

Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАН  
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

# ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2014 Том 6 №3



Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов  
и изданий ВАК

# ЭПИЛЕПСИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

*Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В.,  
Киссин М.Я., Бочаров В.В.*

**ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ**

## I. Актуальность проблем здоровья пожилого населения

В настоящее время интерес к изучению медицинских и психосоциальных проблем пожилых людей, необходимость знаний об этом периоде жизни не вызывает сомнений. Актуальность исследований по различным аспектам патологии позднего возраста обусловлена многими факторами, но, прежде всего, стремлением к общей гуманизации медицинской и социальной помощи. В связи с этим проблема возникновения эпилептических припадков у взрослых и пожилых людей приобретает особое значение. Она включает в себя важнейшие аспекты геронтологии, эпилептологии и кардиоваскулярной патологии, неврофизиологии, психиатрии и медицинской психологии (Прохорова Э.С., 1981, 1982, 1983; Карлов В.А., 1990; Керимов А.Г., 1990; Керимов А.Г., 1990; Вассерман Л.И. с соавт., 2001; Гордеев В.И., Александрович Ю.С., 2001; Гехт А.Б., Меликян Э.Г., 2004; Незнанов Н.Г., Громов С.А., Михайлов В.А., 2005; Hauser W.A., 1975, 1991, 1993, 1995; Vesely M., 1990; Daniele O. 1989; Annegers J.F., 1995; Brulde B., 2001; Leppik I.E., Birnbaum A., 2002; Kramer G., 2003;)

Эпилепсия – одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний. Заболеваемость эпилепсией среди пожилых (60 и более лет) колеблется от 107,5 человек на 100 тыс. населения в Швейцарии до 127,2 человек на 100 тыс. во Франции и 166 человек на 100 тыс. в Швеции, тогда как в среднем составляет 30–50 человек на 100 тыс. населения (Hauser W.A. с соавт., 1993, 1995; Yallon P. 1994; Forsgren с соавт., 1996). По данным проведенного в Российской Федерации исследования, в возрасте старше 60 лет эпилепсией страдают более 100 россиян на каждые 100 тыс. населения (Карлов В.А., 1990; Гехт А.Б., 2005, 2010). Несмотря на активное изучение эпилепсии позднего возраста, в настоящий момент нет единой концепции относительно возрастных аспектов тече-

ния эпилепсии, не разработаны четкие критерии фармакологического контроля антиэпилептической терапии, прогнозирования течения заболевания, особенностей развития тревожных и эмоционально-аффективных расстройств, изменений личности, стигматизации, социальной фрустрированности, нарушений социальной адаптации, которые в значительной степени снижают качество жизни (КЖ) пациентов пожилого возраста. (Морозова О.С., 2007; Михайлов В.А., 2008; Меликян Э.Г., Гехт А.Б. 2011; Baker G.A. с соавт., 2001; Martin R с соавт., 2003; Canuet L. с соавт., 2009; Saetre E. с соавт., 2010).

## II. Этиология эпилепсии пожилого возраста

Причинами, приводящими к развитию эпилептических припадков у пациентов старших возрастных групп, в настоящее время считаются цереброваскулярные заболевания (около 50%) и деменции (11–16%), (Faught E., 1999; LaRoshe S.M., Helmers S.L., 2003; Vercueil L., 2007). Третьей причиной эпилепсии пожилого возраста является нейрохирургическая патология, которая включает в себя опухоли головного мозга (4%), травматические повреждения головного мозга (от 1 до 3%), (Hauser W.A., 1997; Лебедева А.В., 1998; Гехт А.Б., 2008; Меликян Э.Г., 2004).

А.С. Котов и И.Г. Рудакова (2012) приводят следующие результаты своих наблюдений: основными причинами симптоматической эпилепсии у обследованных пациентов пожилого возраста были цереброваскулярные заболевания – у 58,3%, посттравматическая эпилепсия 12,5%, в остальных случаях развитие заболевания было связано с последствиями нейроинфекций, наследственными дегенеративными заболеваниями и опухолями мозга, а также с алкогольной энцефалопатией (29,2%). W.A. Hauser выявил, что в 30% случаев ЭП у пациентов старше 60 лет были связаны с нарушением мозгового кровообращения, такие же цифры представили К. Luidorf и соавт.

C. Sung и N. Chu при обследовании 342 больных старше 60 лет, страдающих ЭП, установили, что в 35% случаев причиной ЭПВ были цереброваскулярные заболевания, в 21% – травмы, в 8% – опухоли головного мозга, в 10% – метаболические нарушения, в 11% – полиэтиологические причины и в 2% – инфекции ЦНС. «В определении эпилепсии указывается, что это заболевание характеризуется повторными эпилептическими припадками и сопровождается другими клиническими и параклиническими проявлениями: среди первых важнейшими являются изменения психики» (Карлов В.А., 2007). Проблема эпилепсии имеет междисциплинарный характер. Формально, представляя собой неврологическое заболевание, эпилепсия сопряжена с широкой гаммой психопатологических расстройств. По данным различных авторов, в структуре заболевания отмечается рост форм эпилепсии с непсихотическими аффективными расстройствами, увеличилось количество больных эпилепсией с пограничными тревожными и аффективными расстройствами – с 11 до 66% (Киссин М.Я., 2006; Громов С.А. Якунина О.Н., 2006; Карлов В.А. 2005). В приложении к пожилому возрасту этой группы пациентов, исследования особенностей эпилепсии и непсихотических расстройств достаточно малочисленны, в основном затрагивают большую популяционную группу, без акцента на возрастные аспекты после 60 лет. (Меликян Э.Г., Гехт А.Б., 2008; Киссин М.Я., Бондаренко И.И., 2009; Лебедева А.В., 2011). Исследование 15928 больных эпилепсией (Киссин М.Я., 2007), находившихся на лечении в Санкт-Петербургском городском эпилептологическом центре (ГЭЦ), выявило у 6 812 пациентов (43%) следующие психические нарушения: изменения личности (45%), аффективные (18,9%) и тревожные (17,2%) расстройства, эпилептические деменции (16%), эпилептические психозы (1%), сумеречные помрачения сознания (2%).

На материалах СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева и ГЭЦ СПб нами было проведено катamnестическое исследование ЭПВ за период с 2009 по 2013 г. Анализ медицинской документации 7290 больных эпилепсией позволил выявить непсихотические психические расстройства у 1283 пациентов с ЭПВ (старше 60 лет). В структуре коморбидной психопатологической симптоматики в 98,13% случаев наблюдались различные эмоционально-аффективные расстройства.

**Цель нашего исследования** – изучить структуру непсихотических психических расстройств (НПР) у пациентов пожилого возраста, перенесших инсульт, и у больных симптоматической постинсультной эпилепсией; оценить влияние НПР на качество жизни (КЖ) исследованных больных.

**Методы и материалы.** Исследованы две группы больных (56 чел.), которые в течение последних трех лет перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в различных артериальных бассейнах головного мозга. В пер-

вой группе больных (37 человек: 21 мужчина, 16 женщин) ОНМК осложнилось развитием симптоматической постинсультной, локально обусловленной, эпилепсией. Во 2-й группе пациентов (19 человек: 7 мужчин, 12 женщин) пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 63,0 года (60,0-65,0 лет), 2-й группы – 62,5 года (61,5-65,0 лет). Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, нейровизуализационное, нейрофизиологическое обследование. Психологическое тестирование осуществлялось с использованием опросников КЖ SF-36, QOLIE-31, скрининга степени дискомфорта (опросник выраженности симптоматической психопатологии SCL-90-R (Derogatis с соавт., 1974), оценки депрессивных и тревожных расстройств с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, Beck A.T., 1961), шкалы тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976).

**Результаты.** Ведущее место в структуре непсихотических психических нарушений у исследованных нами больных эпилепсией пожилого возраста занимало депрессивное расстройство в связи с эпилепсией, F06.362 – (68,94%). Распределение других НПР было следующим: эмоционально-лабильное расстройство с тревожным синдромом, F06.62 (21,97%), легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией F06.72 (4,54%), психотические депрессивные расстройства F06.322 (4,54%). В первой группе больных достоверно чаще встречались аффективные расстройства депрессивного регистра (1-я группа – 78,9%, 2-я группа – 33,3%), во второй – тревожного регистра (1-я группа – 21,1% и 2-я группа – 66,7%,) соответственно. Среднее значение депрессии в сравниваемых группах по шкале BDI составило  $34,81 \pm 2,73$  и  $28,57 \pm 3,07$  баллов, по шкале HRDS –  $21,84 \pm 1,50$  и  $13,79 \pm 1,36$  ( $p \leq 0,01$ ). Статистически значимых межгрупповых различий при исследовании тревоги по шкалам Спилбергера-Ханина, STAI, у обследованных выявлено не было. Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов – в первой группе и 131,69 – во второй ( $p < 0,001$ ; критерий Манна-Уитни, Тау Кенделла). Значимые отличия с существенно более низкими оценками КЖ у больных первой группы были получены по таким субсферам, как когнитивное функционирование: 13,01 и 17,91 баллов ( $p < 0,001$ ), боязнь приступов: 39,47 и 80,00 баллов ( $p < 0,001$ ), боязнь антиэпилептических препаратов: 1,59 и 3,00 ( $p < 0,001$ ) соответственно. Значимые различия между группами при оценке КЖ (опросник SF-36) в сфере психического здоровья: первая группа – 30,81 и вторая – 27,49 баллов соответственно. При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов, GSI (General

index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов в 1-й группе, и 0,70 во 2-й. Наибольшие различия отмечались в оценках по шкалам соматизация, обсессивность-компульсивность, фобия, депрессивности, тревожности, психотизма.

### Выводы

- Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ЭПВ статистически значимо снижено общее КЖ в сравнении с группой пациентов пожилого возраста, перенесших инсульт и не имеющих эпилептических припадков.
- Особенно низкие показатели отмечены в сферах КЖ, касающихся психического компонента здоровья и когнитивного функционирования пациентов, боязни приступов, социальных функций, влияния АЭП.
- Общий суммарный показатель КЖ находится в прямой корреляционной связи с величинами субсфер «Боязнь приступов», «Влияние АЭП», «Социального функционирования», а также выявлена прямая взаимосвязь между сферами «Эмоциональное благополучие» и «Энергичность/усталость».
- Клиническое проявление психопатологической симптоматики у больных эпилепсией пожилого возраста находится в корреляционной связи с показателями субсфер КЖ.
- При депрессивных нарушениях у пациентов с ЭПВ обнаружена корреляция с общим качеством жизни, эмоциональным благополучием и социальным функционированием, а при тревожных расстройствах – только с эмоциональным благополучием.
- Симптоматическая эпилепсия значительно ухудшает качество жизни и социальное функционирование, в т.ч. за счет выраженности проявлений эмоционально-аффективных расстройств в пожилом возрасте, формируя в последующем элементы аутостигматизации и фрустрированности.
- Таким образом, эмоционально-аффективные расстройства в ядре патогенеза эпилепсии пожилого возраста занимают значимое место в изменении качества жизни, требуют дополнительных реабилитационных мероприятий и дальнейшего изучения их патогенеза в неразрывной связи с эпилепсией.