

Актуальные проблемы клинической и социальной реабилитации больных с криптогенными парциальными и идиопатическими генерализованными формами эпилепсии

М.А. Терещук

Неврологическое отделение Свердловской Областной клинической больницы № 1

Больные эпилепсией формируют значительный континент среди наблюдающихся в амбулаторно-поликлинической сети у врача-невролога. Считается, что в общей популяции распространенность эпилепсии составляет 0,3 - 2 %, а среди детей - 0,7 - 1% [Громов С.А. и соавт. 1997, Мухин К.Ю. 2000, Зенков Л.Р. 2001]. Широкая распространенность заболевания остается стабильной в течение ряда лет, несмотря на появление новых лекарственных препаратов, развитие хирургических и немедикаментозных методов лечения.

Актуальность проблемы качества жизни пациентов с эпилепсией, особенно молодого возраста, обусловлена необходимостью оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий, ориентированных на максимально высокий уровень социальной адаптации.

Специализированный прием для больных, страдающих эпилепсией и другими пароксизмальными расстройствами сознания, функционирует на базе Областной клинической больницы № 1 г. Екатеринбурга с 1998 года. В течение года среднее количество осмотренных пациентов с эпилепсией составляет от 1500 до 1800, среди которых на долю лиц с идиопатической генерализованной эпилепсией приходится около 30%, а на долю криптогенной парциальной эпилепсии - 20% случаев. Недостаточное знание практикующими врачами клинических проявлений основных форм идиопатической генерализованной эпилепсии и парциальных форм эпилепсии, развившихся вне отчетливой связи с какими - либо событиями, ведущими к повреждению головного мозга, ухудшает прогноз течения заболевания, ведет к снижению социальной адаптации пациентов.

Медикаментозной коррекции указанных форм заболевания посвящено большое количество исследований. Однако вопросы социальной и профессиональной реабилитации в на-

шей стране недостаточно разработаны [Громов С.А., 1997, 1999, Михайлов В.А., 2001].

Все изложенное выше и определило **цель нашего исследования**: оптимизация подходов медицинской, социальной и профессиональной реабилитации больных молодого возраста с криптогенной парциальной и идиопатической генерализованной формами эпилепсии.

Задачами исследования являлись: изучение клинических особенностей течения криптогенной парциальной и идиопатической генерализованной эпилепсии у больных молодого возраста; анализ социальных параметров пациентов; оценка функционирования пациентов в различных сферах качества жизни; изучение зависимости степени дезадаптации больных от клинических форм эпилепсии по отдельным специфическим модулям оценки качества жизни; а также выявление реабилитационных потребностей больных эпилепсией в физической, психологической и духовной сферах, а также в сфере социальных отношений.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 98 пациентов, распределенных на 2 сравниваемые в ходе исследования группы: первая группа включала 50 больных с криптогенной парциальной эпилепсией (КЭ), во вторую группу вошли 48 больных с идиопатической генерализованной эпилепсией (ИЭ).

Определение типа эпилептических приступов производилось согласно Международной классификации эпилептических пароксизмов (1989), диагноз устанавливался в соответствии с Международной классификацией эпилепсии (ILAE, 1989).

Возраст пациентов, включенных в исследование, от 20 до 34 лет, является актуальным для формирования социального и профессионального статуса.

Изучение клинических особенностей течения болезни в обеих сравниваемых группах проводилось в контексте анализа формирования и развития пароксизмального синдрома, а также появления коморбидных ему психических нарушений. Внешние проявления эпилептических пароксизмов при указанных формах болезни имели некоторое сходство, что могло быть причиной ошибочной диагностики и неадекватного лечения. Картина эпилептических пароксизмов у большинства обследованных больных складывалась из сочетания, как правило, двух видов приступов: бессудорожных (простые и сложные парциальные в группе криптогенных эпилепсий; абсансы и миоклонии в группе идиопатических генерализованных эпилепсий), а также генерализованных судорожных (тонико-клонических) приступов.

Следует отметить относительно резистентный характер течения болезни у пациентов, включенных в исследование, причем это касается в равной степени как криптогенных, так и идиопатических форм. Максимальная продолжительность болезни при парциальных формах составила 17,5 лет, при генерализованных - 19,4 лет, самый короткий анамнез болезни - 6,5 лет в обеих группах. Причины персистирования болезни комплексные: несвоевременная и неточная диагностика, неадекватная терапия (обусловленная не только выбором препарата, но и плохой переносимостью, материальным состоянием пациента и т.д.), невыполнение пациентом по различным причинам режимных мероприятий (в том числе и рекомендаций, касающихся приема противосудорожных препаратов). Факторы, приводящие к формированию относительной терапевтической резистентности, анализировались многими авторами [Зенков Л.Р., 2000; 2002; Гехт А.Б., 1999; 2000; Гусев Е.И., 2000], и основные из них аналогичны полученным нами.

Анализируя историю развития эпилепсии у лиц обеих групп, важно было оценить роль различных факторов, потенциально патогенных в отношении вероятного повреждения головного мозга. В анамнезе пациентов с криптогенными эпилепсиями достоверно чаще выявлялись перинатальные травмы центральной нервной системы ($p < 0,05$); несколько чаще в этой группе больных наблюдались фебрильные судороги ($p < 0,05$). Острые воспалительные заболевания нервной системы отмечены только в группе лиц с криптогенными парциальными эпилепсиями (у 8,0% пациентов). Перечисленные факторы в этиологическом плане приближают криптогенные эпилепсии к симптоматическим формам. Это согласуется и с более частым выявлением у пациентов с КЭ "рассеянной невро-

логической симптоматики": изменений в неврологическом статусе не выявлено у 83,3% пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями и, только, у 12,0% пациентов с криптогенными парциальными эпилепсиями ($p < 0,01$). Как известно, отклонения в неврологическом статусе при идиопатических генерализованных эпилепсиях принято считать минимальными [Мухин К.Ю., 1996, Перунова Н.Ю., 2001].

Всем больным проводилось ЭЭГ-исследование на компьютерном энцефалографе. Оценивалась фоновая биоэлектрическая активность и изменения биоэлектрической активности (БЭА), возникающие при стандартных функциональных нагрузках. Анализируя результаты ЭЭГ-исследования, следует отметить более выраженные изменения БЭА у пациентов с криптогенной парциальной эпилепсией, что свидетельствовало в пользу более значимых нейрофизиологических сдвигов.

Роли психических расстройств при эпилепсии, не достигающих степени деменции и психозов, в амбулаторной практике неврологов уделяется недостаточно внимания. Имеющиеся в Международной классификации болезней 10-го пересмотра нозологические формы, такие как легкое когнитивное расстройство, аффективные нарушения, эмоциональная лабильность, расстройство, встречаются у больных эпилепсией часто, но не всегда диагностируются и подвергаются коррекции.

Для оценки психологического статуса нами использованы следующие методики: модифицированный многопрофильный личностный опросник ММРП, содержащий 198 вопросов, характеризующих состояние пациента по трем основным клиническим и трем коррекционным шкалам; проба на запоминание 10 слов для оценки кратковременной и долговременной памяти [Лурия А.Р., 1962]; метод пиктограмм [Выгодский Л.С., 1969] для исследования опосредованного запоминания и ассоциативных процессов.

Большинство обследованных нами больных в обеих группах имели негрубые нарушения в психической сфере, о которых свидетельствовали предъявляемые жалобы на ухудшение памяти, снижения настроения, эмоциональную лабильность, тревожность, трудности в приобретении новых знаний и навыков, а также результаты нейропсихологического тестирования. Коморбидные пароксизмальному синдрому негрубые психические нарушения, характеризующиеся когнитивным снижением, эмоциональными и аффективными расстройствами, изменениями личности у больных эпилепсией, предложено обозначить

термином "психологическая дисфункция". Необходимость выделения указанных расстройств обусловлена, во-первых, широкой их распространенностью и недооценкой врачами в контексте утяжеления течения эпилепсии, а во-вторых - значением психологической дисфункции как фактора снижения качества жизни у пациентов с эпилепсией. Степень выраженности этих расстройств зависит от целого ряда факторов, и, прежде всего, от тяжести и длительности пароксизмального синдрома, повреждений головного мозга на ранних этапах развития и лечения противосудорожными препаратами.

Социальные аспекты жизни больных эпилепсией в Российской Федерации представлены в изученной литературе недостаточно. В осуществленном нами исследовании проведена сравнительная оценка социального статуса среди пациентов с идиопатическими генерализованными и криптогенными парциальными формами эпилепсии. Среди обследованных больных большинство составили городские жители - 80,4%. Возможно, это обусловлено лучшей доступностью медицинской помощи для проживающих в городе лиц. В обеих обследованных группах пациентов ранний дебют заболевания и относительно длительный период течения болезни привели к формированию низкого социального положения. В обеих группах пациентов отмечен высокий уровень инвалидизации (таблица 1): 64,0% и 52,4% для КЭ и ИЭ соответственно.

Среди заболевших отмечен невысокий уровень образования в целом, с преобладанием в группах лиц, получивших общее (среднее) и среднетехническое (специальное) образование. При этом реальное трудоустройство пациентов характеризовалось низкой занятостью (высокий процент безработных пациентов и занятых временным низкоквалифицированным трудом) и несоответствием сферы труда полученному образованию: безработные - 26,0% пациентов с КЭ и 14,3% пациентов с ИЭ. (таблица 2)

Сведения о низкой занятости больных эпилепсией в разных сферах производства соотносятся с зарубежными данными, представленными в литературе [European White Paper on Epilepsy, 2001].

В последнее десятилетие в медицинскую практику прочно входит такое понятие как качество жизни больных, что особенно актуально для хронических заболеваний, имеющих значимые социальные последствия для пациента. До настоящего времени в литературе встречается недостаточно данных, характеризующих качество жизни пациентов с эпилепсией. Baker A. проанализировал количество публикаций в Medline с 1983 до 1991 года, ка-

сающихся исследования качества жизни при различных хронических заболеваниях [Baker A. 2001]. Данные представлены в виде схемы на рисунке 1.

Для оценки качества жизни (КЖ) больных мы использовали опросник ВОЗ КЖ - 100, который является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни.

В проведенном нами исследовании впервые проведен сравнительный анализ субъективной оценки качества жизни пациентов с криптогенными парциальными и идиопатическими генерализованными формами эпилепсии (рисунок 2).

Характеризуя уровень качества жизни в целом среди больных сравниваемых групп, следует отметить полученные невысокие результаты.

Анализируя отдельные сферы качества жизни, необходимо отметить низкие оценки окружающей среды: неудовлетворенность пациентами климатом, жильем, доступностью медицинской и социальной помощи, своими финансовыми ресурсами, физической защищенностью, Улучшение качества жизни пациентов с эпилепсией в этой сфере может быть достигнуто прежде всего принятием медицинских и социальных программ, обеспечивающих оптимизацию медицинской помощи и повышающих социальную защищенность. Улучшение медицинского обслуживания может быть связано с улучшением материально-технической базы медицинских учреждений, занимающихся лечением и реабилитацией пациентов с эпилепсией, развитие сети учреждений по типу противосудорожных центров [Перунова Н.Ю., Шершевер А.С. и др., 2002]. Требуют уточнения и пересмотра ограничения, связанные с определением профессиональной пригодности лиц с эпилепсией. Необходим дифференцированный подход с учетом формы эпилепсии, прогноза течения заболевания, частоты и характера пароксизмов, выраженности психических нарушений, уровнем контроля над приступами специфическими препаратами.

Средние (удовлетворительные) оценки в обеих группах получены при исследовании физической и психологической сфер качества жизни. Эти две составляющие качества жизни представляются наиболее взаимосвязанными, низкий функциональный уровень в физической сфере закономерно увеличивает количество отрицательных эмоций, что отражается в ухудшении психологического состояния. И, наоборот, отрицательные эмоции, депрессивные тенденции нередко осознаются как физические соматические ощущения и описываются пациентом как неудовлетворительное физическое самочувствие.

Таблица 1. Уровень инвалидизации пациентов с криптогенными парциальными и идиопатическими генерализованными формами эпилепсии

Группы больных	Уровень инвалидизации			
	Не имеют	3 группа инвалидности	2 группа инвалидности	Всего инвалидов
КЭ, n=50	18 (36,0%)	20 (40,0%)	12 (24,0%)	32 (64,0%)
ИЭ, n=48	23 (47,9%)	15 (31,3%)	10 (20,8%)	25 (52,1%)
p	0,6	0,5	0,8	0,7

Таблица 2. Характер трудовой деятельности и социальное положение больных сравниваемых групп

Группы больных	Социальное положение					
	б/работн.	Рабочие неквалиф.	Рабочие квалиф.	Служащие	ИТР	Учащиеся
КЭ, n=50	13(26,0%)	14(28,0%)	4 (8,0%)	15(30,0%)	1 (2,0%)	3 (6,0%)
ИЭ, n=48	8 (14,3%)	12(25,0%)	6(12,5%)	17(33,3%)	1 (2,1%)	4 (8,3%)
p	0,4	0,8	0,3	0,9	0,9	0,8

Рисунок 1. Количество публикаций в Medline с 1983 по 1991 г, посвященных исследованию качества жизни больных с различными хроническими заболеваниями (Baker A., 2001)

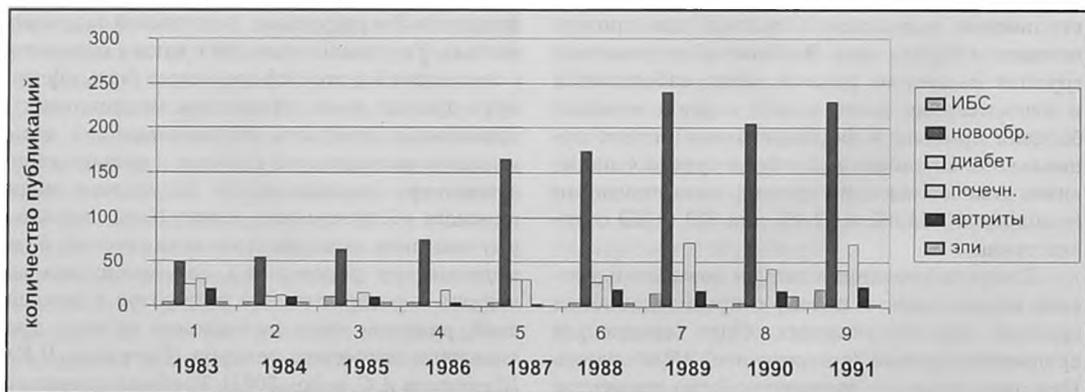


Рисунок 2. Уровень качества жизни у пациентов с криптогенными парциальными и идиопатическими генерализованными эпилепсиями



Примечания. Сферы качества жизни: 1 - физическая сфера, 2- психологическая сфера, 3- уровень независимости, 4- сфера социальных отношений, 5- окружающая среда, 6- духовная сфера, 7- общая оценка качества жизни

Таблица 3. Факторы риска ухудшения качества жизни больных эпилепсией

Факторы, ухудшающие качество жизни	Факторы, не оказывающие существенного влияния на качество жизни
1. Высокая частота эпилептических пароксизмов, особенно генерализованных судорожных 2. Большая продолжительность течения болезни 3. Наличие категории «инвалид» 4. Признаки психологической дисфункции 5. Женский пол	1.Mono- или комбинированная терапия антиконвульсантами при длительном течении заболевания 2. Проживание в городской или сельской местности 3. Нахождение в браке

С позиций изложенного оптимизация лечения пароксизмального синдрома позволит повысить качество жизни в физической сфере. Коррекция лечения возможна за счет изменения дозы противоэпилептического препарата, при необходимости - решения вопроса о замене препарата и использовании рациональной комбинированной терапии. Оценка психологического статуса может быть дополнена использованием методов нейропсихологического тестирования. Немедикаментозная (психотерапевтическая) коррекция или назначение антидепрессантов, транквилизаторов позволит повысить уровень самооценки в психологической сфере.

При сравнении средних субъективных оценок в сфере "Уровень независимости" в обеих сравниваемых группах получены результаты, которые можно расценить как хорошие. Следовательно, степень свободы пациентов мало зависит от помощи окружающих, с другой стороны, имеется прямая зависимость активности пациентов от регулярного лечения противоэпилептическими препаратами. Обеспечение пациентов современными высокоэффективными препаратами способно гарантировать более высокий уровень функционирования в различных сферах.

Среди пациентов обеих групп получены невысокие оценки в сфере социальных отношений. Это коррелирует с результатами, полученными при объективном анализе социальных параметров пациентов: высокий уровень инвалидизации, низкий профессиональный статус, низкий семейный статус. С одной стороны, эти данные зависимы от особенностей течения болезни, а, с другой стороны, обусловлены существующими ограничениями в обществе, касающимися пациентов с эпилепсией, имеющими нередко формальный характер и серьезно затрудняющими адаптацию пациентов.

Невысокие оценки (средний уровень функционирования) среди пациентов обеих групп, полученные при анализе результатов в "Духовной сфере", свидетельствовали о проблемах снижения самооценки, неуверенности в собственных силах в решении многих проблем.

Низкая самооценка и слабая мотивация к преодолению сложившихся трудностей обусловлена сложившейся медико-социальной ситуацией для каждого пациента.

Лица мужского пола лучше адаптированы в большинстве исследованных сфер: физической, психологической, в сфере отношений, независимости. Обследованные мужчины достоверно выше оценивали многие параметры, включенные в исследование.

Качество жизни по отдельным параметрам ниже в группе обследованных, имеющих статус инвалидов по сравнению с лицами, не являвшихся инвалидами.

Полученные результаты позволили сформулировать факторы риска ухудшения качества жизни больных с эпилепсией: высокая частота эпилептических пароксизмов, особенно генерализованных судорожных; длительное течение болезни; наличие категории "инвалид"; признаки психологической дисфункции; принадлежность к женскому полу (таблица 3).

Отсутствие существенных различий уровней функционирования по отдельным сферам жизни среди пациентов с криптогенными парциальными и идиопатическими генерализованными формами эпилепсии может свидетельствовать об аналогичных механизмах снижения адаптивных возможностей. В то же время планирование медицинских и социальных реабилитационных программ для пациентов с криптогенными парциальными и идиопатическими генерализованными формами эпилепсии может иметь общие черты.

Практическая значимость работы заключается в следующем: показано, что в большинстве случаев клиническая картина течения эпилепсии складывается из сочетания пароксизмального синдрома, проявления которого очевидно и подвергаются коррекции с более или менее удовлетворительным результатом, и комплекса психических нарушений, которые могут иметь минимальные или умеренные проявления. В работе продемонстрирована достаточно большая распространенность коморбидных психических нарушений у лиц молодого возраста как среди больных с криптогенной парциальной, так и среди больных с идиопатической

генерализованной формами эпилепсии. Негрубые психические нарушения, обозначенные нами как "психологическая дисфункция", подлежат диагностике и дополнительной коррекции, что улучшит качество жизни пациентов в различных аспектах.

Изучение особенностей социальной адаптации больных эпилепсией молодого возраста позволяет рационально планировать реабилитационную работу на специализированных при-

емах. Выявлены и проанализированы факторы, снижающие уровень функционирования пациентов в различных сферах жизни, к которым относятся высокая частота эпилептических пароксизмов, длительное течение болезни, наличие психических нарушений, факт признания больного инвалидом, а также принадлежность к женскому полу. Все это необходимо учитывать при планировании реабилитационных программ.

Литература

1. Блейхер В.М. Практическая патопсихология. - Ростов-на-Дону. - 1996. - 448с.
2. Бурд Г.С. Международная классификация эпилепсии и основные направления ее лечения // Журнал неврологии и психиатрии. - 1995. - т.95. - №3. - с.4-13.
3. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. Концептуальная модель изучения качества жизни больных эпилепсией. // Социальная психология, XXI век. - Ярославль. - 1999. - № 1. - с. 76-77.
4. Гехт А.Б. Эпилепсия. Вальпроаты // Применение вальпроатов в лечении эпилепсии у детей и взрослых. - М. - 1999. - с.3-19.
5. Гехт А.Б. Терапия эпилепсии - традиции и современное состояние проблемы // Труды 7 Российского национального конгресса "Человек и лекарство". - М. - 2000. - с.283-296.
6. Гусев Е.И. (ред). Методы исследования в неврологии и нейрохирургии.-М.-2000.-330с.
7. Зенков Л.Р. Вальпроаты в современном лечении эпилепсии //Русский медицинский журнал. - 2000. - №8. - с. 647-651.
8. Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. - М., - 2001. - 228с
9. Зенков Л.Р. Клинические значения изменений ЭЭГ при лечении эпилепсии вальпроатом /депакин хроно/ // Журнал неврологии и психиатрии. - 2002. - №3. - с.20-22.
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М., 1973. - с.374.
11. Мухин К.Ю. Клиника, диагностика и лечение идиопатической генерализованной эпилепсии: Автореф. дисс.на соиск. уч. степ. докт. мед. наук. -М. - 1996. -39с.
12. Мухин К.Ю. Общие подходы и дифференцированное лечение различных форм идиопатической эпилепсии. Факторы, влияющие на прогноз заболевания // Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия. - М. - 2000. - с.285-318.
13. Перунова Н.Ю. Клиника, диагностика и коррекция течения основных форм идиопатической генерализованной эпилепсии. - Екатеринбург: УГМА. - 2002. - 96с.
14. Перунова Н.Ю., Шершевер А.С., Стельмах М.К. Опыт организации специализированной помощи больным эпилепсией и перспективы развития неврологической службы в Свердловской области // Современные методы диагностики и лечения эпилепсии. - Смоленск. -1997. - с.68.
15. Baker G. Assessment of quality of life in people with epilepsy. *Epilepsia*. 2001; 42 Suppl 3: 66-69.
16. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatment. *Pharmacoeconomics*. 2002; 20(15): 1039-1059.
17. Epilepsy in the elderly // European White Paper on Epilepsy - EUCARE, 2001. - pp.79-80.
18. Epilepsy research in Europe // European White Paper on Epilepsy - EUCARE, 2001. - pp.87-88.
19. Morrell M. Stigma and epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2002 Dec; 3(6S2): 31-25
20. Yerby M.S. Quality of life, epilepsy advances, and the evolving role of anticonvulsants in women with epilepsy. *Neurology*. 2000; 55 (5 Suppl 1): 21-31