

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

А.С. Бидучак

Резюме. Изучено осведомленность взрослого населения Черновицкой области вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний и здорового образа жизни. Установлено, что большинство населения нуждается в знании профилактики хронических неинфекционных заболеваний и здорового образа жизни.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, профилактика, здоровый образ жизни, факторы риска.

ASSESSMENT OF PUBLIC AWARENESS ON PREVENTION OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES AND HEALTHY LIFESTYLE

A.S. Biduchak

Abstract. The awareness of adults in Chernivtsi region on prevention of chronic non-infectious diseases and healthy lifestyle has been studied. It was established that the majority of the population needs to know how to prevent chronic non-infectious diseases and how to lead a healthy way of life.

Key words: chronic non-infectious diseases, prophylaxis, healthy way of life, risk factors.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. І.Г. Навчук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 206-209

Надійшла до редакції 18.09.2013 року

© А.С. Бидучак, 2013

УДК 616.853:615.015.46]-036-058:614.1

Л.Б. Мар'єнко, С.С. Пшик, К.М. Мар'єнко

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ ЕПІЛЕПСІЇ У ХВОРИХ ІЗ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНИМ ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Проведено дослідження змін, що відбулись у клініці, діагностиці та лікуванні епілепсії за останні 10 років (2003-2013рр.), та їх впливу на соціально-демографічний патоморфоз захворювання. На основі порівняння двох груп хворих на епілепсію із фармакорезистентним перебігом і тривалістю захворювання понад 10 років, зазначено, що особи з активною епілепсією у 2013р., за умови своєчасної діагностики захворювання

та застосування протиепілептичних препаратів нового покоління, мали менш виражені психічні розлади, більш рідкісні епілептичні напади, а відтак, вищий рівень освіти, працевлаштування, кваліфікації, більше число повних сімей та менший ступінь інвалідизації.

Ключові слова: епілепсія, патоморфоз, фармакорезистентність, соціально-демографічний патоморфоз.

Вступ. Хворі на епілепсію (Е), одним із найбільш поширених хронічних неврологічних захворювань, обтяжені великою кількістю не тільки медичних, але і психологічних, соціальних, економічних проблем, вирішення яких набуває нерідко більшого значення, ніж самі епілептичні напади [14]. У зв'язку з цим у 2005 році Міжнародною протиепілептичною лігою змінено концептуальне визначення епілепсії і підкреслено власне соціально-психологічні аспекти хвороби: "Е – це розлад мозку, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками цього стану" [7].

Сплеск досліджень детермінант якості життя хворих на Е припав на минуле десятиліття. В усіх країнах світу, в тому числі й в Україні [2], проходили численні опитування хворих на Е щодо впливу на якість їх життя різних аспектів епілепсії, з яких найбільше значення, як з'ясувалось, мали частота нападів, побічні дії протиепілептичних препаратів (ПЕП), психічна коморбідність, стигматизація і дискримінація в суспільстві [9].

Не вдаючись до обговорення поглядів на сутність Е в минулих століттях, варто зазначити, що в наш час економічної і культурної глобалізації, величезного поступу в інформаційних технологіях, значних досягненнях медичних наук рівень стигматизації хворих на Е, особливо в краї-

© Л.Б. Мар'єнко, С.С. Пшик, К.М. Мар'єнко, 2013

нах, що розвиваються, є вражаючим. Так, на теренах Африки і Азії ще досі вважають Е наслідком чаклунства, контагіозним інфекційним захворюванням, тяжким психічним розладом [13]. Проведене в Україні дослідження [1] показало, що більшість опитаних категорично проти мати своїм супутником життя хворого на Е, а також не хотіли б навіть спілкуватись із такою особою. У розвинутих країнах Заходу рівень стигматизації хворих на Е є значно меншим завдяки більш успішній індивідуалізованій терапії та освітнім заходам у суспільстві щодо сутності захворювання [10]. Ефективність лікування з повним контролем нападів вважається ключовим чинником, що впливає на становище хворих на Е у суспільстві: можливість здобути освіти, працевлаштуватись, створити сім'ю. Так, особи без когнітивних порушень з доброякісними ідіопатичними формами Е і одужанням до пубертатного періоду можуть мати такі ж можливості для навчання, створення сім'ї і вибору професії, як і здорові особи [11]. Це стосується також осіб з ідіопатичною і криптогенною Е, що знаходяться в ремісії, а нижчі рівні освіти та працевлаштування відмічені в пацієнтів із симптоматичною Е, а також у осіб, що хворіють з дитинства [8].

Матеріал і методи. Ретроспективно були проаналізовані архівні історії хвороби 150 осіб з Е, які перебували на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній психіатричній лікарні у 2003 р. З них до групи порівняння (1-ша група) увійшли 121 пацієнт (61 чоловік (50,4 %) і 60 (49,6 %) жінок) із активною рефрактерною Е, тривалістю захворювання понад 10 років, без гострих психотичних розладів та епілептичного статусу на момент госпіталізації. Оскільки пацієнти, які лікуються в психіатрів, мають, як правило, більш тяжкий перебіг захворювання з персисентцією нападів і різноманітною психічною коморбідною симптоматикою, для коректності порівняльного аналізу в групу пацієнтів 2013 року (2-га група) були уведений фармакорезистентні особи з такою ж тривалістю Е (понад 10 років). Пацієнти 2-ї групи перебували в проспективному дослідженні на базі Львівського обласного протиепілептичного центру в середньому протягом $(8,5 \pm 3,0)$ років. Цю групу склали 112 осіб (53 чоловіки (47,3 %) і 59 жінок (52,7 %)). Середній вік пацієнтів у 1-й групі становив 49,9, у 2-й групі – 41,4 року. Середня тривалість захворювання – 25,7 і 20,9 року відповідно. Всім пацієнтам 2-ї групи протягом періоду спостереження неодноразово проводилося стандартне комплексне обстеження: загально-соматичне, клінічно-неврологічне, клінічно-психопатологічне, електроенцефалографічне (ЕЕГ) та нейровізуалізаційне (КТ/МРТ). В обох групах бралися до уваги етіологія захворювання, частота нападів, особливості діагностики та лікування, а також соціально-демографічні показники: рівень освіти, працевлаштування, інвалідність, сімейний стан, наявність дітей. Статистичний аналіз проводився за

допомогою програми Statistica 6.0. Для визначення ступеня та характеру відмінностей та зв'язку між параметрами дослідження був використаний статистичний метод групування та порівняльний аналіз (t-критерій Стюдента).

Результати дослідження та їх обговорення.

Для проведення повноцінного обстеження хворих на Е за стандартами Міжнародної протиепілептичної ліги [6] у 2003 р. були доступні всі необхідні методи дослідження, включаючи обов'язкові ЕЕГ та КТ або МРТ. Всім пацієнтам 1-ї групи неодноразово проводились записи ЕЕГ, але методи нейровізуалізації застосовувались тільки в 11,6 % пацієнтів (виключно КТ), що далося взнаки при встановленні клінічного діагнозу. Оскільки в психіатричному стаціонарі для кодування епілепсії згідно з МКХ-10 застосовується шифр F00-F99 і на перший план виносяться діагнози психічних порушень, то в більшості осіб 1-ї групи (82 – 67,8 %) не було можливості визначити етіологічного діагнозу Е за даними історії хвороби. У таких випадках, за відсутності КТ або МРТ обстеження, доводилось відносити хворих до криптогенної Е (невідомої етіології). Діагноз ідіопатичної абсансної Е встановлено, за даними ЕЕГ і клінічної картини пароксизмів, тільки в одного пацієнта (0,8 %). До симптоматичної Е було віднесено 38 (31,4 %) осіб у випадках, коли простежувався прямий зв'язок між дією імовірного етіологічного чинника (ЧМТ, родова травма, перенесений менінгіт, енцефаліт тощо) з розвитком Е, або були результати комп'ютерної томографії (11,6 % осіб).

У 2-й групі пацієнтів методи нейровізуалізації застосовували всім (з них – у 73,2 % МРТ, якій надається перевага у хворих на Е [6]), що дозволило у 72 осіб (64,3 %) діагностувати симптоматичну Е різної етіології: післятравматичну (29,2 %), післяінфекційну (27,8 %), перинатальну (11,1 %), метаболічно-гіпоксичну (6,9 %) судинну (4,2 %), Е внаслідок склерозу гіпокампа (6,9 %), пухлин головного мозку або наслідків їх видалення, вад розвитку головного мозку (по 5,6 %), розсіяного склерозу (2,7 %). Ідіопатична Е зазначена в шести осіб (5,3 %), криптогенна – у 34 (30,4 %). Статистична обробка матеріалу підтвердила, що криптогенна Е достовірно переважала серед пацієнтів 1-ї групи ($t=6,1$, $p<0,01$), тоді як ідіопатична ($t=2,03$, $p<0,05$) та симптоматична Е ($t=5,3$, $p<0,01$), навпаки, у пацієнтів 2-ї групи. Якщо взяти до уваги, що в 1-й групі діагноз симптоматичної Е був встановлений вдвічі рідше, ніж криптогенної та в жодного пацієнта не виявлено можливого склерозу гіпокампа ($t=-2,4$, $p<0,05$) або вад розвитку чи об'ємного утвору головного мозку ($t=-2,1$, $p<0,05$), то очевидно стає незадовільність діагностики Е за відсутності застосування методів нейровізуалізації. Клінічно в осіб обох груп домінувала скронева форма Е (76,8 % і 80,3 % відповідно), за якої найчастіше розвивається фармакорезистентність. Така локалізація ураження головного мозку підтверджувалася клінічними типами епілептичних нападів і результатами ЕЕГ. У групі пацієнтів психіатрич-

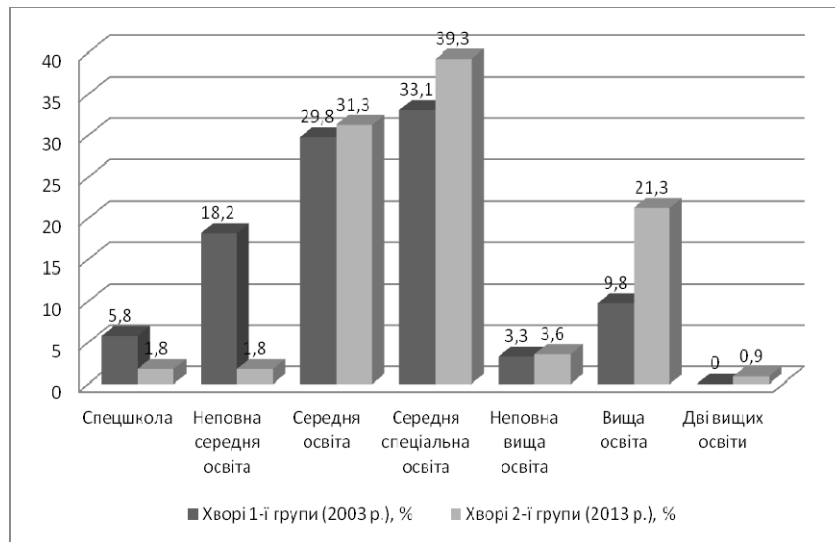


Рис. 1. Рівень освіти у хворих на епілепсію двох груп дослідження

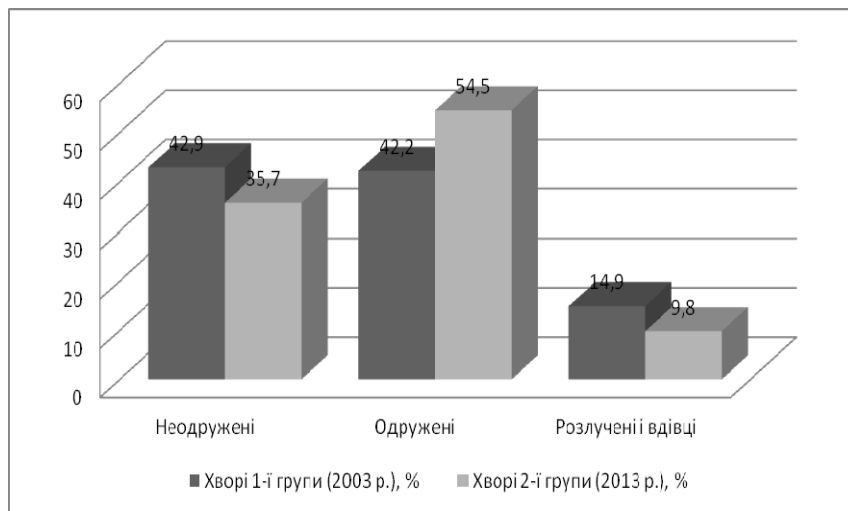


Рис. 2. Сімейний стан хворих на епілепсію у двох групах дослідження

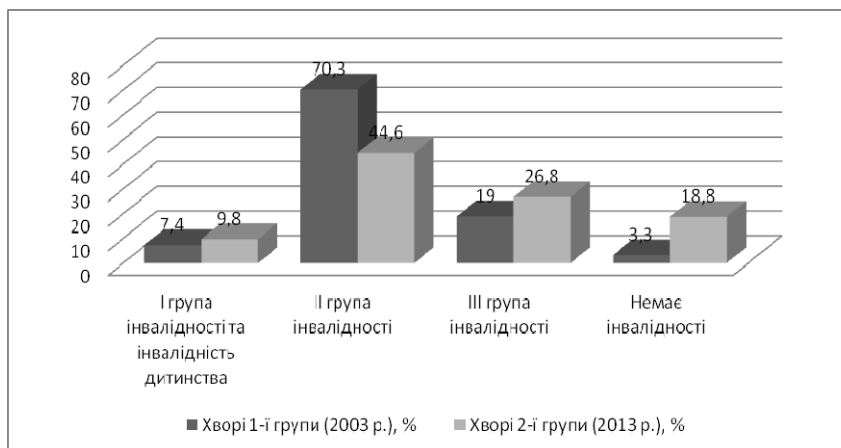


Рис. 3. Ступені втрати працездатності у двох групах дослідження

ної лікарні домінувала (із врахуванням двобічних розладів) лівобічна локалізація епілептогенного вогнища: 81,7 % пацієнтів порівняно із 58,9 % осіб у 2-й групі. Це може ще раз підтвердити тезу, що психічні розлади різного регістру частіше виникають в осіб власне з лівобічним ураженням скроневі частки [5]. У пацієнтів 1-ї групи виявлена також більша частота нападів (від одного-

двох до десяти-п'ятнадцяти на місяць) ($t=3,7$, $p<0,01$) з переважанням генералізованих судомних нападів ($t=2,1$, $p<0,05$).

Суттєву в 1-й групі домінували традиційні (старі) ПЕП – фенобарбітал і його похідні (бензонал, примідон), фенітоїн та карбамазепін. Із традиційних ПЕП рідко застосовувалися препарати вальпроєвої кислоти (9,1 % осіб), а ліки нового

покоління (ламотриджин, топірамат та ін.) не призначалися взагалі. Монотерапія у таких пацієнтів не використовувалась, що може знайти пояснення у тяжкості перебігу Е. Частіше, ніж у 2-й групі, призначалася дуотерпія ($t=5,1$, $p<0,01$) або політерапія ($t=5,02$, $p<0,01$) старими препаратами. У 2-й групі всього п'ять осіб (4,1%) перебували на препаратах фенобарбіталового ряду, яких ми намагались уникати через їх найбільший негативний вплив на когнітивні функції [12]. Натомість ПЕП нового покоління (топірамат, ламотриджин, леветирacetам, габапентин) застосовувались як у монотерапії, так і в різних комбінаціях із традиційними ПЕП майже у половини пацієнтів (44,6%). Незважаючи на те, що ці пацієнти, як і в 1-й групі, були фармакорезистентними, частота нападів у них була достовірно меншою ($t=-3,7$, $p<0,01$).

Психічні порушення значно частіше демонстрували пацієнти 1-ї групи, що зумовлювало їх часті госпіталізації в психіатричний стаціонар. Психози в анамнезі були в 14,0% осіб, суїцидальні спроби – у 2,5%, деменція – у 13,2%, легкі і помірні когнітивні порушення – у 16,5%, афективні розлади, включно з дисфоріями – у 60,3%. У пацієнтів 2-ї групи в анамнезі не було психотичних епізодів та спроб самогубства, когнітивні розлади різного ступеня виявлені у 8,0%, деменція – у 2,7%, емоційні розлади діагностовано у 42,8% осіб. Якщо депресивні і тривожні розлади були порівнянними за частотою в осіб обох груп, то психотичний рівень психічної коморбідності та інтелектуальні розлади були більш вираженими в пацієнтів 1-ї групи. Імовірно, це зумовлено тривалістю захворювання та багаторічним прийомом ПЕП старого покоління із їх негативним впливом на психічний стан пацієнтів.

Соціально-демографічні показники в обох групах пацієнтів представлені на рис. 1, 2, 3.

Тяжкий перебіг захворювання в осіб 1-ї групи не міг не позначитися на соціально-демографічному профілі. Вони були менш освіченими ($t=-4,1$, $p<0,01$), мали тяжчу інвалідність ($t=-3,6$, $p<0,05$), частіше не мали сім'ї ($t=-2,01$, $p<0,05$), були самотніми. Якщо хворі на Е перебували в шлюбі, то за числом дітей різниці між групами не було.

Продовжували працювати в 1-й групі 14 осіб (11,6%), у 2-й групі рівень працевлаштування був у п'ять разів вищим – 71 (63,4%), причому чверть осіб мали висококваліфіковану роботу. Зазначимо, що бажання і можливість працювати, незважаючи на неповний контроль нападів, у групі 2013р. мали не лише особи без призначеної групи інвалідності, але й інваліди третьої, а подекуди і другої групи. Отже, рівень працевлаштованості і кваліфікації був вищим у пацієнтів 2-ї групи ($t=9,5$, $p<0,01$).

Висновки

1. За останнє десятиріччя відбувся позитивний соціально-демографічний патоморфоз епілепсії із зростанням рівня освіченості і працевлаштування хворих, зниженням їх інвалідизації навіть за умови неповного контролю нападів. По-

кращився і сімейний стан пацієнтів – збільшилося число повних родин.

2. Незважаючи на фармакорезистентність хворих і значну тривалість захворювання (понад 10 років), відмічений позитивний терапевтичний і клінічний патоморфоз Е у вигляді зменшення частоти нападів і зниження представленості психічних порушень в осіб у 2013 р. порівняно із 2003 р. завдяки покращанню діагностики та застосуванню нових протиепілептичних препаратів із меншим потенціалом побічних дій, зокрема на когнітивну сферу.

3. Для своєчасного виявлення потенційно хірургічно курабельних причин епілепсії (пухлин, склерозу гіпокампа) та для визначення етіології захворювання з метою оптимізації лікування, обов'язковим є проведення нейровізуалізаційного обстеження з наданням переваги магнітно резонансній томографії.

Перспективи подальших досліджень. Доцільним є дослідження змін у соціально-демографічних показниках хворих на епілепсію при меншій тривалості захворювання та при різних типах перебігу захворювання.

Література

1. Андрух П.Г. Соціальна стигматизація хворих на епілепсію та проблема / П.Г. Андрух, М.М. Орос, М.М. Беркела // Мед. психологія. – 2011. – № 1. – С. 62-65
2. Мар'єнко К.М. Якість життя хворих на епілепсію (клініко-психологічні особливості): автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук: 14.01.15 / Мар'єнко Катерина Миколаївна; Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. – К., 2008. – 19 с.
3. Сойко В.В. Патоморфоз психічних розладів при епілепсії на прикладі популяції Криму: автореф. дис. на здобуття наук. ст. канд. мед. наук: 14.01.16 / Сойко Вячеслав Васильович; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – К., 2007. – 22 с.
4. Дубенко А.Е. Диагностика и фармакотерапия непсихических психических расстройств у больных эпилепсией / А.Е. Дубенко, В.И. Коростий // Здоров'я України. – 2011. – № 1 (16). – С. 54-57.
5. Рогачева Т.А. Депрессивные расстройства у больных эпилепсией в период ремиссии / Т.А. Рогачева, Т.С. Мельникова // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 11. – С. 86-90.
6. Commission on European Affairs: Appropriate Standards of Epilepsy Care Across Europe / M.J. Brodie. [et al.] // *Epilepsia*. – 1997. – Vol. 38. – P. 1245-1250.
7. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE) / R.S. Fischer R.S. [et al.] // *Epilepsia*. – 2005. – Vol. 46 (4). – P. 470-472.
8. Health perception and socioeconomic status following childhood-onset epilepsy: the Dutch study of epilepsy in childhood / A. Geerts [et al.] // *Epilepsia*. – 2011. – Vol. 52 (12). – P. 2192-2202
9. Jacoby A. Determinants of quality of life in people with epilepsy [Text] / A. Jacoby, D. Snape, G.A. Baker // *Neurol Clin*. – 2009. – Vol. 27 (4). – P. 843-863.
10. Lim Y.J. Stigma and health-related quality of life in Asian adults with epilepsy / Y.J. Lim, S.Y. Chan, Y. Ko // *Epilepsy Res*. – 2009. – Vol. 87 (2-3). – P. 107-119.
11. Long term outcome of benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes: Dutch Study of Epilepsy in Child-

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ
С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ***Л.Б. Марьенко, С.С. Пшик, Е.Н. Марьенко*

Резюме. Было проведено исследование изменений, которые произошли в клинике, диагностике и лечении эпилепсии за последние 10 лет (2003-2013гг.), и их влияние на социально-демографический патоморфоз заболевания. На основе сравнения двух групп больных с фармакорезистентным течением эпилепсии и длительностью заболевания более 10 лет, отмечено, что больные с активной эпилепсией в 2013г., в результате своевременной диагностики заболевания и применения противосудорожных препаратов нового поколения, имели менее выраженные психические расстройства, более редкие эпилептические припадки, а следовательно, более высокий уровень образования, квалификации, трудоустройства, большее число полных семей и меньшую степень инвалидизации.

Ключевые слова: эпилепсия, патоморфоз, фармакорезистентность, социально-демографический патоморфоз.

**SOCIO-DEMOGRAPHIC PATHOMORPHOSIS OF EPILEPSY IN PATIENTS
WITH PHARMACORESISTANT COURSE OF THE DISEASE***L.B. Marienko, S.S. Pshyk, K.M. Marienko*

Abstract. A study of changes that have occurred in the clinical picture, diagnostics and treatment of epilepsy for the last 10 years (2003 to 2013) and their effect upon the socio-demographic pathomorphosis of the disease has been conducted. Based on the comparison of two groups of patients with drug-resistant course of epilepsy and duration of the disease over 10 years, it was noted that patients with active epilepsy in 2013, after timely diagnosing the disease and with the administration of a new generation of antiepileptic drugs, had fewer severe mental disorders, less frequent epileptic seizures, and, therefore, higher level of education, employment, qualifications, more complete families and lesser degree of disability.

Key words: epilepsy, pathomorphosis, pharmacoresistance, socio-demographic pathomorphosis

Danylo Halytskyi National Medical University (Lviv)

Рецензент – проф. В.М. Пашковський

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 209-213

Надійшла до редакції 10.09.2013 року