

Вагина М.А.¹, Волкова Л.И.²

Влияние психологического статуса на приверженность к терапии у пациентов с симптоматической эпилепсией

ИГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург; 2ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики, Екатеринбург

Vagina M.A., Volkova L.I.

Effect on the psychological status of adherence to therapy in patients with symptomatic epilepsy

Резюме

К факторам, оказывающим влияние на приверженность к терапии антиконвульсантами у пациентов с симптоматической эпилепсией, следует отнести ряд социально-экономических параметров: пожилой возраст, отсутствие группы инвалидности при тяжелом течении заболевания, наличие нескольких детей, высшее образование, вредные привычки; и клинических: большой стаж болезни, очаговую симптоматику в неврологическом статусе, височнодолевую локализацию процесса по МРТ, политерапию с использованием 3-х антиконвульсантов и высокую кратность принимаемых препаратов, побочные эффекты терапии, нерегулярное обеспечение антиконвульсантами. Пол, изменения на ЭЭГ у пациентов с симптоматической эпилепсией не влияли на приверженность к противосудорожной терапии. Решающее значение имели тревожно-депрессивные нарушения, которые у большинства пациентов приводили к нарушению комплаентности терапии эпилепсии.

Ключевые слова: эпилепсия, психологическое состояние

Summary

The factors influencing psychological status should include old age, severe disease without a disability, higher education, the presence of several children, divorced persons, the presence of harmful habits, focal neurological symptoms, temporal localization of changes on MRI, polytherapy and 3-time administration of drugs, presence of side effects for the treatment of. Anxiety and depressive disorders in epileptic patient resulted in impaired compliance with anticonvulsant therapy.

Key words: epilepsy, adherence therapy, psychological status.

Введение

Эпилепсия относится к одному из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Во всем мире заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 случаев на 100 тыс. человек (около 5 млн. человек) [2]. Эпилепсия является заболеванием, ассоциированным с широким спектром социальных и психологических проблем, стоящих перед пациентом, его родственниками и коллегами. В своей повседневной жизни пациенты с эпилепсией регулярно испытывают сложности, связанные с заболеванием. В основном это проблемы семейной жизни, снижение социальных и персональных амбиций, повышение уровня тревожности и депрессии, низкое самощение по сравнению со здоровыми людьми [3]. Больные эпилепсией реже вступают в браки, имеют сложности в формировании круга общения, чаще являются безработными. Было выявлено, что пациенты

с эпилепсией имеют повышенный риск развития депрессии, что в свою очередь ведет к ухудшению течения заболевания, поскольку эти состояния имеют общие патогенетические механизмы. Проведенные сравнительные популяционные исследования показали, что качество жизни у пациентов с эпилепсией ниже, чем в популяции, оно сравнимо или хуже, чем у пациентов с другими хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет, рассеянный склероз, бронхиальная астма и др. [4].

В отечественной литературе имеется недостаточно данных о факторах, влияющих на приверженность к терапии и на психологический статус в частности. *Целью* данной работы было выявление основных причин, ведущих к нарушению комплаентности к лечению антиконвульсантами у пациентов с симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы

Скринингу были подвергнуты 100 пациентов с достоверным диагнозом симптоматической эпилепсии и средним стажем болезни более 3 лет, находящихся под динамическим наблюдением в консультативно-диагностической поликлинике ГБУЗ СО СОКБ№1. Исследование основано на результатах собственных наблюдений пациентов, клинической картины, анамнеза и нейропсихологического анализа. Набор пациентов проводился в период с октября 2011 г. по май 2012 г. Возраст пациентов составлял от 20 до 68 лет (средний возраст $42,9 \pm 3$ года у женщин и $43,3 \pm 5$ у мужчин, $p=0,9496$). Для определения приверженности к терапии всем пациентам был предложен тест Мориски-Грин и госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. После проведения теста и заполнения опросника все пациенты были разделены на 2 группы: не приверженные к терапии ($n=28$) и приверженные терапии ($n=72$).

Результаты и обсуждение

Средний балл тревоги в 1 группе пациентов составил 10,5 баллов (95% ДИ 10-12, 6 баллов). Во 2-ой группе – 8,5 баллов (95% ДИ 8-10 баллов) ($p<0,05$). Средний балл депрессии в 1 группе составил 9 баллов (95% ДИ 8-10 баллов) и был так же статистически выше, чем у 2 группы пациентов – 7 баллов (95% ДИ 6-8,78) ($p<0,05$).

Не отмечено влияния полового признака на уровень тревоги или депрессии в группах сравнения.

Анализ возрастных групп не приверженных к терапии показал, что максимальный уровень тревоги был у пожилых пациентов в возрасте 60 – 74 года – 12 баллов ($p=0,04$). Однако, среди приверженных высокий уровень тревоги был у юных пациентов в возрасте 18 – 24 года ($p=0,0133$) – 12 баллов.

Низкий уровень приверженности к терапии был ассоциирован с высоким показателем тревоги у работающих лиц без группы инвалидности – 11 баллов ($p=0,003$).

Анализ уровня образования выявил, что в 1 группе пациентов более высокий уровень тревоги был у лиц с высшим образованием – 10 в сравнении с 9 и 8 баллами среди лиц со средне – специальным и средним образованием ($p=0,3042$). Уровень депрессии был в 2,5 раза выше, чем у лиц 2 группы – 10 в сравнении с 4 баллами ($p=0,014$).

Высокий показатель тревоги и депрессии – 10 баллов ($p=0,0203$) был выявлен у лиц, 1 группы, имевших несколько детей.

Высокий уровень депрессии у разведенных – 12 баллов ($p=0,004$) достоверно влиял на снижение приверженности к терапии заболевания.

У лиц с вредными привычками из 1 группы были более высокие показатели тревоги 12 баллов ($p=0,036$) и депрессии – 12 баллов ($p=0,0348$).

У пациентов 1 группы со стажем болезни более 40 лет был выявлен максимальный уровень депрессии – 12 баллов ($p=0,001$).

Высокий уровень депрессии – 11 баллов ($p=0,002$) у пациентов с тяжелым течением заболевания и высокой частотой приступов достоверно влиял на снижение приверженности к терапии.

Уровень депрессии был в 2 раза выше у лиц 1 группы при наличии очаговой неврологической симптоматики – 12 баллов ($p=0,0412$).

Высокий уровень тревоги и депрессии (12 баллов) привел к низкой приверженности к терапии у лиц, получавших 3 антиконвульсанта, максимальный уровень тревоги (до 14 баллов) был у лиц с частотой приема 3 раза в день ($p=0,0036$).

Более высокий уровень тревоги был у пациентов 1 группы, столкнувшихся с побочными эффектами на терапии в процессе лечения – 10 баллов в сравнении с 5 баллами у пациентов 2 группы ($p=0,0031$).

Изменения на ЭЭГ не оказывали влияния на психологический статус.

Установлено, что есть прямая корреляция между высокими показателями тревоги и депрессии (14 и 11 баллов соответственно) и поражением височных долей в 1 группе пациентов по данным нейровизуализации.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что пол, изменения на ЭЭГ достаточного влияния на приверженность не оказали.

К факторам, оказывающим влияние на приверженность к терапии следует отнести пожилой возраст, большой стаж болезни, отсутствие группы инвалидности при тяжелом течении заболевания, наличие нескольких детей, высшее образование, очаговую симптоматику в неврологическом статусе, вредные привычки, височную долевую локализацию процесса по МРТ, политерапию с использованием 3-х антиконвульсантов и высокую кратность принимаемых препаратов, перенесенные побочные эффекты на лечение, нерегулярное обеспечение антиконвульсантами по месту жительства. В целом, тревожно-депрессивные нарушения приводили к нарушению комплаентности терапии эпилепсии.■

Вагина М.А., ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург; Волкова Л.И., ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики, Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку Волкова Лариса Ивановна vli@okb1.ru, 620102, г. Екатеринбург ул. Волгоградская, 185 СОКБ №1, неврология

Литература:

1. Белоусова Е.Д. Проблема комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией [Текст] / Е.Д. Белоусова // Русский медицинский журнал. – 2009. – №4. – С.380–384.
2. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии [Текст] / Л.Р. Зенков // М.: МЕДпресс-информ. 2002. 368 с.
3. Jakoby A., Baker GA, Steen N et al. The clinical course of epilepsy and psychological correlates: findings from a UK community study. *Epilepsia* 1996, 37: 148-61.
4. Hermann BP, Vickrey B, Hays RD, Cramer J, Devinsky O, Meador K, Perrine K, Myers LW, Ellison GW. A comparison of health-related quality of life in patients with epilepsy, diabetes and multiple sclerosis. *Epilepsy Res.* 1996 Oct;25(2):113-8. *Laesus De Liro* 05 Sep 2010.
5. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective [Text] / J. Jin, G.E. Sklar, M.N.S. Oh, S. C. Li // *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2008. – Vol.4, N1 – P. 269–28