

УДК 616.853-039.3-084

## Анализ качества жизни пациентов с психогенными неэпилептическими приступами и эпилепсией

*Веевник Е. В., Дымковская М. Н., Лихачев С. А.*

*Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Реферат.** В статье представлен анализ показателей качества жизни пациентов с эпилепсией и психогенными неэпилептическими приступами, которые требуют дифференциальной диагностики между собой и нередко встречаются у одного и того же пациента. Исследование проводилось с использованием «Опросника КЖ при эпилепсии» (Quality of Life in Epilepsy-31). Все пациенты изначально были направлены в РНПЦ неврологии и нейрохирургии с подозрением на фармакорезистентную эпилепсию. Результаты исследования продемонстрировали достоверную разницу между отдельными показателями качества жизни в группах. Это косвенно подтверждает предположение об отсутствии фармакорезистентности у пациентов с сочетанием эпилептических и психогенных приступов и свидетельствует о их разном влиянии на качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** фармакорезистентная эпилепсия, психогенные неэпилептические приступы, качество жизни, эмоциональное благополучие.

**Введение.** Интегральный показатель качества жизни (КЖ) все чаще используется в клинических исследованиях, позволяя врачу и пациенту сформировать общую картину влияния заболевания и терапии на жизнедеятельность человека. Немало исследований проведено в отношении изучения КЖ при эпилепсии. Использование в практической эпилептологии параметров КЖ, отражающих физическое, психическое и социальное благополучие пациента, позволяет более полно проводить диагностическую оценку и с учетом полученных данных, индивидуализировать лечебно-реабилитационные подходы. Сопутствующие психические нарушения при эпилепсии ожидаемо могут оказывать влияние на качество жизни пациентов. В этом плане представляет интерес изучение КЖ пациентов с психогенными неэпилептическими приступами (ПНЭП), которое нередко приходится дифференцировать с эпилептическими.

Так, ПНЭП напоминают эпилептические приступы (эпизоды измененной двигательной активности, ощущений либо переживаний), которые не сопровождаются эпилептиформной активностью на ЭЭГ [1].

В МКБ – 10 ПНЭП включены в раздел диссоциативных расстройств, в DSM – V – в раздел психосоматических и конверсионных нарушений.

Среди всех первичных пациентов в приемном отделении с впервые возникшим приступом потери сознания – 57,4 % случаев связано с эпилепсией, 22,3 % – обмороками, 18 % – ПНЭП [2].

В 20–30 % случаев впервые диагностированной эпилепсии диагноз установлен ошибочно. По некоторым данным, ПНЭП могут составлять до 90 % от доли неправильно диагностированной эпилепсии. Период времени между появлением ПНЭП и их распознаванием составляет от 7 до 16 лет. Примерно у 20 % пациентов на этапе предоперационной диагностики эпилепсии и более чем у 50 % лиц с «фармакорезистентными эпилептическими статусами» имеют место ПНЭП. Настороженность в отношении ПНЭП у врачей крайне низкая, диагностика затруднена и ограничивается возможностями специализированных эпилептологических центров. Заболеваемость ПНЭП соответствует 1,4–4,9/100 тыс. в год, распространенность – от 2 до 33 на 100 тыс. человек [3].

Таким образом, ПНЭП встречаются при истинных эпилептических приступах, в том числе фармакорезистентных, а также могут быть изолированными. Частота коморбидности эпилепсии и ПНЭП в среднем составляет 12–22 % [4]. Механизмы, предположительно лежащие в основе развития ПНЭП у пациентов с эпилепсией, включают сопутствующие психические заболевания, коррелирующие с эпилепсией, наличие так называемого припадочного каркаса, на основе которого возникает ПНЭП;



развитие замещающих симптомов (в частности, у пациентов, с ремиссией эпилептических приступов) для получения вторичных выгод, таких как внимание со стороны родственников, денежная компенсация или возможность не работать. Эпилепсия является признанным фактором риска развития ПНЭП, считается, что при фармакорезистентной эпилепсии — более высокий риск развития ПНЭП, и наоборот. Коморбидные случаи, как и случаи неправильно установленного диагноза «эпилепсия» у пациентов с ПНЭП, как правило, приводят к псевдорекривной эпилепсии, что в свою очередь связано не только с необоснованным назначением противоэпилептических препаратов, полилечением, но и потенциально опасным увеличением их дозировок [3].

Согласно интегрированной когнитивной модели, предложенной R. J. Brounet и M. Reuber, ПНЭП возникают в результате воздействия измененных стимулов на активацию сетей памяти. Модель основана на изменении физиологического функционирования, при котором реакция на стимул зависит от знакомства с ним. Соответственно, знакомый стимул, уже представленный и сохраненный в сетях памяти, генерирует автоматическое выполнение моторной программы, в то время как на незнакомый стимул генерируется неавтоматический ответ. При физиологическом функционировании также активируются вторичные системы внимания, отвечающие за выполнение ответов. Таким образом, действие воспринимается как добровольное и самоуправляемое.

В отличие от физиологического функционирования, автоматическая реакция воспринимается как непроизвольная и нежелательная. Согласно модели на формирование ПНЭП влияет жизненный опыт пациента, который включает в себя воспоминания о припадках (пережитых самим пациентом или увиденных им у кого-либо), а также внутренний характер автоматических реакций на эмоции, такие как гнев, страх или отвращение. Таким образом, если у здоровых людей автоматизированное поведение, даже если оно стереотипно, не вызывается эмоциональными триггерами: пациенты с ПНЭП демонстрируют ненормальную связь между эмоциональными триггерами и автоматическими поведенческими реакциями, которые принимают форму псевдоприпадков. Кроме того, пациенты не осознают связь между эмоциональным состоянием, которое послужило триггером, и возникающим в результате дисфункциональным автоматическим поведением [3].

**Цель работы** — изучение КЖ пациентов с ПНЭП и эпилепсией.

**Материалы и методы.** Всего в исследовании КЖ участвовал 51 пациент, из них: 17 — мужчины и 34 — женщины. Все обследуемые были направлены в Республиканский центр на базе РНПЦ неврологии и нейрохирургии с диагнозом «фармакорезистентная эпилепсия». После стационарного обследования был уточнен клинический диагноз и пациенты, соответственно, были разделены на две группы: с изолированной фармакорезистентной эпилепсией и с ПНЭП, как изолированными, так и в сочетании с эпилептическими приступами. Средний возраст обследованных составил 29 (23,0–37,0) лет. В группе пациентов с эпилепсией ( $n = 31$ ) было 16 мужчин и 15 женщин. Средний возраст соответствовал 29 (23–37) лет. Длительность заболевания составила 12 (5,0–24,5) лет. О наличии приступов в течение последних 4 недель сообщили 23 пациента, у 8 человек приступов за последний месяц (либо более) перед тестированием не было.

В группе пациентов с ПНЭП ( $n = 20$ ) было 19 женщин и один мужчина. Средний возраст соответствовал 29 (23,5–36,5) лет. Длительность заболевания составила 9,0 (6,0–12,5) лет. Наличие приступов, как минимум, за последние 4 недели перед тестированием отмечали все обследованные. Различий по возрасту, длительности заболевания в группах не было.

Исследование уровня КЖ проводили при помощи «Опросника КЖ при эпилепсии» (Quality of Life in Epilepsy-31, сокращенно QOLIE-31), который является специальным инструментом для исследования КЖ у пациентов старше 18 лет и включает наиболее важные и специфичные для эпилепсии разделы (B. G. Vickrey, 1993; J. A. Cramer с соавт., 1998).

Перевод и транскультуральная адаптация русскоязычной версии опросника QOLIE-31 были проведены А. Б. Гехт с соавт. (2003).

Опросник QOLIE-31 состоит из 31 вопроса, которые группируются в семь подразделов (подшкал), оценивают следующие составляющие: «Страх приступов» (СП), «Общее КЖ» (ОКЖ), «Эмоциональное благополучие (здоровье)» (ЭЗ), «Энергичность/усталость» (Э/У), «Когнитивное функционирование» (КФ), «Влияние АЭП» (или «побочные эффекты» — ПЭ) и «Социальное функционирование» (СФ). Кроме того, определяется общий суммарный балл — среднее значение качества жизни (СЗКЖ). Вопрос № 31 опросника не входит в расчет показателя СЗКЖ и служит для сравнения результата тестирования с собственной оценкой пациентом своего КЖ.

Часть ответов при обработке перекодируется с учетом того, что меньшие цифры соответствуют более высокому КЖ в соответствии с рекомендациями авторов (J. A. Cramer с соавт., 1998). По

значениям 7 основных параметров опросника QOLIE-31 вычисляется обобщенный показатель, представляющий собой их взвешенную линейную комбинацию. Веса, необходимые для построения обобщенного показателя, предложены авторами опросника (J. A. Cramer с соавт., 1998). Полученные значения трансформируются в цифры от 0 до 100, с большими значениями, отражающими более высокое КЖ.

Для 7 основных параметров опросника QOLIE-31 и обобщенного (итогового) показателя для всей группы взрослых пациентов были рассчитаны основные показатели описательной статистики, оценены коэффициенты корреляции показателей опросников QOLIE-31 с показателями возраст, пол, длительность заболевания, наличие приступов в течение как минимум 4 недель перед тестированием.

Анализ полученных показателей проводился на стандартном IBM-совместимом компьютере с обработкой материала по группам и с помощью статистических программ Excel 2007, SPSS 11.00 и GraphPad Software.

Для проверки нормальности распределения показателей использовался критерий Колмогорова – Смирнова, Миллефорса и Шапиро – Уилка. Проверка показала, что по большей части показателей распределение отличалось от нормального, в связи с чем обработка статистических данных проводилась непараметрическими методами. Статистическое сравнение средних значений в параллельных группах осуществлялось с помощью непараметрического критерия Уилкоксона – Манна – Уитни.

При исследовании потенциальной линейной связи между факторами использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Корреляционная связь по степени силы классифицировалась как сильная (при коэффициенте корреляции  $\rho \geq 0,70$ ), средняя ( $\rho = 0,50-0,69$ ), умеренная ( $\rho = 0,30-0,49$ ), слабая ( $\rho = 0,20-0,29$ ) или очень слабая ( $\rho < 0,19$ ).

В нашем исследовании прежде всего делался акцент на сравнении показателей КЖ пациентов с фармакорезистентной эпилепсией и ПНЭП, ранее такие исследования не проводились. Для этого, помимо сравнения показателей двух групп, были проанализированы корреляционные зависимости между показателями различных субсфер опросника отдельно для каждой группы.

**Результаты и их обсуждение.** Показатели КЖ в группах, сравнительные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели КЖ в группах обследованных

Показатель КЖ	Группа 1 (эпилепсия, $n = 31$ ) Me ( $Q_{\min}-Q_{\max}$ )	Группа 2 (ПНЭП, $n = 20$ ), Me ( $Q_{\min}-Q_{\max}$ )	Критерий Манна – Уитни ( $U$ )	Достоверность результатов
СП	51,0 (38,0–58,0)	52,0 (44,5–55,5)	117,00	$p > 0,05$
ОКЖ	50,0 (41,0–56,0)	51,0 (47,0–54,5)	112,00	$p > 0,05$
ЭЗ	48,0 (42,0–55,0)	56,0 (52,0–59,0)	61,00	$p < 0,05$
Э/У	52,0 (49,0–58,0)	53,5 (47,5–57,0)	116,50	$p > 0,05$
КФ	49,0 (43,0–58,0)	60,5 (56,0–62,0)	63,50	$p < 0,05$
ПЭ	53,0 (46,0–59,0)	53,5 (46,0–60,0)	115,50	$p > 0,05$
СФ	46,0 (40,0–54,0)	47,0 (43,0–52,5)	119,00	$p > 0,05$
СЗКЖ	50,0 (43,0–54,0)	54,5 (52,5–56,0)	70,50	$p > 0,05$
Субъективная общая оценка КЖ	5,0 (4,0–7,0)	5,5 (4,5–6,75)	105,00	$p > 0,05$

В группе пациентов с эпилепсией корреляционный анализ с использованием критерия Спирмена показал прямую, умеренной силы корреляцию показателей СФ и возраста пациента ( $\rho = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ): с возрастом улучшались показатели СФ, что, по-видимому, можно объяснить адаптацией пациентов к своему состоянию, пребыванию в определенном окружении, как правило, близких родственников (чаще родителей) и друзей и, наоборот, минимизацией пребывания в незнакомой/стрессовой обстановке и социальных контактов с малознакомыми людьми, т. е. созданием своего рода определенной модели жизненного функционирования, адаптированной под особенности заболевания.



Установлена прямая зависимость показателя СП от ЭЗ ( $\rho = 0,51; p < 0,05$ ), ПЭ ( $\rho = 0,42; p < 0,05$ ), СФ ( $\rho = 0,39; p < 0,05$ ). Полученные результаты, по-видимому, можно объяснить тем обстоятельством, что чем выше (лучше) эмоциональное благополучие, уровень социального функционирования, тем сильнее страх возобновления приступов, а соответственно, риск утратить имеющиеся/достигнутые возможности и состояние. Зависимость показателей СП и ПЭ, возможно, объясняется тем, что при продолжающихся приступах (фармакорезистентное течение) пациенты, как правило, принимают комбинации АЭП (иногда одновременно 4 препарата, в среднем — 3, редко — 2). По-видимому, неэффективность политерапии приводит к большей концентрации внимания на самом заболевании и усиливает страх негативного воздействия препаратов на организм.

Показатель ОКЖ был взаимозависим: ЭЗ ( $\rho = 0,38; p < 0,05$ ), Э/У ( $\rho = 0,54; p < 0,05$ ), КФ ( $\rho = 0,51; p < 0,05$ ), СФ ( $\rho = 0,51; p < 0,05$ ), т. е. почти все сферы, кроме СП и ПЭ. Отсутствие влияния СП и ПЭ препаратов на данный показатель, по-видимому, также можно объяснить определенной адаптацией к своему состоянию. Возраст и длительность заболевания влияния на ОКЖ не оказывали.

На показатель ЭЗ, помимо указанного выше, оказывал влияние в виде прямой умеренной силы связи показатель Э/У ( $\rho = 0,42; p < 0,05$ ), т. е. чем выше были показатели энергичности, тем выше и показатели эмоционального благополучия.

Установлена прямая средней силы взаимосвязь между показателями Э/У и КФ ( $\rho = 0,59; p < 0,05$ ): чем выше были показатели энергичности, тем выше когнитивные показатели.

Общий интегрированный показатель КЖ, который рассчитывается после перекодировки и суммирования отдельных субсфер, т. е. СЗКЖ ожидаемо был взаимозависим со всеми показателями опросника: СП (прямая средней силы связь  $\rho = 0,53; p < 0,05$ ), ОКЖ (прямая сильная связь  $\rho = 0,78; p < 0,05$ ), ЭЗ (прямая средней силы связь  $\rho = 0,52; p < 0,05$ ), Э/У (прямая средней силы связь  $\rho = 0,57; p < 0,05$ ), КФ (прямая сильная связь  $\rho = 0,70; p < 0,05$ ), ПЭ (прямая умеренной силы связь  $\rho = 0,40; p < 0,05$ ), СФ (прямая средней силы связь  $\rho = 0,65; p < 0,05$ ). Возраст пациентов и длительность заболевания не оказывали влияния на показатель.

Субъективное значение КЖ (вопрос № 31) было взаимозависимо с возрастом (прямая умеренная связь,  $\rho = 0,36; p < 0,05$ ), СП (прямая умеренная связь,  $\rho = 0,43; p < 0,05$ ), ОКЖ (прямая средняя связь,  $\rho = 0,61; p < 0,05$ ), ЭЗ (прямая умеренная связь,  $\rho = 0,41; p < 0,05$ ) и с СФ (прямая средняя связь,  $\rho = 0,55; p < 0,05$ ).

Показатели СЗКЖ и субъективной оценки пациентов КЖ (вопрос № 31) были связаны прямой средней силы связью ( $\rho = 0,68; p < 0,05$ ).

Признак наличие/отсутствие приступов в течение как минимум 4 недель перед тестированием пациентов с эпилепсией оказывал влияние на показатели: СП ( $U = 48,00; p < 0,05$ ), ЭЗ ( $U = 43,00; p < 0,03$ ), КФ ( $U = 46,00; p < 0,05$ ), также при отсутствии приступов были выше общий интегрированный показатель — СЗКЖ и субъективное значение КЖ (вопрос № 31): ( $U = 40,50; p < 0,02$  и  $U = 46,00; p < 0,05$  соответственно).

В группе пациентов с ПНЭП корреляционный анализ с использованием критерия Спирмена установил прямую сильную связь между длительностью заболевания и ЭЗ ( $\rho = 0,73; p < 0,05$ ). Между показателями ОКЖ и СФ выявлена прямая сильная связь ( $\rho = 0,83; p < 0,05$ ). Других взаимосвязей между анализируемыми показателями выявлено не было. На интегрированный показатель СЗКЖ оказывал влияние лишь показатель ОКЖ (в виде прямой сильной связи  $\rho = 0,74; p < 0,05$ ). Субъективная оценка КЖ пациентом (вопрос № 31) зависела от ОКЖ (прямая сильная связь  $\rho = 0,73; p < 0,05$ ) и Э/У (прямая сильная связь  $\rho = 0,81; p < 0,05$ ).

При сравнении показателей КЖ между 1-й и 2-й группами была выявлена статистически значимая разница по критерию ЭЗ и КФ, которые оказались достоверно выше в группе пациентов с ПНЭП.

Таким образом, в группе пациентов с фармакорезистентной эпилепсией анализ показателей КЖ продемонстрировал логические взаимосвязи. Наличие приступов — характерное проявление заболевания, которое ожидаемо беспокоит пациента. Показатель СП был взаимосвязан с показателями СФ, ЭЗ и СЗКЖ. Показатель СФ, который, как известно, при эпилепсии снижается, был взаимосвязан (помимо возраста и СП) с ОКЖ.

Показатель СЗКЖ был взаимозависим со всеми показателями опросника, а также с субъективной оценкой пациентами КЖ.

В группе пациентов с ПНЭП аналогичных закономерностей не наблюдалось. Прямая сильная корреляция показателя ЭЗ с длительностью заболевания труднообъяснима. В то же время показатели ЭЗ и КФ оказались достоверно различными при эпилепсии и ПНЭП.

Согласно литературным данным на фоне оптимизированной терапии у всех пациентов, независимо от формы эпилепсии, выявлялось достоверное увеличение среднего балла по всем субсферам, кроме подшкалы ЭЗ, т. е. данный показатель являлся самым нечувствительным к терапии [5]. В нашем исследовании у пациентов с ПНЭП показатель ЭЗ оказался достоверно выше.

**Заключение.** Анализ взаимозависимостей субсфер, отражающих КЖ пациентов с эпилепсией, продемонстрировал существенную разницу между группами — что подтверждает, во-первых, предположение об отсутствии фармакорезистентности у пациентов с сочетанием истинных эпилептических приступов и ПНЭП и косвенно свидетельствует о разной природе приступов, о восприятии самих пароксизмов и проблем, связанных с ними.

Отдельным фактором, доказывающим (косвенно) наличие вторичных выгод в группе пациентов с ПНЭП, является прямая корреляция показателей ЭЗ с длительностью заболевания.

Механизм защиты по типу чем хуже, тем лучше типичен для психосоматической реакции с наличием вторичной (часто бессознательной, вытесненной) выгоды, получения определенных «бонусов» от состояния «болезни». Таким образом, демонстрация «приступов» для таких пациентов становится своеобразным способом взаимодействия с окружающим миром и ближайшим окружением. Объективизация показателей КЖ пациентов с ПНЭП отражает динамические и эмоциональные составляющие субъективного благополучия, а также нетипичную когнитивную оценку «удовлетворенность жизнью». Деструкция этого когнитивного механизма выражается в ощущении пациентом субъективного благополучия, которое наполнено удалением от проблем, получением аффективных (эмоциональных) бонусов, которые в свою очередь подкрепляют определенный тип поведенческого функционирования в системе «я — окружающий мир». В данном контексте, именно эмоциональный компонент благополучия (и его когнитивная оценка) наполняет субъективное понимание «качество жизни», которое обусловлено успешным или неуспешным функционированием всех сфер личности.

### Литература

1. Asadi-Pooya, A. A. Epidemiology of psychogenic non-epileptic seizures / A. A. Asadi-Pooya, M. R. Sperling // *Epilepsy Behav.* — 2015. — Vol. 46. — P. 60–65.
2. The diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures / I. A. Kotsopoulos [et al.] // *Epilepsy Res.* — 2003. — Vol. 57, № 1. — P. 59–67.
3. Psychogenic non-epileptic seizures and pseudo-refractory epilepsy, a management challenge / F. Anzellotti [et al.] // *Front. Neurol.* — 2020. — Vol. 11. — P. 461.
4. Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic non-epileptic seizures: Systematic review and meta-analysis of frequency, correlates, and outcomes / M. A. Kutlubayev [et al.] // *Epilepsy Behav.* — 2018. — Vol. 89. — P. 70–78.
5. Меликян, Э. Г. Сравнительный анализ качества жизни больных эпилепсией пожилого и среднего возраста / Э. Г. Меликян, А. Б. Гехт // *Клиническая геронтология* — 2011. — Т. 17. — С. 20–24.

## Analysis of the quality of life of patients with psychogenic non-epileptic seizures and epilepsy

*Veevnik E., Dymkouskaya M., Likhachev S.*

*State Institution «Republican Research and Practical Center of Neurology and Neurosurgery»,  
Minsk, Republic of Belarus*

The article presents an analysis of the indicators of the quality of life of patients with epilepsy and psychogenic non-epileptic seizures, which require differential diagnosis among themselves and are often found in the same patient. All patients were initially referred to the Republican Scientific and Practical Center of Neurology and Neurosurgery with suspicion of drug-resistant epilepsy. The study was conducted using the



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Quality of Life in Epilepsy-31. The results of the study have demonstrated a significant difference between some indicators of quality of life in groups. This indirectly confirms the assumption that there is no pharmacoresistance in patients with a combination of epileptic and psychogenic seizures and indicates their different impact on the quality of life of patients.

**Keywords:** pharmacoresistant epilepsy, psychogenic nonepileptic seizures, quality of life, emotional well-being.

*Поступила 16.07.2021*