

ISSN 2077-8333 (print)
ISSN 2311-4088 (online)

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2020 Том 12 №1



EPILEPSY AND PAROXYSMAL CONDITIONS

2020 Vol. 12 №1

www.epilepsia.ru

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.



DOI: 10.17749/2077-8333.2020.12.1.74-81

ISSN 2077-8333 (print)

ISSN 2311-4088 (online)

Комплаенс в эпилептологии: современный взгляд на проблему и стратегии его оптимизации

Маслова Н.Н., Скоробогатова В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации (ул. Крупской, д. 28, г. Смоленск 214019, Смоленская обл., Россия)

Для контактов: Маслова Наталья Николаевна, e-mail: maslovasm@yahoo.com

РЕЗЮМЕ

Низкая приверженность к терапии у пациентов с эпилепсией на сегодняшний день представляет серьезную проблему, несмотря на появление новых возможностей в лечении приступов. По современным данным, уровень не-приверженности составляет 29-39%. Некомплаенс закономерно ассоциируется с неблагоприятными клиническими исходами, такими как эпилептический статус и синдром внезапной смерти, в целом повышая риски летального исхода. Таким образом, изучение причин низкой комплаентности у пациентов с эпилепсией необходимо для разработки врачами стратегий, способствующих ее повышению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Эпилепсия, комплаентность, неприверженность к терапии, эпилептический статус, синдром внезапной смерти.

Статья поступила: 05.12.2019 г.; в доработанном виде: 20.02.2020 г.; принята к печати: 23.03.2020 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в отношении данной публикации.

Авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Маслова Н.Н., Скоробогатова В.А. COMPLIANCE в эпилептологии: современный взгляд на проблему и стратегии его оптимизации. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2020; 12 (1): 74-81. DOI: 10.17749/2077-8333.2020.12.1.74-81.

Compliance in epileptology: a modern view of the problem and strategies for its optimization

Maslova N. N., Skorobogatova V. A.

Smolensk State Medical University (Krupskaya Str., 28, Smolensk 214019, Smolensk Region, Russia)

Corresponding author: Natal'ya N. Maslova, e-mail: maslovasm@yahoo.com

SUMMARY

Low adherence to therapy in patients with epilepsy is today a serious problem, despite the emergence of new opportunities for the treatment of seizures. According to modern data, the level of non-adherence is 29–39%. Non-adherence is naturally associated with adverse clinical outcomes, such as status epilepticus and sudden death syndrome, which generally increase the risk of death. Thus, the study of the causes of low adherence in patients with epilepsy is necessary for doctors to develop strategies to increase it.

KEY WORDS

Epilepsy, compliance, non-adherence to therapy, status epilepticus, sudden unexpected death in epilepsy, SUDEP.

Received: 05.12.2019; in the revised form: 20.02.2020; accepted: 23.03.2020.

Conflict of interests

The authors declare about the absence of conflict of interest with respect to this publication.

Authors contributed equally to this article.

For citation

Maslova N.N., Skorobogatova V.A. Compliance in epileptology: a modern view of the problem and strategies for its optimization. *Epilepsia i paroksizmal'nye sostoania / Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2020; 12 (1): 74-81 (in Russ.). DOI: 10.17749/2077-8333.2020.12.1.74-81.

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Около 50 млн человек во всем мире страдают эпилепсией, что делает ее одним из самых распространенных неврологических заболеваний. Противозлептические препараты (ПЭП) остаются краеугольным камнем терапии, а соблюдение регулярного режима их применения позволяет достичь полной свободы от приступов у 70% пациентов [1].

«Приверженность к терапии» определяется как степень исполнения индивидуумом режима приема препаратов согласно назначениям врача с соблюдением дозировок и интервалов между приемом доз [1,2]. В современном мире понятие «приверженность» отражает пациент-ориентированную модель здравоохранения, в которой больной не пассивно следует назначениям врача, а активно участвует в разработке плана своего лечения. Эта модель, однако, предполагает наличие определенного уровня самосознания у пациента и готовность следовать разработанному плану лечения. Низкая приверженность к терапии у людей с эпилепсией (29-39%) на сегодняшний день представляет серьезную проблему, несмотря на появление новых эффективных возможностей лечения. Неприверженность к терапии закономерно ассоциируется с неблагоприятными клиническими исходами, такими как эпилептический статус, синдром внезапной смерти (SUDEP), и в целом повышенным риском летального исхода [1,3].

Несмотря на современные методы лечения, у 1/3 пациентов не удается достичь полного контроля над приступами. В случае сохраняющихся приступов, особенно при генерализованных формах эпилепсий и тонико-клонических судорогах, резко повышается риск SUDEP [3,4].

Отсутствие контроля приступов со стороны пациента можно объяснить как недостаточным уровнем образования, сниженным интеллектуальным потенциалом, так и повышенным риском развития депрессии и других психических расстройств у данной категории больных. Кроме того, факторы, ассоциируемые с низким уровнем приверженности к терапии, включают в себя стигматизацию пациентов в обществе, непосильное бремя постоянного приема ПЭП, особенно в случае политерапии, сложности соблюдения режима приема препаратов, а также невозможность избежать связанных с лечением побочных эффектов. Кроме того, многие пациенты просто забывают принимать препарат. Крайне важны и социальные аспекты эпилепсии, ее диагноз раз и навсегда меняет жизненный уклад таких пациентов [1-3]. Отдельно

стоит отметить снижение стрессоустойчивости в семьях больных с эпилепсией. Как в США, так и в РФ значительное число пациентов с эпилепсией остаются безработными [1,2]. Однако процент пациентов с трудоустройством среди них резко увеличивается, если удается контролировать эпилептические приступы [4].

НАВЫКИ САМОУПРАВЛЕНИЯ / SELF-CONTROL SKILLS

Владение навыками самоуправления способствует хорошему контролю приступов. Самоуправление при эпилепсии – это способность пациентов адаптироваться к поведенческим ограничениям, а также следовать им с целью уменьшения частоты приступов и улучшения самочувствия и состояния здоровья в целом. Хорошее самоуправление включает в себя высокую приверженность медицинскому лечению, способность точно описать и документировать свои приступы, соблюдение правил безопасности и адекватного режима отдыха, а также принятие мер по снижению стресса в повседневной жизни [2,5]. Шкала навыков самоуправления при эпилепсии (Epilepsy Self-Management Scale) широко используется в США для оценки частоты выполнения пациентами действий, способствующих снижению частоты приступов. ESMS представляет собой опросник из 38 утверждений, на которые возможны 5 вариантов ответа – от «Никогда» до «Всегда». Шкала разделена на 5 подшкал, отражающих различные сферы медицинского лечения. Это выполнение рекомендаций лечащего врача (10 баллов), ведение записей, документирующих приступы (8 баллов), соблюдение правил безопасности, в том числе отказ от употребления алкоголя (6 баллов), управление приступами, в том числе своевременная информация лечащего врача о повторяющихся чаще обычного приступах (6 баллов), и поддержание определенного стиля жизни, в том числе снижение уровня стресса (6 баллов). Максимальное число набранных баллов, соответствующее крайне высокому уровню владения навыками самоуправления, равно 190, минимальное – 38 [6].

В ходе исследования, проведенного на базе университета Флориды в 2016 г., было выявлено, что пациенты владеют определенными навыками самоуправления лучше, чем другими. Больше всего баллов они набирали по подшкалам «лечение», «контроль приступов» и «соблюдение правил безопасности». Значительно хуже были результаты в категориях «стиль жизни» и «ведение дневников

приступов» [4]. R. Kobau и C. Dilorio в 2003 г. также установили, что большинство респондентов набирали максимальное количество баллов в категории «соблюдение назначений врача», но в категории «стиль жизни» результаты были значительно хуже [5]. Особые трудности респондентов, как правило, связаны с соблюдением режима сна, регулярной физической активностью и снижением уровня стресса.

Нет ничего удивительного в том, что пациенты хорошо справляются с соблюдением назначений и рекомендаций лечащего врача, так как эти фундаментальные аспекты лечения эпилепсии более широко освещаются в клинической практике. Несмотря на это, многие недооценивают роль поддержания определенного стиля жизни в снижении частоты приступов. В ESMS последнее определяется такими показателями, как управление стрессом, ежедневная практика релаксационных техник, соблюдение режима сна и регулярная физическая активность. Давно известна роль депривации сна в ухудшении течения заболевания как для генерализованных, так и фокальных форм эпилепсии, что доказано с помощью ЭЭГ, записанных на фоне депривации сна, и в последнее время с помощью транскраниальной магнитной стимуляции. Во всех случаях зафиксирована гиперовозбудимость нейронов коры [7].

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ/ INFLUENCE OF COMORBID PATHOLOGY ON THE ADHERENCE TO THERAPY

Среди пациентов, страдающих артериальной гипертензией, гепатитом и синдромом приобретенного иммунодефицита, депрессия на протяжении многих лет рассматривалась как фактор низкой комплаентности. По результатам метаанализа было установлено, что пациент с коморбидной депрессией не будет соблюдать назначения врача с риском, в 1,76 раза превышающим аналогичный риск для пациента без депрессии. Несмотря на высокую распространенность последней среди пациентов с эпилепсией (до 30% имеют установленный психиатрический диагноз большого депрессивного расстройства), мало известно о влиянии депрессии на их комплаентность [8]. A. Ettinger и соавт. установили, что депрессия, выявленная по данным Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy, ассоциируется с серьезным риском неприверженности к терапии. Пороговый уровень ниже 80 по шкале MPR (шкала оценки приверженности к терапии) расценивался как неприверженность. Средний уровень приверженности к терапии для пациента в депрессии составлял 77,00, при среднем уровне приверженности пациентов без депрессии 84,23 [9]. Y. Guo и соавт. в своем исследовании определили, что у 19,6% пациентов были выявлены симптомы как умеренной, так и тяжелой депрессии. Около 66,7% в этой категории набрали менее 6 баллов по Morisky Medication Adherence Scale

(MMAS-8), что соответствовало низкой приверженности к лечению. Этот уровень неприверженности к терапии у пациентов с коморбидной депрессией можно считать значительным, так как у больных без выявляемых симптомов депрессии процент неприверженности составил всего 33,1%. Столь низкий уровень приверженности у пациентов с депрессией можно объяснить апатией, стойкими снижениями настроения, так и ожиданий от приема ПЭП. Подобная тенденция была характерна и для людей с высоким уровнем тревоги, выявленным по шкале тревоги Бека (25,5% случаев в исследовании). В этой категории 55,7% обследованных набрали менее 6 баллов по MMAS-8, что соответствовало низкой приверженности к лечению. В группе пациентов без выявляемой тревожности процент неприверженных составил всего 33,6% [10].

Это исследование выявило существенные различия между группами пациентов с симптомами депрессии и повышенной тревожности. Пациенты из обеих групп набрали низкие показатели по подпунктам 7 и 8 MMAS-8, что говорит о низком уровне уверенности в себе и проблемах с памятью. Таким образом, пациенты как с депрессией, так и с тревожностью часто забывали принимать препараты. Однако при высоком уровне тревоги наблюдали низкие показатели в подпунктах 3 и 6 MMAS-8, т.е. дополнительно выявлялись трудности при следовании назначениям своего лечащего врача, возможно, обусловленные сомнениями в необходимости терапии как таковой [11]. Отдельно стоит отметить, что среди пациентов с эпилепсией, умерших от суицида или иных инцидентов, связанных с их заболеванием, 75% имели прижизненную историю психиатрического заболевания. У 41% пациентов с эпилепсией выявляются психические заболевания, увеличивающие риск преждевременной смерти.

Часто осложнениями эпилепсии становятся депрессия, тревожные расстройства, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, импульсивность и психозы. Связан ли суицид таких пациентов непосредственно с эпилепсией? Традиционный ответ – нет. Однако высокие заболеваемость и распространенность психических нозологий среди пациентов с эпилепсией коррелирует с продолжительностью и тяжестью заболевания. Более того, риск суицида возрастает в 3-4 раза при эпилепсии, а первоначальная попытка суицида увеличивает риск ее появления в будущем в 5 раз, что предполагает общую нейробиологию, лежащую в основе суицида и эпилепсии [12].

КОНТРОЛЬ ПРИСТУПОВ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ/ SEIZURE CONTROL AND COMPLIANCE

Парадоксально, но хорошо контролируемая эпилепсия была определена как одна из основных причин низкой приверженности к терапии [13]. Некоторые

считают, что пациенты боятся впоследствии длительно принимать ПЭП, опасаясь побочных эффектов, особенно грозными из которых, по их мнению, могут быть снижение когнитивных функций и увеличение массы тела. Однако другие исследования связывают низкую приверженность к терапии с низкой эффективностью лечения, что, возможно, связано с делением ПЭП на «старые» и «новые». Данные противоречивы и касаются лишь оптимального режима лечения. Есть еще одно разногласие. Одни исследователи считают, что более высокой приверженности к терапии способствует монотерапия, другие полагают, что политерапия способствует более серьезному отношению к режиму приема препаратов [2,11]. Так, С. Ferrari и соавт. установили, что 45% пациентов, принимающих монотерапию, имели высокий уровень приверженности к лечению. Оставшиеся 56% пациентов имели как средний, так и низкий уровень приверженности. Однако всего 29% участников исследования, находящихся на политерапии, отличал высокий уровень комплаентности, 71% участников имели либо низкий, либо средний уровень приверженности. Установлено, что сложность проводимого лечения, по данным Epilepsy Medication and Treatment Index (EMTCI), ассоциируется с низким уровнем приверженности, а увеличение всего на один пункт в этом индексе повышает вероятность несоблюдения лечения пациентом на 6%. В данном опроснике учитываются информация по частоте приема препарата(ов), а также специальные указания и действия для уверенности в правильном приеме ПЭП соответственно назначению. Y. Guo и соавт., напротив, не установили связи между низким уровнем приверженности к лечению и назначением политерапии: 58% участников исследования на фоне монотерапии и 62% на фоне политерапии демонстрировали среднюю и высокую приверженность к лечению по MMAS-8 [10,14].

Мировоззрение пациентов, связанное с ПЭП, также играет большую роль в их комплаенсе. S. Chapman и соавт. использовали в своем исследовании различные шкалы и специализированные опросники, разработанные для больных эпилепсией, чтобы определить медицинское мировоззрение различных категорий пациентов. Их исследование показало, что неприверженные к терапии имели более сильное осознание собственной нужды в приеме ПЭП, но тем не менее не принимали их, так как были обеспокоены возможным развитием побочных эффектов. Более молодые пациенты демонстрировали более сильные сомнения в пользу приема ПЭП из-за возможного развития побочных эффектов. Участники исследования старших возрастных групп, с более высоким уровнем образования не демонстрировали такой настороженности в отношении побочных эффектов ПЭП, но чаще сомневались в необходимости терапии как таковой. Негативное мировоззрение пациентов, связанное с приемом ПЭП, таким образом, играет большую роль в увеличении неприверженности [15].

ГЕНДЕРНЫЕ, ВОЗРАСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ/ GENDER, AGE, AND SOCIAL DIFFERENCES

Женщины статистически более привержены к терапии ПЭП, в среднем их результаты на 10% выше, чем у мужчин. Кроме того, было установлено, что в целом приверженность к терапии повышается с возрастом. В двух исследованиях пациентов спрашивали, с чем связана их низкая приверженность к терапии с точки зрения контроля приема препаратов. Среди них 47,5% ответили, что часто забывают дозировки, а 39,2% – что у них нет времени на прием ПЭП. С. Novinga и соавт. также выяснили, что 72% пациентов и 70% врачей сходятся во мнении о главных причинах несоблюдения рекомендаций врача – это забывчивость и отсутствие необходимого препарата. Более того, приверженные к терапии участники исследования лучше, чем неприверженные, были осведомлены о правильном режиме приема препарата (93% по сравнению с 83%). При анализе ESMS было установлено, что проблемы с выполнением рекомендаций лечащего врача чаще наблюдали у молодых 18-30-летних людей с эпилепсией, работающих полный рабочий день или обучающихся очно. Парадоксально, но трудности при выполнении рекомендаций врача чаще демонстрировали люди с высоким уровнем образования, проживающие с кем-либо совместно, а не одинокие представители социально незащищенных слоев населения, как это принято считать [1,11].

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЭПИЛЕПСИИ/ ADHERENCE DEPENDING ON THE FORM OF EPILEPSY

С. Ferrari и соавт. установили, что при структурной эпилепсии уровень неприверженности к терапии составлял 69%, при фокальной и генерализованной эпилепсии неизвестной этиологии – 53 и 71% соответственно, при генетической генерализованной эпилепсии – 58%. Какую-либо связь между уровнем приверженности к терапии и конкретным эпилептическим синдромом установить не удалось. Y. Guo и соавт. исследовали, связано ли несоблюдение рекомендаций врача с типом приступов. Однако схожие уровни неприверженности к терапии были зафиксированы у пациентов с генерализованными (44%), фокальными (39%) и приступами с неуточненной этиологией (36%). Длительность заболевания не влияла на приверженность к терапии по данным обоих исследований [10,14].

СВЯЗЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ И ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА/ RELATIONSHIP BETWEEN COMPLIANCE AND LETHAL OUTCOME

Низкий уровень комплаентности закономерно ассоциирован с повышенными рисками смертельного

исхода. Это обусловлено прямыми и косвенными эффектами приступов на организм, а также побочными эффектами ПЭП.

Причины смерти при эпилепсии

При длительном течении заболевания развиваются следующие нежелательные явления [2,9,10].

1. Остеопороз как осложнение терапии ПЭП (практически все ПЭП, за исключением фенитоина и габапентина, снижают плотность костей и содержание в них минеральных веществ).

2. Прогрессирующее когнитивное снижение (снижение памяти и внимания).

3. Коморбидные психиатрические заболевания (депрессивное расстройство, тревожное расстройство, СДВГ, психотические нарушения).

Основными социальными предпосылками, способствующими повышению смертности у пациентов с эпилепсией, признаны безработица и стигматизация данного заболевания в обществе.

На сегодняшний день к основным причинам смерти при эпилепсии относят следующие [15,16]:

1. Черепно-мозговая травма и повреждения мягких тканей при падениях как осложнение самих приступов.

2. Индуцированные приступами ортопедические заболевания: компрессионные переломы позвоночника с дислокацией плечевого сустава.

3. Аспирационная пневмония.

4. Ожоги.

5. Дорожно-транспортные происшествия.

Синдром внезапной смерти при эпилепсии (англ. sudden unexpected death in epilepsy, SUDEP) – вторая ведущая причина потери потенциальных лет жизни среди всех неврологических заболеваний после инсульта. Несмотря на это, SUDEP ответственен менее чем за 50% смертей у людей с эпилепсией. Другие основные причины смерти при эпилепсии включают эпилептический статус, различные травмы, ожоги, утопление и суицид, традиционно ассоциируемый с коморбидными психиатрическими заболеваниями [2,16].

Таким образом, смерти, связанные с эпилепсией, можно разделить на четыре группы [16]:

1. Непосредственно от эпилепсии – SUDEP, эпилептический статус, утопление, падения, ожоги и другие инциденты, связанные с приступами, дорожно-транспортные происшествия.

2. От острых симптоматических приступов – черепно-мозговая травма, интракраниальная хирургия, субдуральная гематома, инфекции ЦНС и др.

3. Смерти, не связанные напрямую с эпилепсией, – аспирационная пневмония, суицид, сердечно-сосудистое заболевание как осложнение длительной терапии ПЭП.

4. Смерти в результате коморбидных неврологических заболеваний – инсульт, опухоль мозга, нейро-

дегенеративные и генетические заболевания (туберозный склероз и др.).

Проблема гиподиагностики SUDEP

Частота случаев SUDEP среди пациентов с эпилепсией составляет 12 на 10 тыс. человек. Популяционные исследования смертей подтверждают, что на 10 тыс. пациентов с эпилепсией приходится 5 случаев эпилептического статуса с летальным исходом, 2 утопления, 2-3 суицида и почти 6 смертей в результате травм и инцидентов [17]. Однако врачи в США недостаточно осведомлены о диагнозе SUDEP и крайне редко выставляют его как причину смерти в свидетельстве о смерти. Другие причины смерти, связанные с эпилепсией, такие как эпилептический статус и черепно-мозговая травма, гораздо чаще упоминаются в официальных документах [17]. Недостаточная посмертная диагностика SUDEP в США и других странах объясняется невысоким процентом проведения аутопсий. Это наблюдение подтверждают два открытых когортных исследования по распространенности SUDEP у пациентов с эпилепсией. Исследование, проведенное Ohio Medicaid insurance, выявило 0,01 случая SUDEP на 1 тыс. пациентов-лет. Аналогичное исследование, проведенное в Финляндии, выявило 2,6 случая SUDEP на 1 тыс. пациентов-лет. Такую закономерность можно объяснить тем, что исследователи Ohio Medicaid insurance полагались только на информацию в свидетельствах о смерти, тогда как финские исследователи проводили детализированное расследование каждой смерти, связанной с эпилепсией, и повторные аутопсии [18,19].

В недавнем американском метаанализе SUDEP стал шестой ведущей причиной смерти среди всех неврологических заболеваний. Множество факторов приводят к недооценке его и других причин смертности, связанной с эпилепсией. Диагноз внезапной смерти при эпилепсии часто не выставляется даже при отсутствии другого убедительного объяснения причины смерти. Это иллюстрирует клинический случай 37-летнего мужчины, который страдал генерализованной формой эпилепсии с 12 лет и умер во сне. При аутопсии было выявлено незначительное утолщение интимы коронарных артерий, а причина смерти в свидетельстве была определена как «гипертензивное сердечно-сосудистое заболевание». Эксперт, проводивший аутопсию, был прекрасно осведомлен о том, что пациент не страдал артериальной гипертензией, но имел в анамнезе генерализованные тонико-клонические приступы. Здесь мы сталкиваемся с определенным парадоксом: если пациент с удлинением интервала QT умирает, ему ставят диагноз внезапной смерти от сердечно-сосудистого заболевания. Если внезапно умирает пациент с эпилепсией, диагноз SUDEP ему не ставят [20,21]. Недооценка смертности, связанной с эпилепсией, увеличивается с возрастом. Несмотря на то, что заболеваемость возрастает после 65 лет, распростра-

ненность внезапной смерти при эпилепсии заметно снижается после 50 лет: всего 3% в возрастном интервале от 61 до 70 лет и 1% пациентов старше 70 лет. Может ли это означать, что пожилые пациенты не подвержены SUDEP? Понимается, что не так. Низкая распространенность (а точнее, выявляемость) внезапной смерти при эпилепсии среди пожилых пациентов объясняется тем, что при их внезапной смерти редко проводят аутопсии, а в случае их проведения чаще всего находят сопутствующую кардиоваскулярную либо другую патологию, соответствующую зрелому и пожилому возрасту. При этом диагноз SUDEP является диагнозом, подтверждаемым лишь при вскрытии, но не автоматически при смерти пациента с эпилепсией [22].

Мы исключаем случаи эпилептического статуса (длительностью 30 мин и более) из SUDEP, и все же 5 мин непрерывной эпилептической активности в настоящий момент на практике означает развитие эпилептического статуса. Механизмы смерти пациента от эпилептического статуса в больнице чаще ятрогенные и значительно отличаются от механизмов на дому. Вместо того чтобы рассматривать пролонгированные и повторяющиеся приступы (эпилептический статус) как отдельную нозологию, в корне отличающуюся от SUDEP, необходимо понять, что граница между эпилептическим статусом и SUDEP на практике иллюзорна. Тщательное исследование височных паттернов изменений на протяжении приступов, существенно отличающихся по продолжительности, могло бы объяснить некоторые механизмы развития SUDEP. У пациентов, умерших от SUDEP, которым проводили накануне видео-ЭЭГ-мониторинг, большинство имели 2 приступа и более в предшествующие смерти 24 ч, а некоторые имели множественные приступы во сне без возвращения сознания между приступами. При синдроме Драве SUDEP и эпилептический статус – основные причины смерти. Так как большинство внезапных смертей при эпилепсии происходит во сне и никем не наблюдается, возникает вопрос о том, как много из них возникает непосредственно после эпилептического статуса [16].

Повышение приверженности лечению как путь снижения смертности от эпилепсии

Можем ли мы снизить смертность от эпилепсии? Безусловно, да. Предупреждение приступов, в особенности генерализованных тонико-клонических, поможет снизить смертность от SUDEP, эпилептического статуса, утопления и других несчастных случаев. Так же как эффективное лечение артериальной гипертензии в комбинации с изменением стиля жизни может предотвратить множество инсультов, эффективное лечение эпилепсии с помощью ПЭП при наличии хороших навыков самоуправления может привести к клинической ремиссии и снизить смертность. Эпилептические приступы со смертельным

исходом являются закономерным последствием низкого уровня приверженности к лечению. В отличие от других хронических заболеваний, таких как артериальная гипертензия, при которой уровень приверженности в 80% достаточен для контроля заболевания, оптимальный контроль над приступами при эпилепсии требует уровня приверженности около 100%. Пациентам с эпилепсией, среди которых уровень неприверженности может быть особенно высок, необходимо объяснять, что пропуск приема единственной дозы ПЭП может иметь для них фатальные последствия.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА/ INDIVIDUAL APPROACH TO THE PATIENT'S MANAGEMENT

Современные дифференцированные подходы к лечению эпилепсии, безусловно, должны заключаться в учете, прежде всего, индивидуальных особенностей больных. Недостаточная осведомленность эпилептолога о нуждах и ожиданиях пациента, недооценка гендерных, возрастных и социодемографических аспектов до сих пор приводят к фармакорезистентности [23], в то время как Всемирная организация здравоохранения сделала заключение о том, что «повышение эффективности приверженности пациентов к терапии может иметь гораздо большее значение для здоровья населения, чем любое улучшение в специфических методах лечения» [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Таким образом, сегодня тяжелой и неизменной проблемой здравоохранения во всем мире остается стойко сохраняющаяся некомплаентность у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями нервной системы, и, пожалуй, прежде всего, эпилепсией. В то время как именно эпилепсия – не только хроническое, но при нарушении принципов приверженности еще и смертельно опасное заболевание. Обзор работ последних нескольких лет со всей очевидностью подтверждает это. Решение затронутой проблемы мы видим в системной и систематической работе эпилептологов, психиатров, психологов с конкретными пациентами и в сообществах пациентов с помощью просветительских, обучающих, психотерапевтических и реабилитационных программ. Кстати, в настоящее время обучающие курсы могут быть как очными, так и телекоммуникационными или размещенными в социальных сетях в группах пациентов.

Столь же важны, на наш взгляд, учитывая частые кардиологические риски, тематические усовершенствования для врачей общей практики, терапевтов и кардиологов, имеющих на своих участках или в стационарах пациентов с эпилепсией.

ЛИТЕРАТУРА:

- Hovinga C.A., Asato M.R., Manjunath R., et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy and Behavior*. 2008; 13(2): 16-22.
- Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. Руководство для врачей. Второе издание. М. 2019, 896 с.
- Garnett W.R. Antiepileptic drug treatment: outcomes and adherence. *Pharmacotherapy*. 2000; 20:191S-9S.
- Ramon Edmundo D. Bautista. Understanding the self-management skills of persons with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2017; V. 69.
- Kobau R., Dilorio C. Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2003; 4:217-25.
- Dilorio C., Shafer P.O., Letz R., Henry T.R., Schomer D.L., Yeager K. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2006; 9:158-63.
- Badawy R.A., Curatolo J.M., Newton M., Berkovic S.F., Macdonell R.A. Sleep deprivation increases cortical excitability in epilepsy: syndrome-specific effects. *Neurology*. 2006; 67:1018-22.
- Grenard J.L., Munjas B.A., Adams J.L., Suttrop M., Maglione M., McGlynn E.A., et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2011; 26:1175-82.
- Ettinger A.B., Good M.B., Manjunath R., Faught E.R., Bancroft T. The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 36:138-43.
- Guo Y., Xiao-Yan D., Ru-Yi L., Chun-Hong S., Yao D., Shuang W., et al. Depression and anxiety are associated with reduced antiepileptic drug adherence in Chinese patients. *Epilepsy and Behavior*. 2015; 50:91-5.
- O'Rourke G., O'Brien J.J. Identifying the barriers to antiepileptic drug adherence among adults with epilepsy. *Seizure*. 2017; 45: 160-168.
- Hesdorffer D.C., Ishihara L., Mynepalli L., Webb D.J., Weil J., Hauser W.A. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurology*. 2012; 72:184-191.
- Tang F., Zhu G., Jiao Z., Ma C., Wang B. Self-reported adherence in patients with epilepsy who missed their medications and reasons for nonadherence in China. *Epilepsy and Behavior*. 2013; 27(1):85-9.
- Ferrari C.M.M., Cardosa de Sousa R.M., Castro L.H.M. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy. *Seizure*. 2013; 27(3):384-9.
- Chapman S.C.E., Horne R., Chater A., Hukins D., Smithson W.H. Patients perspectives on antiepileptic medication: relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 31(4):312-20.
- Devinsky O. Recognizing and preventing epilepsy-related mortality. *Neurology*. 2016; 86:779-786.
- Friedman D., Donner E.J., Stephens D., Wright C., Devinsky O. Sudden unexpected death in epilepsy: knowledge and experience among U.S. and Canadian neurologists. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 35:13-18.
- Miller W.R., Young N., Friedman D., Buelow J.M., Devinsky O. Discussing sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) with patients: practices of health-care providers. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 32:38-41.
- Sillanpaa M., Shinnar S. Long-term mortality in childhood-onset epilepsy. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2522-2529.
- Nashef L., So E.L., Ryvlin P., Tomson T. Unifying the definitions of sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsia*. 2012; 53:227-233.
- Lamberts R.J., Blom M.T., Wassenaar M., et al. Sudden cardiac arrest in people with epilepsy in the community: circumstances and risk factors. *Neurology*. 2015; 85:212-218.
- Faught E., Richman J., Martin R., et al. Incidence and prevalence of epilepsy among older U.S. Medicare beneficiaries. *Neurology*. 2012; 78:448-453.
- Авакян Г. Н., Белоусова Е. Д., Бурд С. Г., Власов П. Н. и др. Проблемы эпилептологии. Ключевые приоритеты, задачи, вызовы и способы их решения. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2019; 11 (4); 396-405.

REFERENCES:

- Hovinga C.A., Asato M.R., Manjunath R., et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy and Behavior*. 2008; 13(2): 16-22.
- Karlov V. A. Epilepsy in children and adult women and men. A guide for doctors. Second edition. Moscow. 2019; 896 p.
- Garnett W.R. Antiepileptic drug treatment: outcomes and adherence. *Pharmacotherapy*. 2000; 20:191S-9S.
- Ramon Edmundo D. Bautista. Understanding the self-management skills of persons with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2017; V. 69.
- Kobau R., Dilorio C. Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2003; 4:217-25.
- Dilorio C., Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2006; 9:158-63.
- Badawy R.A., Curatolo JM, Newton M, Berkovic SF, Macdonell RA. Sleep deprivation increases cortical excitability in epilepsy: syndrome-specific effects. *Neurology*. 2006; 67:1018-22.
- Grenard J.L., Munjas B.A, Adams J.L., Suttrop M., Maglione M., McGlynn E.A., et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a metaanalysis. *J Gen Intern Med*. 2011; 26:1175-82.
- Ettinger A.B., Good M.B., Manjunath R., Faught E.R., Bancroft T. The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 36:138-43.
- Guo Y., Xiao-Yan D., Ru-Yi L., Chun-Hong S., Yao D., Shuang W., et al. Depression and anxiety are associated with reduced antiepileptic drug adherence in Chinese patients. *Epilepsy and Behavior*. 2015 50:91-5.
- O'Rourke G., O'Brien J.J. Identifying the barriers to antiepileptic drug adherence among adults with epilepsy. *Seizure*. 2017; 45: 160-168.
- Hesdorffer D.C., Ishihara L., Mynepalli L., Webb D.J., Weil J., Hauser W.A. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurology*. 2012; 72:184-191.
- Tang F., Zhu G., Jiao Z., Ma C., Wang B.. Self-reported adherence in patients with epilepsy who missed their medications and reasons for nonadherence in China. *Epilepsy and Behavior*. 2013; 27(1):85-9.
- Ferrari C.M.M., Cardosa de Sousa R.M., Castro L.H.M. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy. *Seizure*. 2013; 27(3):384-9.
- Chapman S.C.E., Horne R., Chater A., Hukins D., Smithson W.H. Patients perspectives on antiepileptic medication: relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 31(4):312-20.
- Devinsky O. Recognizing and preventing epilepsy-related mortality. *Neurology*. 2016; 86:779-786.
- Friedman D., Donner E.J., Stephens D., Wright C., Devinsky O. Sudden unexpected death in epilepsy: knowledge and experience among U.S. and Canadian neurologists. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 35:13-18.
- Miller WR, Young N, Friedman D, Buelow JM, Devinsky O.

- Discussing sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) with patients: practices of health-care providers. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 32:38–41.
19. Sillanpaa M., Shinnar S. Long-term mortality in childhood-onset epilepsy. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2522–2529.
20. Nashef L., So E.L., Ryvlin P., Tomson T. Unifying the definitions of sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsia*. 2012; 53:227–233.
21. Lamberts R.J., Blom M.T., Wassenaar M., et al. Sudden cardiac arrest in people with epilepsy in the community: circumstances and risk factors. *Neurology*. 2015; 85:212–218.
22. Faught E., Richman J., Martin R., et al. Incidence and prevalence of epilepsy among older U. S. Medicare beneficiaries. *Neurology*. 2012; 78:448–453.
23. Avakyan G.N., Belousova E.D., Burd S.G., Vlasov P.N., Ermolenko N.A., Kissin M.Y., Lebedeva A.V., Lipatova L.V., Kiteva-Trenchevska G. Current trends in epileptology: priorities, challenges, tasks and solutions. *Epilepsia i paroksizmal'nye sostoania / Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2019;11(4):395-406. (In Russ.)
DOI: <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2019.11.4.395-406>.

Сведения об авторах:

Маслова Наталья Николаевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: maslovasm@yahoo.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0183-5643>.

Скоробогатова Виктория Анатольевна – клинический ординатор кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России» Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2131-3922>.

About the authors:

Natal'ya N. Maslova – MD, Dr Sci Med, Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery, Smolensk State Medical University. E-mail: maslovasm@yahoo.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0183-5643>.

Viktoriya A. Skorobogatova – Clinical Resident of the Department of Neurology and Neurosurgery, Smolensk State Medical University. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2131-3922>.