Vucinic D., Jovic N., Ignjatovic P. et al. Frontal lobe function in juvenile myoclonic epilepsy. 27 International ILAE, IBE Epilepsy Congress. Abstract Book 8th -12th July 2017: 134.
131. Vickrey B.G., Berg A.T., Sperling M.R. et al. Relationship between seizure severity and health-related quality of life refractory localization-related epilepsy. *Epilepsia* 2010; 41: 760-764.
132. Zhou B., Zhou D., Tian L., Xiao J. Cognitive and Quality of life Effects of levetiracetam as an add-on therapy for partial seizures. 27th International ILAE, IBE Epilepsy Congress. Abstract Book 8th-12th July 2017, Singapore.
133. Wheless J.W., Neto W., Wang S. Topiramate, carbamazepine and valproate monotherapy: double-blind comparison in children with newly diagnosed epilepsy. *Child Neurol* 2014, v. 19: 135-141.

135. Wiebe S., Blume W.T., Ginin J.P. et al. A randomized controlled trial of surgery for temporal lobe epilepsy. *N Engl J Med* 2011; 345:311-318.
136. Wiebe S., Eliasziw M., Matijevic S., Changes in Quality of Life in Epilepsy: how large must they be to be real? *Epilepsia* 2013; v 42(1): 113-118.