BG Pulse Journal USA
ISSN:1947-2536 http://www.bgpulseusa.com/index.php/bg

ЭПИЛЕПСИЯ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ УЗОҚ МУДДАТЛИ КУЗАТИШ ВА ДАВОЛАШГА РИОЯ ҚИЛИШ

САМУ **Нуриддинова Ферузахон, Халимжон Кизи**
doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.22999795

Аннотация:Мақолада узоқ муддатли кузатувда бўлган 120 нафар эпилепсия билан оғриган беморда антиэпилептик даволашга риоя қилиш даражаси ва унга таъсир этувчи омиллар таҳлил қилинган. Беморларнинг 23,3% ида паст комплаенс аниқланган бўлиб, у политерапия, препаратларнинг ножўя таъсирлари ва беморнинг касаллик ҳақида етарли билимга эга эмаслиги билан статистик аҳамиятли боғлиқ эканлиги кўрсатилган. Комплаенс даражаси билан хуружлар частотаси ўртасида тескари корреляция мавжудлиги аниқланган. Мақолада беморларни ўқитиш ва даволашга риоя қилишни назорат қилиш бўйича амалий тавсиялар келтирилган.
Калит сўзлар: эпилепсия, комплаенс, даволашга риоя қилиш, диспансер кузатуви, антиэпилептик терапия, хуружлар частотаси.

Кириш

Эпилепсия — марказий асаб тизимининг сурункали касаллиги бўлиб, такрорланувчи, провокацияланмаган эпилептик хуружлар билан тавсифланади. Халқаро эпилепсияга қарши лиганинг (ILAE, 2014) амалий таърифига кўра, эпилепсия ташхиси камида 24 соат оралиқда содир бўлган иккита провокацияланмаган хуруж мавжудлигида ёки битта хуруж мавжуд бўлганда, кейинги ўн йил ичида қайталаниш эҳтимоли камида 60% бўлган ҳолатда қўйилади.

Касалликнинг сурункали кечиши беморнинг йиллар, кўпинча бутун умр давомида мунтазам тиббий назорат остида бўлишини ва антиэпилептик препаратларни узлуксиз қабул қилишини тақозо этади. Шу билан бирга, кўплаб адабиёт манбалари сурункали касалликларда, жумладан эпилепсияда, беморларнинг тавсия этилган даволаш режимига риоя қилиш даражаси юқори эмаслигини кўрсатади — турли тадқиқотларда бу кўрсаткич 30–60% оралиғида ўзгариб туради.

Даволашга риоя қилмаслик (нонкомплаенс) кўп қиррали муаммо бўлиб, унда бир нечта гуруҳ омиллари иштирок этади: беморга боғлиқ омиллар (касаллик ҳақида хабардорлик даражаси, руҳий ҳолат, ёш хусусиятлари), даволашга боғлиқ омиллар (препаратлар сони ва қабул қилиш частотаси, ножўя таъсирлар), тизимга боғлиқ омиллар (тиббий ёрдамга кириш имконияти, шифокор билан мулоқот сифати) ҳамда ижтимоий-иқтисодий омиллар. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги хулқ-атвор моделлари (масалан, Соғлиқни Сақлаш Эътиқоди Модели) даволашга риоя қилишни беморнинг касаллик хавфини қабул қилиши, даволанишнинг фойда ва хавфларини баҳолаши билан изоҳлайди.

Нонкомплаенснинг клиник оқибатлари жиддий бўлиб, хуружларнинг қайталаниши, эпилептик статус ривожланиши хавфининг ошиши, шикастланишлар, ижтимоий мослашувнинг бузилиши ва ҳаёт сифатининг пасайишини ўз ичига олади. Шу сабабли узоқ муддатли кузатувдаги эпилепсия беморларида комплаенс даражасини ва унга таъсир этувчи омилларни ўрганиш амалий соғлиқни сақлаш учун муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади — узоқ муддатли диспансер кузатувида бўлган эпилепсия беморларида антиэпилептик даволашга риоя қилиш даражасини баҳолаш, унга таъсир этувчи омилларни аниқлаш ҳамда комплаенс билан хуружлар частотаси ўртасидаги боғлиқликни ўрганишдан иборат.

Материал ва тадқиқот методлари

Тадқиқот неврология бўлими диспансер гуруҳида кузатувда бўлган 120 нафар беморда (62 эркак, 58 аёл, ёши 18 дан 64 ёшгача, ўртача ёш 34,8±11,2 йил) ўтказилди. Кузатув муддати 1 йилдан 5 йилгача (ўртача 2,7±1,3 йил) ташкил этди. Барча беморларда эпилепсия ташхиси ILAE (2014) амалий мезонларига мувофиқ, клиник маълумотлар, ЭЭГ ва нейровизуализация натижалари асосида тасдиқланган эди.

Тадқиқотга киритиш мезонлари: тасдиқланган эпилепсия ташхиси, камида 1 йиллик диспансер кузатуви мавжудлиги, антиэпилептик терапия қабул қилиш, тадқиқотда иштирок этишга ёзма розилик. Чиқариб ташлаш мезонлари: оғир руҳий бузилишлар, когнитив функцияларнинг сўровномага адекват жавоб беришга халақит берадиган даражада пасайиши, псевдоэпилептик (диссоциатив) хуружлар.

Даволашга риоя қилиш даражасини баҳолаш учун 8-бандли Мориски–Грин комплаенс сўровномаси (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8) қўлланилди: 8 балл — юқори комплаенс, 6–7 балл — ўртача, 6 баллдан паст — паст комплаенс сифатида баҳоланди. Қўшимча равишда беморларнинг хуруж кундалиги, амбулатор карталари таҳлил қилинди, ножўя таъсирлар Liverpool Adverse Events Profile (LAEP) сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Терапия тури бўйича беморлар монотерапия ва политерапия (иккита ва ундан ортиқ антиэпилептик препарат) гуруҳларига ажратилди.

Статистик таҳлил SPSS дастурий пакети ёрдамида амалга оширилди. Сифат кўрсаткичларини таққослаш учун χ^2 мезони, миқдорий белгилар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш учун Спирмен рангли корреляция коэффициенти қўлланилди. $p<0,05$ бўлганда фарқлар статистик аҳамиятли деб қабул қилинди.

Тадқиқот натижалари

MMAS-8 сўровномаси натижаларига кўра, 120 нафар беморнинг 51 нафарида (42,5%) юқори даражадаги комплаенс, 41 нафарида (34,2%) ўртача даража, 28 нафарида (23,3%) эса паст даражадаги комплаенс аниқланди (1-жадвал).

Комплаенс даражаси	Беморлар сони	Улуши, %
Юқори (8 балл)	51	42,5
Ўртача (6–7 балл)	41	34,2
Паст (<6 балл)	28	23,3
Жами	120	100,0

1-жадвал. Беморларда комплаенс даражасининг тақсимланиши (MMAS-8)

Терапия тури бўйича таҳлил шуни кўрсатдики, политерапия олаётган беморлар орасида паст комплаенс улуши монотерапиядагиларга нисбатан достоверно юқори бўлди — мос равишда 38,7% ва 14,6% ($\chi^2=9,8$; $p<0,01$). Ножўя таъсирлар паст комплаенсли гуруҳда 46,4% ҳолатда, юқори комплаенсли гуруҳда эса фақат 15,7% ҳолатда қайд этилди ($p<0,01$).

Нонкомплаенс сабаби	Беморлар сони (n=28)	Улуши, %
Препаратларнинг ножўя таъсирлари	13	46,4
Касаллик ҳақида етарли билим йўқлиги	9	32,1

Ижтимоий-иқтисодий қийинчиликлар	6	21,4

2-жадвал. Паст комплаенсли беморларда нонкомплаенснинг асосий сабаблари

Комплаенс даражаси билан кузатув даврида қайд этилган хуружлар частотаси ўртасида статистик аҳамиятли тескари корреляция аниқланди (r=–0,46; p<0,01): паст комплаенсли гуруҳда йиллик ўртача хуружлар сони 4,2±2,1 та, юқори комплаенсли гуруҳда эса 0,8±0,6 тани ташкил этди (p<0,001). Шунингдек, паст комплаенсли беморларда эпилептик статус ҳолатлари 3 нафарда (10,7%) қайд этилган бўлса, юқори ва ўртача комплаенсли гуруҳларда бундай ҳолатлар кузатилмади.

Муҳокама

Олинган натижалар эпилепсия беморларида комплаенс муаммосининг долзарблигини тасдиқлайди: тадқиқотда иштирок этган ҳар тўртинчи беморда даволашга риоя қилиш паст даражада эканлиги аниқланди, бу халқаро адабиётда келтирилган кўрсаткичларга мос келади.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, нонкомплаенс беморнинг қасддан препаратни рад этиши билан эмас, кўпинча объектив омиллар — ножўя таъсирлар, мураккаб даволаш режими, ахборот танқислиги — билан боғлиқ бўлади. Бу шуни англатадики, комплаенсни ошириш бўйича аралашувлар фақат беморни «огоҳлантириш»га эмас, балки даволаш жараёнининг ўзини бемор учун қулай ва тушунарли қилишга қаратилиши лозим. Хусусан, кунига бир марта қабул қилинадиган узайтирилган таъсир этувчи дори шаклларини қўллаш, оила аъзоларини даволаш жараёнига жалб қилиш ва мобил илова ёки SMS-эслатмалар орқали дори қабул қилиш вақтини назорат қилиш каби замонавий ёндашувлар самарали бўлиши мумкин.

Политерапиянинг комплаенс пасайиши билан боғлиқлиги дори қабул қилиш схемасининг мураккаблашуви ва ножўя таъсирлар хавфининг ошиши билан изоҳланиши мумкин. Бу эса имкон қадар оддий, кам сонли препаратлардан иборат даволаш режимларини танлаш аҳамиятини кўрсатади. Беморнинг касаллик ҳақида етарли билимга эга эмаслиги нонкомплаенснинг иккинчи муҳим сабаби бўлиб чиққанлиги беморларни узлуксиз ўқитиш дастурларини, жумладан «Эпилепсия мактаби» каби таълим шаклларини жорий этиш заруриятини кўрсатади.

Комплаенс даражаси билан хуружлар частотаси ўртасидаги аниқланган боғлиқлик амалий жиҳатдан муҳим аҳамиятга эга: у комплаенсни яхшилашга қаратилган аралашувларнинг касаллик кечишига бевосита ижобий таъсир кўрсатиши мумкинлигини кўрсатади. Шу нуқтаи назардан, диспансер кузатуви доирасида ҳар бир ташрифда комплаенсни стандартлаштирилган сўровномалар (масалан, MMAS-8) ёрдамида баҳолаш тавсия этилади.

Алоҳида таъкидлаш лозимки, паст комплаенсли гуруҳда эпилептик статус ҳолатларининг қайд этилиши (10,7%) даволашга риоя қилмасликнинг нафақат хуружлар сонига, балки уларнинг оғирлик даражасига ҳам таъсир қилишини кўрсатади. Эпилептик статус ҳаёт учун хавфли ҳолат бўлиб, у ўз навбатида қўшимча неврологик дефицит ривожланиши ва ўлим хавфининг ортиши билан боғлиқ. Шу сабабли комплаенсни ошириш бўйича чора-тадбирлар нафақат бемор ҳаёт сифатини яхшилаш, балки унинг ҳаётига таҳдид соладиган асоратларнинг олдини олиш нуқтаи назаридан ҳам муҳим амалий аҳамиятга эга.

Амалий тавсиялар

Олинган натижалар асосида эпилепсия беморларини диспансер кузатуви доирасида ҳар бир режали ташрифда стандартлаштирилган MMAS-8 сўровномаси ёрдамида комплаенс

даражасини баҳолаш тавсия этилади. Паст ва ўртача комплаенсли беморлар алоҳида риск гуруҳи сифатида ажратилиши ва улар билан якка тартибдаги суҳбатлар ўтказилиши лозим.
Даволаш режимини имкон қадар соддалаштириш, бир кунлик қабуллар сонини камайтириш, узайтирилган таъсир этувчи дори шаклларидан фойдаланиш комплаенсни оширишнинг муҳим воситаларидан бири ҳисобланади. Шунингдек, «Эпилепсия мактаби» каби таълим дастурларини ташкил этиш, бемор ва унинг оила аъзоларини касаллик моҳияти, дори қабул қилиш режими ва ножўя таъсирлар ҳақида хабардор қилиш комплаенсни ошириш ва хуружлар частотасини камайтиришга хизмат қилади.
Ножўя таъсирлар аниқланган ҳолатларда уларни ўз вақтида коррекция қилиш, зарур бўлганда препарат дозасини ёки турини ўзгартириш комплаенснинг пасайишининг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг чекловлари

Ушбу тадқиқот бир нечта чекловларга эга. Биринчидан, тадқиқот кўндаланг (бир марталик) дизайнда ўтказилган бўлиб, бу комплаенс даражасининг вақт davomida ўзгаришини кузатиш имконини бермайди. Иккинчидан, комплаенсни баҳолашда субъектив сўровнома (MMAS-8) қўлланилган, бу баъзи ҳолатларда беморнинг ижтимоий мақбул жавоб бериш тенденцияси туфайли натижаларнинг бир оз юқорироқ баҳоланишига олиб келиши мумкин. Учинчидан, тадқиқот битта тиббий муассаса базасида ўтказилганлиги сабабли натижаларни бутун популяцияга ёйишда эҳтиёткорлик талаб этилади. Келгуси тадқиқотларда дори концентрациясини қон зардобида объектив назорат қилиш усулларини қўллаган ҳолда, кўп марказли проспектив тадқиқотлар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Хулоса

Узоқ муддатли диспансер кузатувидаги эпилепсия беморларининг 23,3% ида даволашга риоя қилиш паст даражада бўлиб, у политерапия, препаратларнинг ножўя таъсирлари ва касаллик ҳақида етарли билим йўқлиги билан боғлиқ. Паст комплаенс хуружлар частотасининг сезиларли ошиши ва эпилептик статус хавфи билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Комплаенсни ошириш учун даволаш режимини соддалаштириш, ножўя таъсирларни ўз вақтида коррекция қилиш ва беморларни мунтазам ўқитиш дастурларини амалиётга жорий этиш тавсия этилади.

Адабиётлар рўйхати

1. World Health Organization. Epilepsy: a public health imperative. — Geneva: WHO, 2019.
2. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou A. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy // Epilepsia. — 2014. — Vol. 55, № 4. — P. 475–482.
3. Cramer J.A., Glassman M., Rienzi V. The relationship between poor medication compliance and seizures // Epilepsy Behav. — 2002. — Vol. 3, № 4. — P. 338–342.
4. Faught E. Adherence to antiepilepsy drug therapy // Epilepsy Behav. — 2012. — Vol. 25, № 3. — P. 297–302.
5. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure // J. Clin. Hypertens. — 2008. — Vol. 10, № 5. — P. 348–354.
6. Jacoby A., Baker G.A. Quality of life trajectories in epilepsy: a review of the literature // Epilepsy Behav. — 2008. — Vol. 12, № 4. — P. 557–571.
7. Hovinga C.A., Asato M.R., Manjunath R. et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity // Epilepsy Behav. — 2008. — Vol. 13, № 2. — P. 316–322.

8. Malek N., Heath C.A., Greene J. A review of medication adherence in people with epilepsy // Acta Neurol. Scand. — 2017. — Vol. 135, № 5. — P. 507–515.
9. Baker G.A., Jacoby A., Buck D. et al. Quality of life of people with epilepsy: a European study // Epilepsia. — 1997. — Vol. 38, № 3. — P. 353–362.
10. Kwan P., Brodie M.J. Early identification of refractory epilepsy // N. Engl. J. Med. — 2000. — Vol. 342, № 5. — P. 314–319.