

На правах рукописи

НУРМУХАМЕТОВА СВЕТЛАНА РАФАИЛОВНА

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЭПИЛЕПСИИ В Г. СТЕРЛИТАМАК**

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва-2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Магжанов Рим Валеевич

Официальные оппоненты:

Власов Павел Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, кафедра нервных болезней лечебного факультета Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Воронкова Кира Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, кафедра неврологии ФУВ Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Защита состоится «15» октября 2013 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета Д 001.006.01 при ФГБУ «НЦН» РАМН по адресу: 125367, г. Москва, Волоколамское шоссе, дом 80.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «НЦН» РАМН по адресу: 125367, Москва, Волоколамское шоссе, дом 80

Автореферат разослан « ____ » _____ 2013 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 001.006.01,

кандидат медицинских наук

Е.В. Гнедовская

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Эпилепсия является заболеванием, занимающим 3-е место среди органических болезней мозга, является широкой междисциплинарной проблемой, имеющей, помимо неврологии, отношение к педиатрии, психиатрии, нейрохирургии, акушерству, гинекологии и др. (Карлов В.А., 2010). Согласно концептуальному определению, сформулированному Всемирной Противозепилептической Лигой, эпилепсия – заболевание мозга, характеризующееся постоянной предрасположенностью к генерации приступов и их нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями (Epilepsia, 2005). В мире в настоящий момент насчитывается около 50 миллионов людей с установленным диагнозом эпилепсии (WHO, 2001). По мнению W.A. Hauser (1997), результаты эпидемиологических исследований эпилепсии имеют важное значение, что связано с достаточно высокой распространенностью, социальной значимостью и экономическим бременем заболевания.

В популяционных исследованиях эпилепсию определяли как рекуррентные неспровоцированные приступы, в разных возрастных группах заболеваемость ею варьировала от 30/100 000 до 100/100 000 населения (W.A.Hauser, 2012). Согласно оценкам, полученным в различных частях мира, распространенность эпилепсии в разных странах может лежать в очень широком диапазоне – от 1,5 до 50 случаев на 1000 населения (Atlas, WHO 2005; Forsgren L., 2005; Olafsson E., 1999; Hauser W.A., 1997,1996; Senanayake N., 1993). Распространенность эпилепсии в Российской Федерации составляет 2,98 на 1000 населения (Гехт А.Б. и соавт., 2012).

Глобальная кампания против эпилепсии является результатом сотрудничества между Международной лигой против эпилепсии (ILAE), Международным бюро по эпилепсии (IBE), а также Всемирной организацией здравоохранения, поставившими себе в цель в виде установления «улучшения понимания, лечения, системы помощи и предотвращения эпилепсии по всему миру» (Beal J.C., Moshe S.L., 2013). Внедрение новых технологий, успехи в понимании патогенеза, диагностике, лечении эпилепсии существенно изменили ведение больных (Гусев Е.И., Гехт А.Б., 2013). По данным большинства авторов у 60-80% пациентов удается достигнуть медикаментозную ремиссию (Гусев Е.И., 2007; Лебедева А.В., 2007; Trinka E., 2009; Perucca E., 2008; Brodi

М., 2002) и со временем значительная часть этой категории больных может полностью прекратить прием препаратов (Hauser W.A., 2012).

При правильном ведении эпилепсия является клинически благоприятным заболеванием у большинства больных, однако стигматизация оказывает негативное влияние на жизнь больного (Гусев Е.И. и соавт., 2013). Эпилепсия – заболевание, приводящее к различным социальным и психологическим последствиям. Для больных эпилепсией, вследствие влияния заболевания на психосоциальный статус, способствующего формированию восприятия своего положения в жизни, характерно снижение качества жизни (McLaughlin D., 2007; Berto P., 2002). В то же время у больных эпилепсией с ремиссией заболевания качество жизни близко к показателям здоровых (Котов С.В., 2008; Гехт А.Б., 2005; Cramer J.A. et al., 1998).

Цель исследования

Оптимизация медико-социальной, лечебно-профилактической помощи больным эпилепсией в г. Стерлитамак на основе результатов клинико-эпидемиологического исследования.

Задачи исследования

1. Определить показатели распространенности, заболеваемости эпилепсией с учетом пола и возраста среди взрослого населения г. Стерлитамак.

2. Дать медико-социальную характеристику больных эпилепсией, изучить синдромально-нозологические особенности эпилепсии.

3. Оценить распространенность вероятных этиологических факторов и типов эпилептических приступов в обследуемой популяции.

4. По результатам наблюдения за пациентами оценить эффективность проводимой терапии до и после ее оптимизации эпилептологом, а также качество жизни больных с эпилепсией.

5. Разработать рекомендации для оптимизации медико-социальной помощи больным эпилепсией.

Научная новизна исследования

Впервые в Республике Башкортостан проведено клинико-эпидемиологическое исследование эпилепсии в соответствии с международными рекомендациями ИЛАЕ (International League Against Epilepsy). Определены заболеваемость эпилепсией, ее распространенность среди взрослого населения. Установлены основные этиологические

факторы эпилепсии в различных половозрастных группах, синдромально-нозологические, клинические и социальные особенности больных эпилепсией в г. Стерлитамак. Проанализирована эффективность терапии эпилепсии, проводимой неврологами, психиатрами и эпилептологом. Дана оценка качеству жизни больных эпилепсией с учетом клинических форм заболевания, гендерных различий, частоты приступов до и после оптимизации терапии.

Практическая значимость исследования

Результаты исследования имеют важное значение для планирования и организации противэпилептической помощи и разработки мер по улучшению эпидемиологических показателей. Полученные результаты могут использоваться в исследованиях фармакоэкономики, практической деятельности неврологов и психиатров, при оказании дифференцированной диагностической и терапевтической помощи больным эпилепсией. Создание регистра больных эпилепсией среди взрослого населения г. Стерлитамак, разработка алгоритма их ведения позволяют более эффективно планировать оказание медицинской помощи данной группе пациентов и способствуют приближению работы неврологов, психиатров к международным стандартам. Опросник QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy) позволяет оценить эффективность проводимого лечения и социальную адаптацию пациентов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Показатели распространенности (2,70 чел/1000 населения) и заболеваемости (12,63 чел/100000 населения) эпилепсией в г. Стерлитамак сопоставимы с результатами исследований, проведенных в других регионах РФ. Распространенность эпилепсии у мужчин выше, чем у женщин во всех возрастных группах.

2. Наиболее распространенной формой эпилепсии в изучаемой популяции является фокальная эпилепсия.

3. Уровень социальной адаптации больных эпилепсией значительно ниже, чем в общей популяции.

4. Использование адекватной противэпилептической терапии, в соответствии с рекомендациями ПЛАЕ, повышает эффективность лечения эпилепсии и качество жизни пациентов.

Протокол диссертационного исследования «Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в г. Стерлитамак» был одобрен экспертным советом по биомедицинской этике по клиническим дисциплинам ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета.

Внедрение результатов исследования

Полученные результаты внедрены в практику работы неврологов, психиатров г. Стерлитамак, используются как основа при разработке программы помощи больным эпилепсией, лекарственного обеспечения пациентов различными группами противосудорожных препаратов. Основные положения работы используются в педагогическом процессе кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» (БГМУ) Минздрава России. Создан регистр больных эпилепсией среди взрослого населения г. Стерлитамак, разработан алгоритм ведения пациентов с эпилепсией.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 печатных работ, из них 3 в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

Личное участие автора в получении изложенных в диссертации результатов.

Автором сформулирована идея исследования, составлен план и выбраны методы выполнения работы. Автор лично участвовал в клиническом и лабораторном обследовании и наблюдении участников исследования, анализе медицинской документации, статистическом анализе и интерпретации результатов исследования, подготовке публикаций и докладов по выполненной работе, внедрении результатов работы в практику.

Апробация работы

Основные результаты исследований представлены на совместном заседании кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики и кафедры психиатрии и наркологии с курсом постдипломного образования БГМУ 26.04.2013г. Материалы исследования обсуждены на региональной конференции специалистов по эпилептологии «Парциальные эпилепсии: клиника, диагностика, терапия» (г. Екатеринбург, 12-13 марта 2010 года), на заседании Общества неврологов Республики Башкортостан (г. Уфа, 15.02.2011), на Уральской конференции эпилептологов - 2013 «Актуальные вопросы современной эпилептологии» (г. Екатеринбург, 22-23 марта 2013).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 161 страницах и включает введение, обзор литературы, изложение результатов собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации, библиографические указатели, приложения. Работа иллюстрирована 38 рисунками, 9 таблицами. Указатель литературы содержит 276 источников, из них 116 отечественных и 160 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа основана на результатах исследования 587 больных эпилепсией (320 мужчин, 267 женщин) в популяции из 217 089 человек в возрасте 18 лет и старше (95724 мужчин, 121365 женщин).

Информация о распространенности, заболеваемости, социальной характеристике, структуре вероятных этиологических факторов была получена в 2003-2010 гг. в процессе консультативного приема эпилептолога на базе МБУЗ «Поликлиника №1» г. Стерлитамак с использованием специально разработанной на кафедре неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики БГМУ карты больного с эпилепсией, состоящей из 18 пунктов. В карте регистрировались: пол, возраст пациента, уровень образования, социальный статус, краткий анамнез заболевания, возраст дебюта, длительность заболевания, вероятные этиологические факторы, тип и частота приступов, проводимая терапия, клинический диагноз, рекомендации. Выявлялись все больные эпилепсией, при этом учитывались больные, состоящие на диспансерном учете у неврологов, терапевтов в поликлиниках, а также первично обратившиеся в поликлиники. Кроме этого, учитывались пациенты с эпилепсией, состоящие на диспансерном учете у психиатра в психоневрологическом диспансере. Использовались сведения медицинской документации: амбулаторные карты пациентов, истории болезней и годовые отчеты лечебно-профилактических учреждений, данные МСЭК, карты вызовов скорой медицинской помощи.

Были рассчитаны значения распространенности, заболеваемости эпилепсией, в том числе с учетом пола и возраста, распространенности синдромов эпилепсии, типов приступов, вероятных этиологических факторов.

Использовался метод клинического наблюдения за больными в амбулаторных условиях, включающий диагностику, контроль за частотой приступов, лечение, рекомендации при трудоустройстве, при планировании беременности.

Диагноз эпилепсии базировался на клинико-электроэнцефало-нейровизуализационных данных. Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) предусматривало проведение рутинного ЭЭГ, видео-ЭЭГ мониторинга. Методы нейровизуализации: магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) позволяли определять этиологию эпилепсии, локализацию анатомического субстрата

Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью опросника QOLIE-31, версия 1,0 (Cramer J.A. et al., 1998,1996; Vickey B.G., 1993), который является специальным инструментом для исследования КЖ эпилепсии у пациентов старше 18 лет. В соответствии с рекомендациями Морозовой О.С., Рудаковой И.Г. (2009) при анализе результатов тестирования с помощью опросника QOLIE-31 принималась бальная оценка, согласно которой КЖ менее 30 баллов соответствует очень низкому КЖ, от 30 до 39 – низкому, от 40 до 49 – среднему, от 50 до 59 – хорошему, свыше 60 баллов – высокому КЖ.

Результаты исследования подвергались статистическому анализу на персональном компьютере, совместимом с IBM PC с обработкой материала с помощью статистических программ «Excel 2007», «Биостатистика».

Для проверки формы распределения использованы методы описательной статистики, тест Колмогорова-Смирнова. При сравнении долей применялась Z- статистика, критерий χ^2 (Chi – квадрат) для таблиц сопряженности признаков. При сравнении значений непрерывных величин использован критерий Стьюдента (для независимых или повторных измерений), двухфакторный дисперсионный анализ. Взаимосвязь признаков определялась с помощью ранговой корреляции Спирмена, коэффициента Юла. При проведении дисперсионного анализа изучалось факториальное и случайное статистическое влияние изучаемых факторов η^2 , определялся критерий Фишера (F), позволяющий оценить достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован изучаемый эффект. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$ (p – вероятность возможной ошибки; 0,05 – величина уровня значимости, устанавливаемая произвольно).

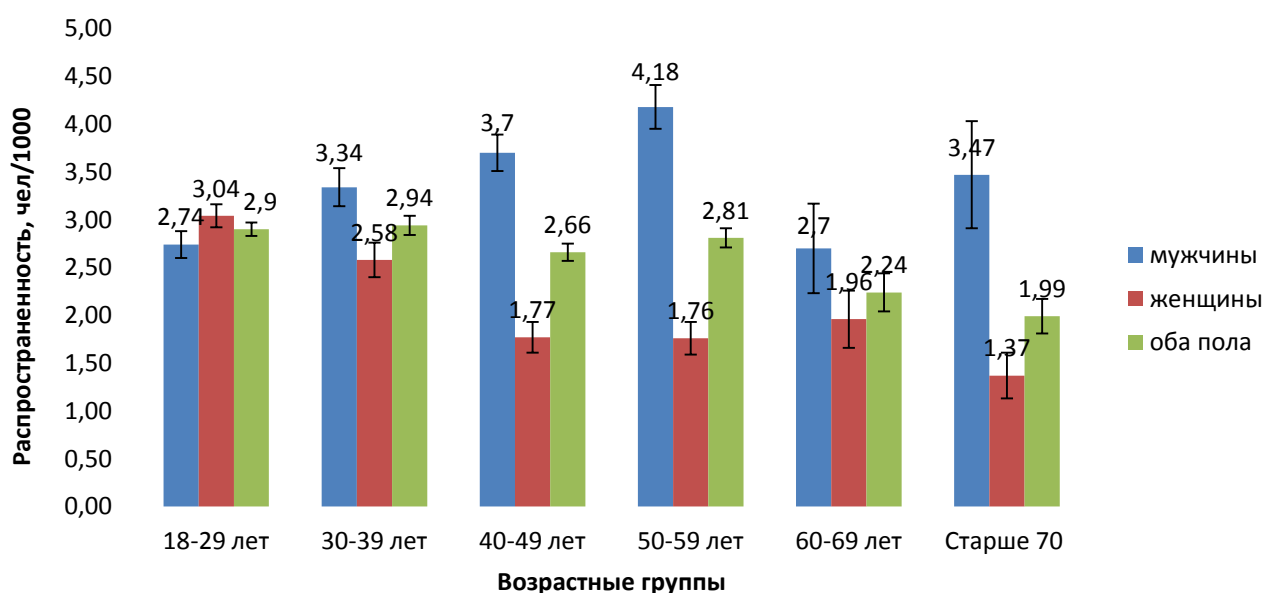
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Распространенность и медико-социальные аспекты заболеваемости эпилепсией взрослого населения г. Стерлитамак.

Значение распространенности эпилепсии в г. Стерлитамак составило 2,70 (ДИ 95% : 2,68-2,72) чел./1000 населения и было статистически достоверно выше у мужчин – 3,34 (ДИ 95% : 3,30-3,48) чел./1000, чем у женщин – 2,20 (ДИ 95% : 2,17-2,23), ($p < 0,001$).

Показатель распространенности эпилепсии в г. Стерлитамак сопоставим с данными других российских исследователей. Стандартизированное по полу и возрасту значение распространенности эпилепсии в РФ со стандартной популяцией European Standard Million составило 2,98 (ДИ 95%: 2,80-3,15) чел./1000 населения (Гехт А.Б., Мильчакова Л.Е., 2012) и было выше у мужчин, чем у женщин – 3,88 (ДИ 95%: 3,73-4,02) чел./1000 и 2,09 (ДИ 95%: 1,98-2,19), соответственно. Значения распространенности эпилепсии в отдельных регионах России лежали в интервале от 2,34 чел./1000 (г. Челябинск) до 5,70 чел./1000 (г. Нижний Новгород) (Бельская Г.Н. и соавт., 2009, Мильчакова Л.Е., 2008). Более высокие показатели распространенности – от 1,5 до 50 случаев на 1000 населения приводятся в работах зарубежных исследователей (Atlas, WHO 2005; Forsgren L., 2005; Olafsson E., 1999; Hauser W.A., 1997; Senanayake N., 1993).

Были рассчитаны значения распространенности эпилепсии в зависимости от пола и возраста. Максимальная распространенность эпилепсии отмечена в возрастной группе 18-29 и 30-39 лет и минимальная - в группе 70 лет и старше (рис.1).



Рис

унок 1. Зависимость значения распространенности эпилепсии от возраста и пола.

Анализ динамики распространенности эпилепсии в зависимости от пола и возраста выявил, что показатель в возрастной группе 18-29 лет практически не отличался у мужчин и женщин – 2,74 и 3,04, соответственно. Далее было отмечено увеличение распространенности у мужчин по сравнению с женщинами. Пик распространенности у мужчин достоверно оказался в возрастной группе 50-59 лет, в то же время у женщин в этой же возрастной группе показатель был наименьшим (4,18 против 1,76), ($\chi^2 = 18,9$, $p < 0,001$), что, вероятно, связано с преобладанием таких этиологических факторов, как ЧМТ и хронический алкоголизм. У женщин пик распространенности оказался в возрастной группе 18-29 лет, вместе с тем у мужчин в этой же возрастной группе показатель был одним из наименьших (3,04 против 2,74), ($\chi^2 = 0,35$, $p = 0,553$). Наибольшее значение распространенности эпилепсии у мужчин – 4,18 чел /1000 (50-59 лет), наименьшее – 2,70 (60-69 лет); у женщин – 3,04 чел /1000 (18-29 лет) и 1,37 (70 лет и старше), соответственно. Полученные данные сопоставимы с результатами исследований, проведенных в 11 российских регионах, где пик распространенности у мужчин оказался также в возрастном интервале 50-59 лет (5,32), а у женщин – 14-29 лет (3,92). Наименьшие значения у мужчин оказались в возрастном интервале – 60-69 лет (3,26), у женщин – 70 лет и старше (1,64) (Мильчакова Л.Е., 2008). Средний возраст пациентов составил $33,06 \pm 0,23$ лет (у мужчин - $41,77 \pm 0,51$, у женщин – $38,22 \pm 0,56$).

Среднегодовой показатель заболеваемости эпилепсией (2003-2009 гг) в г. Стерлитамак составил 12,63 (ДИ 95% : 12,37-12,89) чел./100000. Заболеваемость эпилепсией у мужчин в исследованной популяции статистически достоверно была выше – 16,86 (ДИ 95% : 16,29-17,43) чел./100000, чем у женщин – 9,06 (ДИ 95% : 8,61-9,51) чел./100000 ($p < 0,001$). Полученное среднее значение заболеваемости эпилепсией сопоставимо с результатами других российских исследователей: 14,81 чел./100000 в РФ (Мильчакова Л.Е., 2008) и ниже данных зарубежных исследований: 50 / 100000 – в развитых странах, 20-120 – на 100000 в разных странах мира (Forsgren L., Hauser W., 2005). Наибольшее значение заболеваемости было отмечено в возрастной группе 18-29 лет – 19,26 /100000 (рис.2).

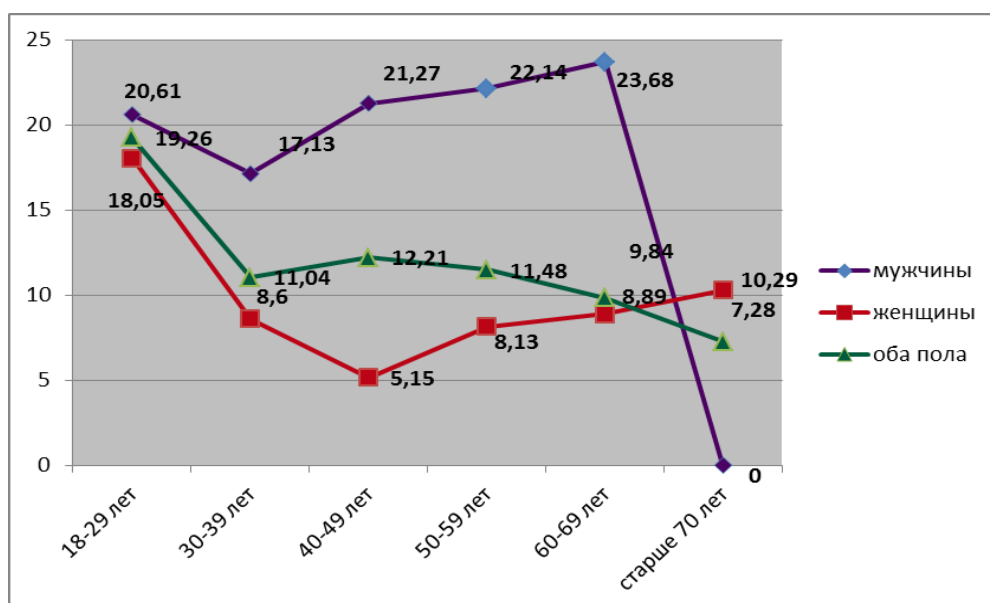


Рисунок. 2. Заболеваемость эпилепсией в зависимости от пола и возраста.

Заболеваемость постепенно уменьшалась в старших возрастных группах. В возрастной группе 70 лет и старше заболеваемость была самой наименьшей – 7,28 /100000. Полученные данные сопоставимы с результатами других российских исследователей (Мильчакова Л.Е., 2008). Исследования, проводившиеся в развитых странах, говорят об обратном - заболеваемость наиболее высока в течение первого года жизни, в период раннего детства, стабилизируется после юношества, и обычно наиболее низка во взрослом возрасте вплоть до пятого десятилетия жизни и увеличивается в группах с наибольшим возрастом (Olafsson E. et al., 2005; Forsgren L. et al., 1996; Hauser W.A. et al., 1993; Granieri et al., 1983). Возможно, полученные различия связаны с более высокой продолжительностью жизни пациентов и лучшей выявляемостью заболевания в странах Западной Европы и США.

Выявлено статистически значимое влияние возраста и пола на заболеваемость ($F=32,2, p<0,001, \eta^2=0,42$). У мужчин отмечена сильная обратная корреляционная зависимость между возрастом и заболеваемостью ($\rho = -0,83, p<0,05$).

Наибольшее количество впервые заболевших мужчин и женщин оказалось в возрастном интервале 11-20 лет (30,67%). Возраст дебюта не превышал 20 лет у 49,06% пациентов (у женщин – 57,99%, у мужчин – 42,01%). Полученная разница среди заболевших в возрасте до 20 лет между мужчинами и женщинами связана с большим количеством манифестаций эпилепсии у женщин в возрасте 11-20 лет (в 1,3 раза). У мужчин показатели дебюта сохранялись высокими в возрастной группе 11-20 и 21-30 лет

(13,29% и 41,41%, соответственно). Средний возраст дебюта эпилепсии составил $25,89 \pm 0,17$ лет (у мужчин – $28,30 \pm 0,99$, у женщин $22,94 \pm 1,05$, $p < 0,001$).

При оценке длительности течения заболевания было выявлено, что большая часть обследуемых пациентов (52,4%) страдает эпилепсией больше 10 лет. Преобладала группа пациентов с длительностью заболевания 20 лет (28,60%). Средняя длительность заболевания в исследуемой популяции составила $14,62 \pm 0,10$ лет (у мужчин - $14,31 \pm 4,83$, у женщин - $14,93 \pm 4,90$). Приведенные данные свидетельствуют о том, что эпилепсия – хроническое и длительно текущее заболевание, с дебютом в молодом возрасте.

2.Медико-социальная характеристика больных.

При оценке социального статуса больных эпилепсией оценивались уровень образования, занятость, наличие группы инвалидности. По уровню образования подавляющее большинство пациентов были лица со средне-специальным образованием – 47,19% (мужчин – 31,86%, женщин – 15,33%) ($\chi^2 = 34,733$, $p < 0,001$). Доля больных со средним и средне-специальным образованием составила 74,45%. Среди имевших высшее образование (6,47%) достоверно доминировали женщины ($\chi^2=3,861$, $p=0,049$). Общая доля пациентов с неполным средним, средним, средне-специальным и высшим образованием составила 99,15%. Полученные результаты сопоставимы с данными других российских исследователей. По данным Гехт А.Б., Мильчаковой Л.Е. (2008, 2006), полученных при исследовании 11 российских регионов, большая часть обследованных пациентов имели среднее и средне-специальное образование – 73,0%, высшее – 17,36%; по данным Чуевой Л.Е. (2010) – 62,8% - среднее и средне-специальное образование и лишь 3,2% - высшее.

Доля социально-активных пациентов (работающих и учащихся) составила 30,20% (табл. 1).

Таблица 1

Социальная характеристика больных эпилепсией в г. Стерлитамак

Социальный статус больных эпилепсией	Мужчины		Женщины		Критерии χ^2	Уровень значимости p
	(n=319)	%	(n=268)	%		
Рабочие	64	10,9	17	2,9	$\chi^2=21,611$	$p=0,0001$
Служащие	19	3,2	57	9,7	$\chi^2=29,318$	$p=0,001$

Учащиеся и студенты	9	1,5	12	2,0	$\chi^2=0,756$	$\rho=0,385$
Пенсионеры	25	4,3	33	5,6	$\chi^2=2,888$	$\rho=0,089$
Инвалиды всех групп	135	23,0	92	15,67	$\chi^2=5,390$	$\rho=0,020$
Безработные	67	11,41	57	9,71	$\chi^2=0,168$	$\rho=0,682$

Установлено, что 20,78% больных эпилепсией являются безработными, 13,80% больных заняты неинтеллектуальными видами труда, что достоверно больше занятых умственным трудом (12,95%), ($p < 0,001$). Пенсию, в том числе по инвалидности, получали 48,55% ($n=285$) пациентов. По данным Гусева Е.И., Гехт А.Б. (2010) в России только 20,9% пациентов с эпилепсией работали и 8,7% считались безработными по сравнению с населением – 51,4% и 3,9%, соответственно. По данным зарубежных исследователей большая доля больных эпилепсией в странах Центральной и Восточной Европы – безработные или трудоустроены ниже своего профессионального уровня. В исследовании, проведенном в Хорватии, отмечен высокий уровень безработицы среди пациентов – 47,5%, в 3 раза превышающий таковой среди населения (Josipovic-Jelic Zeljka, 2011; Tlusta E., 2009; Bielen I., 2007; Beghi E., 2005; Leone M.A., 2005; Jacoby A., 2002).

С учетом того, что инвалидность является одним из основных показателей состояния здоровья населения, был изучен уровень инвалидности среди больных эпилепсией. В г. Стерлитамак он составил 38,67% ($n=227$), с преобладанием доли инвалидов второй группы – 53,74%. Доля больных с эпилепсией, имеющих вторую группу инвалидности, была достоверно выше, чем в популяции – 4,00% ($p=0,027$). Отмечено преобладание инвалидов второй группы инвалидности среди пациентов, страдающих эпилепсией, по сравнению с общей популяцией – 53,74% и 47,76%, соответственно, однако различия не достигали уровня статистической значимости ($p=0,085$). Частота встречаемости больных с эпилепсией, имеющих группу инвалидности, была достоверно выше у мужчин в 1,9 раза, чем у женщин – 59,47% ($n=135$) и 40,53% ($n=92$), соответственно, ($Z=3,32$, $p=0,001$). Доля инвалидности (57,1%) среди больных эпилепсией в России была высокой по сравнению с населением в целом (8,7%)

(Гусев Е.И., Гехт А.Б., 2013), средние показатели инвалидности составили - 52,13 %, с наименьшей долей в г. Ярославль (35,47%), г. Москва (39,59 %), и наибольшей - в Республике Бурятия (69,86 %), в г. Братск (86,21%) (Мильчакова Л.Е., 2008). Высокая доля инвалидов, особенно второй группы, свидетельствует о значительной социально-трудовой дезадаптации больных эпилепсией в связи с невозможностью трудоустройства.

Анализ количества инвалидов по возрасту выявил, что 84,14% (n=191) принадлежали к группе трудоспособных граждан, со значительным преобладанием у мужчин – 51,54% (n=117), чем у женщин – 32,60% (n=74), но статистически достоверных различий получено не было ($\chi^2=1.160$, $p=0,282$). Среди лиц в возрастной группе 50-59 лет статистически значимо преобладали пациенты со второй группой инвалидности – 16,30%(n=37), ($\chi^2=7,64$, $p=0,022$). В младшей (18-29 лет) возрастной группе статистически значимо преобладали лица с третьей группой инвалидности - 8,81% (n=20), ($\chi^2 =10,6$, $p=0,005$), что обусловлено более высокой трудовой адаптацией инвалидов этого возраста. В средних возрастных группах (30-39, 40-49 лет) с одинаковой частотой встречались пациенты, как со второй – 10,57% (n=24), 10,57% (n=24), так и с третьей группой инвалидности - 10,13% (n=23), 11,45% (n=26), соответственно, ($\chi^2=0,59$, $p=0,746$; $\chi^2=1,67$, $p=0,433$). Среди инвалидов первой группы преобладали лица в возрастной группе 18-29 лет – 1,76% (n=4), ($\chi^2=7,48$, $p<0,076$).

3. Синдромально-нозологическая характеристика эпилепсии

Особого внимания заслуживает рассмотрение этиологических факторов эпилепсии и типов ее протекания в обследованных группах. В исследованной популяции у 82,28% пациентов установлена фокальная эпилепсия (ФЭ), идиопатическая генерализованная эпилепсия (ИГЭ) – у 17,72%.

Распространенность ФЭ составила 2,38 (ДИ 95% : 2,36-2,40) чел./ 1000. Для мужского населения распространенность была выше почти в 2 раза - 2,92 (ДИ 95%: 2,88-2,96) чел./1000, чем у женщин - 1,73 (ДИ 95% : 1,70-1,76) чел./1000.

Средний возраст дебюта в популяции с ФЭ составил $28,59 \pm 0,25$ лет, в том числе у мужчин $29,90 \pm 1,07$, у женщин – $26,41 \pm 1,42$ лет ($p=0,046$).

Определены следующие вероятные этиологические факторы ФЭ: черепно-мозговая травма (ЧМТ) -18,01% случаев, церебро-вазкулярные заболевания – 14,29%, перинатальная патология – 12,63%, опухоли головного мозга – 5,80%, алкоголь – 2,48%, нейроинфекции – 2,48%, дегенеративные заболевания ЦНС – 0,62% (рис.3).

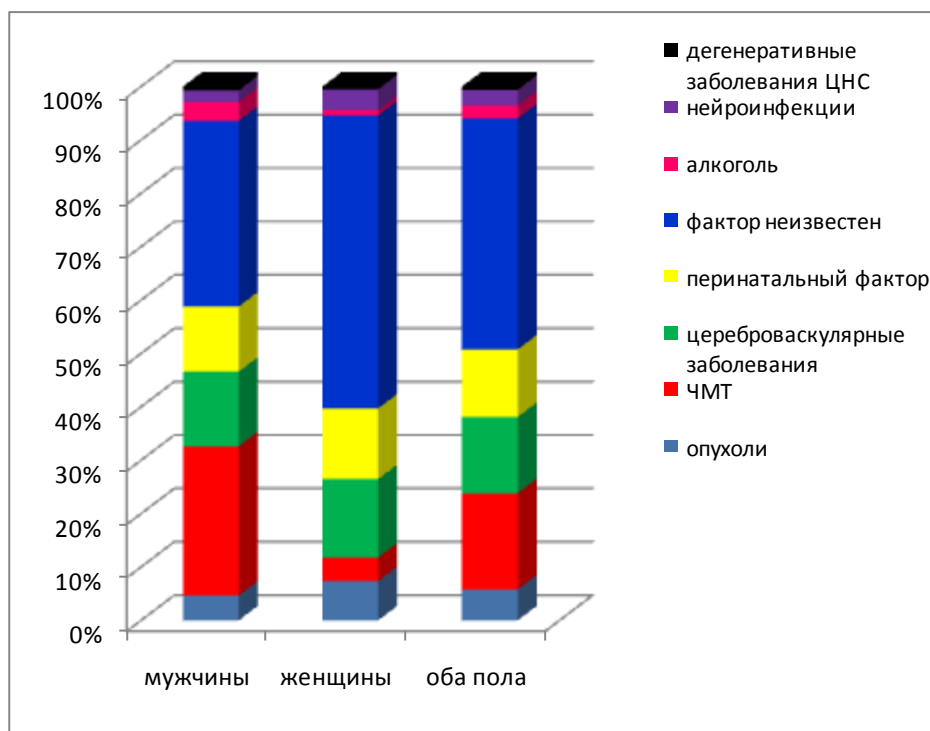


Рисунок 3. Структура этиологических факторов фокальной эпилепсии в исследованной популяции.

Наибольшее количество пациентов оказалось в подгруппе с неизвестным этиологическим фактором - 43,27%.

Среди пациентов, страдающих ФЭ вследствие черепно-мозговой травмы, преобладали мужчины – 78 человек (16,15 %), женщины составили 9 человек (1,86 %), ($\chi^2 = 48,098$, $p = 0,0001$). Средний возраст пациентов в группе составил $43,98 \pm 1,87$ лет, без четких гендерных различий (у мужчин – $44,43 \pm 2,09$, женщин $39,89 \pm 12,27$) ($p=0,542$), средняя длительность заболевания – $10,32 \pm 0,44$ лет (у мужчин – $9,76 \pm 0,46$, женщин – $16,44 \pm 5,06$) ($p=0,002$), средний возраст дебюта – $33,90 \pm 1,44$ лет (у мужчин – $35,36 \pm 1,68$, женщин – $24,67 \pm 7,59$) ($p=0,060$).

Среди пациентов с сосудистой эпилепсией выявлено также незначительное преобладание мужчин – 39 человек (14,29 %) над женщинами -30 человек (6,21 %), не достигшее уровня статистической значимости ($p=0,968$, $\chi^2=0,002$). В данной подгруппе доля пациентов, перенесших ишемический инсульт составила 30,43%, геморрагический инсульт – 5,80%, с артерио-венозной мальформацией (кавернозная гемангиома, артериальная аневризма) – 10,14%, хронической церебро-васкулярной недостаточностью

(ХЦВН) – 53,62%. По данным ILAE, в общей структуре причин симптоматической локально обусловленной эпилепсии сосудистые заболевания головного мозга составляют 6-8%, среди них в 27% случаев отмечена связь с перенесенным инсультом, у остальных – с признаками ХЦВН (Wahlgren N.G, 1997). Средний возраст пациентов составил $62,01 \pm 3,45$ лет, без четких половых различий (у мужчин – $61,39 \pm 5,85$, женщин – $62,80 \pm 7,39$) ($p=0,880$), средняя длительность заболевания – $9,06 \pm 0,50$ лет (у мужчин – $8,55 \pm 0,81$, женщин – $9,70 \pm 1,14$) ($p=0,402$), средний возраст дебюта – $53,10 \pm 2,95$ лет (у мужчин – $52,84 \pm 5,03$, женщин – $53,43 \pm 6,29$) ($p=0,941$).

В группе пациентов с перинатальным фактором выявлено незначительное преобладание мужчин – 34 человека (7,04%) над женщинами – 27 человек (5,60%) ($p=0,972$, $\chi^2=0,001$). Средний возраст пациентов составил $28,98 \pm 2,52$ лет, без четких гендерных различий – $28,67 \pm 4,59$ и $29,29 \pm 5,58$ лет, соответственно, ($p=0,932$). Средняя длительность заболевания составила $18,86 \pm 1,73$ лет (у мужчин – $20,38 \pm 3,26$, женщин – $19,33 \pm 3,09$) ($p=0,816$), средний возраст дебюта – $9,07 \pm 0,79$ лет (у мужчин – $8,29 \pm 1,33$, женщин – $9,86 \pm 1,58$) ($p=0,452$).

В подгруппе пациентов с опухолью мозга женщины представлены количеством 15 человек (3,11 %), мужчины - 13 человек (2,69 %). Средний возраст пациентов составил $41,75 \pm 5,22$ лет (мужчин - $44,69 \pm 10,52$, женщин – $39,20 \pm 8,25$) ($p=0,420$, $\chi^2=0,651$). Средняя длительность заболевания составила $10,36 \pm 1,29$ лет (у мужчин – $11,77 \pm 2,77$, женщин – $9,13 \pm 4,06$), ($p=0,607$), средний возраст дебюта – $32,71 \pm 4,09$ лет, без четких гендерных различий (у мужчин – $35,77 \pm 8,42$, женщин – $30,07 \pm 6,33$) ($p=0,587$).

В группе пациентов с хроническим алкоголизмом было выявлено значительное преобладание мужчин над женщинами – 2,07% и 0,41%, соответственно ($p=0,124$, $\chi^2=0,370$). Средний возраст пациентов составил $42,42 \pm 10,60$ лет (у мужчин – $44,90 \pm 12,83$, женщин – $30,00 \pm 20,00$) ($p=0,637$), средняя длительность заболевания – $9,42 \pm 2,35$ лет (у мужчин – $9,90 \pm 2,83$, женщин – $7,00 \pm 4,67$) ($p=0,678$), средний возраст дебюта – $33,00 \pm 8,25$ лет (у мужчин – $35,00 \pm 10,00$, женщин – $23,00 \pm 15,33$) ($p=0,626$).

Среди пациентов с перенесенной нейроинфекцией между мужчинами и женщинами не было выявлено значимых различий – 1,24% и 1,66%, соответственно ($p=0,397$, $\chi^2=0,718$). Средний возраст пациентов составил $40,53 \pm 8,53$ лет (у мужчин – $41,33 \pm 16,53$, женщин – $40,00 \pm 12,31$) ($p=0,949$), средняя длительность заболевания – $22,93 \pm 4,83$ лет, со значительным преобладанием у женщин – $26,89 \pm 8,27$, чем у мужчин $17,00 \pm$

6,80, не достигшее уровня статистической значимости ($p=0,410$). Средний возраст дебюта - $17,60 \pm 3,71$ лет, с преобладанием у мужчин, чем у женщин почти в 2 раза ($24,33 \pm 9,73$, $13,11 \pm 4,03$), но различия не достигли статистически значимого уровня ($p=0,247$).

Подгруппа пациентов с дегенеративными заболеваниями ЦНС была самой наименьшей (мужчины - 0,41% ($n=2$), женщины - 0,21% ($n=1$)) ($p=0,793$, $\chi^2=0,069$). Средний возраст пациентов составил $26,67 \pm 15,24$ лет, средняя длительность заболевания - $18,67 \pm 10,67$ лет, средний возраст дебюта - $8,00 \pm 4,57$ лет.

Подгруппа пациентов с неустановленной причиной заболевания была достоверно наиболее многочисленной со средним возрастом - $43,62 \pm 0,76$ лет (мужчины - $43,18 \pm 1,57$, женщины - $44,01 \pm 1,42$) ($p=0,695$), не имела четких гендерных различий (мужчины - 19,25% ($n=93$), женщины - 24,02% ($n=116$)) ($p=0,0001$, $\chi^2=20,569$). Средняя длительность заболевания составила $19,95 \pm 0,35$ лет (у мужчин - $18,37 \pm 0,67$, женщин - $21,33 \pm 0,69$) ($p=0,002$), средний возраст дебюта - $23,98 \pm 0,42$ лет (у мужчин - $25,34 \pm 0,93$ лет, женщин - $22,78 \pm 0,73$) ($p=0,030$).

Таким образом, по среднему возрасту пациентов, возрасту дебюта и длительности заболевания были выявлены достоверные различия среди всех подгрупп пациентов с ФЭ в целом ($p \leq 0,0001$). Однако, наиболее сильно отличались от среднего возраста ($33,06 \pm 0,23$ лет) и возраста дебюта заболевания ($25,89 \pm 0,17$ лет) обследованной популяции ($n=587$) подгруппы пациентов с сосудистой эпилепсией ($62,01 \pm 3,45$; $53,10 \pm 2,95$ лет), дегенеративными заболеваниями ЦНС ($26,67 \pm 15,24$; $8,00 \pm 4,57$ лет) и перинатальной патологией ($28,98 \pm 2,52$; $9,07 \pm 0,79$ лет) ($p \leq 0,0001$). Максимальная длительность заболевания была отмечена у пациентов с этиологическим фактором - последствия нейроинфекции ($22,93 \pm 4,83$ лет), минимальная - сосудистые заболевания ($9,06 \pm 0,50$ лет). Различия возрастных характеристик между подгруппами с неизвестным этиологическим фактором, ЧМТ, опухолью головного мозга, последствиями нейроинфекции, хроническим алкоголизмом были не выраженными.

У пациентов с ФЭ наибольшие значения распространенности вероятных этиологических факторов были получены для неизвестного фактора - 0,98 (ДИ 95%: 0,96-1,00) чел/1000, ЧМТ - 0,40 (ДИ 95%: 0,38-0,42) чел/1000 населения, цереброваскулярных заболеваний - 0,32 (ДИ 95%: 0,30-0,34) чел/1000, перинатальной патологии - 0,28 (ДИ 95%: 0,26-0,30) чел/1000. Распространенность других факторов была ниже в 2 и более раз: опухоли головного мозга - 0,13 (ДИ 95%: 0,11-0,15) чел/1000, нейроинфекции - 0,06 (ДИ

95%: 0,05-0,07) чел/1000, алкоголь – 0,06 (ДИ 95%: 0,05-0,07), дегенеративные заболевания ЦНС – 0,01 (ДИ 95%: 0,00-0,02) чел/1000. Значения распространенности вероятных этиологических факторов у мужчин и женщин не отличались между собой и не имели статистических различий ($\chi^2=3,805$, $p=0,381$), за исключением таких факторов, как ЧМТ и алкоголь. Для них значения распространенности у мужчин были выше, чем у женщин – 0,83 и 0,11 чел /1000; 0,08 и 0,02 чел /1000, соответственно ($\chi^2=47,854$, $p=0,001$).

По локализации epileptogenicного очага при фокальной эпилепсии на синдромы лобной доли приходилось 49,69% (у мужчин – 29,61%, женщин – 20,08%); височной доли 38,30% (у мужчин – 19,67% , женщин – 18,63%); теменной доли – 8,76 % (у мужчин - 6,21%, женщин – 2,69%); затылочной доли – 3,05% (у мужчин – 1,66%, женщин – 1,39%).

ИГЭ выявлена у 17,72% пациентов. По данным российских и зарубежных исследователей считается, что 6 – 40% больных имеют ИГЭ (Карлов В.А.,2005,2010; Panayiotopoulos С., 2005). Распространенность ИГЭ составила 0,60 (ДИ 95%: 0,56-0,64) чел./1000. Среди мужчин распространенность была статистически достоверно ниже - 0,51 (ДИ 95% : 0,47-0,55) чел./1000, чем у женщин - 0,68 (ДИ 95% : 0,64-0,72) чел. /1000, ($p<0,001$). Средний возраст дебюта заболевания у пациентов с ИГЭ составил $16,63 \pm 0,50$ лет (у мужчин – $19,24 \pm 1,20$, у женщин - $15,24 \pm 0,71$), ($p=0,003$). Среди случаев ИГЭ 8,18% приходилось на эпилепсию с изолированными генерализованными судорожными припадками (ИГСП). Средний возраст пациентов с эпилепсией с ИГСП составил $30,04 \pm 2,31$ лет (у мужчин – $31,83 \pm 4,72$ лет, у женщин $28,40 \pm 3,92$ лет). Группа пациентов с идиопатической юношеской миоклонической эпилепсией (ИЮМЭ) составила 7,00%. Средний возраст пациентов с ИЮМЭ составил $27,98 \pm 2,33$ лет (у мужчин – $26,00 \pm 5,78$, у женщин – $28,90 \pm 3,40$). Группа пациентов с идиопатической юношеской абсанс эпилепсией (ИЮАЭ) составила 2,04%. Средний возраст пациентов с ИЮАЭ составил $25,17 \pm 6,29$ лет (у мужчин – $21,50 \pm 14,33$, у женщин - $25,90 \pm 7,40$).

Рассчитаны значения распространенности ИГЭ в зависимости от пола и возраста. Наибольшие значения распространенности ИГЭ выявлены в возрастной группе 18-29 лет, с преобладанием у лиц с ИЭ с ИГСП и ИЮМЭ – 0,25 (ДИ 95%: 0,23-0,27) чел/1000 и 0,23 (ДИ 95%: 0,21 - 0,25) чел/1000, соответственно. В группе пациентов с ИЮМЭ значения распространенности были выше у женщин, чем у мужчин – 0,28 (ДИ 95%: 0,25-0,31) чел/1000 и 0,17 (ДИ 95%: 0,13—0,21) чел/1000, ($\chi^2 =0,672$, $p=0,412$). Значения распространенности ИГЭ уменьшались в старших возрастных группах.

При анализе структуры припадков выявлено преобладание вторично-генерализованных – 52,32%. Среди первично-генерализованных приступов чаще встречались тонико-клонические – 12,40% и миоклонические – 5,24%.

4. Возможности оптимизации фармакотерапии эпилепсии по данным эпидемиологического исследования в г. Стерлитамак.

Анализ терапии, назначенной неврологами, психиатрами, показал, что большинство пациентов находилось в режиме монотерапии - 74,28% (n=436), часть пациентов принимали комбинированную терапию – 8,52% (n=50) и 17,21% (n=101) – терапия не проводилась. На комбинированной терапии двумя ПЭП находилось 7,67% (n=45) пациентов, тремя и более ПЭП – 0,85% (n=5). Чаще всего встречались комбинации карбамазепина с барбитуратом, гидантоином и препаратами вальпроевой кислоты. Больше части пациентов назначались «старые» ПЭП - препараты группы барбитуратов (фенобарбитал, бензонал) – 44,55% (n=241), из них - 37,71% (n=204) находились в режиме монотерапии (рис. 4).

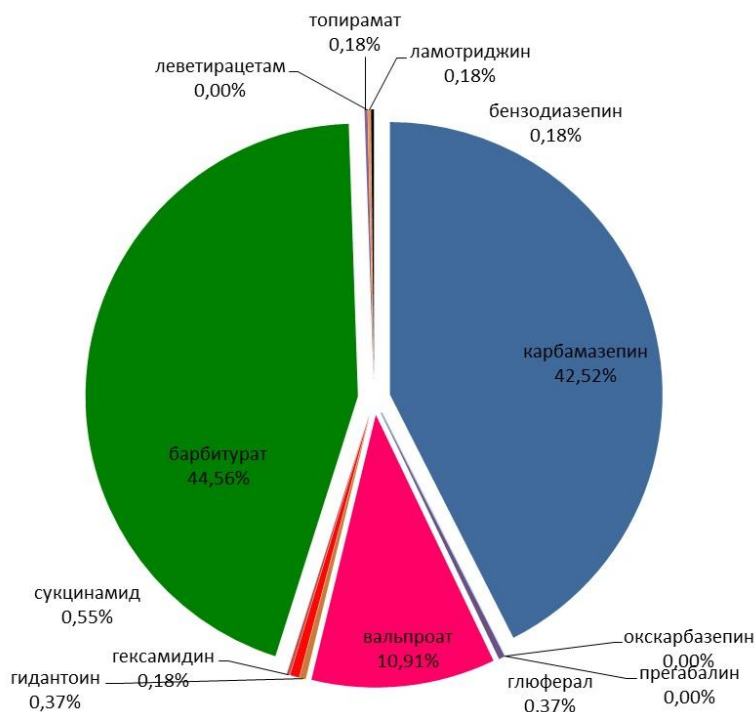


Рисунок 4. Соотношение различных ПЭП до оптимизации терапии больных эпилепсией (в %).

Из «базовых» препаратов назначался карбамазепин – 42,51% (n=230) пациентам, из них в монотерапии – 34,01% (n=184). При этом из всего количества используемых карбамазепинов ретардные формы не назначались. Препараты группы вальпроевой кислоты

применялись в 10,91% (n=59) случаев, из них в монотерапии – 7,95%; гидантоины - 0,37% (n=2), в т.ч. в монотерапии – 0,18 % (n=1); сукцинамиды - 0,55% (n=3), в т.ч. в монотерапии – 0,18 % (n=1); бензодиазепины (клоназепам) – 0,18 % (n=1) в политерапии; гексамидин – 0,18% (n=1) в монотерапии; глюферал – 0,37 % (n=2) в политерапии. На долю « новых» ПЭП(ламотриджин , топирамат) приходилось лишь по 0,18% (n=1) в режиме монотерапии. Средние дозы наиболее часто назначаемых противоэпилептических препаратов в режиме монотерапии составляли: карбамазепины - 575,00±11,11мг/сут, барбитураты – 350±10,00мг/сут, вальпроаты – 745,00±41,97мг/сут. В режиме политерапии средние дозы были следующими: карбамазепины – 465,12±39,58 мг/сут, барбитураты – 219,74±20,93 мг/сут, вальпроаты – 671,15±89,49 мг/сут.

Оценить эффективность проводимой терапии возможно, учитывая частоту припадков. При первичном осмотре пациентов припадки носили ежедневный характер в 4,26% (n=25) случаев, 1-6 раз в неделю – в 28,79% (n=169), 2-3 раза в месяц – в 19,42% (n=114), 7-12 в год – в 8,35% (n=49), 2-6 раз в год – 18,91% (n=111), 1 раз в 1-2 года – 5,11% (n=30). Высокая частота припадков (более 12 в год) зарегистрирована у 52,64% пациентов. Впервые диагноз эпилепсии установлен у 9,03% (n=53) больных. Клиническая ремиссия была зарегистрирована лишь у 6,13% (n=36) пациентов. Из них в монотерапии находились 5,11 % (n=30) пациентов; в политерапии – 0,17 % (n=1); без терапии – 0,17 % (n=1). Отмечена умеренная взаимосвязь больных, находящихся в клинической ремиссии и имеющих редкие приступы (1-12 в год) с меньшей длительностью заболевания (до 5 лет) - 9,54% (n=56), и, наоборот, при длительности заболевания более 20 лет – умеренная взаимосвязь с больными, имеющими высокую частоту приступов (более 12 в год) – 21,47% (n=126), (Q=0,71).

После осмотра эпилептолога противосудорожная терапия назначалась и корректировалась в соответствии с рекомендациями ПЛАЕ. В результате коррекции терапии увеличился объем применения «базовых» ПЭП в целом с 53,42 % (n=289) до 80,76 % (n=533) (рис.5).

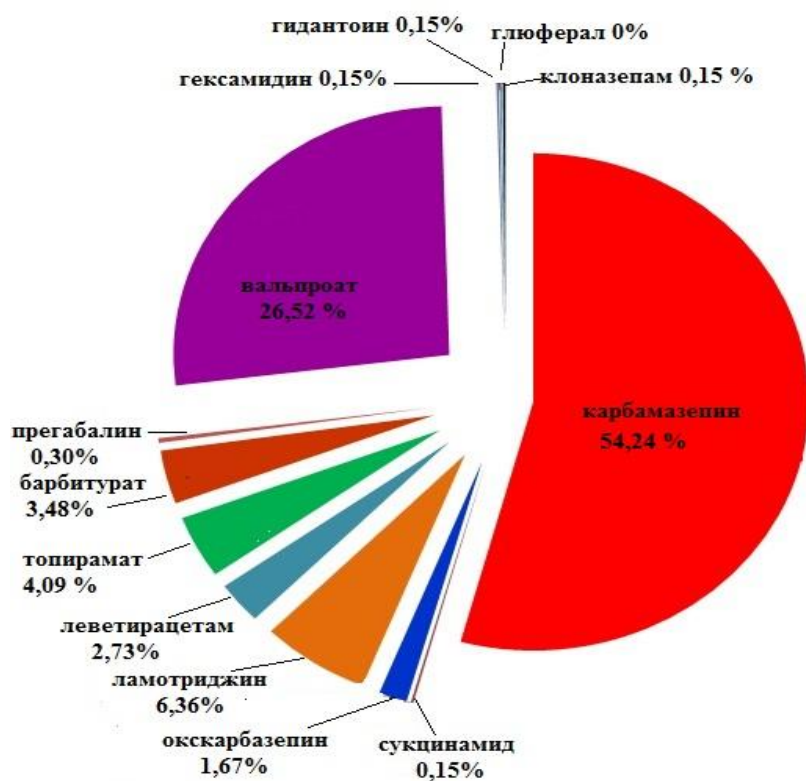


Рисунок. 5. Соотношение различных ПЭП после оптимизации терапии больных эпилепсией (в %).

В 1,5 раза выросло количество назначаемых препаратов группы карбамазепина с преобладанием его ретардных форм (от 42,51% до 54,24%), вальпроевой кислоты – в 3 раза (от 10,91% до 26,52%). После коррекции лечения заметно возросла доля ПЭП «нового поколения». Так на долю ламотриджина стало приходиться 6,36% (n=42), в том числе в монотерапии – 4,55 % (n=30), в сравнении с 0,17% (n=1) - до оптимизации терапии. Топирамат стали получать 4,09 % (n=27) пациентов, в том числе в монотерапии – 3,79 % (n=25); назначение леветирацетама составило 2,73% (n=18), в том числе 1,82 % (n=12) – в монотерапии; окскарбазепина 1,67% (n=11), в том числе в монотерапии – 1,21% (n=8), прегабалина – 0,30% (n=2), в том числе в монотерапии – 0,15% (n=1).

Большинство пациентов – 86,71% (n=509) получали монотерапию. Комбинированную терапию получали 12,78% (n=75), из них – политерапия 2 ПЭП проводилась 12,61% (n=74) пациентам, 3 ПЭП – 0,17% (n=1). Средние дозы наиболее часто назначаемых ПЭП составили: карбамазепины – в монотерапии – 1120±15,72 мг/сут., в политерапии – 1245,28 ± 87,39 мг/сут.; вальпроаты – в монотерапии – 1034,78±34,78 мг/сут., в политерапии – 1129,21±48,57 мг/сут.; ламотриджин – в монотерапии - 95,00±11,18 мг/сут., в политерапии – 108,33±27,08 мг/сут.; топирамат –

при монотерапии - $124,00 \pm 17,10$ мг/сут., в политерапии – $200,00 \pm 133,33$ мг/сут.; леветирацетам в монотерапии - $1416,67 \pm 354,17$ мг/сут., в политерапии – $1666,67 \pm 666,67$ мг/сут.; окскарбазепин в монотерапии - $1500,00 \pm 500,00$ мг/сут., в политерапии – $1400,00 \pm 800,00$ мг/сут.

Эффективность терапии через год после коррекции исходной терапии epileптологом позволила достичь медикаментозной ремиссии у 66,61% (n=391) пациентов. Из них 64,57% (n=379) пациентов находились в монотерапии, 2,04% (n=12) принимали комбинированную терапию. У 25,26% было отмечено значимое клиническое улучшение (снижение частоты приступов более чем на 50%). У 6,26% пациентов отмечено клиническое улучшение в виде снижения частоты припадков менее чем на 50% и у 1,87% - терапия была неэффективной.

Доля находящихся в ремиссии пациентов с впервые назначенной терапией составила 87,76% (n=86), что было в 13 раз выше по сравнению с ранее получавшими терапию пациентами – 6,13% (n=36). Доля пациентов с высокой частотой приступов среди больных с впервые назначенной терапией – 5,10% (n=5) была в 10 раз ниже, чем среди ранее получавших терапию – 52,64% (n=309). Увеличилось количество пациентов с редкими и средней частотой приступами в 4,5 раза – 32,88 % (n=193) в сравнении с ранее получавшими терапию пациентами – 7,14% (n=7). Все указанные различия достоверны ($p < 0,001$).

Таким образом, своевременная и адекватно-проводимая противоэпилептическая терапия приводит к значительному снижению частоты приступов, с высокой долей клинической ремиссии.

5. Качество жизни больных эпилепсией.

Оценка качества жизни обследуемых больных была проведена путем опроса по шкале QOLAE-31. Группу больных эпилепсией составили 50 пациентов: мужчин – 21(42%) и женщин – 29(58%). В данной группе средний возраст пациентов составил $31,82 \pm 2,36$ лет. Длительность эпилепсии до 5 лет была отмечена у 5 (10%) больных, более 5 лет – у 45 (90%). Инвалидность имели 25 (50%) человек. Частота эпилептических приступов была следующей: 1-2 в год – у 10% (n=5) пациентов, 3-6 в год – 2% (n=1), 7-12 в год – 8% (n=4), более 12 в год – 78% (n=39), у 2% (n=1) пациента диагноз эпилепсии установлен был впервые. У 32% (n=16) пациентов имелась склонность к серийному течению приступов. При этом 76% (n=38) больных находились на монотерапии, 10%

(n=5) – на политерапии, 14% (n=7) – не принимали ПЭП. Пациенты принимали карбамазепины, барбитураты, вальпроаты в режиме моно- и политерапии.

Общий анализ результатов опроса 50 больных на первом визите показал, что 14 человек (28%) оценили качество своей жизни очень низким, 11 (22%) – низким, 16 (32%) – средним, 9 (18%) – хорошим.

Значение качества жизни по шкале QOLIE-31 до оптимизации терапии составило $38,99 \pm 10,60$ балла, что соответствует низкому КЖ. В опубликованных ранее исследованиях качества жизни (Меликян Э.Г., 2010; Мильчакова Л.Е., 2008) у 242 пациентов с эпилепсией показатель общего счета КЖ составил $42,13 \pm 4,14$ балла. В данном исследовании качество жизни оценивалось в зависимости от частоты припадков и длительности заболевания.

Суммарный показатель КЖ у женщин, больных эпилепсией, был относительно выше, чем у мужчин - $41,66 \pm 5,0$, $35,31 \pm 5,65$, соответственно ($t=0,83$, $p=0,41$).

В результате оптимизации терапии было отмечено снижение частоты приступов и улучшение КЖ. У 44% (n=22) пациентов была достигнута клиническая ремиссия, у 6% (n=3) сохранялись редкие (до 12 в год) приступы, у 50% (n=25) – припадки высокой частоты (более 12 в год). Значение качества жизни у больных по шкале QOLIE-31 составило $47,02 \pm 13,45$ балла, что соответствует среднему уровню КЖ.

В исследуемой группе больных получены средние оценки КЖ до и после оптимизации терапии. Отмечено улучшение КЖ по всем субсферам, с максимальными значениями по показателям «Эмоциональное благополучие», «Влияние АЭП», «Социальное функционирование», однако различия не достигли статистически значимого уровня.

Показатели качества жизни в целом оказались пропорциональны проценту урежения частоты эпилептических приступов. КЖ больных, имеющих редкие приступы (1-2 в год), на фоне оптимизации терапии определяется ниже, чем КЖ больных, находящихся в клинической ремиссии – $51,01 \pm 29,15$ (n=3) и $57,90 \pm 8,91$ (n=22) ($p= 0,795$), соответственно (рис.6).

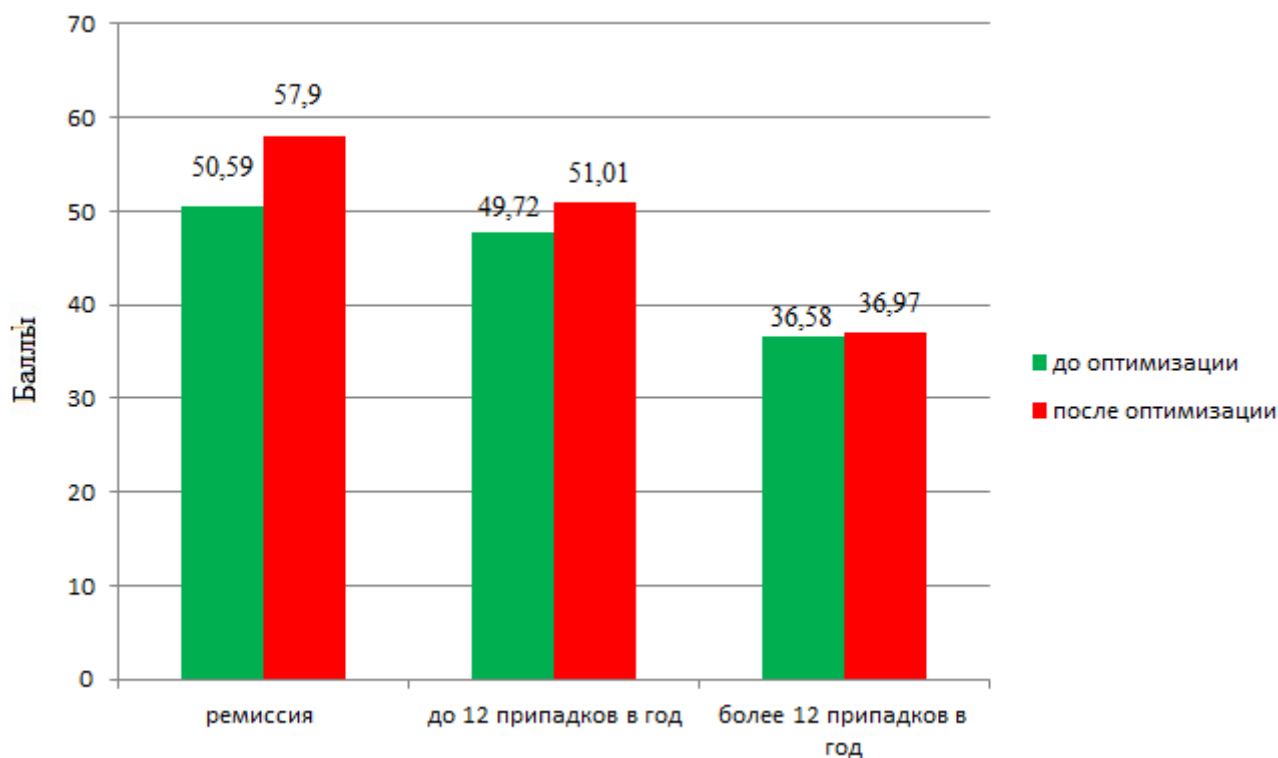


Рисунок. 6. Показатели КЖ пациентов с эпилепсией на фоне оптимизации терапии в зависимости от частоты приступов.

Таким образом, достижение клинической ремиссии можно считать одним из основных факторов, который определяет КЖ больных эпилепсией. После оптимизации терапии отмечено лучшее КЖ в группе с клинической ремиссией по всем субшкалам по сравнению с группой больных с частотой приступов более 12 в год. Оценивая КЖ в группах больных с частыми приступами (до 12 в год) и редкими (более 12 в год), КЖ было выше у больных, имеющих частоту приступов - до 12 в год по всем субшкалам, с максимальными значениями по показателям «Влияние АЭП», «Социальное функционирование».

Таким образом, частоту припадков можно считать одним из важных факторов, влияющих на КЖ больных эпилепсией. Улучшение КЖ возможно при достижении клинической ремиссии и значительного урежения частоты приступов (до 12 в год). Полученные результаты согласуются с мнением А.Б.Гехт с соавт. (2004), что только достижение ремиссии обеспечивает оптимальное КЖ больных, а наличие даже 1-2 приступов в год, согласно полученным нами данным, значительно ухудшает КЖ больных по сравнению с пациентами, находящимися в состоянии ремиссии.

При проведении анализа оценки КЖ на фоне оптимизации терапии у больных с ФЭ (n=40) и ИГЭ (n=10) выявлена наибольшая положительная динамика в группе больных с ИГЭ, чем у больных с ФЭ - $50,56 \pm 14,45$, $63,13 \pm 18,04$ и $35,32 \pm 3,21$, $43,00 \pm 3,91$, соответственно, однако различия не достигали уровня статистической значимости ($p=0,593$, $p=0,133$). Полученные результаты свидетельствуют о лучшем качестве жизни у больных с ИГЭ и коррелируют с имеющимися в зарубежной литературе данными, свидетельствующими об определенной взаимосвязи клинических проявлений заболевания и КЖ больных эпилепсией.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность эпилепсии в г. Стерлитамак составила 2,70 чел/1000 населения, среднегодовой показатель заболеваемости эпилепсией (2003-2009 гг.) - 12,63 чел/100 000 населения. Распространенность и заболеваемость эпилепсией по полу была выше у мужчин, чем у женщин – 3,34; 16,86 и 2,20; 9,06, соответственно. Наибольшее количество впервые заболевших мужчин и женщин оказалось в возрастном интервале 11-20 лет (30,67%). Средняя длительность заболевания в исследуемой популяции составила $14,62 \pm 0,10$ лет, без существенных гендерных различий.

2. Социальный статус больных эпилепсией характеризуется преобладанием лиц со средне-специальным образованием – 47,19% (мужчины – 31,86%, женщины – 15,33%). Доля социально-активных пациентов составила 30,20%, уровень инвалидности - 38,67%, с преобладанием по численности инвалидов второй группы.

3. В обследуемой популяции преобладали пациенты с фокальной эпилепсией (82,28%) с вторично-генерализованными припадками (52,32%). Из всех вероятных этиологических факторов ФЭ наиболее частыми были ЧМТ (18,01%), цереброваскулярные заболевания (14,29%), перинатальная патология (12,63%). Среди пациентов, страдающих фокальной эпилепсией вследствие ЧМТ, преобладали мужчины – 16,15%; женщины составили лишь 1,86%.

4. Оптимизация фармакотерапии эпилепсии в соответствии с рекомендациями ILAE позволила добиться положительного результата у 91,87% больных: прекращение припадков отмечено у 66,61%, снижение частоты приступов более чем на 50% - у 25,26 %.

5. Значение КЖ по шкале QOLIE-31 после оптимизации терапии увеличилось до среднего уровня ($47,02 \pm 13,45$ балла), при этом лучшее качество жизни достигнуто у больных с идиопатической генерализованной эпилепсией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработка программ медико-социальной и фармакотерапевтической помощи, планирование объемов необходимой амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи больным эпилепсией в каждом конкретном регионе должны осуществляться на основании эпидемиологических данных.

2. С целью своевременной диагностики заболевания, адекватной терапии современными ПЭП и обеспечения лучшего качества жизни рекомендуется наблюдение и лечение больных эпилептологом в условиях специализированного противоэпилептического центра.

3. Противоэпилептическую терапию следует проводить с учетом формы заболевания, типа припадков, эффективности, переносимости и взаимодействия ПЭП с другими лекарственными средствами, в соответствии с рекомендациями ПЛАЕ. Для объективизации эффективности проводимой противоэпилептической терапии следует использовать опросник качества жизни QOLIE-31 в качестве метода исследования пациентов с эпилепсией.

4. Для улучшения социальной защищенности больных эпилепсией оценка КЖ должна являться неотъемлемой процедурой в процессе медико-социальной экспертизы (МСЭ). В связи с удобством и простотой использования опросник качества жизни QOLIE-31 рекомендуется применять как при подготовке пациентов к прохождению комиссии МСЭ, так и в процессе освидетельствования.

5. С учетом высокой популяционной частоты ФЭ и ведущих вероятных этиологических факторов службам здравоохранения всех уровней необходимо в полной мере реализовать государственные программы по предупреждению травматизма, сосудистых заболеваний и перинатальных поражений головного мозга, что может привести к существенному снижению распространенности и заболеваемости эпилепсией среди населения.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Нурмухаметова С.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в г. Стерлитамак / С.Р. Нурмухаметова, Р.В. Магжанов // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа. – 2011. - №4. – С. 115-118.

2. Нурмухаметова С.Р. Возможности оптимизации фармакотерапии эпилепсии по данным эпидемиологического исследования в г. Стерлитамак / С.Р. Нурмухаметова, Р.В. Магжанов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, - Москва. – 2012. - №1. – С. 24-28.

3. Нурмухаметова С.Р. Опыт применения ламотриджина при лечении эпилепсии у пожилых / С.Р. Нурмухаметова, Р.В. Магжанов // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. - Москва. – 2013. Т. №5, №1. – С. 48-50.

4. Нурмухаметова С.Р. Опыт применения трилептала у детей и взрослых больных парциальной эпилепсией / С.Р. Нурмухаметова, Р.В. Магжанов, Г.М. Мусина // Парциальные эпилепсии: клиника, диагностика, терапия: материалы региональной конференции специалистов по эпилептологии. Екатеринбург. – 2010. – С. 28-30.

5. Нурмухаметова С.Р. Клинико-эпидемиологический анализ эпилепсии в г. Стерлитамак / С.Р. Нурмухаметова, Р.В. Магжанов // Актуальные вопросы современной эпилептологии: материалы Уральской конференции эпилептологов – 2013. Екатеринбург. – 2013. – С. 24-26.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БГМУ – Башкирский Государственный Медицинский Университет
ГСП – генерализованный судорожный припадок
ИГЭ – Идиопатическая генерализованная эпилепсия
ИГСП – изолированные генерализованные судорожные припадки
ИЮАЭ – Идиопатическая юношеская абсанс эпилепсия
ИЮМЭ – Идиопатическая юношеская миоклоническая эпилепсия
КЖ – качество жизни
КТ – компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
МСЭК – медико-социально-экспертная комиссия
ПЭП – противоэпилептический препарат
РБ – Республика Башкортостан
РФ – Российская Федерация
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЭЭГ – электроэнцефалография
ФЭ – фокальная эпилепсия
ХЦВН – хроническая церебро-васкулярная недостаточность
ЦНС – центральная нервная система
IBE – International Bureau for Epilepsy
ILAE – International League Against Epilepsy
QOLIE - 31 – Quality of Life in Epilepsy - 31