

УДК 616.89+616.85.831.31-009.24 (575.2) (04)

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ С АФФЕКТИВНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ПАЦИЕНТОВ

*А.Г. Панкратова* – аспирантка

---

Studying of quality of life becomes one of the priority directions in the socio-psychological program with epilepsy. The goal of this research is studying of life quality indicators of patients with epilepsy and correlation of these indicators with affective reactions of presented contingent of patients. The received results show a statistically significant ( $P<0,05$ ) correlation of studied indicators, and affective reactions as one of the main therapeutical targets in combination with antispasmodic therapy of epilepsy.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний нервной системы; социальные аспекты ведения больных ею, вопросы качества их жизни становятся в последние годы одними из наиболее важных проблем [1]. Современный подход к проблеме эпилепсии предусматривает решение широкого круга вопросов для достижения максимального терапевтического эффекта, а также вопросов, обуславливающих адекватное функционирование человека: образование, выбор профессии и трудоустройство, создание семьи. Лечение эпилепсии должно обязательно включать комплекс медицинских и социальных мер. В настоящее время изучению качества жизни больных, страдающих психоневрологическими заболеваниями, придается большое значение в программах клинико-социологических исследований. Особенно это касается заболеваний, имеющих четко выраженную социальную направленность, к которым можно с полным правом отнести эпилепсию [2–4]. В современной эпилептологии одной из приоритетных целей является улучшение качества жизни и реабилитация больных эпилепсией [2, 5–9]. S. Ried (1998) подчеркивает, что лечение эпилепсии – всегда нечто большее, чем фармакотерапия. Многие ав-

торы [4] отмечают, что значительная часть больных эпилепсией в современном обществе подвергается выраженной социальной дискриминации и стигматизации. Пациенты испытывают затруднения не столько из-за своей болезни, сколько в связи с плохой ориентацией в ней общества [10]. В ряде случаев психологические и социальные проблемы для больных эпилепсией являются более серьезными, чем приступы. Именно на категорию больных эпилепсией распространяется цепь довольно жестких социально-трудовых ограничений, которые снижают качество их жизни. В свою очередь, эти ограничения являются фактором, повышающим судорожную готовность мозга и участвующим в формировании психических расстройств у больных эпилепсией [11, 12].

**Материал и методы.** Было обследовано 70 пациентов, страдающих эпилепсией. Из них 33 человека (47%) находились на стационарном лечении в отделении неврологии Городской клинической больницы №6 и в отделении неврологии Национального госпиталя МЗКР г. Бишкек; 37 пациентов (53%) подвергались обследованию и стационарному лечению в отделениях Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ) г. Бишкек.

Основными критериями для отбора пациентов служили:

- 1) наличие установленного клиническими и параклиническими методами диагноза симптоматической или идиопатической эпилепсии;
- 2) отсутствие клинических признаков интеллектуально-мнестического расстройства у обследуемых;
- 3) отсутствие психотической симптоматики на момент анкетирования;
- 4) отсутствие тяжелой соматической патологии;
- 5) возраст 18–60 лет без учета гендерной, этнической принадлежности и социального положения.

Диагностика клинического состояния пациентов проводилась в соответствии с критериями Международной классификации эпилепсии и эпилептических синдромов, рекомендованной в 1989 г. Международной противэпилептической лигой.

В работе использовались:

1. Клинико-психологический метод, включавший наблюдение, беседу и использование оригинального полуформализованного опросника, разработанного для изучения блоков механизма возникновения заболевания, модели болезни и прогноза заболевания, а также особенностей социального функционирования и эмоционального реагирования пациентов. Опросник зарегистрирован как объект авторского права в Кыргызпатенте Кыргызской Республики (свидетельство № 347 от 19.04.2002 г.).
2. Экспериментально-психологический метод, включавший использование шкалы самооценки Спилбергера-Ханина, шкалы депрессии Цунга и опросника, исследующего качество жизни больных эпилепсией – опросник QOLIE-10. Необходимость исследования эмоциональной сферы вызвана тем, что хроническое течение эпилепсии неизбежно порождает аффективные расстройства, которые, в свою очередь, влияют на уровень качества жизни.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Exell.

**Результаты и обсуждение.** Исследование качества жизни выявило, что 81,1% пациентов психиатрического стационара и 78,8% пациентов неврологического стационара имеют низкий и средний уровень качества жизни: большинство пациентов распределяется в интервале усредненных значений качества жизни ( $m=33-35$  баллов). Среди основных факторов, ухудшающих качество жизни, названы:

- семейные проблемы (62,2% и 24,2%);
- потеря работы из-за возникшего заболевания (37,8% и 54,5%);
- непонимание со стороны окружающих (29,7% и 30,3%).

По мнению многих авторов [13–16], само назначение антиэпилептических препаратов в некоторых случаях может рассматриваться как возможный фактор риска ухудшения качества жизни больного. Чаще всего это возникает при политерапии эпилепсии или приеме устаревших препаратов (например, барбитуратов). В группах обследованных нами пациентов барбитураты занимали лидирующее положение ( $P<0,05$ ) среди назначаемых препаратов, что объяснялось в основном экономическими причинами. Использование барбитуратов часто вызывает побочные эффекты, проявляющиеся снижением функции памяти, дефицитом внимания, снижением сообразительности, что может создавать ложное впечатление интеллектуального снижения и закреплять в восприятии врачей классический стигматизирующий образ больного эпилепсией. Перечисленные выше побочные эффекты, вызванные чрезмерной седацией и убеждением пациентов о негативном влиянии на внутренние органы, создают перед пациентом дилемму, часто связанную с приемом антиэпилептических препаратов (АЭП) – принимать или не принимать [17]. Многие пациенты отвергают АЭП, так как предпочитают «лучшее качество жизни сегодня», а не «лучшее качество жизни завтра». По этой причине отмечаются разногласия между врачом и пациентом о степени позитивного и негативного влияния АЭП на организм, соблюдении принципов терапии или отказе от нее. Оценка отношения пациента к терапии, сопоставленная с экспертным мнением лечащего врача, выявила значительные различия ( $P < 0,05$ ) между утверждениями пациентов о регулярном приеме

АЭП и оценкой врача об адекватном выполнении пациентом рекомендаций.

Выше уже отмечалось, что ограничения в общественно-производственных и семейных отношениях пациентов зачастую являются необоснованными. Высокий уровень стигматизации больных эпилепсией, социальная дискриминация, приводящая к ухудшению качества жизни у большинства обследованных, наряду с проявлениями болезни, обусловили формирование аффективных расстройств – преимущественно тревожного и тревожно-депрессивного типа. Эти расстройства были выявлены у большинства обследованных, высокий уровень тревоги ( $m > 57$  баллов) выявлен у 73% пациентов психиатрического и у 81,9% пациентов неврологического стационара. Различная степень депрессии, от минимальной легкой до выраженной, наблюдалась у 70,3% пациентов психиатрического стационара и у 66,6% пациентов неврологического стационара; что подтверждается данными шкал Спилбергера-Ханина и Цунга. Нами выделены основные предикторы, способствующие формированию аффективных расстройств и снижению качества жизни у больных эпилепсией: длительность заболевания, частота пароксизмальных расстройств (оба фактора должны рассматриваться во взаимосвязи), возникшие социальные ограничения (семейные или межличностные проблемы, трудовые ограничения), социальная стигма, инвалидизация в связи с эпилепсией. Статистически значима ( $P < 0,05$ ) связь показателей качества жизни с аффективными реакциями пациентов, страдающих эпилепсией.

Изучение качества жизни становится одним из приоритетных направлений в социально-психологических программах по эпилепсии. Учитывая, что основной приоритет терапии должен заключаться не только в купировании пароксизмальных состояний, а прежде всего в улучшении качества жизни, нами предпринята попытка воздействия на составляющие элементы последнего. Одним из них является аффективное состояние пациента. Эта переменная – достаточно динамичный показатель и, соответственно, может служить одной из основных терапевтических мишеней. В данной ситуации, при выборе АЭП, пред-

почтительны препараты, сочетающие противосудорожный и нормотимический эффекты: например, карбамазепин и производные вальпроевой кислоты. При их использовании достигается воздействие на обе терапевтические мишени, чего нельзя сказать при использовании одного фенобарбитала – широко применяемого в неврологии и психиатрии. Само по себе применение этого препарата, негативно воздействуя на когнитивную сферу, способно приводить к снижению качества жизни, о чем уже упоминалось выше.

Следующая составляющая качества жизни – социальное функционирование. Эта переменная менее динамична, чем аффективное состояние, труднее поддается воздействию, и в данном случае особую актуальность приобретают реабилитационные мероприятия, которые должны быть направлены на те сферы жизни, где пациент испытывает наибольшие затруднения. Из сказанного выше следует, что лишь преобладание в лечебных и реабилитационных мероприятиях может существенным образом повлиять на качество жизни больного эпилепсией.

#### Литература

1. Гехт А.Б. Эпилепсия. Вальпроаты // Материалы конф. «Применение вальпроатов в лечении эпилепсии у детей и взрослых». – Ступино, 1999. – С.3–19.
2. Громов С.А. Лечение и реабилитация больных эпилепсией // Реабилитация больных эпилепсией: Сб. науч. трудов НИИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1980. – Т.94. – С.5–23.
3. Громов С.А. О факторах риска у больных эпилепсией в связи с задачами семейной реабилитации // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями: Материалы конф. – Л., 1982. – С.216–220.
4. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. – СПб.: Образование, 1993. – 235 с.
5. Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гусев Е.И. Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – №7. – С.4–7.
6. Громов С.А. О психотерапии больных эпилепсией на начальном этапе реабилитации // Реабилитация больных эпилепсией: Сб. науч.

- трудов НИИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1980. – Т.94. – С.23–29.
7. *Громов С.А.* Некоторые аспекты биологического обоснования реабилитации больных эпилепсией // Журн. невропатол. и психиатр. – 1984. – № 6. – С.875–880.
  8. *Карлов В.А.* Поддержание терапевтической ремиссии при эпилепсии. Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – М., 1982. – С.220–226.
  9. *Cramer J.A, Perrine K, Devinsky O, Meador K.* A brief questionnaire to screen for quality of life in epilepsy: the QOLIE-10 // *Epilepsia*. – 1996. – V.37(6). – P.577–582.
  10. *Beassart M.* Elements statistiques d'approche des problemes poses par/ 'epilepsie // *J.Sci. Med. Lille*. – 1980. – V.9. – №10.
  11. *Болдырев А.И.* Эпилепсия у взрослых. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
  12. *Олейников Н.И., Свиридова Е.И.* Невротические и неврозоподобные нарушения как проявление патоморфоза при эпилепсии // Патоморфоз психических заболеваний в судебнопсихиатрической практике: Сб. научн. тр., 1985. – 169 с.
  13. *Карлов В.А.* Современная концепция лечения эпилепсии // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – №5. – С.4–7.
  14. *Киссин М.Я.* Опыт диагностики и лечения эпилепсии в Санкт-Петербургском городском эпилептологическом центре // Материалы конф. «Применение вальпроатов в лечении эпилепсии у детей и взрослых». – Ступино, 1999. – С.26–38.
  15. *Максимова А., Фрешер В.* Психотерапия эпилепсии. – Берлин-Вена: Блэквелл Виссеншафтс - Ферлаг, 1998. – С.180.
  16. *Петрухин А.С., Мухин К.Ю., Медведев М.И.* Основные принципы диагностики и лечения эпилепсии у детей и подростков // Современная психиатрия. – 1998. – С.12–17.
  17. *Katsching H.* How useful is the concept of quality of life in psychiatry? /Пер. с англ. / Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии? // Обзор современной психиатрии. – 1998. – Вып. 1. – С.30–38.