

случаях диагностики приходится прибегать к пробному назначению антиконвульсантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Г.А., Ерохина Л.Г., Стихан О.А. Неврология синкопальных состояний.—М., 1988.
 2. Болдырев А.И. Эпилептические синдромы.—М., 1976.
 3. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых.—М., 1984.
 4. Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией.—Л., 1987.

5. Карлов В.А. //Журн. невропатол. и психиатр.—1980.—№ 6.—С.663-667.
 6. Карлов В.А. Эпилепсия.—М., 1990.
 7. Коровин А.М. Пароксизмальные расстройства сознания.—Л., 1976.
 8. Мякотных В.С. //Журн. невропатол. и психиатр.—1990.—№ 5.—С.13—17.

Поступила 25.02.97.



УДК 616.853—009.24—07

В.А.Карлов, П.Н.Власов, А.О.Хабибова

**ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМАЛИЗОВАННЫХ МЕТОДОВ
 В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ДИНАМИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ**

Московский государственный медико-стоматологический институт

Р е ф е р а т. Проанализирована динамика заболевания у 65 больных эпилепсией с использованием шкалы тяжести эпилептических припадков, метода подсчета процента улучшений, показателя качества жизни. Наивысшее значение по шкале получено при сложных парциальных припадках с переходом во вторично генерализованные (15 баллов), наименьшее — при типичных абсансах (1 балл). При сочетании нескольких эпилептических припадков суммарная оценка достигала 34 баллов. Процент улучшений вычислялся через 6 месяцев после коррекции проводимой терапии. Качество жизни оценивалось по пятибалльной аналоговой шкале, разработанной авторами и апробированной при височной эпилепсии.

В.А.Карлов, Т.Н.Власов

**ЗЫЯНДАШ ЧИРЕ БАРЫШЫНЫҢ АВЫРЛЫГЫН
 ОБЪЕКТИВЛАШТЫРУДА ФОРМАЛЬЛӘШКӘН
 БИСУЛЛАРНЫҢ МӨМКИНЛЕКЛӘРЕ**

Зыяндаш авырулы 65 кешедә чирнең барышы өянәкнең авырлыгы шкалысын, хәлләре жиңеләючеләрнең процентларына санау йсулларын кулланып анализлана. Шкалада иң югары зурлыкны катлаулы парциаль өянәкләр (15 балл), иң кечкенәсен типик абсанслар (1 балл) бирде. Берничә зыяндаш өянәге кушылганда билге 34 баллга житә. Авыруның хәле жиңеләю-үткәрелгән дәва коррекциясеннән соң 6 ай узгач исәпләп чыгарыла, яшәеш сыйфаты чигә зыяндашын бәяләү өчен авторлар тарафыннан уйлап табылган һәм кулланган биш баллы шкала буенча бәяленә.

V.A.Karlov, P.N.Vlasov

**CAPACITIES OF FORMAL METHODS
 IN OBJECTIVIZATION
 OF EPILEPTIC SEVERITY DYNAMICS**

There was analyzed dynamics of morbidity in 65 epileptic patients with the help of severity scale of epileptic seizures, accounting method of recovering percentage, index of quality of life. The highest value on scale was obtained during complex partial seizures, transferring into secondly generalized (15 points), the lowest — during typical absentia epileptica (1 point). When mixing some epileptic seizures the total sum of points achieved 34 points. Percentage of improvements was counted in 6 months after correction of therapy. Quality of life was evaluated by 5-point analogue scale, developed by the authors and tested in temporal epilepsy.

Важнейшим условием развития любой сферы человеческих знаний является возможность сопоставления научно-практических результатов исследований. Важный шаг на пути к унификации исследовательского материала в области эпилептологии сделан в результате разработки Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ILAE 1989) [1], на основании которой в настоящее время семиотика основных форм эпилепсий описана достаточно полно. Вместе с тем до сих пор широко трактуются такие показатели, как частота и тяжесть эпилептических припадков. Возросшее внимание к проблеме труднокурабельной эпилепсии также требует разработки критериев адекватной оценки количественных и качественных характеристик заболевания. Немаловажным является показатель качества жизни, позволяющий изучать состояние здоровья больного эпилепсией в социальном аспекте.

В настоящем исследовании, исходя из международных прототипов и собственного опыта, нами представлены данные анализа динамики заболевания с использованием одних из последних разработок — шкалы тяжести эпилептических припадков, метода подсчета процента улучшений, показателя качества жизни.

Под нашим наблюдением находились 65 больных эпилепсией женского пола в возрасте от 13 до 45 лет. Длительность заболевания варьировала от одного года до 23 лет. Эпилепсия с установленной локализацией диагностирована у 89,4% больных, генерализованная идиопатическая — у 5,9%, недифференцированная — у 4,7%. В структуре припадков преобладали вторично-генерализованные тонико-клонические в сочетании с простыми и сложными парциальными припадками (71%). Редкие припадки (один в 3 месяца и реже) наблюдались у 42,4% больных, умеренной частоты

(1—3 в месяц) — у 37,%, частые (более 3 в месяц) — у 20%. Монотерапия карбамазепином проводилась в 41,2% случаев, вальпроатами — в 8,2%, другими препаратами — в 5,9%, битерапия — в 11,7%, назначение более 2 препаратов — в 32,9%. Труднокурабельная эпилепсия наблюдалась у 16,8% больных.

В международной практике эффективность терапии при эпилепсии оценивают главным образом по частоте эпилептических приступов. Вместе с тем в практической работе довольно часто приходится сталкиваться с такими состояниями, когда при сохраняющейся частоте эпилептических приступов меняется их клинический характер. Более того, тяжесть эпилептических приступов может быть не связана с их частотой, поэтому учет данного показателя существенно дополняет наши данные о динамике заболевания в каждом конкретном случае. Практика показывает, что все формализованные (табличные) методы диагностики могут быть эффективными при использовании их начинающими специалистами для количественного сравнения эффективности проводимого лечения.

Британская национальная госпитальная шкала тяжести эпилептических приступов (National Hospital Seizure Severity Scale — NHS3) (1996) [6] является измененной версией Чалфонтской (Chalfont scale) (1991) [2]. Принципиальные отличия доработанной версии — быстрота, простота и удобство применения. Сопоставления достоверности NHS3 с применением визуальной аналоговой шкалы показали высокую репрезентативность NHS3. В основу ее положен принцип оценки тяжести каждого вида эпилептических приступов в баллах. Шкала включает 8 вопросов к каждому виду приступов с соответствующей градацией. Количество баллов для каждого вида эпилептических приступов суммируется. В завершение подсчитывается общее количество баллов для нескольких видов приступов. Если за исследованный период определенный вид приступа не наблюдался, то баллы соответственно не подсчитываются.

Наивысшее значение тяжести по шкале получено для сложных парциальных приступов с переходом во вторично-генерализованные (от 13 до 19 баллов, среднее значение — 16). За ними следовали по убывающей вторично-генерализованные приступы (от 12 до 16, среднее значение — 15), сложные парциальные (от 3 до 11, среднее значение — 8), простые парциальные (от 2 до 5, среднее значение — 3), миоклонические (3 балла), типичные абсансы (1 балл). 4 типа приступов наблюдались лишь у одной (1,5%) больной (34 балла), 3 вида — у 12,3% (от 16 до 34 баллов), 2 вида — у 44,6% (от 16 до 21 баллов). У оставшихся 41,5% больных были монотипные приступы.

Таким образом, наивысшее значение по шкале тяжести констатировано при развитии

у больного нескольких типов приступов, однако при сочетании 2, 3 и даже 4 видов приступов суммарный показатель не превышал 34 баллов, так как значения составляющих были меньше. Не исключается, что показатель до 34 баллов является критериальным для труднокурабельных форм эпилепсий, однако необходимо дальнейшее накопление материала.

Сложности объективной оценки эффективности терапии заключаются в исходно широкой вариабельности частоты эпилептических приступов (от десятков в день до одного за несколько месяцев). На практике частота эпилептических приступов обычно обозначается как высокая, умеренная и низкая, а критерии соотнесения изначально утверждаются в протоколе исследования. Естественно, жестких стандартов не существует, так как они применимы лишь к данной форме эпилепсии и соответствующему виду эпилептических приступов. Поэтому результаты нескольких независимых исследований сопоставимы между собой лишь с высокой долей вероятности.

Эффективность терапии обычно определяют по показателю медикаментозной ремиссии, показателю урежения приступов более чем на 50%. Последний критерий используется при труднокурабельных формах (синдром Леннокса—Гасто, частые сложные парциальные и вторично-генерализованные приступы) и соответственно он неадекватен при пикнолепсии.

Предложенная формула практически лишена описанных выше недостатков, так как изначально операции вычисления проводятся с относительными показателями: исходная частота, представленная как время (в днях), соответствующее развитию определенного количества приступов (различное в соответствии с исходной частотой) и соотнесенное с конечной частотой (время в днях, за которое развивается то же количество приступов в результате применения АЭП — также относительная величина). Частота приступов при их сочетании у больного определяется для каждого типа отдельно. Формула разработана J.Eslava-Cobos [3] на основе формулы J.Shoffer, R.Temkin (1987) [7].

Процент улучшения = 100 минус [время, выраженное в днях, переходящее на X приступов (i^*) x 100], деленное на [время в днях, переходящее на X приступов (f^*)], где i^* — начальная частота приступов (i^* -initial), f^* — конечная (f^* -final), X — постоянный коэффициент в соответствии с исходной частотой эпилептических приступов. X равен 20 — при более чем одном приступе в день, 10 — от 2 до 6 приступов в неделю, 5 — от одного приступа в неделю до одного в месяц, 2 — при менее одного приступа в месяц. Если у больного приступы не наблюдаются, делитель (в соответствии с правилами вычислений) принимается за 1000.

Имя пациента:

Дата:

**Инструкция
к заключению:**

1. Определите, сколько различных типов приступов происходит (в том числе аура, комплексные парциальные, генерализованные судорожные). Обозначьте их как 1, 2, 3...

2. Задавайте вопросы 2—8 по отдельности к каждому типу припадков. По NHS3 оценивается тяжесть приступа, поэтому отмечайте **время, когда был приступ** (1—3 мес), или время от последнего визита к врачу. Используйте клинические заключения, имеется ли каждый фактор в типе припадка (т.е. врач решает, есть ли конвульсии после распроса пациента). Позвольте пациенту судить о частоте каждого случая. Отметьте в ячейке напротив выбранный ответ. Номер в ячейке — значение для этого вопроса.

Обратите внимание на вопрос 3: регистрируются только серьезные падения (если приступ произошел в постели, то это соответствует 0),

на вопрос 7: установите время через которое у пациента полностью нормализуется состояние.

Обратите внимание на специальные баллы в инструкции для вопросов 4 и 6.

3. Содержимое колонки дает полное представление о тяжести приступа

1. Запишите тип припадка под заглавием "тип 1, 2, 3..."

со времени последнего визита:

2. Бывают ли генерализованные судороги в этом приступе?

да
нет

3. Как часто при этом типе приступов пациент падает?

Всегда или почти всегда
Часто
Иногда
Никогда

4. Было ли при этом приступе что-либо из нижеследующего?

(отметить только наихудшее)

Ожоги, ошпаривания, глубокие порезы, переломы
Прикус языка или тяжелая головная боль
Нетяжелые повреждения или головная боль
Нет повреждений

5. Как часто при этом типе приступов у пациента происходило непроизвольное мочеиспускание?

Всегда или почти всегда
Часто
Иногда
Никогда

6. Если припадок ведет к потере сознания, то возникает ли у пациента предчувствие предстоящего и успевает ли он себя обезопасить?

(отсутствие потери сознания или приступ только во сне отмечается как 0)

Никогда
Иногда
Всегда или почти всегда

7. Как долго пациент приходит в нормальное состояние после приступа?

До 1 минуты
От 1 до 10 минут
От 10 минут до 1 часа
От 1 до 3 часов
Более 3 часов

8. Сопровождается ли этот припадок следующим?

Значительные серьезные автоматизмы (в том числе крики, блуждающие движения в процессе разведения)
Легкие автоматизмы, фокальные подергивания
Ничего

Добавьте по 1 баллу в каждый столбец

Общая оценка каждого типа приступа

Тип 1 Тип 2 Тип 3

| | | |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 4 |
| 0 | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 4 |
| 3 | 3 | 3 |
| 2 | 2 | 2 |
| 0 | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 4 |
| 3 | 3 | 3 |
| 2 | 2 | 2 |
| 0 | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 4 |
| 3 | 3 | 3 |
| 2 | 2 | 2 |
| 0 | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 |
| 0 | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 |
| 4 | 4 | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 4 |
| 2 | 2 | 2 |
| 0 | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 |
|---|---|---|

Пример: у больного наблюдалось до 15 припадков в день, соответственно $X=20$. По дневнику, 20 припадков наблюдалось за 30 часов (1,25 суток) — (i^*). Конечная частота припадков (f^*) — более одного года медикаментозной ремиссии, что соответствует делителю 1000.

$$\% \text{ улучшения} = 100 - \frac{1,25 \times 100}{1000} = 100 - 0,125 = 98,875(\%), \text{ приблизительно } 100\%.$$

В настоящем исследовании процент улучшений вычислялся через 6 месяцев (срок, достаточный для выявления изменений клиники) после коррекции проводимой терапии. В случаях с труднокурабельной эпилепсией данный показатель не превышал 34,8%; соответственно во всех остальных случаях колебания показателя были выше и достигали 100%.

Понятие качества жизни развивается преимущественно в последнее десятилетие и введено для обозначения адекватности адаптации больных хроническими заболеваниями к условиям социальной среды. Данный показатель является более тонким наряду с показателями заболеваемости, болезненности и включает медицинский, социальный, психологический аспекты, зависит от тяжести заболевания, специфики постоянно проводимой терапии, семейной адаптации, способности к самостоятельному труду, финансовой независимости, когнитивных и интеллектуальных функций, изменений в психической среде. Методы изучения показателя качества жизни включают использование таблиц, построения профиля качества жизни [5]. Для практической работы на кафедре была разработана аналоговая шкала [4], в основу которой положено самотестирование по разработанному упрощенному варианту 5-балльной оценки качества жизни аналогично системе отметок, используемой в школе. 5 баллов соответствовали полной удовлетворенности своим состоянием здоровья, социальным и семейным положением (больные со сниженным интеллектом обследованию не подлежали), один балл — выраженной неудовлетворенности.

Данный метод определения качества жизни применен при височной эпилепсии. Анализ был проведен в соответствии с видом эпилептических припадков, с учетом фактора локализации эпилептического очага, возраста, длительности заболевания. При лекарственно-резистентной форме эпилепсии показатель качества жизни не превышал 3 баллов. В остальных случаях качество жизни было обратно пропорционально частоте припадков ($r = -0,73$, $P < 0,05$) и не зависело от их вида (простые, сложные парциальные и вторично-генерализованные) и формы (симптоматическая, криптогенная) эпилепсии.

Таким образом, шкала тяжести эпилептических припадков, как и метод подсчета процента улучшений, позволяют объективно следить за динамикой эпилептического процесса и могут быть эффективно использованы при обследовании большого контингента больных, а также конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes // *Epilepsia*.—1989.—Vol.30.—P.389—399.
2. Duncan J.S., Sander J.W.A.S. The Chalfont seizure severity scale // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*.—1991.—Vol.54.—P.873—876.
3. Eslava-Cobos J. Objective measure of treatment outcome in epilepsy // *Epilepsia*.—1996.—Vol.37.—P.572—576.
4. Karlov V.A., Vlasov P.N. Quality of life in women with temporal lobe epilepsy // *X World Congress of Psychiatry (abstracts)*.—Madrid, 1996.
5. Mc Guire A.M., Trimble M.R. Quality of life in patients with epilepsy: The role of cognitive factors/ Quality of life and quality of care in epilepsy.—Oxford, 1990.
6. O'donoghue M.F., Duncan J.S., Sander J.W.A.S. The national hospital seizure severity scale // *Epilepsia*.—1006.—Vol.37.—P.563—571.
7. Shofer J., Temkin R. Comparison for antiepileptic drug trials // *Arch. Neurol*.—1986.—Vol.43.—P.877—881.

Поступила 17.01.97.

