

УДК 616.89+616.853

ББК 56.1

Р49

Организация-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З. П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы».

Составители: Ридер Флора Кирилловна, кандидат медицинских наук, заведующий отделом эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройствах ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Тихонова Ольга Алексеевна, младший научный сотрудник отдела по изучению нейробиологических механизмов пограничных психических расстройств ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Турчинец Александр Мирославович, младший научный сотрудник отдела эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройствах ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Попова Софья Баяровна, научный сотрудник кризисного (суицидологического) отдела ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Мишин Илья Николаевич, младший научный сотрудник отдела по изучению когнитивных нарушений ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Герсамия Анна Гулбаатовна, старший научный сотрудник отдела по изучению когнитивных нарушений ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Зинчук Михаил Сергеевич, кандидат медицинских наук, заведующий кризисным (суицидологическим) отделом ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Гехт Алла Борисовна, член-корр. РАН, профессор, д.м.н., директор ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Рецензенты: Цыганков Борис Дмитриевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Российского университета медицины

Басова Анна Яновна, к.м.н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ.

Скрининг наиболее распространенных психических расстройств, когнитивных функций и стигматизации у больных с эпилепсией: методические рекомендации/ составители: Ф. К. Ридер, О. А. Тихонова, А. М. Турчинец, [и др.]. – М.: ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2025– 34 с.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Фармакорезистентность при эпилепсии. Предикторы формирования, вклад сопутствующей патологии и стигматизации, возможности коррекции и улучшения помощи больным: от скорой до специализированной медицинской помощи».

В настоящих методических рекомендациях представлена информация о распространенности, бремени и факторах риска психических расстройств, когнитивных нарушений и стигматизации у пациентов с эпилепсией, рассмотрено их влияние на качество жизни, а также представлен алгоритм скрининговой оценки данных состояний.

Методические рекомендации адресованы врачам-неврологам, психиатрам, терапевтам и другим специалистам, работающим с пациентами с эпилепсией.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут персональную ответственность за представленные данные в методических рекомендациях.

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2025

© Коллектив авторов, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки.....	5
Сокращения.....	6
Введение.....	7
Эпидемиологические данные и факторы риска.....	9
Диагностика тревожных и депрессивных расстройств при эпилепсии.....	10
А Диагностика тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией.....	10
Б Диагностика депрессивных расстройств у пациентов с эпилепсией.....	12
Скрининг когнитивных нарушений у пациентов с эпилепсией.....	13
Скрининг качества жизни у пациентов с эпилепсией.....	14
Оценка самостигматизации у пациентов с эпилепсией.....	15
Эффективный алгоритм скрининга психических расстройств при эпилепсии.....	15
Заключение.....	16
Библиографический список.....	18
Приложение 1.....	22
Приложение 2.....	23
Приложение 3.....	24
Приложение 4.....	25
Приложение 5.....	28
Приложение 6.....	34

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы (стандарты):

1. Конституция Российской Федерации.
2. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
6. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 декабря 2020 г. № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
7. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2 ноября 2009 г. № 1400 «Об организации оказания и учета стационарной медицинской помощи иногородним, а также иностранным гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы».
8. Поручение главного внештатного специалиста психиатра Г.П. Костюка от 30 мая 2019 г. № 03-02-3694/19 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
9. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2020 г. N 15-2/И/2-2645 О методических рекомендациях "Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)"
10. Письмо Министерства просвещения РФ от 30 июня 2021 г. N 07-3586 "О направлении методического письма"

СОКРАЩЕНИЯ

Сокращения, принятые в настоящих рекомендациях:

ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»

НЯ – нежелательные явления

ПНЭП – психогенные неэпилептические приступы

ПЭ – пациенты с эпилепсией

ПЭП – противоэпилептические препараты

ЭП – эпилептический приступ

brEASI – brief Epilepsy Anxiety Survey Instrument (краткая версия Опросника Оценки Тревоги при Эпилепсии)

GAD-7 – General Anxiety Disorder-7 (шкала генерализованного тревожного расстройства – ГТР - 7)

EASI – Epilepsy Anxiety Survey Instrument (Опросник Оценки Тревоги при Эпилепсии)

EpiTrack® – короткий нейропсихологический тест для пациентов с эпилепсией

ESS – Epilepsy Stigma Scale (Шкала Стигмы при Эпилепсии)

HADS-A – Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety) – Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Тревога)

HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale (Depression) – Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Депрессия)

NDDI-E – Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (Неврологический опросник депрессивного расстройства при эпилепсии)

QOLIE-31 – Quality of Life in Epilepsy Inventory (Опросник качества жизни при эпилепсии-31)

Введение

Эпилепсия — хроническое заболевание центральной нервной системы, которое поражает людей всех возрастов, рас и социальных слоев по всему миру [43], сопровождается стигматизацией [23, 17, 1, 14] и сопряжено с высоким риском развития психиатрических расстройств [55]. Основными проявлениями эпилепсии являются эпилептические приступы (ЭП), то есть повторяющиеся пароксизмальные события, характеризующиеся стереотипными поведенческими изменениями, отражающими нейронные механизмы, вовлеченные в эпилептический процесс [25].

Психиатрические расстройства встречаются в 2–3 раза чаще у пациентов с эпилепсией (ПЭ), чем в общей популяции [55]. Наличие сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств у ПЭ связано с ухудшением качества жизни [41], может приводить к ухудшению контроля над приступами, а также к появлению и/или нарастанию нежелательных явлений, связанных с приемом противоэпилептических препаратов (ПЭП) [50, 35, 41]. Так, было обнаружено, что наличие симптомов депрессии оказывает отрицательное влияние на тяжесть нежелательных явлений (НЯ), связанных с ПЭП, у лиц с эпилепсией [18, 20, 49]. Кроме того, лица с эпилепсией имеют более высокий, по сравнению с общей популяцией, риск развития как суицидальных мыслей, так и совершения суицидальных попыток, в том числе с летальным исходом [60].

Приблизительно у 30–40 % пациентов с эпилепсией наблюдаются когнитивные нарушения, которые могут проявляться в виде снижения концентрации внимания, нарушения рассуждений и зрительно-пространственных способностей, снижения координации зрительного движения, снижения абстрактного мышления и способностей к обобщению, нарушения планирования и суждения, а также уменьшения словарного запаса [56, 47, 37]. Когнитивные нарушения у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией в сочетании с психическими расстройствами ведут к значительному снижению качества жизни, снижению и/или потере трудоспособности [16, 36].

Таким образом, своевременное выявление и лечение коморбидных психических расстройств и когнитивных нарушений у пациентов с эпилепсией является не менее важной, по сравнению с соматическими расстройствами, но существенно менее разработанной задачей.

Термин «коморбидность» впервые был утвержден американским эпидемиологом Feinstein A. R. в 1970 г., как «любая отдельная нозологическая форма, существовавшая, существующая или которая может появиться в ходе клинического течения заболевания у пациента». Согласно современным представлениям, эпилептические приступы могут предшествовать, сопутствовать или следовать за установлением диагноза психиатрического расстройства [30]. Депрессия и тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным психиатрическим коморбидным заболеваниям у пациентов с эпилепсией, однако распространенность тревожных

расстройств часто недооценивается [34, 28].

Пациенты с эпилепсией и их родственники очень часто пренебрегают жалобами на раздражительность, агрессивность, сниженное настроение, суицидальные мысли и другие симптомы психических расстройств, не обращаются к врачу-психиатру самостоятельно, в том числе ввиду опасений дополнительной стигматизации, что препятствует своевременному выявлению и коррекции психических нарушений [42].

Известно, что эпилепсия сопряжена с высоким уровнем стигматизации, которая в сочетании с другими хроническими заболеваниями, включая психические расстройства, приводит к феномену двойной стигматизации среди ПЭ [8]. Предвзятости и дискриминация могут негативно влиять на все аспекты оказания медицинской помощи — как в сфере психиатрической помощи, так и в лечении эпилепсии: на уровне индивида (самостигматизации); членов семьи и лиц, осуществляющих уход (межличностная стигматизация); в более широком социальном масштабе (институциональная/социокультурная стигматизация) [1, 9]. Такая многоуровневая стигматизация может привести к существенным последствиям: позднему обращению за медицинской помощью, прогрессированию невыявленных психических расстройств и, в конечном счете, к снижению качества жизни у ПЭ [42, 5, 26].

Таким образом, целесообразно внедрение в повседневную амбулаторную практику врачей-неврологов, терапевтов, врачей общей практики простых и удобных инструментов для скрининга наиболее распространенных психических расстройств у ПЭ, а также стигматизации. Это позволит индивидуализировать ведение данной категории пациентов, своевременно выявлять психиатрические коморбидные расстройства и, соответственно, вовремя направлять больных на консультацию к психиатру.

На сегодняшний день, согласно утвержденным нормативным документам, ведение ПЭ осуществляется врачом-неврологом, основной задачей которого является контроль над приступами, включая коррекцию терапии с учетом коморбидных факторов; оценка исходов в зависимости от формы, этиологии, тяжести течения эпилепсии в каждом конкретном случае, своевременное предхирургическое обследование ПЭ с фармакорезистентным течением заболевания.

С целью повышения эффективности раннего выявления депрессии и тревожных расстройств у взрослых пациентов с эпилепсией, согласно клиническим рекомендациям «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» (2022), рекомендовано использовать стандартизированные и удобные в применении инструменты скрининга. В частности для диагностики депрессии у ПЭ рекомендована версия на русском языке «Неврологического опросника депрессивного расстройства при эпилепсии» (Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy — NDDI-E) [57]. Для выявления тревожных расстройств предложено

использовать шкалу GAD-7/ГТР-7 (General Anxiety Disorder-7 / шкала Генерализованного Тревожного Расстройства-7) или модуль оценки тревоги из Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (тревоги) (HADS-A) [57, 58].

Эпидемиологические данные и факторы риска

Пациенты с психическими расстройствами, у которых развивается эпилепсия, имеют более высокий риск развития фармакорезистентности [41]. ПЭ с психиатрической коморбидностью представляют собой потенциально уязвимую группу риска с повышенной вероятностью преждевременной смерти [54].

По данным мета-анализа популяционных исследований, общая объединенная распространенность депрессии составляет 23,1 % [95 % ДИ 20,6–28,3 %], причем у ПЭ риск ее развития в 2,7 раза выше по сравнению с общей популяцией [23].

Тревожные расстройства долгое время рассматривались как второе по частоте психическое сопутствующее заболевание после депрессивного расстройства, однако в настоящее время накапливается все больше данных о более частой встречаемости у ПЭ именно тревожных расстройств — до 50 % [52, 33]. Воспринимаемая стигма, снижение качества жизни, нарушения настроения и наличие тревожных расстройств у ПЭ ассоциировано с повышенным риском суицида [26, 60], более высокой частотой приступов, а также худшими результатами контроля над приступами при лечении ПЭП и в исходе хирургического лечения эпилепсии [15]. Факторами, наиболее устойчиво ассоциированными с тревожными симптомами и тревожными расстройствами, являются женский пол, наличие депрессии и безработица [31]. Данные о взаимосвязи между тревожным расстройством и локализацией, латерализацией или типом эпилепсии противоречивы [33]. У пациентов с эпилепсией наиболее часто развиваются четыре специфических тревожных расстройства: тревога ожидания ЭП, фобия приступов, социальная фобия, паническое расстройство [31].

Диагностика тревожных и депрессивных расстройств при эпилепсии

В связи с серьезными временными затратами на клиническое интервью для определения соответствия критериям депрессии, возникла необходимость коротких и надежных опросников для скрининга тревожных и депрессивных расстройств при эпилепсии [40], с последующим углубленным обследованием пациентов с положительным результатом. Наличие различий в интерпретации психических симптомов, языковых особенностях, а также представлениях о здоровье и болезни в разных странах и культурах диктует повышенные требования к тщательной лингвистической и культурной адаптации диагностических опросников с целью обеспечения их валидности и надежности в различных популяциях.

Диагностика тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией

Для скрининга тревоги у взрослых ПЭ широко используются [24] и считаются наиболее

надежными модуль тревоги HADS-A [Wiglusz M. et al., 2018] и GAD-7/ГТР-7, валидизированные на нескольких языках [Seo J. et al., 2014; Micoulaud-Franchi J.A. et al., 2016]. Опросники HADS-A и GAD-7/ГТР-7 не включают пункты, описывающие соматические или когнитивные симптомы, которые могут быть ошибочно интерпретированы как побочные эффекты ПЭП или проявления основного неврологического заболевания [34]. Оба опросника также были включены в клинические рекомендации «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» (https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/741_6) и методические рекомендации «Диагностика коморбидных психических расстройств у пациентов с эпилепсией» [Гехт А.Б. и соавт., 2022].

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) — это краткий опросник, разработанный для скрининга и оценки тяжести генерализованного тревожного расстройства. Он был создан Спитцером [Spitzer R.L. et al., 2006] и в дальнейшем был валидизирован для использования у пациентов с эпилепсией [Micoulaud-Franchi J.A. et al., 2016], в том числе в Российской Федерации [58]. Опросник содержит 7 вопросов, каждый из которых оценивает частоту проявления различных симптомов тревоги за последние две недели. Шкала GAD-7/ГТР-7 отличается высокой чувствительностью и специфичностью, простотой применения и минимальными временными затратами, что делает ее эффективным инструментом для выявления генерализованного тревожного расстройства и других форм тревожных состояний. При положительном результате скрининга (интерпретация показателей приведена в Приложении № 1) пациента следует направить к врачу-психиатру для более углубленного обследования и уточнения диагноза.

EASI (Epilepsy anxiety survey instrument и его короткая версия — brEASI) — это опросник, специально разработанный для оценки уровня тревожности у пациентов с эпилепсией [53]. EASI помогает выявить тревожность, связанную как непосредственно с приступами, так и с общими аспектами жизни пациентов. Короткая версия опросника, brEASI, включает 8 вопросов (один из которых специфичен для эпилепсии) и также была валидизирована для использования в Российской Федерации специалистами ГБУЗ «НПЦ им. З. П. Соловьева» ДЗМ [59]. Оптимальная точка для выявления вероятного тревожного расстройства — 7 баллов и выше (интерпретация показателей приведена в Приложении № 2). Опросник brEASI показал высокую внутреннюю согласованность (Омега МакДональда $\omega = 0,88$), что сопоставимо с результатом оригинального исследования (альфа Кронбаха (α) = 0,91). Внешняя валидность brEASI подтверждается тесной корреляцией с GAD-7/ГТР-7 ($r = 0,82$ [59]) — эталонным инструментом для скрининга тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией [61]. Указанная короткая версия опросника может применяться в условиях интенсивного функционирования неврологических клиник для оперативного выявления тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией.

Шкала показала хорошие результаты по выявлению тревожных расстройств у ПЭ с AUC 0,916 и оптимальной точкой отсечения с максимальным индексом Юдена ($J = 0,76$) более 7 баллов, при этом показатель чувствительности составил 83,61 % (95 % ДИ 71,9–91,8 %), специфичности — 92,5 % (95 % ДИ 86,2–96,5 %), PPV — 73,8 % (95 % ДИ 59,9–84,2 %), NPV — 95,7 % (95 % ДИ 92,7–97,5 %). Таким образом, по сравнению с GAD-7 (чувствительность — 75,2 % (95 % ДИ 65,5–83,56%), специфичность — 86,0 % (95 % ДИ 79,0–91,4 %), PPV — 57,7 % (95 % ДИ 46,9–67,8 %), NPV — 93,2 % (90,6–95,1 %), [61]) brEASI может быть предпочтительным инструментом скрининга тревожных расстройств у ПЭ в силу лучших показателей чувствительности и специфичности, так как может снизить нагрузку на систему здравоохранения за счет меньшего количества ложноположительных результатов.

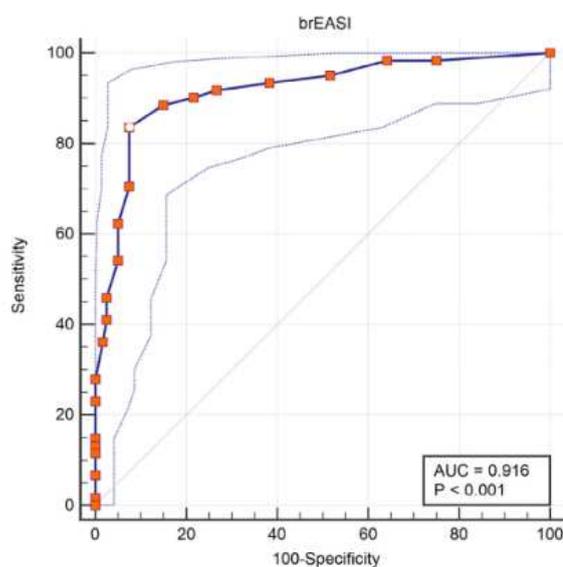


Рис.1 ROC-кривая brEASI для скрининга тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией. AUC — площадь под кривой.

Диагностика депрессивных расстройств у пациентов с эпилепсией

NDDI-E (Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy) — это краткий опросник для скрининга депрессии у пациентов с эпилепсией [29], состоит всего из 6 вопросов, что делает его удобным и практичным для применения в клинической практике. Опросник позволяет быстро оценить наличие депрессивных симптомов, что важно для своевременного выявления и эффективности терапии. Русскоязычная версия NDDI-E была валидизирована специалистами ГБУЗ «НПЦ им. З. П. Соловьева» и показала хорошие психометрические характеристики: высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха (α) = 0,86) и значимую корреляцию с подшкалой депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-D) ($r = 0,64$). Пороговое значение для выявления большого депрессивного расстройства составило 12 баллов и выше [57]. То есть если пациент набирает 13 и более баллов, важно направить пациента к психиатру для подтверждения диагноза и назначения лечения (интерпретация показателей приведена в

Приложении № 3). Важно помнить, что 4-й пункт шкалы NDDI-E может быть использован для скрининга текущей суицидальности. Таким образом, русскоязычная версия NDDI-E — доступный и быстрый инструмент скрининга с хорошим сочетанием чувствительности и специфичности, что делает его наиболее эффективным и практичным инструментом скрининга депрессии у ПЭ.

Скрининг когнитивных функций у пациентов с эпилепсией

EpiTrack® — 15-минутный скрининговый инструмент, который позволяет выявить дефицит внимания и способности к целенаправленной деятельности [38], однако не заменяет полное нейropsychологическое обследование или тест интеллекта. EpiTrack® предназначен для выявления и мониторинга когнитивных побочных эффектов ПЭП, предоставляет объективные данные относительно сомнений в терапии, а также дополнительно чувствителен к контролю приступов. Важно помнить, что на объективность и результаты теста негативно влияют наличие депрессии или снижение мотивации.

EpiTrack® включает 6 субтестов: trail-makingtest (тест на прокладывание пути) (части А и В), тест на торможение ответа, повторение цифр в обратном порядке, вербальную беглость (письменная форма), а также тест с лабиринтом. Оценка результатов теста EpiTrack® включает несколько этапов: ставится оценка в баллах от 1 до 7 за результат каждого задания, полученная сумма баллов за 6 заданий является общим счетом (вносится в строке «результат заданий»), после производится коррекция в зависимости от возраста и соответственно добавляются баллы. Таким образом, итоговый результат выражается в баллах, которые затем интерпретируются в соответствии с установленными критериями шкалы (интерпретация показателей приведена в Приложении № 4).

EpiTrack® демонстрирует тесную корреляцию с общими показателями внимания ($r = 0,85$) и языковых функций ($r = 0,67$), при этом все значения статистически значимы ($p < 0,001$). При точке отсечения 25 и менее баллов когнитивный дефицит был выявлен в 48,4 % среди пациентов с эпилепсией и лишь у 2,7 % контрольной группы [38].

Скрининг качества жизни у пациентов с эпилепсией

QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory) — это один из наиболее распространенных и используемых опросников для оценки качества жизни пациентов с эпилепсией [18], который переведен на многие языки и адаптирован для применения во многих странах, в том числе в Российской Федерации [6, 39]. Опросник состоит из 31 пункта, объединенных в 7 шкал (подшкал), охватывающих как общие, так и специфичные для эпилепсии аспекты качества жизни: эмоционально-психологические эффекты (эмоциональное благополучие, энергия/усталость, контроль над приступами, общее качество жизни) и медико-социальные эффекты (социальное функционирование, влияние лекарств, когнитивное функционирование).

Суммарный балл рассчитывается как среднее значение по всем подшкалам, преобразованное в диапазон от 0 до 100, где более высокий балл указывает на лучшее качество жизни (интерпретация показателей приведена в Приложении № 5). Этот инструмент позволяет получить комплексную оценку влияния эпилепсии на различные аспекты жизни пациента [Гехт А.Б., и соавт., 2017], показал высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха (α)), который варьировался от $\alpha = 0,77$ (для шкалы социального функционирования) до $\alpha = 0,85$ (для шкалы когнитивного функционирования). Данные повторного тестирования продемонстрировали хорошую надежность ($r = 0,64-0,85$), корреляцию с другими показателями здоровья и тяжестью эпилепсии, чувствительность к изменениям в ответ на лечение.

Оценка самостигматизации у пациентов с эпилепсией

Шкала стигмы при эпилепсии (Epilepsy Stigma Scale) является важным инструментом для оценки восприятия стигмы среди людей с эпилепсией, предложена С. DiIorio и соавт. (2003), и является модифицированным вариантом шкалы родительской стигмы, разработанной J. Austin и соавт. (1998). Шкала состоит из 10 пунктов с оценками лайкертского типа: 7-балльная оценка с диапазоном ответов от «полностью согласен» (1 балл) до «полностью не согласен» (7 баллов). Полученный результат по шкале может находиться в диапазоне от 10 до 70 баллов (интерпретация показателей приведена в Приложении № 7).

В нашем центре Герсамя А. Г. и соавт. (2019) была проведена кросс-культурная адаптация и валидизация русскоязычной версии ESS на выборке из 648 пациентов, что позволило успешно применять данный инструмент в клинической и научной практике для исследования влияния стигматизации на качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов с эпилепсией. Была показана хорошая внутренняя согласованность шкалы (альфа Кронбаха (α) 0,862). Несмотря на то, что шкала ESS используется в практике как однофакторная с подсчетом общего балла, результаты нашего исследования продемонстрировали ее двухфакторную структуру. Первый фактор (5, 7 и 8 пункты шкалы) отражает переживание больными чувства стыда и ожидание резких негативных оценок со стороны окружающих. Второй фактор (остальные пункты) выражает ощущение больным своей «отличности» от других из-за наличия эпилепсии и переживании предубеждения со стороны общества, однако эти переживания являются предположениями и не являются категоричными. Среднее значение (M) по шкале ESS, полученное на данной выборке, составило 34,96 баллов, стандартное отклонение (σ) — 12,99. Респонденты, показавшие результаты ниже $M - \sigma$, находятся в диапазоне ниже нормы, тогда как те, у кого результаты превышают $M + \sigma$, находятся в диапазоне выше нормы [7]. Если респондент набирает 48 баллов и более, врачу, проводящему опрос, следует рассмотреть вопрос о направлении пациента к психологу для коррекции внутриличностного конфликта, поскольку известно, что стигма оказывает значимое влияние на качество жизни [4]. Таким образом,

русскоязычный вариант ESS является короткой удобной шкалой с хорошими психометрическими свойствами для оценки воспринимаемой стигмы у ПЭ.

Эффективный алгоритм скрининга наиболее распространенных психических расстройств, когнитивных функций и стигматизации у больных с эпилепсией

С целью оценки наиболее распространенных психических расстройств, когнитивных функций, качества жизни и воспринимаемой стигмы у пациентов с эпилепсией на базе ГБУЗ «НПЦ им. З. П. Соловьева» ДЗМ был разработан короткий эффективный алгоритм скрининга с возможностью использования как на амбулаторном приеме (в том числе в виде отдельных шкал), так и в условиях стационарного лечения:

- brEASI — для скрининга тревожных расстройств [59];
- NDDI-E — для скрининга депрессии [57];
- Epitrack® — для оценки когнитивного статуса;
- QOLIE-31 — для оценки качества жизни пациентов с эпилепсией;
- ESS — для оценки восприятия стигмы среди людей с эпилепсией [2].

Заключение

В настоящее время врачи-неврологи располагают эффективными и простыми в применении инструментами для скрининга наиболее распространенных психических расстройств и других факторов, влияющих на удовлетворенность качеством жизни у ПЭ, таких как когнитивный статус и уровень стигматизации. На основании полученных с помощью опросников данных выставлять диагноз психического расстройства неправомерно, однако выявленные с их помощью больные могут быть направлены к врачу-психиатру. Предложенные меры формируют индивидуальную траекторию ведения ПЭ и обеспечивают внедрение мультидисциплинарного подхода к проблеме в рутинной практике. Все это в совокупности ведет к улучшению качества и эффективности оказания медицинской помощи ПЭ с использованием низкокзатратных ресурсов.

Разработанный алгоритм скрининга, внедренный в клиническую и научную практику ГБУЗ «НПЦ им. З. П. Соловьева», демонстрирует высокую чувствительность, специфичность предложенных инструментов для диагностики коморбидных психиатрических расстройств у ПЭ, а также адаптированность к условиям реальной клинической практики, в связи с чем официально были рекомендованы к применению в российских клинических рекомендациях по ведению ПЭ.

Таким образом, системный подход к выявлению и лечению коморбидных психических расстройств у пациентов с эпилепсией будет способствовать улучшению терапевтических исходов, социально-демографических показателей, снижению уровня стигматизации, повышению качества жизни и снижению риска суицидального поведения. Для дальнейшего

совершенствования подходов к психической коморбидности у ПЭ требуется продолжение исследований, направленных на разработку и адаптацию инструментов диагностики, а также на интеграцию психиатрической помощи в стандартную модель наблюдения за пациентами с эпилепсией.

Библиографический список

1. Герсамя, А. Г. Эпилепсия и стигматизация / А. Г. Герсамя [и др.] // *Болезни мозга: от изучения механизмов к диагностике и лечению.* — 2018. — С. 269–276.
2. Герсамя, А. Г. Психометрические свойства шкалы стигмы при эпилепсии / А. Г. Герсамя [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2019. — № 11–2 (119). — С. 29–33.
3. Зинчук, М. С. Исследование суицидальности при эпилепсии: проблемы методологии / М. С. Зинчук [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2019. — № 11–2 (119). — С. 23–28.
4. Кустов, Г. В. Большое депрессивное расстройство и самостигматизация у пациентов с эпилепсией в Москве / Г. В. Кустов [и др.] // *Болезни мозга: трансляционные, клинические и социальные аспекты.* — М., 2020. — С. 463–464.
5. Кустов, Г. В. Влияние психогенных неэпилептических приступов на показатели качества жизни пациентов с эпилепсией / Г. В. Кустов [и др.] // *Болезни мозга: современные технологии и перспективы развития : материалы конф., Москва, 25–27 окт. 2023 г.* — М. : Сам Полиграфист, 2023. — С. 243–244.
6. Меликян, Э. Г. Влияние коморбидных расстройств на качество жизни больных эпилепсией / Э. Г. Меликян, А. Б. Гехт // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2011. — № 1 (111). — С. 91–97.
7. Митина, О. В. Разработка и адаптация психологических опросников / О. В. Митина. — М. : Смысл, 2013. — 235 с.
8. Парфенова, Е. В. Стигматизация пациентов с эпилепсией / Е. В. Парфенова, Ф. К. Ридер, А. Г. Герсамя // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* — 2017. — № S1. — С. 78–83.
9. Парфенова, Е. В. Социокультурные аспекты и различные виды стигматизации при эпилепсии / Е. В. Парфенова, Ф. К. Ридер, А. Г. Герсамя // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* — 2018. — № 1S (10). — С. 89–95.
10. Abraham, N. A Meta-Analysis of the Rates of Suicide Ideation, Attempts and Deaths in People with Epilepsy / N. Abraham [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* — 2019. — № 8 (16). — P. 1451.
11. Andersohn, F. Use of antiepileptic drugs in epilepsy and the risk of self-harm or suicidal behavior / F. Andersohn [et al.] // *Neurology.* — 2010. — № 4 (75). — P. 335–340.
12. Austin, J. Development of scales to measure psychosocial care needs of children with seizures and their parents. 1 / J. Austin [et al.] // *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses.* — 1998. — № 3 (30). — P. 155–160.
13. Boylan, L. S. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy / L. S. Boylan [et al.] // *Neurology.* — 2004. — № 2 (62). — P. 258–261.
14. Braga, P. How to understand and address the cultural aspects and consequences of diagnosis of epilepsy, including stigma / P. Braga [et al.] // *Epileptic Disorders: International Epilepsy Journal with Videotape.* — 2020. — № 5 (22). — P. 531–547.
15. Brandt, C. Anxiety disorders in people with epilepsy / C. Brandt, M. Mula // *Epilepsy & Behavior: E&B.* — 2016. — (59). — P. 87–91.
16. Chen, Y.-Y. Associated and predictive factors of quality of life in patients with temporal lobe epilepsy / Y.-Y. Chen [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B.* — 2018. — (86). — P. 85–90.

17. Covanis, A. From global campaign to global commitment: The World Health Assembly's Resolution on epilepsy / A. Covanis [et al.] // *Epilepsia*. — 2015. — № 11 (56). — P. 1651–1657.
18. Cramer, J. A. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory / J. A. Cramer [et al.] // *Epilepsia*. — 1998. — № 1 (39). — P. 81–88.
19. DiIorio, C. The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy / C. DiIorio [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. — 2003. — № 3 (4). — P. 259–267.
20. Ettinger, A. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma / A. Ettinger [et al.] // *Neurology*. — 2004. — № 6 (63). — P. 1008–1014.
21. Fazel, S. Premature mortality in epilepsy and the role of psychiatric comorbidity: a total population study / S. Fazel [et al.] // *Lancet* (London, England). — 2013. — № 9905 (382). — P. 1646–1654.
22. Feinstein, A. R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A. R. Feinstein // *Journal of Chronic Diseases*. — 1970. — № 7 (23). — P. 455–468.
23. Fiest K. M. Stigma in epilepsy / K. M. Fiest // *Current Neurology and Neuroscience Reports*. — 2014. — № 5 (14). — P. 444.
24. Fiest, K. M. Screening for Depression and Anxiety in Epilepsy / K. M. Fiest, S. B. Patten, N. Jetté // *Neurologic Clinics*. — 2016. — № 2 (34). — P. 351–361, vii–viii.
25. Fisher, R. S. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology / R. S. Fisher [et al.] // *Epilepsia*. — 2017. — № 4 (58). — P. 522–530.
26. Fong, S.-L. Double Stigma: Reluctance to be referred to a psychiatrist among people with epilepsy and psychiatric comorbidities / S.-L. Fong [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B*. — 2025. — (163). — P. 110196.
27. Gaitatzis, A. The psychiatric comorbidity of epilepsy / A. Gaitatzis, M. R. Trimble, J. W. Sander // *Acta Neurologica Scandinavica*. — 2004. — № 4 (110). — P. 207–220.
28. Gandy, M. Anxiety in epilepsy: a neglected disorder / M. Gandy [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2015. — № 2 (78). — P. 149–155.
29. Gilliam, F. G. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study / F. G. Gilliam [et al.] // *The Lancet. Neurology*. — 2006. — № 5 (5). — P. 399–405.
30. Grover, S. Depressive Symptoms in Persons with Epilepsy: Methodological Issues / S. Grover // *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. — 2017. — № Suppl 1 (8). — P. S3–S4.
31. Hingray, C. The Relationship Between Epilepsy and Anxiety Disorders / C. Hingray [et al.] // *Current Psychiatry Reports*. — 2019. — № 6 (21). — P. 40.
32. Hitiris, N. Predictors of pharmaco-resistant epilepsy / N. Hitiris [et al.] // *Epilepsy Research*. — 2007. — № 2–3 (75). — P. 192–196.
33. Jansen, C. Interictal psychiatric comorbidities of drug-resistant focal epilepsy: Prevalence and influence of the localization of the epilepsy / C. Jansen [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B*. — 2019. — (94). — P. 288–296.
34. Kanner, A. M. Anxiety disorders in epilepsy: the forgotten psychiatric comorbidity / A. M. Kanner // *Epilepsy Currents*. — 2011. — № 3 (11). — P. 90–91.
35. Kanner, A. M. Depressive and anxiety disorders in epilepsy: do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug-related adverse events? / A. M. Kanner [et al.] // *Epilepsia*. — 2012. — № 6 (53). — P. 1104–1108.
36. Luisa Maia, Nobre Paiva M. A cognitive rehabilitation program to improve hot and cool

- executive dysfunction in juvenile myoclonic epilepsy: Preliminary findings / M. Luisa Maia Nobre Paiva [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B.* — 2023. — (144). — P. 109281.
37. Luisa Maia, Nobre Paiva M. A cognitive rehabilitation program to improve hot and cool executive dysfunction in juvenile myoclonic epilepsy: Preliminary findings / M. Luisa Maia Nobre Paiva [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B.* — 2023. — (144). — P. 109281.
38. Lutz, M. T. EpiTrack: tracking cognitive side effects of medication on attention and executive functions in patients with epilepsy / M. T. Lutz, C. Helmstaedter // *Epilepsy & behavior : E&B.* — 2005. — № 4 (7). — P. 708–714.
39. Melikyan, E. Health-related quality of life in Russian adults with epilepsy: the effect of socio-demographic and clinical factors / E. Melikyan [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B.* — 2012. — № 4 (25). — P. 670–675.
40. Mula, M. Pharmacological treatment of anxiety disorders in adults with epilepsy / M. Mula // *Expert Opinion on Pharmacotherapy.* — 2018. — № 17 (19). — P. 1867–1874.
41. Mula, M. Psychiatric Comorbidities in People With Epilepsy / M. Mula [et al.] // *Neurology. Clinical Practice.* — 2021. — № 2 (11). — P. e112–e120.
42. Mula, M. Double stigma in mental health: epilepsy and mental illness / M. Mula, K. R. Kaufman // *BJPsych open.* — 2020. — № 4 (6). — P. e72.
43. Neligan A. The epidemiology of the epilepsies / A. Neligan, W. A. Hauser, J. W. Sander // *Handbook of Clinical Neurology.* — 2012. — (107). — P. 113–133.
44. Nevalainen O. Epilepsy-related clinical characteristics and mortality: a systematic review and meta-analysis / O. Nevalainen [et al.] // *Neurology.* — 2014. — № 21 (83). — P. 1968–1977.
45. Nilsson L. Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study / L. Nilsson [et al.] // *Epilepsia.* — 2002. — № 6 (43). — P. 644–651.
46. Nock, M. K. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts / M. K. Nock [et al.] // *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science.* — 2008. — № 2 (192). — P. 98–105.
47. Novak, A. Cognitive Impairment in People with Epilepsy / A. Novak, K. Vizjak, M. Rakusa // *Journal of Clinical Medicine.* — 2022. — № 1 (11). — P. 267.
48. Park, S.-J. Identifying clinical correlates for suicide among epilepsy patients in South Korea: A case-control study / S.-J. Park [et al.] // *Epilepsia.* — 2015. — № 12 (56). — P. 1966–1972.
49. Perucca, P. Adverse antiepileptic drug effects in new-onset seizures: a case-control study / P. Perucca [et al.] // *Neurology.* — 2011. — № 3 (76). — P. 273–279.
50. Petrovski, S. Neuropsychiatric symptomatology predicts seizure recurrence in newly treated patients / S. Petrovski [et al.] // *Neurology.* — 2010. — № 11 (75). — P. 1015–1021.
51. Pompili, M. Death from suicide versus mortality from epilepsy in the epilepsies: a meta-analysis / M. Pompili, P. Girardi, R. Tatarelli // *Epilepsy & Behavior: E&B.* — 2006. — № 4 (9). — P. 641–648.
52. Scott, A. J. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis / A. J. Scott [et al.] // *Epilepsia.* — 2017. — № 6 (58). — P. 973–982.
53. Scott, A. J. Design and validation of two measures to detect anxiety disorders in epilepsy: The Epilepsy Anxiety Survey Instrument and its brief counterpart / A. J. Scott [et al.] // *Epilepsia.* — 2019. — № 10 (60). — P. 2068–2077.
54. Tao, G. Association Between Psychiatric Comorbidities and Mortality in Epilepsy / G. Tao [et al.] // *Neurology. Clinical Practice.* — 2021. — № 5 (11). — P. 429–437.
55. Tellez-Zenteno, J. F. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis / J. F.

Tellez-Zenteno [et al.] // *Epilepsia*. — 2007. — № 12 (48). — P. 2336–2344.

56. Vinter, K. Cognitive deficits in epilepsy / K. Vinter [et al.] // *Ugeskrift for Laeger*. — 2022. — № 26 (184). — P. V01220071.

57. Zinchuk, M. Validation of the Russian version of neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E) / M. Zinchuk [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B*. — 2020. — (113). — P. 107549.

58. Zinchuk, M. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in Russian people with epilepsy / M. Zinchuk [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B*. — 2021. — (123). — P. 108269.

59. Zinchuk M. Not always that EASI: Validating the Russian version of the epilepsy anxiety survey instrument and its brief counterpart / M. Zinchuk [et al.] // *Epilepsy & Behavior: E&B*. — 2022. — (133). — P. 108801.

60. Zinchuk M. Self-injurious thoughts and behaviors in Russian patients with epilepsy: A prospective observational study / M. Zinchuk [et al.] // *Seizure*. — 2023. — (107). — P. 28–34.

61. Zinchuk M. Psychometric properties of HADS-A in Russian patients with epilepsy / M. Zinchuk, G. Kustov, A. Gersamiya // *European Journal of Neurology*. — 2021. — (28 Suppl 1). — P. 712.

Приложение 1. GAD-7

Название на русском языке: Шкала Генерализованного тревожного расстройства (ГТР -7)

Оригинальное название: General Anxiety Disorder-7

Источник: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. ArchInternMed. 2006 May 22;166(10):1092-7

Назначение: опросник предназначен для скрининга тревожных расстройств у пациентов 18 лет и старше

Содержание (шаблон):

Опросник ГТР-7				
Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство или раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабляться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: «не могу найти себе места»	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Ключ (интерпретация): оптимальная точка для выявления любого тревожного расстройства — больше 8 баллов.

Приложение 2. brEASI

Название на русском языке: краткая версия Опросника оценки тревоги при эпилепсии

Оригинальное название: brief Epilepsy Anxiety Survey Instrument

Источник: Scott AJ, Sharpe L, Thayer Z, Miller LA, Hunt C, MacCann C, Parratt K, Nikpour A, Wong T, Gandy M. Design and validation of two measures to detect anxiety disorders in epilepsy: The Epilepsy Anxiety Survey Instrument and its brief counterpart. *Epilepsia*. 2019 Oct;60(10):2068-2077

Назначение: опросник предназначен для скрининга тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией 18 лет и старше

Содержание (шаблон):

	За последние две недели, как часто вас беспокоила какая-либо из данных проблем? (Пожалуйста, обведите подходящую цифру)	Вообще не беспокоили	Несколько дней	Большее половины дней	Почти каждый день
1.	Начав волноваться, я не мог остановить или контролировать этот процесс	0	1	2	3
2.	Мне было тяжело расслабиться	0	1	2	3
3.	В моей голове мелькали тревожные мысли	0	1	2	3
4.	У меня было внезапное чувство паники, не связанное с моими приступами	0	1	2	3
5.	Страх и тревога мешали мне заняться выполнением важного дела	0	1	2	3
6.	Я избегал мест, в которых было бы трудно получить помощь, если бы у меня случился приступ	0	1	2	3
7.	Я переживал по поводу ситуаций, в которых мог выставить себя дураком	0	1	2	3
8.	Мне было трудно наслаждаться жизнью из-за моих переживаний	0	1	2	3

Всего:

Ключ (интерпретация): оптимальная точка для выявления вероятного тревожного расстройства — 7 и выше баллов.

Приложение 3. NDDI-E

Название на русском языке: Неврологический опросник депрессивного расстройства при эпилепсии

Оригинальное название: Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy

Источник: Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *LancetNeurol.* 2006 May;5(5):399-405

Русскоязычная версия: Zinchuk M, Kustov G, Pashnin E, Gersamia A, Rider F, Yakovlev A, Guekht A. Validation of the Russian version of neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E). *Epilepsy Behav.* 2020 Dec;113:107549

Назначение: опросник предназначен для скрининга текущего депрессивного эпизода у пациентов с эпилепсией 18 лет и старше

Содержание (шаблон):

Имя: _____ **Дата:** _____

Для каждого из следующих утверждений обведите число, которое лучше всего описывает вас на протяжении последних **двух недель**, включая сегодня

	Все время или часто	Иногда	Редко	Никогда
Все дается с трудом	4	3	2	1
Я все делаю не так	4	3	2	1
Я чувствую вину	4	3	2	1
Мне лучше было бы умереть	4	3	2	1
Я чувствую разочарование и опустошенность	4	3	2	1
Мне трудно получить удовольствие	4	3	2	1

Ключ (интерпретация): оптимальная точка для выявления текущего депрессивного эпизода — больше 12 баллов.

Приложение 4. EpiTrack®

Источник: Lutz MT, Helmstaedter C. EpiTrack: tracking cognitive side effects of medication on attention and executive functions in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005 Dec;7(4):708-14.

Назначение: краткий опросник, предназначенный для нейропсихологической диагностики дефицита внимания и способности к целенаправленной деятельности у пациентов с эпилепсией 18 лет и старше (для детей отдельный тест — EpiTrack Junior)

Содержание (шаблон), включая интерпретацию:

EpiTrack®

Протокол Теста

ИМЯ: _____ ФАМИЛИЯ: _____ Тест 1
 Дата Теста: Дата рождения: Возраст: Тест 2

Оценка

Оценка результата теста включает несколько этапов: Проставьте оценку в баллах (от 1 до 7) за результат каждого задания. Сумма баллов за 6 заданий является Результатом заданий. Принимая во внимание возраст произведите коррекцию по возрасту. Таким образом получится Результат EpiTrack®. Его можно оценить по приведенной ниже шкале.

Задание	Оценка	Баллы						
		7	6	5	4	3	2	1
1. Ответ наоборот	<input type="checkbox"/>	≤ 13 <input type="checkbox"/>	14 - 18 <input type="checkbox"/>	19 - 23 <input type="checkbox"/>	24 - 28 <input type="checkbox"/>	29 - 33 <input type="checkbox"/>	34 - 38 <input type="checkbox"/>	≥ 39 <input type="checkbox"/>
2. Числа	<input type="checkbox"/>	≤ 19 <input type="checkbox"/>	20 - 29 <input type="checkbox"/>	30 - 39 <input type="checkbox"/>	40 - 49 <input type="checkbox"/>	50 - 59 <input type="checkbox"/>	60 - 69 <input type="checkbox"/>	≥ 70 <input type="checkbox"/>
3. Числа и буквы	<input type="checkbox"/>	≤ 39 <input type="checkbox"/>	40 - 66 <input type="checkbox"/>	67 - 93 <input type="checkbox"/>	94 - 120 <input type="checkbox"/>	121 - 147 <input type="checkbox"/>	148 - 174 <input type="checkbox"/>	≥ 175 <input type="checkbox"/>
4. Лабиринт	<input type="checkbox"/>	≤ 17 <input type="checkbox"/>	18 - 32 <input type="checkbox"/>	33 - 47 <input type="checkbox"/>	48 - 62 <input type="checkbox"/>	63 - 77 <input type="checkbox"/>	78 - 92 <input type="checkbox"/>	≥ 93 <input type="checkbox"/>
5. Слова	<input type="checkbox"/>	≥ 32 <input type="checkbox"/>	26 - 31 <input type="checkbox"/>	20 - 25 <input type="checkbox"/>	14 - 19 <input type="checkbox"/>	8 - 13 <input type="checkbox"/>	≤ 7 <input type="checkbox"/>	
6. Обратный числовой ряд	<input type="checkbox"/>	≥ 7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	4 - 5 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		

Результат заданий: (от 9 до 42 баллов)

Коррекция по возрасту

В зависимости от возраста добавляются баллы для коррекции. В итоге получается Результат EpiTrack®.

16 - 20 лет: + 1 балл
 21 - 35 лет: без изменений
 36 - 45 лет: + 1 балл
 46 - 50 лет: + 3 балла
 51 - 65 лет: + 4 балла
 66 - 70 лет: + 6 баллов
 > 70 лет: + 7 баллов

Результат EpiTrack®: (9 - 49 баллов)

Оценка результата теста

На основании результата теста EpiTrack®, его выполнение может быть оценено одной из четырех категорий (средний показатель EpiTrack® 35 баллов)

≥ 39 баллов: хорошо
 32 to 38 баллов: средне
 29 to 31 баллов: умеренное нарушение
 ≤ 28 баллов: значительное нарушение

Оценка изменений

Если тест проводился дважды, результат второго теста может быть вычтен из результата первого. Разница "Тест 2 - Тест 1" позволяет судить об улучшении или ухудшении..

≥ 4: улучшение
 от - 2 до 3: без изменений
 - 3 и менее: ухудшение

* При коротком интервале между тестами возрастная группа не изменяется!

Интерпретация

EpiTrack® выявляет дефицит внимания и способности к целенаправленной деятельности, но не заменяет полное нейропсихологическое обследование или тест интеллекта. Плохое выполнение теста может отражать негативное влияние на когнитивную функцию противоэпилептических лекарственных препаратов, если есть обоснованное подозрение со стороны врачей или пациентов. Таким образом EpiTrack® помогает предоставить объективные данные относительно сомнений в лечении. EpiTrack® также дополнительно чувствителен к контролю приступов. Результаты теста должны интерпретироваться с осторожностью при наличии депрессии или снижения мотивации, так как они негативно влияют на объективность и результаты тестирования. Повторное тестирование EpiTrack® предоставляет возможность отследить состояние когнитивных функций в зависимости от лечения (добавление и изменение терапии, титрация дозы).

1. Ответ наоборот

2 1 2 1 1 2

Нужно прочитать, как:

1 2 1 2 2 1

1 2 1 2 1 1 2 1 2 2 2

1 2 1 2 1 1 1 2 1 1 2

1 2 2 1 1 2 1 2 1 2 2

2. Соедините числа

3. Соедините числа и буквы

4. Лабиринт

5. Слова

Тест		Дополнительная версия	
К...	М...	Н...	О...
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15

6. Обратный числовой ряд

2	24 58
3	629 415
4	3279 4968
5	15286 61843
6	539418 724856
7	8129365 4739128
8	94376258 72819653

Приложение 5. QOLIE-31 (версия 1.0)

Название на русском языке: Опросник качества жизни при эпилепсии-31

Оригинальное название: QualityofLifeinEpilepsyInventory

Источник: Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*. 1998 Jan;39(1):81-8. doi: 10.1111/j.1528-1157.1998.tb01278.x.

Назначение: предназначен для оценки качества жизни у пациентов с эпилепсией 18 лет и старше

Содержание (шаблон):

Анкета для пациента

Дата ____ / ____ / ____

Ф.И.О. пациента

Регистрационный номер (карты) пациента

Пол: Мужской Женский **Дата рождения** ____ / ____ / ____

ИНСТРУКЦИИ

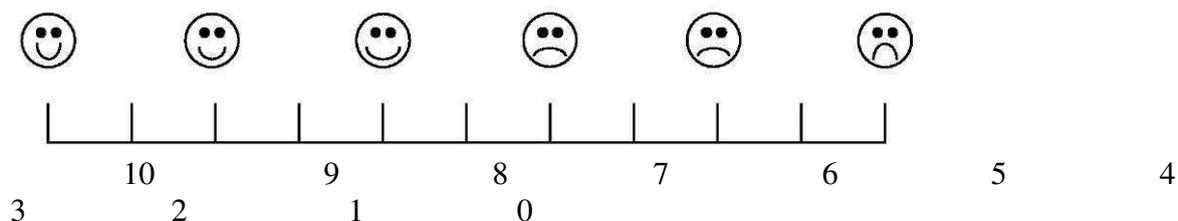
Этот опросник касается вашего образа жизни и состояния здоровья. **Ответьте на каждый вопрос**, обводя кружком наиболее подходящий для вас ответ. (1, 2, 3...).

Если вы не знаете, как правильно ответить на вопрос, выберите наиболее близкий ответ и допишите свои соображения и уточнения в конце анкеты в комментариях.

Если возникнут трудности при заполнении этой анкеты, не стесняйтесь обратиться за помощью.

1. Как бы вы оценили качество своей жизни (в целом)

(обведите кружком одну цифру)



лучшее возможное

наихудшее возможное качество жизни
качество жизни

(хуже, чем смерть)

Эти вопросы касаются вашего **самочувствия** и отношения к окружающему миру **за последние 4 недели**. Для каждого вопроса укажите только один наиболее подходящий для вас ответ.

(Обведите одну цифру в каждой строке)

	Очень боюсь	Боюсь	Немного боюсь	Совсем не боюсь
21. Насколько сильно вы боитесь припадка в следующем месяце	1	2	3	4

	Очень беспокоюсь	Иногда беспокоюсь	Совсем не беспокоюсь
22. Беспокоитесь ли вы, что можете нанести себе повреждения во время припадка	1	2	3

	Очень беспокоюсь	Беспокоюсь	Немного беспокоюсь	Не беспокоюсь
23. Насколько сильно вы беспокоитесь, что будет стыдно перед людьми или возникнут другие социальные проблемы, если произойдет припадок? Например, в следующем месяце	1	2	3	4

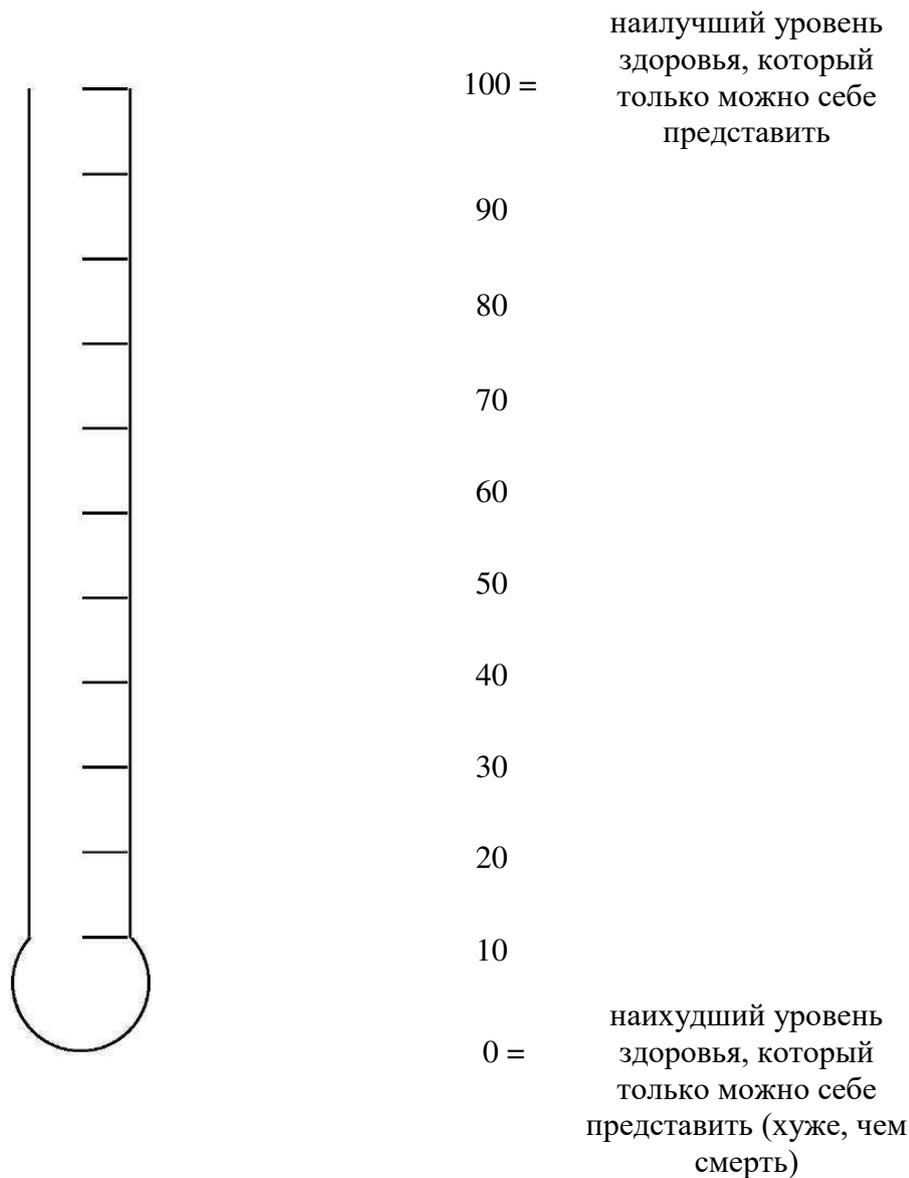
24. Как сильно вы беспокоитесь, что принимаемые лекарства нанесут вам вред при длительном приеме?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Для каждой из указанных ниже **проблем** отметьте, **насколько она вас беспокоит**. Для этого обведите кружком соответствующую цифру по шкале от 1 до 5, где 5 соответствует наибольшему беспокойству.

	Совсем не беспокоит	1	2	3	4	Очень беспокоит
25. Припадки	1	2	3	4	5	
26. Нарушения памяти	1	2	3	4	5	
27. Ограничения и проблемы, связанные с работой	1	2	3	4	5	
28. Социальные ограничения	1	2	3	4	5	

29	Побочные действия противоэпилептических препаратов (влияние на организм)	1	2	3	4	5
30.	Побочные действия противоэпилептических препаратов (влияние на психические процессы)	1	2	3	4	5

31. Насколько хорошим или плохим вы считаете свое здоровье? На приведенной ниже шкале самый лучший уровень здоровья отмечен цифрой 100, а самый плохой 0. Отметьте ваши впечатления о своем состоянии здоровья. Для этого обведите кружком одну цифру на шкале. **Пожалуйста, при ответе на вопросы учитывайте влияние эпилепсии на ваше здоровье.**



Ключ (интерпретация): более высокий балл указывает на лучшее качество жизни.

Приложение 6. ESS

Название на русском языке: шкала стигмы при эпилепсии

Оригинальное название: Epilepsy Stigma Scale

Источник: DiIorio C, Osborne Shafer P, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K; Project EASE Study Group. The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003 Jun;4(3):259-67.

Назначение: предназначен для оценки восприятия стигмы у пациента с эпилепсией старше 18 лет

Содержание (шаблон):

Пожалуйста, отметьте, в какой степени вы согласны или не согласны со следующими утверждениями.

	Совершенно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Согласен	Совершенно согласен
	1	2	3	4	5	6	7
1. Люди, которые знают, что у меня эпилепсия, относятся ко мне по-другому							
2. На самом деле совершенно неважно, что я говорю окружающим о моем заболевании эпилепсией, они уже составили обо мне свое мнение							
3. Я всегда должен что-то себе доказывать из-за своей болезни							
4. Из-за своего заболевания у меня возникают трудности в личной жизни							
5. По мнению многих людей, иметь диагноз эпилепсии — это как клеймо или ярлык							
6. Я ощущаю свое отличие от остальных взрослых людей из-за моей болезни							

7. Я стесняюсь своего диагноза							
8. Я стесняюсь говорить кому-то о том, что у меня эпилепсия							
9. Мне кажется, что окружающим неприятно со мной общаться из-за моего состояния							
10. Мне кажется, люди предпочли бы не находиться рядом со мной из-за моего заболевания							

Ключ (интерпретация): оптимальная точка для выявления внутриличностного конфликта и рассмотрения возможности направления пациента к психологу для коррекции внутриличностного конфликта — 48 и более баллов.