

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

Меликян Э.Г., Лебедева А.В., Мильчакова Л.Е., Гехт А.Б.

Кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета ГОУ
ВПО РГМУ Росздрава, Москва

УДК: 616.853-089

Резюме

Подробно рассмотрены результаты оценки качества жизни (КЖ) пациентов с эпилепсией при использовании хирургических методов лечения.

Ключевые слова: качество жизни, хирургическое лечение эпилепсии, эпилепсия.

QUALITY OF LIFE OF EPILEPSY PATIENTS AFTER EPILEPSY SURGERY

Melikyan E.G., Lebedeva A.V., Guekht A.B.

Keywords: quality of life, surgical treatment of epilepsy, epilepsy.

До начала 90-х годов результаты хирургического лечения эпилепсии оценивались по снижению частоты и/или прекращению эпилептических приступов. И это вполне понятно, т. к. медикаментозно резистентные приступы являются причиной рассмотрения необходимости хирургического вмешательства.

Однако недавние исследования показали, что одно только снижение частоты и даже прекращение приступов не может быть конечной целью хирургического лечения эпилепсии, т.к. пациенты, не имеющие приступов в результате проведенной операции, могут иметь психологические или социальные проблемы, зачастую весьма серьезные и вызывающие снижение качества жизни [5, 8, 10, 14, 29, 34, 40].

Поэтому во многих зарубежных эпилептологических центрах большое внимание стало уделяться исследованию качества жизни (КЖ) у больных эпилепсией после оперативного лечения, учитывая, что систематическое изучение КЖ может улучшить понимание преимуществ и недостатков немедикаментозных методов лечения [4, 6, 17, 23, 36]. В этой связи необходимо отметить, что первые исследования по КЖ пациентов с эпилепсией коснулись именно хирургических методов лечения [30, 33], и что один из первых опросников по исследованию КЖ при эпилепсии «The Epilepsy Surgery Inventory» (сокращенно «ESI-55») применялся для исследования пациентов при подготовке к оперативному лечению эпилепсии [35].

На сегодняшний день считается, что целью хирургического вмешательства при эпилепсии является полное прекращение приступов или существенное снижение их частоты и тяжести, улучшение социально-трудовой и педагогической адаптации и КЖ при минимальных негативных последствиях, в любом случае менее значимых, чем прогнозируемое улучшение состояния больного [2].

Показаниями для хирургического лечения эпилепсии являются [1]: медикаментозно резистентные приступы (обязательное условие); приступы, снижающие

КЖ (обязательное условие); локализованный фокус эпилептической активности (дополнительное условие); биологические предпосылки резистентности приступов (дополнительное условие).

Показано, что пациенты с резистентной эпилепсией после оперативного лечения имеют КЖ выше, чем пациенты, которые получали только медикаментозную терапию [11, 15, 38]. Получены данные, что КЖ у пациентов с эпилепсией после хирургического лечения может быть практически приближено к показателям здоровой популяции, и более того, по шкале эмоционального благополучия даже стать выше, чем у здоровых лиц вследствие положительной динамики после операции [26].

Однако необходимо подчеркнуть, что большинство опубликованных за последнее десятилетие исследований по КЖ после хирургических методов лечения эпилепсии были посвящены только пациентам с височной эпилепсией. К тому же эти исследования чаще всего имели ретроспективный [9, 19, 23, 25, 28, 37], а не проспективный [10, 26, 31] дизайн. Хотя некоторые исследования были проспективными, часть из них были краткосрочными [20, 29] и к тому же не имели исходных, дооперационных, данных КЖ [7]. Первое длительное проспективное исследование по КЖ у больных эпилепсией вневисочной локализации с изучением динамики КЖ было опубликовано только в 2008 году [32].

Конечно, по этическим соображениям и в будущем маловероятно проведение рандомизированных контролируемых исследований по сравнительному изучению КЖ хирургического и терапевтического методов лечения у пациентов с эпилепсией [9]. Тем не менее, контролируемых исследований по КЖ при хирургических методах лечения больных с эпилепсией с хорошим дизайном проведено не так уж и много. Так, например, проведено несколько исследований по сравнительному изучению КЖ у прооперированных пациентов с эпилепсией с КЖ у пациентов, ожидающих хирургического лечения [15] или не имевших показаний для такого лечения [25, 37].

В целом показано, что КЖ значительно улучшается после хирургического лечения пациентов с височной эпилепсией в случае полного устранения приступов в сравнении с теми пациентами, у которых приступы продолжают [7, 8, 19, 20, 21, 22, 26, 34]. Также имеются данные по улучшению КЖ при значительном снижении частоты приступов [15, 22, 24].

Интересными в этой связи являются результаты исследований КЖ у больных эпилепсией McLachlan R. с соавторами (1997) об ухудшении КЖ у пациентов после хирургического лечения в случае, если отмечалось уменьшение числа приступов менее чем на 90% [25]. Хотя, при оценке результатов хирургического лечения эпилепсии, лучшим исходом считается класс I (по шкале Engel J, 1987 [13]), когда нет приступов с потерей сознания, но возможны ауры, пациенты при аурах имеют КЖ ниже, чем пациенты без приступов [12]. Это пример разрыва между видением влияния эпилепсии на КЖ с точки зрения пациента и с точки зрения врача.

В этой связи уместно привести результаты изучения КЖ, полученные в ходе исследования Bien C.G. с соавторами (2006). Сравнение параметров КЖ пациентов с эпилепсией до и после хирургического лечения показало, что операция ведет к улучшению КЖ по большинству шкал опросника «ESI-55» [9]. При этом, хотя КЖ и оказалось выше в группе пациентов после операции в сравнении с кандидатами на хирургическое лечение, оно не было выше, чем в группе пациентов с фармакорезистентной эпилепсией, не имеющих показаний к хирургическому лечению. Самое большое различие КЖ было отмечено при сравнении прооперированных пациентов и тех пациентов, которые только готовились к операции.

Несмотря на то, что группы пациентов не были рандомизированы и длительность наблюдения была разной во всех группах, полученные данные авторы интерпретировали следующим образом. Со временем пациенты, которые отказались от хирургического лечения или у которых по показаниям было принято решение проводить только медикаментозную терапию, постепенно «сравниваются» по показателям с оперированными пациентами. Это может быть результатом самого течения заболевания: ухудшение контроля приступов в отдаленный период после операции, оптимизация терапии, в т.ч. и с помощью новых антиэпилептических препаратов (АЭП), и др. (цит. по Wieser H.G. с соавторами, 2003) [39]. Не исключено также, что пациенты, ожидающие предоперационной оценки, оценивают свое КЖ ниже, с тем, чтобы «обосновать» свое желание к операции [9].

В этом отношении достойно внимания исследование, проведенное Spencer S.S. с соавторами (2007) по сравнению показателей КЖ пациентов с эпилепсией после хирургического лечения и контрольной группы из популяции здоровых [35]. Анализ данных отчетливо продемонстрировал, что спустя 5 лет после операции уровень КЖ был такой же или даже выше у пациентов с эпилепсией по 7 из 8 шкал опросника «SF-36». И только

по одной шкале – шкале социального функционирования – оперированные пациенты с эпилепсией, не имевшие приступов, значительно уступали по показателям КЖ контрольной здоровой группе.

До сих пор остается открытым вопрос, могут ли пациенты с длительным анамнезом эпилепсии, даже с продолжительным отличным результатом после хирургического лечения в виде отсутствия эпилептических приступов, наверстать то, что было упущено, и достичь при этом нормального уровня социальной активности. Годы ограничений в социальной сфере могут вызывать необходимость таких же многолетних медленных улучшений в психосоциальной сфере пациента. Изучение этого вопроса представляется крайне перспективным для разработки реабилитации пациентов и обоснования необходимости более раннего хирургического лечения пациентов с резистентной эпилепсией.

В целом считается, что отдаленные результаты хирургического лечения эпилепсии являются более важными, чем непосредственно после операции или краткосрочные. Экспертами принят консенсус, что улучшение КЖ необходимо как минимум спустя 2 года после операции [25] с нормализацией КЖ спустя 3 года после операции по поводу височной эпилепсии [26, 32]. Тем не менее, в большинстве исследований длительность катамнеза составляет от нескольких месяцев до 2 лет.

Не исключено, что именно с короткими сроками наблюдения связано отсутствие изменений КЖ у пациентов с эпилепсией после хирургического лечения. Так, например, в исследованиях, в которых КЖ изучалось спустя один год после операции [19, 21, 24] оно менялось не столь значительно, как при более длительных наблюдениях [3, 15, 26].

В исследовании Mikati M.A. с соавторами (2006) у пациентов с эпилепсией спустя 3 года после оперативного лечения КЖ оказалось значительно выше, чем у тех же пациентов спустя 1 год после операции [26].

В этом отношении весьма интересны результаты, полученные Tanriverdi T. с соавторами (2008), согласно которым спустя 6 месяцев, 2 года и 12 лет при оценке КЖ после оперативного лечения у пациентов без приступов КЖ не улучшалось по всем субшкалам в сравнении с пациентами с продолжающимися приступами [32]. Этот неожиданный результат говорит о том, что, несмотря на то, что частота приступов является важным показателем успешности лечения пациентов с эпилепсией, улучшение КЖ зависит и от других факторов.

В целом хотелось бы подчеркнуть, что данные по динамике КЖ остаются разноречивыми. Наряду с данными по улучшению КЖ у всех пациентов, включая тех, у которых приступы продолжались [3, 4], опубликованы работы, в которых представлены данные не по повышению, а по снижению КЖ после оперативного лечения эпилепсии [8, 40].

Так, например, в исследовании, проведенном N. Aydemir с соавторами в 2004 году с помощью опросника

«SF-36», несмотря на то, что пациенты после хирургического лечения эпилепсии отмечали некоторое улучшение КЖ, ни одно из различий не достигло статистической значимости, за исключением ограничений, связанных с эмоциональными проблемами [8]. Значительное улучшение по этой шкале можно объяснить прекращением эпилептических приступов, что положительно влияет на общее благополучие, самоуважение и настроение пациента с эпилепсией. В то же время авторы подчеркивают, что исчезновение приступов у пациентов с длительным анамнезом эпилепсии (в среднем 19,5 лет) имело и отрицательный эффект.

Здесь возможны несколько объяснений.

Во-первых, необходимо учитывать, что пациенты продолжали прием АЭП, что могло вести к снижению КЖ. Косвенно на это указывает тот факт, что пациенты, продолжавшие прием АЭП, имели КЖ в целом ниже, чем те, у кого АЭП были отменены.

Во-вторых, у пациента после хирургического лечения эпилепсии могут сохраняться или появляться *de novo* такие психосоциальные проблемы, как депрессия, тревога и стигма [18, 27], которые ухудшают КЖ пациентов независимо от контроля [10, 17, 21, 37]. Предрасполагающими факторами к развитию депрессии являются сами эпилептические приступы, прием АЭП, нейробиологические факторы и тревога [27].

Тревога может вести к увеличению негативных жалоб со стороны пациента и снижению его КЖ, причем также независимо от результатов лечения, тем более что тревожность может усиливаться после оперативного вмешательства [5, 29]. Необходимо отметить, что левополушарные очаги являются предикторами такой тревожности.

К тому же, эпилепсия связана со стигматизацией, имеющей долгосрочное влияние на пациента, даже если заболевание переходит в стадию ремиссии.

В-третьих, даже при полном контроле приступов после оперативного лечения пациент с эпилепсией может не адаптироваться к состоянию без приступов. Для объяснения этого явления выдвинута концепция «груза нормальности» (*«burden of normality»*), которая по сути является новой моделью ранее выдвинутого тезиса, что медицинские вмешательства, изменяя жизнь пациента, бросают вызов тому уровню приспособления, который ранее служил для поддержания или нарушения его психологического и психосоциального функционирования [40]. После оперативного вмешательства пациент вынужден отказаться от того ролевого поведения, которое ранее было связано с эпилептическими приступами и научиться продолжить жить без них. Этот весьма сложный процесс изменения поведения требует изменения индивидуальности пациента с «хронически больного» на «выздоровевшего». Такое изменение может вести к развитию синдрома, включающего психологические, аффективные, поведенческие и социологические проявления

[40]. Причем эти симптомы более выражены у пациентов с хорошим контролем приступов в сравнении с теми пациентами, у которых приступы сохраняются [8, 40]. Интересно отметить, что длительный анамнез эпилепсии также способствует развитию указанного синдрома.

После оперативного вмешательства наряду со снижением частоты приступов субъективное ощущение улучшения возможностей работы является важнейшим предиктором удовлетворенности пациентом лечения, в то время как неврологический дефект и отрицательное влияние лечения на эмоциональное и социальное функционирование являются наиболее важными для развития неудовлетворенности пациентом лечения [16]. Это подчеркивает важность разработки программ профессиональной и социальной реабилитации для пациентов с эпилепсией.

В связи с этим хотелось бы подчеркнуть, что опросники по определению КЖ, которые используются для определения исходов хирургического лечения пациентов с эпилепсией, имеют ограниченные возможности для выявления имеющихся у пациента психосоциальных и психологических проблем. Поэтому опрос пациента с открытыми вопросами может помочь выяснению его точки зрения и, соответственно, проблем, тревожащих его, включая восприятие пациентом самой хирургической операции и ожидания от нее.

Остается надеяться, что дальнейшие исследования по изучению влияния хирургических методов лечения на КЖ пациентов с эпилепсией, расширение знания врачей – эпилептологов по возможностям хирургического лечения, отработка методологии направления больных для возможного хирургического вмешательства и разработка новых опросников по изучению КЖ станут основой дальнейшего позитивного движения в этом направлении.

Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «РГНФ № 06-06-00257а. РГМУ»

Литература

1. Броун Т., Холмс Г. Эпилепсия. Клиническое руководство: /Пер. с англ. Под ред. проф. К.Ю. Мухина. – М.: Изд-во «БИНОМ», 2006. – 288 с.
2. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии). – М.: МИА. – 2002. – 415 с.
3. Лебедева А.В. Опыт хирургического лечения фармакорезистентных эпилепсий у взрослых пациентов в Москве. // Журн. невропатол. и психиатр. – 2006. – №106, приложение. – Вып. 1. «Эпилепсия». – С. 16–21.
4. Ahmad F.U., Tripathi M., Padma M.V. et al. Health-related quality of life using QOLIE-31 before and after epilepsy surgery: a prospective study at a tertiary care center. // Neurol India. – 2007. – Vol. 55. – №4. – P. 343–348.
5. Andelman F., Field I., Neufeld M.Y. Quality of life self-assessment as a function of lateralization of lesion in candidates for epilepsy surgery. // Epilepsia. – 2001. – Vol. 42. – №4. – P. 549–555.
6. Andersen B., Rogvi-Hansen B., Kruse-Larsen C., Dam M. Corpus callosotomy: seizure and psychosocial outcome. A 39-month follow-up of 20 patients. // Epilepsy Res. – 1996. – Vol. 23. – №1. – P. 77–85.
7. Asztely F., Ekstedt J.F., Rydenhag B., Malmgren K. Long term follow-up of the first 70 operated adults in the Goeteborg Epilepsy Surgery Series with respect to seizures, psychosocial outcome and use of antiepileptic drugs. // J Neurol Neurosurg Psychiatr. – 2007. – Vol. 78. – №6. – P. 605–609.

8. Aydemir N., Ozkara C., Canbeyli R., Tekcan A. Changes in quality of life and self-perspective related to surgery in patients with temporal lobe epilepsy. // *Epilepsy & Behavior*. – 2004. – Vol. 5. – №5. – P. 735–742.
9. Bien C.G., Schulz-Bonhage A., Soeder B.M. et al. Assessment of the long-term effects of epilepsy surgery with three different reference groups. // *Epilepsia*. – 2006. – Vol. 47. – №11. – P. 1865–1869.
10. Cancrurtaran E.S., Ulug B., Saygi S. et al. Psychiatric morbidity, quality of life, and disability in mesial temporal lobe epilepsy patients before and after anterior temporal lobectomy. // *Epilepsy Behav.* – 2005. – Vol. 7. – №1. – P. 116–122.
11. Derry P.A., Wiebe S. Psychological adjustment to success and failure following epilepsy surgery. // *Can J Neurol Sci.* – 2000. – Vol. 27 (Suppl. 1). – P. 121–125.
12. Devinsky O. The meaning of quality of life to patients with epilepsy. // *Epilepsy & Behavior*. – 2000. – Vol. 1. – №1. – P. 18–20.
13. Engel J. Approaches to localization of the epileptogenic lesion. / In: Engel J. Jr. ed. *Surgical treatment of the epilepsies*. – New York: Raven Press. – 1987. – P. 75–95.
14. Ferguson S.M., Rayport M., Shell C.A. Life after surgery for temporolimbic seizures. // *Int Rev Neurobiol.* – 2006. – Vol. 76. – P. 87–116.
15. Gilliam F.G., Kuzniecky R., Meador K. et al. Patient-oriented outcome assessment after temporal lobectomy for refractory epilepsy. // *Neurology*. – 1999. – Vol. 53. – №4. – P. 687–694.
16. Guldvog B. Patient satisfaction and epilepsy surgery. // *Epilepsia*. – 1994. – Vol. 35. – №3. – P. 579–584.
17. Hermann B.P., Wyler A.R., Somes G. Preoperative psychosocial adjustments and surgical outcome are determinants of psychosocial status after anterior temporal lobectomy. // *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* – 1992. – Vol. 55. – №6. – P. 491–496.
18. Ho A., Ng K.K., Chan C.C.H., Lee T.M.C. Quality of life of people with epilepsy following temporal lobectomy: a preliminary report. // *Percept Mot Skills*. – 2000. – Vol. 91. – №3. – P. 1035–1039.
19. Kellett M.W., Smith D.F., Chadwick D.W. Quality of life after epilepsy surgery. // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 1997. – Vol. 63. – №1. – P. 52–58.
20. Kim Y.H., Kim H.J. Assessing quality of life for the measurement of outcome after epilepsy surgery. // *Psychiatr Clin Neurosci.* – 1995. – Vol. 49. – №3. – P. 304–305.
21. Langfitt J.T., Westerveld M., Hamberger M.J., et al. Worsening of quality of life after epilepsy surgery: effect of seizures and memory decline. // *Neurology*. – 2007. – Vol. 68. – №23. – P. 1988–1994.
22. Lowe A., David E., Kilpatrick C.J., et al. Epilepsy surgery for pathologically proven hippocampal sclerosis provides long-term seizure control and improved quality of life. // *Epilepsia*. – 2004. – Vol. 45. – №3. – P. 237–242.
23. Malmgren K., Sullivan M., Ekstedt G. et al. Health-related quality of life after epilepsy surgery: a Swedish multicenter study. // *Epilepsia*. – 1997. – Vol. 38. – P. 830–838.
24. Markand O.N., Salanova V., Whelihan E., Emsley C.L. Health-related quality of life after epilepsy treated with anterior temporal lobectomy. // *Epilepsia*. – 2000. – Vol. 41. – №6. – P. 749–759.
25. McLachlan R., Rose K.J., Derry P.A., et al. Health-related quality of life and seizure control in temporal lobe epilepsy. // *Ann Neurol*. – 1997. – Vol. 41. – №4. – P. 482–489.
26. Mikati M.A., Comair Y.G., Rahi A. Normalization of quality of life three years after temporal lobectomy: a controlled study. // *Epilepsia*. – 2006. – Vol. 47. – №5. – P. 928–933.
27. Piazzini A., Canevini M., Maggiori G., Canger R. Depression and anxiety in patients with epilepsy. // *Epilepsy Behav.* – 2001. – Vol. 2. – №5. – P. 481–489.
28. Reid K., Herbert A., Baker G.A. Epilepsy surgery: patient-perceived long-term costs and benefits. // *Epilepsy & Behavior*. – 2004. – Vol. 5. – №1. – P. 81–87.
29. Rose K. J., Derry P.A., McLachlan R.S. Neuroticism in temporal lobe epilepsy: assessment and implications for pre- and postoperative psychosocial adjustment and health-related quality of life. // *Epilepsia*. – 1996. – Vol. 37. – №5. – P. 484–491.
30. Savard R.J., Walker E. Changes in social functioning after surgical treatment for temporal lobe epilepsy. // *Soc Work*. – 1965. – Vol. 10. – P. 87–95.
31. Spencer S., Berg A., Vickrey B., et al. Multicenter study of epilepsy surgery. Health-related quality of life over time since resective epilepsy surgery. // *Ann Neurol*. – 2007. – Vol. 62. – №4. – P. 327–334.
32. Tanriverdi T., Olivier N.P., Olivier A. Quality of life after extratemporal epilepsy surgery: a prospective clinical study. // *Clin Neurol Neurosurg*. – 2008. – Vol. 110. – №1. – P. 30–37.
33. Taylor D.C., Falconer M.A. Clinical, socio-economic, and psychological changes after temporal lobectomy for epilepsy. // *Br J Psychiatry*. – 1968. – Vol. 114. – №515. – P. 1247–1261.
34. Telez-Zenteno J.F., Dhar R., Hernandez-Ronquillo L., Wiebe S. Long-term outcomes in epilepsy surgery: antiepileptic drugs, mortality, cognitive and psychosocial aspects. // *Brain*. – 2007. – Vol. 130. – P. 334–345.
35. Vickrey B.G., Hays R.D., Graber J. et al. A health-related quality of life instrument for patients evaluated for epilepsy surgery. // *Med Care*. – 1992. – Vol. 30. – №4. – P. 299–319.
36. Vickrey B.G., Hays R.D., Rausch R. et al. Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. // *Epilepsia*. – 1994. – Vol. 35. – №3. – P. 597–607.
37. Vickrey B.G., Hays R.D., Engel J., et al. Outcome assessment for epilepsy surgery: the impact of measuring health-related quality of life. // *Ann Neurol*. – 1995. – Vol. 37. – №2. – P. 158–166.
38. Wiebe S., Blume W.T., Girvin J.P., Eliasziw M. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy. // *N Engl J Med*. – 2001. – Vol. 345. – №5. – P. 311–318.
39. Wieser H.G., Ortega M., Friedman A., Yonekawa Y. Long-term seizure outcomes following amygdalohippocectomy. // *J Neurosurg*. – 2003. – Vol. 98. – №4. – P. 751–763.
40. Wilson S.J., Bladin P.F., Saling M.M. The burden of normality: a framework for rehabilitation after epilepsy surgery. // *Epilepsia*. – 2007. – Vol. 48. – Suppl. 9. – P. 13–16.

Контактная информация

Меликян Э.Г.

Кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета ГОУ ВПО
РГМУ Росздрава, Москва

117513, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ehmelikyan@yandex.ru