

УДК 616.853:616.89-008.441/454:330.59

*Д.М. Андрейко***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ И
ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: эпилепсия, тревога, депрессия, качество жизни.

Эпилепсия является одним из наиболее тяжелых психоневрологических заболеваний. По удельному весу среди заболеваний нервной системы эпилепсия в последние годы проявляет тенденцию к росту [1].

Формирование аффективных изменений и когнитивного дефицита существенно затрудняют социальную адаптацию больных, снижают качество их жизни [2, 3]. Такое положение не всегда в достаточной мере учитывается практическими врачами. Внимание курирующих специалистов больше фокусируется на устранении или уменьшении количества припадков в отрыве от психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанного на его субъективном восприятии [4, 5, 6].

Проведенными эпидемиологическими исследованиями установлен высокий удельный вес психических расстройств в диспансерном контингенте больных эпилепсией. Аффективные расстройства имелись у 22,2% пациентов. Тугоподвижность, вязкость, инертность мышления и аффекта отмечались у 60,5% больных [7, 8].

Психические расстройства существенно затрудняют социальную адаптацию больных и снижают качество их жизни [8].

Психические расстройства и когнитивные нарушения некоторые исследователи напрямую связывают со структурно-функциональной организацией соответствующих мозговых структур [9].

Многообразии психопатологических и нейропсихологических изменений, некоторые исследователи связывают с билатеральной вовлеченностью медиотемпоральных структур мозга в патогенезе эпилепсии. Признавая, что эпилепсия является социально значимым неврологическим заболеванием согласно положениям МКБ-10, она остается серьезной мультидисциплинарной проблемой, в которой задействованы не только неврологи, но и нейрохирурги, нейрофизиологи, психиатры, психологи и другие специалисты [10, 11, 12].

Всестороннее обследование больных, контроль над припадками, реабилитационные программы позволяют адаптировать больных к изменившимся условиям жизни. Однако истинная оценка эффективности реализуемых лечебно-реабилитационных мероприятий может быть получена при учете параметров качества жизни больного, оказывающегося в связи с заболеванием в изменившихся условиях быта [13, 14].

Целью настоящего исследования явилась оценка качества жизни больных височной эпилепсией без выраженных интеллектуально-мнестических нарушений и изменений личности в сопоставлении с частотой припадков и тревожными, и депрессивными расстройствами.

В основную группу вошли 100 больных височной эпилепсией, в том числе 23 больных, ранее оперированных в связи с резистентностью к проводимому лечению противоэпилептическими препаратами. Все больные находились на стационарном лечении в эпилептологическом отделении Днепропетровской областной клинической психиатрической больницы в период с 2000 г. по 2007 г.

Мужчин в основной группе было 52, женщин – 48. Распределение больных по возрасту было следующим: до 30 лет – 38%, от 31 до 49 лет – 42%, более 50 лет – 20%.

Среднее и среднеспециальное образование имели 82 больных, высшее образование имели 19 пациентов. Работали в условиях обычного производства 48 больных, 32 имели III группу инвалидности. В браке состояло 56% больных, разведенных было 12%. Умственным видом труда занимались 64,3% пациентов из 48 работавших больных.

В зависимости от характера припадков, больные распределялись следующим образом: парциальные простые – 56%, парциальные сложные – 54%, простые парциальные припадки со вторичной генерализацией – 43%. Такое соотношение частоты распределения припадков

больше 100% связано с составляющими полиморфных припадков. Частота припадков в 1 месяц составляла от 3 до серийных. Давность заболевания – от 6 мес. до 5 лет.

Ведущим типом припадков больных группы исследования были приступы с вегетативными, сенсорными симптомами и психическими эквивалентами.

Диагноз эпилепсии устанавливался в соответствии с современными критериями диагностики эпилепсии после неврологического обследования, ЭЭГ, магнито-резонансных, КТ, транскраниальных доплерографических исследований, динамического наблюдения.

Качество жизни больных изучалось и оценивалось с помощью опросника ВОЗ КЖ-100. Исследование проводилось в начале, в середине и по завершению стационарного лечения по всем сферам качества жизни – физическая, психологическая сферы, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда, духовная сфера, общее КЖ и состояние здоровья и общее КЖ – итог. Измерялось восприятие пациентом своего качества жизни и здоровья в целом, и давалась итоговая суммированная оценка связанного со здоровьем качества жизни по ядерному модулю опросника ВОЗ КЖ-100.

Принимая во внимание тот факт, что само заболевание эпилепсией является мощным фактором стресса для больного, и с целью определения связи оценки качества жизни с психоэмоциональным состоянием исследовались уровни депрессии и тревоги.

Опросник ВОЗ КЖ-100 заполняли все паци-

енты при поступлении в стационар (1-е исследование), в середине лечения, на 15-17 день стационарного лечения (2-е исследование) и за 1-3 дня до завершения лечения (3-е исследование). После проведения противосудорожной терапии в соответствии с клиническими протоколами на 15-17 день лечения частота припадков у 56% больных сократилась более чем на 50%, а у остальных пациентов судорожные пароксизмы прекратились.

Полученные данные свидетельствуют, что со снижением частоты припадков >50% или их прекращением показатели качества жизни улучшились, но не достигли оптимального уровня из-за тревожных и депрессивных расстройств.

Уровень тревоги изучался с помощью шкалы Спилбергера, депрессии – по шкале Бека.

Тревога у больных эпилепсией выступает как вторичное психическое расстройство, обусловленное реакцией личности на информацию о наличии значимого заболевания. Тревожные расстройства и депрессия у таких больных связаны с психогенными и внешними средовыми влияниями, которые заметным образом влияют на качество жизни. Изучение уровней тревоги и депрессии и в их взаимосвязи с показателями качества жизни являлось задачей настоящего исследования.

Методом шкальных оценок определен усредненный показатель тревожности (личностной и ситуативной) и депрессии (табл.) при поступлении в стационар и за 1-3 дня до выписки из стационара.

Аффективные расстройства обнаружены у 94% больных.

Таблица 1

Динамика аффективных нарушений у больных эпилепсией, n=100

| Психометрический инструмент | при поступлении (1-е исследование) | за 1-3 дня до выписки (3-е исследование) | p |
|--|------------------------------------|--|-------|
| Ситуационная тревога по шкале Спилбергера (балл) | 52 ± 1,58 | 47,56 ± 2,03 | <0,01 |
| Личностная тревога по шкале Спилбергера (балл) | 54,90 ± 1,69 | 49,45 ± 2,16 | <0,01 |
| Депрессия по шкале Бека (балл) | 17,71 ± 1,74 | 14,81 ± 1,91 | <0,05 |

Настоящим исследованием установлено, что тревожные расстройства наблюдались у 48 больных. Анализ соотношения личностной тревожности и ситуативной показывает, что личностная тревожность более чем в 2 раза преобладает над ситуационной (23 больных).

При тщательной психопатологической оцен-

ке личностной тревоги на первый план выступал астенический компонент тревоги в виде утомляемости, физической и психической гиперестезии, головной боли, эмоционального дискомфорта. Следует отметить, что у каждого больного жалобы на самочувствие были достаточно многочисленными. Это общее беспокойство,

взвинченность, внутренняя дрожь, волнение, напряжение, сердцебиение, потливость, снижение настроения, расстройство сна, быстрая утомляемость. В обычной бытовой и профессиональной среде у таких больных отмечались нарушения личностно-средового взаимодействия. Фобический компонент тревоги имел плавающий характер, а выраженность зависела в большей степени от периодов учащения пароксизмов и семейно-производственных неурядиц.

В клиническом плане ситуативная тревога у 23 больных выражалась ощущением размытой угрозы, напряжения, неуверенности в возможности вести прежний образ жизни и производственную деятельность, даже в тех случаях, когда диагноз “эпилепсия” не ограничивал объем и характер выполняемой работы. Больные пессимистически оценивали перспективу, были озабочены будущим, возможностью нарушений в сфере социальных контактов.

Прослежена динамика личностной тревожности в зависимости от возраста. У пациентов после 50 лет в личностной тревожности достоверно доминировала необходимость социальной защиты в сравнении с пациентами до 50 лет. В этой связи социальные контакты можно рассматривать как составляющую окружающей среды, играющей роль основного источника неуверенности в себе и напряженности.

У больных с частыми припадками в ситуативной тревожности достоверно был выше общий показатель тревожности с эмоциональным дискомфортом, а в личностной тревоге преобладал фобический компонент в сравнении с пациентами с редкими припадками. Прослежена взаимосвязь астенического компонента ситуационной тревожности у лиц, занимающихся умственным и другими видами труда. Потугационной тревожности у лиц, занимающихся умственным пациентами, даже в тех случаях, когда длучены данные о достоверном преобладании астенического компонента у лиц, занимающихся умственным трудом, в виде быстрой утомляемости, затруднений в сосредоточении, вялости в сопоставлении с пациентами, не занимающимися умственным видом деятельности, у которых преобладал фобический компонент и тревожная оценка перспективы.

Данные исследования показали, что с нарастанием тяжести заболевания и установлением группы инвалидности тревожные расстройства имели большую выраженность в сравнении с группой пациентов не инвалидов, что свидетельствует о большой дезадаптирующей роли тре-

воги в течении эпилептического процесса.

В соответствии с задачей исследования проведено изучение качества жизни в сопоставлении с уровнем депрессии.

Уровень депрессии у больных эпилепсией изучался с помощью шкалы Бека. Депрессивные расстройства выявлены у 46 пациентов. По уровню тяжести больные с депрессией распределились следующим образом: выраженная депрессия диагностирована у 2% больных; умеренная у 14% и минимальная и легкая у 30% пациентов. Как видно из исследования, минимальная и легкая депрессии преобладали у больных депрессией вследствие эпилепсии.

Исследованием установлена корреляция между уровнем депрессии и давностью заболевания. У больных с давностью заболевания до 2 лет достоверно чаще встречалась минимальная и легкая, после 2 лет умеренная и тяжелая (38%).

В разрезе возрастного фактора легкая и минимальная депрессии диагностированы у больных до 45 лет, умеренная и тяжелая достоверно коррелировали с возрастом после 45 лет.

Исследованием установлена отрицательная корреляционная связь между психоэмоциональными расстройствами и качеством жизни больных эпилепсией во всех его сферах.

При ранжировании показателей КЖ по сферам получены данные, свидетельствующие о значительном влиянии восстановительной терапии на каждодневное функционирование и качество жизни больных эпилепсией. Прослеживается прямая зависимость оценки больными качества жизни от полученного терапевтического эффекта.

Выявлены статистически значимые различия в оценке полученного результата (улучшения и значительного улучшения) в разных сферах опросника ВОЗ КЖ-100. Уровень оценки психологической сферы увеличивался в зависимости от удельного веса сокращения частоты припадков с вероятностью различий средних – $p < 0,05$. Физическую сферу больные в группе значительного улучшения оценивали выше, нежели больные в группе с улучшением ($p < 0,05$).

Значимость положительной динамики восстановительного лечения в оценке качества жизни больными эпилепсией прослеживается и в других сферах.

Уровень независимости в группе значительного улучшения был выше, нежели в группе улучшения. Статистически значимы были социальные отношения у пациентов со значительным улучшением.

Духовная сфера и окружающая среда оценивались больными обеих групп одинаково, что говорит о значимости проблем указанных сфер (финансовые затруднения, жилье, отдых, транспортные проблемы, возможность перемещаться).

Общее КЖ и состояние здоровья достоверно выше оценивали больные группы значительно улучшения. Однако суммарная оценка у больных с улучшением и со значительным улучшением заметно не различались. И так, значительное >50% сокращение частоты припадков свидетельствует о прямой корреляционной связи между клиническим улучшением течения эпилептического процесса и субъективной оценкой пациентов. Если до начала восстановительного лечения общее качество жизни в балльном выражении равнялось 79,002, то после сокращения частоты припадков на >50% показатель общего КЖ увеличился до 83,7 ($p < 0,05$).

Больным проводилась терапия тревожных и депрессивных расстройств транквилизаторами, антидепрессантами, психотерапией. Дозы подбирались индивидуально методом ступенчатого наращивания до получения клинического эффекта. В результате такого лечения у 2/3 больных было отмечено купирование аффективных нарушений, а у остальных пациентов отмечалось снижение выраженности тревоги и депрессии на 50% и более.

После проведенной терапии средний срок лечения психотропными препаратами составил 31 + 8,6 дня, отмечалась прямая корреляционная связь между клиническим улучшением и субъективной оценкой больных, то есть повышением качества жизни.

Показатели сфер опросника ВОЗ КЖ-100 были достоверно выше у больных после купирования тревожных и депрессивных расстройств или их значительного (>50%) улучшения. Улучшение КЖ в сравнении с показателями 2-го ис-

следования прослеживается в следующих сферах: физическая, психологическая, уровень независимости, окружающая среда, духовная сфера, общее качество жизни и состояние здоровья. Данным исследованием подтверждена более высокая суммарная оценка качества жизни у больных с редуцией эмоциональных расстройств в сравнении с их исходным уровнем.

Если до проведения восстановительного лечения усредненный показатель качества жизни в баллах равнялся 79,002, через 2 недели при сокращении частоты припадков >50% - 87,3 балла, то после проведения психофармакотерапии тревожных и депрессивных расстройств этот показатель увеличился до 89,3 баллов. Показатель достоверности между 2-м и 3-м исследованиями равен <0,05. Суммарная положительная оценка улучшений, достигнутая в результате комплексного лечения, во всех сферах качества жизни отмечена у 78,7% больных.

Результаты исследования подтверждают значение аффективных расстройств и нарушений социальной адаптации в субъективной оценке благополучия пациентов. Коррекция этих расстройств благоприятно влияет на повседневное функционирование больных, повышает ощущение удовлетворенности своим качеством жизни.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о большом значении для больных не только восстановительной антиэпилептической терапии, но и патогенетического лечения путем воздействия на аффективную сферу, что улучшает адаптацию к жизни в социальной среде.

Эффективность комплексных противоэпилептических и направленных на купирование аффективных расстройств терапевтических воздействий прямо пропорционально влияет на субъективное ощущение жизненного благополучия и качество жизни больных эпилепсией.

Д.М. Андрейко

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ТРИВОЖНИМИ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня

Проведено вивчення рівня тривожних та депресивних розладів у хворих на епілепсію при надходженні до стаціонару та при виписці зі стаціонару після місячної госпіталізації.

Проводилося співставлення показників якості життя за опитувальником ВООЗ ЯЖ залежно від вираженості тривожних та депресивних розладів. Встановлено, що тривожні розлади виявлені у 48% хворих, а депресивні розлади – у 52% пацієнтів. Показник рівня ЯЖ при припиненні або скороченні частоти припадків до 15-17 дня лікування не досягав оптимального рівня. Після проведенного лікування психотропними препаратами та купірування тривоги і депресії настала позитивна оцінка хворими повсякденного функціонування та задоволеності своєю якістю життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 27-31).

THE LIFE QUALITY OF PATIENTS BY EPILEPSY WITH ANXIOUS AND DEPRESSIVE DISORDERS

The Dnepropetrovsk oblast clinical psychiatric hospital

The study of the level of anxious and depressive disorders of some patients suffering from epilepsy during being in and out of the hospital after one month of hospitalization has been conducted.

The comparison of qualitative life indices according to the survey of the World Standard of Health QL (the quality of life) in the dependence on showing of the anxious and depressive disorders has been conducted. It was established that the anxious disorders have been found by 48 per cent of patients and depressive disorders have been shown by 52 per cent of patients. The index of the QL level after stopping or reduction of the frequency of paroxysms to the 15-17 day of treatment didn't gain the effective level. After the treatment of anxious and depressive the positive estimation of the daily functioning and satisfaction by the quality of life has been shown by some patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 27-31).

Литература

1. Карлов В.А. Эпилепсия. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.
2. Бурковский Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г.В.Бурковский, А.П.Коцюбинский, Е.В.Левченко, А.С.Ломанченков. — СПб, 1998. — 55 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайна П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: ЭЛБИ, 1999. — 140 с.
4. Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? // Международный неврологический журнал. — 2007. — №4. — С. 31-36.
5. Cramer J., Ryan J., Chang J., Sommerville K. The Short-Term Impact of Adjunctive Tiagabine on Health-Related Quality of Life // *Epilepsia*. — 2001. — V.42 (s3). — P.70-75.
6. Kendrick A. Quality of life // *The clinical psychologists handbook of epilepsy: assessment and management* / Edited by C. Cull and Goldstein. London — N. Y., 1997. P. 171-176.
7. Козаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. М., 1999. — 419 с.
8. Devinsky O., Vickrey B. G., Cramer J., Perrine K. et al. Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory // *Epilepsia*. — 1995. — V.36 (11). — P. 1089-1104.
9. Громов С.А., Хоршев С.К., Михайлов В.А. Оптимизация терапии эпилепсии финлепсином // *Корс. журн.* — 2000. — №9. — С.32-35.
10. Matsuoka H. Neuropsychology of Epilepsy // *Epilepsia*. — 2001 — V.42(s6). — P.42-46.
11. Мельникова Т.С., Рогачева Т.А. ЭЭГ у больных эпилепсией с аффективными расстройствами в стадии ремиссии припадков / *Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты»*, Москва, 5-7 окт. 2004 г. — С.198-199.
12. Ritaccio A., Devinsky O. Personality disorders in epilepsy. In: *Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment*. A. Ettinger, A. Kanner (eds). Philadelphia 2001; 147-161.
13. Громов С.А., Михайлов В.А., Хоршев С.К. и др. Восстановительная терапия и качество жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей. — СПб, 2004. — 17 с.
14. Якунина О.Н., Громова С.А. Диагностика начальных изменений личности у больных эпилепсией и их динамика в процессе лечения; Психиатрические аспекты общемедицинской практики. Сборник тезисов научной конференции с международным участием 26-27 мая 2005 г. — Санкт-Петербург, 2005. — С.346-347.

Поступила в редакцию 22.05.2008