

лы 4-й Междунар. науч.-практ. конф. УО «Полесский государственный университет», Пинск, 26–27 апреля 2012 г. / Нац. банк Республики Беларусь [и др.]. – Пинск : ПолесГУ, 2012. – С. 171–173.

12. *Codeйствие* здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В.

Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с.

13. *Шебеко Л. Л.* Сравнительный анализ самооценки состояния здоровья и восприятия проблем образа жизни среди мужчин двух высших учебных заведений в Беларуси и Шотлан-

дии (Великобритания) / Л. Л. Шебеко [и др.] // Здоровье для всех : материалы 4-й Междунар. науч.-практ. конф. УО «Полесский государственный университет», Пинск, 26–27 апреля 2012 г. / Нац. банк Республики Беларусь [и др.]. – Пинск : ПолесГУ, 2012. – С. 218–221.

УДК 613.97:334.716-057.51

Н. В. Пац

#### УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Изучена осведомленность сотрудников предприятия энергообеспечения о проблемах здорового образа жизни. Выявлены медицинские и валеолого-гигиенические риски у работников промышленных предприятий, связанные с проблемами здорового образа жизни.

Разработаны методика самодиагностики проблем здорового образа жизни работниками промышленных предприятий и модель профилактики проблем формирования здорового образа жизни у работников предприятий энергообеспечения с использованием информационно-образовательных технологий. Оценена эффективность новой модели профилактической работы при решении валеолого-гигиенических задач, связанных с проблемами здорового образа жизни на промышленном предприятии.

**Ключевые слова:** осведомленность, валеолого-гигиенические риски, модель профилактики, информационно-образовательные технологии.

UDC 613.97:334.716-057.51

N. V. Pats

#### IMPROVEMENT OF APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND PREVENTION OF MODERN PROBLEMS OF HEALTHY LIFESTYLE AT INDUSTRIAL ENTERPRISES

There was studied awareness of the power supply enterprise employees on the problems of healthy lifestyle. There were revealed medical and valeology-hygienic risks for the employees of industrial enterprises connected with the problems of healthy lifestyle.

There were developed the method of self-diagnostics of healthy life problems for the workers of industrial enterprises and prevention model for problems of healthy lifestyle among power supply employees with the use of information and educational technologies. There was evaluated the effectiveness of the new model of preventive work while resolving valeology-hygienic tasks connected with the problems of healthy lifestyle at the industrial enterprise.

**Key words:** awareness, valeology-hygienic risks, the model of prevention, information and education technology.

УДК 616.89+616.85.831.31-009.24

Т. Н. Муратова, канд. мед. наук, доц.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ФАРМАКОТЕРАПИИ

*Одесский национальный медицинский университет*

Эпилепсия представляет собой одно из наиболее тяжелых заболеваний нервной системы, отличающееся прогрессивным характером течения, развивающимся на основе патогенетических механизмов нарушения нейромедиаторных систем, биоэлектрогенеза, синтеза и обмена макромолекулярных соединений. В структуре неврологических заболеваний эпилепсия занимает третье место, а по тяжести проявлений, их устойчивости к лечению относится к

наиболее тяжелым заболеваниям [1; 2; 8]. Поэтому в спектре проявлений заболевания наблюдаются нарушения множества соматических и вегетативных функций, затрагивающие высшие нервные функции, социальную активность пациентов, что сопровождается ухудшением качества жизни больных эпилепсией [1–4].

Исследования качества жизни пациентов, страдающих эпилепсией, показывают, что проявления депрессии, а также трево-

ги — основные факторы, обеспечивающие его снижение [6; 9]. Необходимость длительного приема лекарств, отмечаемая пациентами неэффективность лечения, смена противоэпилептической терапии отрицательно влияют на психологическое состояние больных [1; 8].

Фармакотерапия эпилепсии — основной компонент лечебных мероприятий при этом заболевании. Главная цель в лечении эпилепсии — это медикаментозная ремиссия при высо-

ком качестве жизни [1; 2; 7]. На основании анализа многих клинических исследований доказано, что применение антиэпилептических препаратов влияет на качество жизни больных эпилепсией [4; 6; 8].

Оценка качества жизни позволяет получить как исходную информацию о физическом, психологическом и социальном функционировании больного, так и осуществить мониторинг этих функций и течения заболевания, что способствует улучшению результатов лечения [3; 8]. Проведенные исследования качества жизни пациентов отмечают отрицательную динамику показателей в том случае, когда частоту приступов не удается уменьшить более чем на 50 % [8]. При этом, однако, побочные эффекты препаратов оказывают более выраженное отрицательное влияние на показатели качества жизни независимо от частоты судорожных припадков [4; 6; 8]. Поэтому актуальной остается проблема исследования качества жизни пациентов, страдающих эпилепсией, в различных условиях фармакологического лечения.

**Цель** настоящего исследования — изучение качества жизни больных эпилепсией в условиях монотерапии антиэпилептическими препаратами, а также комплексной фармакотерапии с применением левитирацетама и никотинамида, действие которых оказывает потенцированный противосудорожный эффект у пациентов с резистентными к лечению формами эпилепсии [2].

#### **Материалы и методы исследования**

В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 18 до 62 лет с впервые установленной или ранее

подтвержденной симптоматической или криптогенной эпилепсией. Критериями исключения из наблюдения были выраженный неврологический дефицит (афатические нарушения, двигательные расстройства), а также текущие неврологические заболевания (опухоль, сосудистые мальформации, нейродегенеративные заболевания), тяжелая сопутствующая соматическая патология. Все исследования проведены в соответствии с требованиями приказа МЗ Украины № 281 от 01.11.2000 г. и одобрены комиссией по биоэтике Одесского национального медицинского университета.

Из общего числа 102 больных с эпилепсией 57 (55,9 %) — мужчины, 42 (44 %) — женщины. Средний возраст составил  $(41,27 \pm 6,82)$  года. В соответствии с международной классификацией эпилепсии и эпилептических синдромов (ILAE, 1989), число пациентов с локально обусловленной симптоматической эпилепсией — 87 (85,3 %), локально обусловленной криптогенной эпилепсией — 15 (14,7 %). Клиническая картина заболевания была представлена следующими типами приступов: простыми парциальными — 7 (6,9 %), сложными парциальными (автоматизмы) — 15 (14,7 %), вторично-генерализованными припадками — 80 (78,4 %).

Первичное обследование включало: сбор анамнеза, клинический, неврологический осмотр больного, лабораторные исследования крови (общий и биохимический анализы), ЭКГ, КТ (МРТ) головного мозга (для исключения острого или текущего неврологического заболевания и дифференциальной диагностики варианта эпилепсии), ЭЭГ, шкальную оценку качества жизни с помощью опросни-

ка MOS SF-36 [3; 5]. При каждом последующем визите (через 4 и 24 нед.) пациентам повторно проводились ЭЭГ-исследование, шкальная оценка качества жизни с помощью опросника MOS SF-36.

Все пациенты с эпилепсией находились на монотерапии, в зависимости от типа приступов получали следующие противоэпилептические препараты: карбамазепин — 21 (20,6 %); левитирацетам — 19 (18,6 %); топирамат — 16 (15,7 %); ламотриджин — 16 (14,7 %), вальпроаты — 17 (16,7 %); 14 (13,7 %) человек получили комбинированное лечение — левитирацетам и никотинамид.

Всем пациентам с учетом типа припадков, данных ЭЭГ, сопутствующей патологии в качестве монотерапии были назначены: карбамазепин в дозе 200 мг 3 раза в день, левитирацетам в дозе 1000–2000 мг в сутки, топирамат в дозе 200–400 мг в сутки, ламотриджин в дозе 200–400 мг в сутки и вальпроаты в дозе 15–20 мг/кг массы тела. В группе с сочетанным применением никотинамида препарат (5,0 % раствор) применяли по 10,0 мг 2 раза в сутки в/м в течение двух недель, за две недели до повторного осмотра.

Эффективность терапии оценивали в соответствии со следующими критериями [2; 8]:

— отличный результат — полное прекращение припадков;

— хороший результат — урежение частоты припадков более чем на 50 %;

— удовлетворительный результат — урежение припадков на 25–50 %;

— отсутствие эффекта (неудовлетворительный результат) — урежение в пределах до 25 %.

Опросник MOS SF-36, применяющийся для определения

качества жизни пациентов, включает 36 вопросов, которые формируют 8 шкал [3; 5]. Вопросы ориентированы на формирование представлений о физическом и психологическом состоянии здоровья пациента. Результаты исследований выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника MOS SF-36, тем лучше показатель качества жизни.

Анализ частоты припадков и побочных эффектов, а также исследование качества жизни пациентов проводились до начала терапии и в конце 4-й и 24-й недель.

Для статистической оценки результатов исследований использовали статистический метод ANOVA и критерий Newman-Keuls.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты показали, что при втором визите у одного пациента, которому назначали карбамазепин отмечался отличный результат, т. е. полное отсутствие судорожных проявлений (табл. 1). Отличные результаты в этот период отмечались также в группах пациентов, которым применяли ла-

мотриджин (6,7 %) и вальпроат (5,9 %). Наибольшее количество (11,8 %) отличных результатов зарегистрировано у пациентов, получивших комбинированное лечение ламотриджином и никотиномидом.

Хорошие результаты лечения (снижение частоты судорожных проявлений более чем наполовину) регистрировались у 3 (14,2 %) пациентов, которым в лечении применяли карбамазепин, и этот показатель был наиболее высоким в группе с применением вальпроата (17,6 %), в то время как в группе с применением одного леветирацетама он составил 5,3 %, а в условиях применения одного ламотриджина — 6,7 %. В группе пациентов с комбинированным применением леветирацетама и никотинамида исследуемый показатель составил 11,8 %.

Удовлетворительные результаты (снижение частоты судорожных проявлений на 25–50 %) у пациентов с применением одного карбамазепина отмечены в 38,1 % случаев. При этом применение топирамата сопровождалось формированием удовлетворительных результатов у 12,5 % пациентов, а ламотриджина — у 46,7 %. Число удовлетворительных результатов в

группах с применением одного леветирацетама, вальпроата и комбинированного применения леветирацетама и никотинамида было сопоставимым и составляло соответственно 26,3; 29,4 и 23,5 %.

Неудовлетворительные результаты лечения (снижение частоты судорожных проявлений менее чем на 25 %) наблюдались у большей части пациентов, которым в лечении применяли один топирамат (75,0 %) и наименьшим — у пациентов с комбинированным применением леветирацетама и никотинамида (35,3 %).

Оценка эффективности противосудорожной терапии, проведенная при третьем визите (полгода с момента начала лечения) показала общую тенденцию к уменьшению числа отличных результатов — в пять раз в сравнении с показателями, зарегистрированными через четыре недели с начала лечения, а также двукратным уменьшением числа хороших результатов лечения при незначительном (на 6,5 %) снижении показателя удовлетворительных результатов. Общее число неудовлетворительных результатов лечения при этом возросло на 22,2 %. Отличный ре-

Эффективность лечения пациентов с резистентной формой височной эпилепсии в различных условиях фармакотерапии, абс. (%)

Таблица 1

Группа пациентов	4 нед. лечения				24 нед. лечения			
	Отличный	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	Отличный	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный
Карбамазепин, n=21	1 (4,8)	3 (14,2)	8 (38,1)	9 (42,9)	—	1 (4,8)	8 (38,1)	12 (57,1)
Леветирацетам, n=19	—	1 (5,3)	5 (26,3)	13 (68,4)	—	1 (5,3)	4 (21,0)	14 (73,7)
Топирамат, n=16	—	2 (12,5)	2 (12,5)	12 (75,0)	—	—	3 (18,8)	13 (81,2)
Ламотриджин, n=15	1 (6,7)	1 (6,7)	7 (46,7)	6 (40,0)	—	—	6 (40,0)	9 (60,0)
Вальпроат натрия, n=17	1 (5,9)	3 (17,6)	5 (29,4)	8 (47,1)	—	1 (5,9)	5 (29,4)	11 (64,7)
Леветирацетам + никотинамид, n=14	2 (11,8)	2 (11,8)	4 (23,5)	6 (35,3)	1 (5,9)	3 (17,6)	3 (17,6)	7 (41,2)
Всего	5	12	31	54	1	6	29	66

зультат и увеличение числа хороших результатов лечения регистрировались только в группе пациентов, которым комбинировано применяли леветирацетам и никотинамид (см. табл. 1).

Через 24 нед. с момента начала лечения в группе пациентов, которым применяли карбамазепин, регистрировались 1 (4,8 %) хороший результат и 8 (38,1 %) удовлетворительных. В то же время число отрицательных результатов лечения возросло до 57,1 %. Число неудовлетворительных результатов лечения увеличивалось и в группах пациентов, которым применяли один леветирацетам (до 73,7 %), топирамат (до 81,2 %), ламотриджин (до 60,0 %), а также вальпроат натрия (до 64,7 %).

В наименьшей степени указанный показатель изменялся у пациентов с одним только применением леветирацетама, а также комбинированным применением леветирацетама и никотинамида, когда число неудовлетворительных результатов лечения увеличивалось в сравнении с показателем после четырехнедельного лечения на 5,3 и 5,9 % соответственно. При этом по градиенту увеличения числа неудовлетворительных результатов лечения препараты располагались следующим образом: леветирацетам (5,3 %); леветирацетам + никотинамид (5,9 %); топирамат (6,2 %); карбамазепин (14,2 %); вальпроат натрия (17,6 %); ламотриджин (20,0 %).

У пациентов с применением карбамазепина в качестве монотерапии регистрировалось достоверное возрастание показателя шкалы боли в сравнении с показателем, который отмечался до начала лечения — на 19,4 % ( $p < 0,05$ ; рис. 1). Достоверно возрастали показатели шкалы общего состояния здоровья (СЗ) — на 23,1 % ( $p < 0,05$ ),

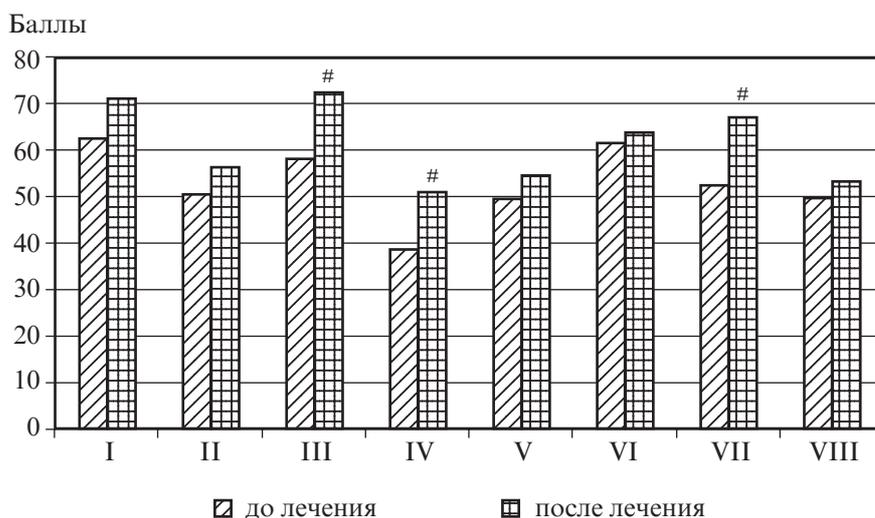


Рис. 1. Показатели качества жизни пациентов, страдающих эпилепсией в условиях монотерапии карбамазепином. На рис. 1–6: I — ролевое физическое функционирование; II — физическое функционирование; III — боль; IV — общее состояние здоровья; V — жизнедеятельность; VI — социальное функционирование; VII — ролевое эмоциональное функционирование; VIII — психологическое здоровье. # —  $p < 0,05$  в сравнении с показателем до лечения (метод ANOVA + Newman-Keuls тест)

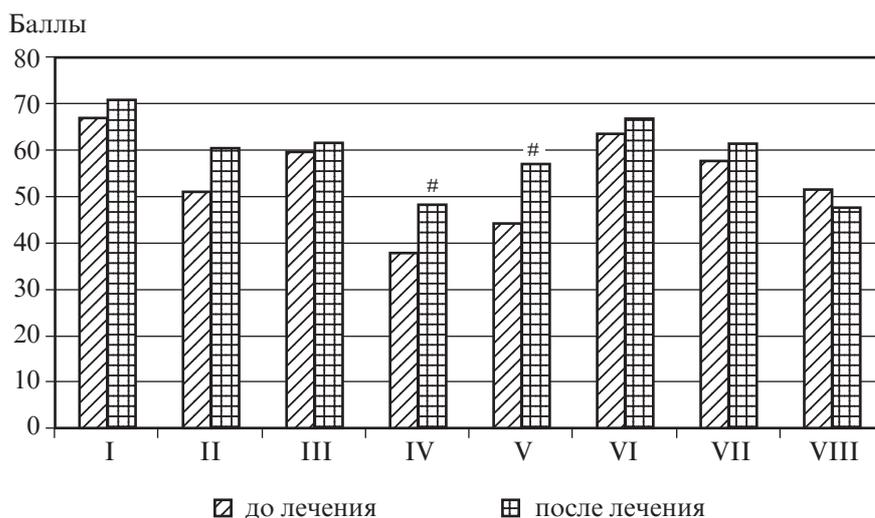


Рис. 2. Показатели качества жизни пациентов в условиях лечения с применением вальпроата

ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) — на 22,5 % ( $p < 0,05$ ). Показатели остальных пяти шкал также имели тенденции к возрастанию в сравнении с показателями, регистрировавшимися до начала лечения ( $p > 0,05$ ; см. рис. 1).

В группе пациентов, которым в качестве фармакотерапии применяли вальпроат натрия, регистрировалось увеличение показателей по шкале об-

щего СЗ — на 20,9 % в сравнении с таковым до начала лечения ( $p < 0,05$ ; рис. 2). Также достоверно происходило увеличение показателя жизнедеятельности (Ж) — на 29,3 % ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что большинство показателей, за исключением психологического здоровья (ПЗ), имели тенденцию к улучшению в сравнении с исходными значениями ( $p > 0,05$ ).

В группе пациентов, которым для лечения в качестве фармакотерапии применяли ламотриджин, отмечалось достоверное увеличение показателей по шкале физического функционирования (ФФ) — на 21,97 % ( $p < 0,05$ ; рис. 3). Также регистрировалось достоверное возрастание показателей по шкале РЭФ — на 23,4 % ( $p < 0,05$ ). Показатели остальных шести шкал, хотя и демонстрировали тенденцию к увеличению в сравнении с показателями до лечения, однако не достигали значений достоверных различий (см. рис. 3).

В группе пациентов, которым в качестве лечения применяли леветирацетам, регистрировалось увеличение показателя ролевого физического функционирования (РФФ) на 16,8 % в сравнении с таковым до лечения ( $p < 0,05$ ; рис. 4). Кроме того, отмечалось достоверное возрастание показателей по шкалам СЗ — на 31,4 %, Ж — на 22,4 %, а также по шкале ПЗ — на 15,0 % ( $p < 0,05$ ; см. рис. 4).

В группе пациентов, которым применяли топирамат в качестве основной фармакотерапии, отмечалось возрастание показателя шкалы РФФ — на 16,3 % ( $p < 0,05$ ; рис. 5). Также достоверно в сравнении с показателями, отмечавшимися до лечения, происходило увеличение показателя шкалы ПЗ — на 20,9 % ( $p < 0,05$ ). По остальным шкалам изменения характеризовались положительными терапевтическими тенденциями, однако не достигали значимой статистической достоверности (см. рис. 5).

В условиях комбинированного применения леветирацетама и никотинамида в отдаленном периоде отмечалось увеличение показателей по шкале РФФ на 19,1 %, по шкале ФФ — на 17,3 % ( $p < 0,05$ ; рис. 6).

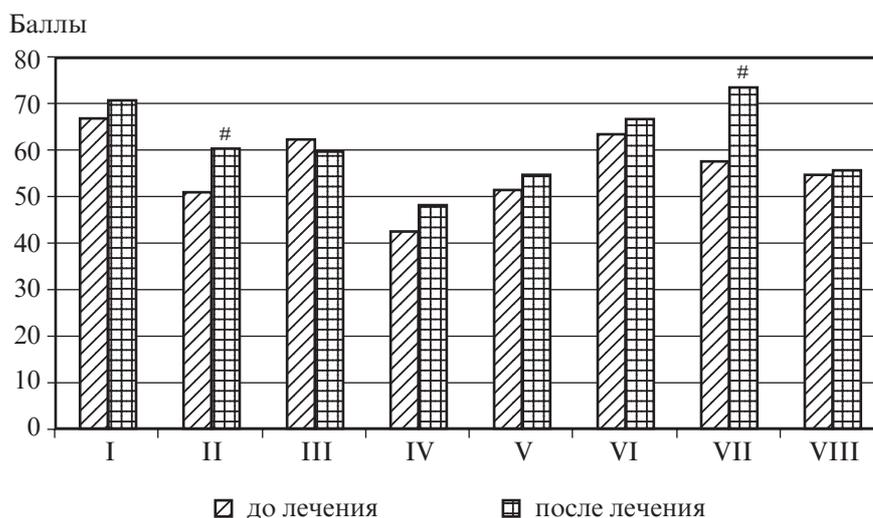


Рис. 3. Показатели качества жизни пациентов в условиях лечения с применением ламотриджина

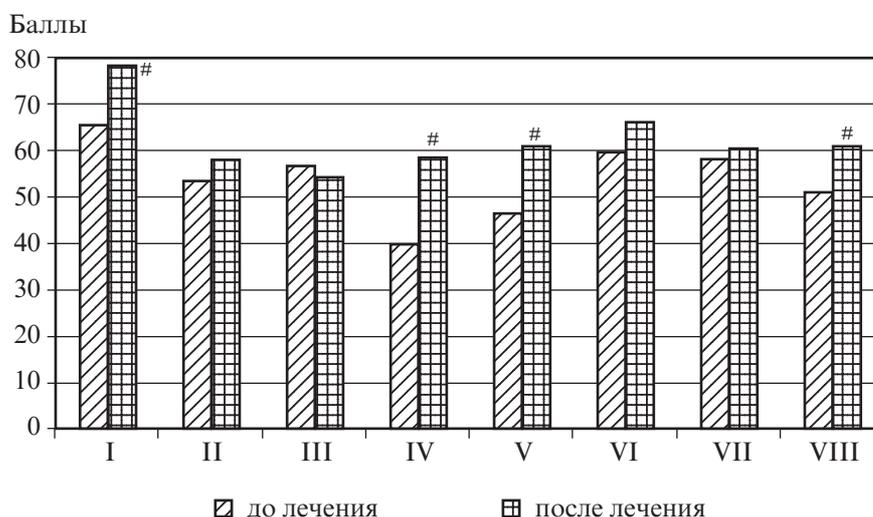


Рис. 4. Показатели качества жизни пациентов в условиях лечения с применением леветирацетама

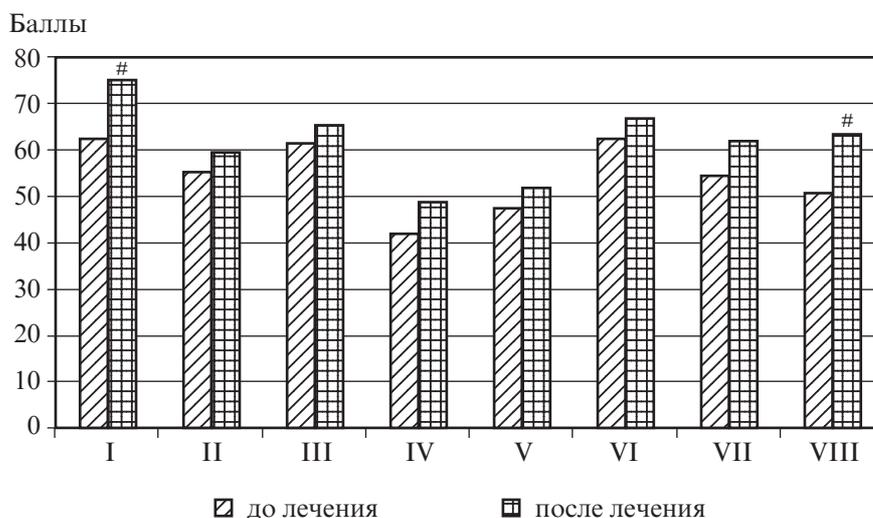


Рис. 5. Показатели качества жизни пациентов в условиях лечения с применением топирамата

Также достоверно возросли показатели шкал СЗ — на 32,9 %, Ж — на 17,3 %, СФ — на 15,3 %, РЭФ и ПЗ — соответственно на 27,2 и 14,5 % ( $p < 0,05$ ; см. рис. 6).

Таким образом, в соответствии с результатами лечения, в первые 4 нед. у пациентов эффективность препаратов, расположенных в порядке убывания противоэпилептической эффективности, определявшейся по числу неудовлетворительных результатов, выглядит следующим образом: леветирацетам + никотинамид; ламотриджин; карбамазепин; вальпроат натрия; леветирацетам и топирамат. Через 24 нед. лечения по градиенту увеличения числа неудовлетворительных результатов лечения препараты располагались по-другому: леветирацетам (увеличение в сравнении с показателем после 4 нед. лечения составило 5,3 %), леветирацетам в сочетании с никотинамидом (5,9 %); топирамат (6,2 %); карбамазепин (14,2 %); вальпроат натрия (17,6 %); ламотриджин (20,0 %). Полученные результаты свидетельствуют о том, что продолжительный прием антиэпилептических препаратов связан с некоторым снижением эффективности, что в несколько большей степени выражено в отношении ламотриджина и вальпроата натрия. Наблюдаемые различия соответствуют имеющимся данным о том, что длительный прием указанных препаратов может сопровождаться развитием толерантности к их противоэпилептическим эффектам [4; 8]. При этом толерантность к ламотриджину может сопровождаться перекрестной толерантностью к карбамазепину, что показано на моделях хронической эпилептической активности [10].

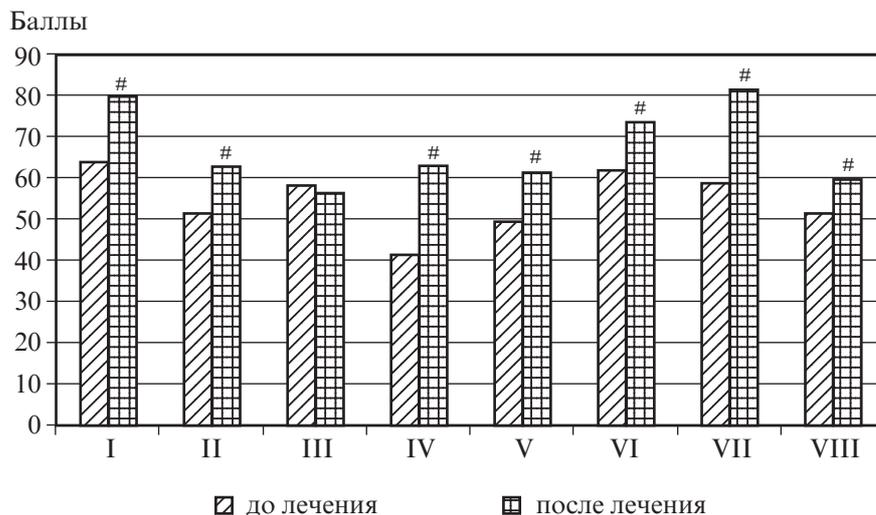


Рис. 6. Показатели качества жизни пациентов в условиях лечения сочетанным применением леветирацетама и никотинамида

Полученные результаты также показали, что совместное применение леветирацетама и никотинамида сопровождается повышением эффективности лечения пациентов, больных эпилепсией. Причем речь может идти о потенцировании противоэпилептического действия леветирацетама, поскольку при его самостоятельном применении, через 4 нед. с начала лечения, по числу неудовлетворительных результатов он располагался на предпоследнем месте, уступая только топирамату. Важным также был эффект сохранения высокой противоэпилептической эффективности сочетанного применения леветирацетама и никотинамида в течение 24 нед., что также отличало данный вид лечения от других форм фармакотерапии.

Учитывая отмеченное в исследовании повышение эффективности лечения пациентов, страдающих в основном комплексными парциальными судорожными проявлениями со вторичной генерализацией, под влиянием комбинированного применения леветирацетама и никотинамида, существенно

важным было изучение показателей качества жизни пациентов при их применении. Оценивая в целом эффективность фармакотерапии пациентов с резистентной формой эпилепсии, следует отметить, что в большинстве случаев монотерапии антиэпилептическими препаратами отмечается положительная тенденция к изменению показателей качества жизни. Одинаковую эффективность в этом отношении демонстрировали топирамат, ламотриджин и вальпроат — улучшение отмечалось по двум из восьми шкал качества жизни, в то время как несколько большую эффективность отмечали у карбамазепина (три шкалы) и леветирацетама (четыре шкалы). Сочетание леветирацетама и никотинамида сопровождалось улучшением качества жизни пациентов по большинству исследуемых шкал (семь из восьми).

Достаточная эффективность леветирацетама в отношении улучшения показателей качества жизни больных эпилепсией может объясняться его способностью оказывать антидепрессивное действие [7], так как де-

прессия во многом определяет низкое качество жизни данной категории пациентов [6]. Возможно полагать, что эффекты комбинированного применения леветирацетама и никотинамида также могут реализовываться в связи с известной способностью никотинамида связываться с бензодиазепиновыми рецепторами [2]. В последнее время показано, что не только антидепрессивные, но и анксиолитические эффекты улучшают показатели качества жизни у пациентов, страдающих эпилепсией [7]. При этом наиболее часто улучшение отмечалось по шкале СЗ (в 4 из 6 исследуемых групп), а также по шкалам РФФ, Ж, РЭФ и ПЗ (в половине групп пациентов — 3 из 6).

Необходимо также подчеркнуть, что качество жизни пациентов зависит и от формирования побочных эффектов фармакотерапии [1; 6], выраженность которых снижается в условиях применения никотинамида [2].

### Выводы

1. Применение леветирацетама в сочетании с никотинамидом повышает эффективность лечения пациентов, стра-

дающих комплексными парциальными и вторично-генерализованными формами эпилепсии.

2. Под влиянием леветирацетама и никотинамида показатели качества жизни пациентов увеличиваются в большей степени, чем при применении одного леветирацетама, и превышают показатели, отмечавшиеся в условиях монотерапии с применением карбамазепина, ламотриджина, вальпроатов и топирамата.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Меликян Э. Г. Качество жизни в эпилептологии / Э. Г. Меликян, Л. Е. Мильчакова, А. Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2008. – № 3. – С. 9–11.

2. Муратова Т. Н. Противозепилептическая эффективность леветирацетама и никотинамида у детей, страдающих резистентной к терапии формой эпилепсии / Т. Н. Муратова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – № 3. – С. 123–126.

3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – 2-е изд. – М.: ОЛМА Медиагруп, 2007. – 315 с.

4. Эпилепсия, качество жизни, лечение / Н. Г. Незнанов, С. А. Громов, В. А. Михайлов [и др.]. – СПб., 2005. – 294 с.

5. A comparison of quality of life in adolescents with epilepsy or asthma using the Short-Form Health Survey (SF-36) / J. Wang, Y. Wang, L. B. Wang [et al.] // *Epilepsy Research*. – 2012. – Vol. 101, N 1/2. – P. 157–165.

6. *Determinants of health-related quality of life in pharmacoresistant epilepsy: results from a large multicenter study of consecutively enrolled patients using validated quantitative assessments* / C. Luoni, F. Bisulli, M. P. Canevini [et al.] (SOPHIES study group) // *Epilepsia*. – 2011. – Vol. 52, N 12. – P. 2181–2191.

7. *Effect of levetiracetam on depression and anxiety in adult epileptic patients* / M. Mazza, A. Martini, M. Scopetta, S. Mazza // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 32, N 2. – P. 539–543.

8. *Health-related quality of life in Russian adults with epilepsy: the effect of socio-demographic and clinical factors* / E. Melikyan, A. Guekht, L. Milchakova [et al.] // *Epilepsy Behav.* – 2012. – Vol. 25, N 4. – P. 670–675.

9. *Kwon O. Y. What is the role of depressive symptoms among other predictors of quality of life in people with well-controlled epilepsy on monotherapy?* / O. Y. Kwon, S. P. Park // *Epilepsy Behav.* – 2011. – Vol. 20, N 3. – P. 528–532.

10. *Srivastava A. K. Carbamazepine, but not valproate, displays pharmacoresistance in lamotrigine-resistant amygdala kindled rats* / A. K. Srivastava, Y. S. White // *Epilepsy Res.* – 2013. – Vol. 104, N 1/2. – P. 26–34.

УДК 616.89+616.85.831.31-009.24

Т. Н. Муратова

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Качество жизни 102 больных, страдающих комплексными парциальными и вторично-генерализованными судорожными припадками, которое определяли с помощью опросника MOS SF-36 через 24 нед. с начала монотерапии, возрастало в следующем ряду: топирамат, ламотриджин и вальпроат — улучшение отмечалось по двум из восьми шкал качества жизни; карбамазепин — по трем шкалам и леветирацетам — по четырем шкалам. Наибольшее улучшение качества жизни (семь шкал) отмечено у пациентов, которым применяли леветирацетам с никотинамидом. В этот период противосудорожная эффективность также была наиболее выраженной у пациентов, которым применяли леветирацетам с никотинамидом, и число положительных результатов лечения возрастало в ряду: топирамат, леветирацетам, вальпроаты, ламотриджин и карбамазепин.

**Ключевые слова:** противозепилептическая фармакотерапия, леветирацетам, никотинамид, комплексная парциальная эпилепсия, качество жизни.

UDC 616.89+616.85.831.31-009.24

T. N. Muratova

### THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERED FROM EPILEPSY UNDER DIFFERENT CONDITIONS OF PHARMACOTHERAPY

The quality of life was determined in 102 patients who suffered from complex partial and secondarily generalized seizure fits in accordance to MOS SF-36 questionnaire in 24 weeks from the moment of start of mono-pharmacotherapy. The topiramate, lamotrigine and valproates induced the improvement detected by two scales out of eight of mentioned questionnaire. Carbamazepine-induced improvement was shown on three scales while levetiracetam caused improvement detectable by four scales. Most pronounced improvement, which was seen on seven scales was induced by combined usage of levetiracetam and nicotinamide. The antiseizure effects were also most pronounced in the group of patients treated with combination of levetiracetam and nicotinamide and the number of positive results of treatment increased in the row of drugs: topiramate, levetiracetam, valproates, lamotrigine and carbamazepine.

**Key words:** antiepileptic pharmacotherapy, levetiracetam, nicotinamide, complex partial epilepsy, quality of life.