

**М.В. Данилова**

## **КЛІНІКО - ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»*

*(директор – д. мед. н., проф. П.В. Волошин)*

*м. Харків*

**Ключові слова:** депресивний епізод, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості

**Key words:** depressive episode, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities

**Резюме.** *Обследовано 35 больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом. Проведен синдромальный анализ депрессивного расстройства, исследованы двигательные, когнитивные, поведенческие, эмоциональные и сомато-вегетативные проявления депрессии. На основании анализа полученных данных выделены основные клинико-психопатологические особенности депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом, которые могут выступать в качестве дифференциальных критериев в диагностике депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.*

**Summary.** *Thirty five patients with multiple sclerosis and depressive episode were examined. Syndrome analysis of depressive disorder was carried out, motor, cognitive, behavioral, emotional, and somato-vegetative manifestations of depression were investigated. On the basis of analysis of the results, the main clinical-psychopathological peculiarities of depressive episode in patients with multiple sclerosis have been defined. These peculiarities may be used as differential criteria for diagnosis of depressive pathology in multiple sclerosis.*

Депресивні розлади є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства, що зумовлено їх наростаючою поширеністю. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 року депресія стане однією з основних причин непрацездатності і посяде друге місце після кардіоваскулярних захворювань [7-10, 12]. Ризик розвитку депресії протягом життя коливається від 5 до 12% у чоловіків і від 10 до 25% у жінок [1,8]. Щорічно депресивні розлади діагностуються не менше, ніж у 200 мільйонів осіб. Крім того, на відміну від інших видів психопатологічних порушень, депресивні стани у 40% випадків не діагностуються вчасно [12]. Найбільш небезпечним є те, що депресивні розлади призводять до збільшення суїцидального ризику. Приблизно 2/3 пацієнтів з депресією схильні до суїцидних спроб і 10-15% здійснюють суїцид [6, 10].

При цьому в останні роки депресія перестала бути виключно психіатричною проблемою. Більшість сучасних епідеміологічних досліджень свідчать про зростання частки депресивних розладів у хворих з неврологічною патологією [1, 2, 3, 5, 9, 11]. У DSM-4 наводяться усереднені дані про поширеність депресивних розладів серед хворих з неврологічною патологією, яка коливається від 25 до 40% [1]. Розсіяний склероз розглядається як неврологічне захворювання, найбільш часто обтяжене депресивною симптоматикою. Коморбідність депресії і розсіяного

склерозу за даними різних авторів становить від 40 до 75%, а в окремих випадках досягає навіть 90% випадків [1, 13].

Встановлено, що депресія погіршує перебіг неврологічного захворювання, уповільнює відновлення неврологічних функцій, зменшує вмотивованість хворого до терапії, порушує можливості адаптації до повсякденного життя, прискорює інвалідизацію і підвищує суїцидальний ризик [1, 2, 3, 5]. У зв'язку з цим необхідність розробки диференціальних критеріїв діагностики та адекватного лікування депресивної патології при неврологічних захворюваннях, зокрема при розсіяному склерозі, набуває все більшої актуальності.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивного епізоду при розсіяному склерозі.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Обстежено 35 хворих на розсіяний склероз, у яких діагностовано депресивний епізод (F32.0-32.2). У роботі використовувались клініко-психопатологічний метод, що включає зібрання скарг та анамнезу хворого, оцінку психічного стану хворого і психометричні методи: шкала Монтгомері-Асберга для оцінки об'єктивної тяжкості депресії (MADRS)[14], яка базується на клінічному опитуванні і належить до стандартизованих об'єктивних клінічних інструментів, які широко застосовуються у сучасній психіатрії, та опитувальник депресії Бека для суб'єктивної оцінки

тяжкості депресії [1, 5], у якому пацієнт у кожній групі ствердженнь визначає те, яке найкраще відповідає тому, як він почувається цього тижня і сьогодні. Статистична обробка отриманих результатів проведена методами варіаційної статистики із використанням критерія Стюдента [4]. При обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна технологія Microsoft Excel.

**РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Аналіз синдромальних варіантів депресії свідчив про превалювання тужливої (меланхолійної) депресії в клініці депресивного епізоду у хворих на розсіяний склероз. Тужлива (меланхолійна) депресія у цієї категорії хворих відзначалася в 77,1% випадків, тоді як інші клінічні варіанти депресивних розладів зустрічалися з частотою, що не перевищувала 8,6% (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Синдромальні варіанти депресії у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі**

Синдромальні варіанти депресії	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Тужлива (меланхолійна) депресія	27	77,1
Тривожна (ажитирована) депресія	1	2,9
Апато-динамічна депресія	1	2,9
Дисфорична (бурчлива, дистимічна) депресія	-	-
Анестетична (деперсоналізаційна) депресія	-	-
Істерична депресія	-	-
Депресія з нав'язливостями (обсесивна)	-	-
Сенесто-іпохондрична депресія	2	5,6
Астено-анергічна депресія	3	8,6
Сомато-вегетативна депресія	1	2,9

Хворі на депресивний епізод при розсіяному склерозі характеризувалися тужливим настроєм, втратою емоційного резонансу, ідеаторною і моторною загальмованістю, думками про власну малоцінність, почуттям провини, суїцидальними думками, добовими змінами настрою (з поліпшенням настрою у другій половині дня).

Об'єктивна оцінка тяжкості депресії у цих пацієнтів відображала наявність помірного ступеня тяжкості стану ( $27,4 \pm 2,1$  бала), що відповідало суб'єктивній оцінці, яка також досягала рівня помірного ступеня ( $20,0 \pm 3,5$  бала). Подіб-

на відповідність суб'єктивної оцінки хворим свого настрою й об'єктивного стану свідчило про вираженість депресивного розладу і відсутність його взаємозв'язку із зовнішніми чинниками.

Аналіз феноменологічної структури депресії продемонстрував наявність вираженого рухового компоненту в проявах депресивного епізоду при розсіяному склерозі. Так, у 85,7% пацієнтів були виявлені рухові порушення у вигляді загальмованості рухів, мови, міміки. Рухове занепокоєння реєструвалося у 31,4% хворих, а слабо виражені рухові порушення - у 13,2% (табл. 2).

*Таблиця 2*

**Рухові розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі**

Рухові розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Загальмованість рухів, мови, міміки	30	85,7
Рухове занепокоєння (заламування рук, покусання нігтів, губ, непосидючість)	11	31,4
Рудиментарні рухові розлади	5	13,2
- гіпомімія	5	13,2
- легка загальмованість	4	10,5
- м'язова адинамія	3	7,8

Значну вираженість у проявах депресивного епізоду мали і когнітивні порушення, які проявлялися переважно у вигляді порушень пам'яті (91,4%) і зниженні рівня концентрації уваги (85,7%). У ідеаторній сфері у пацієнтів цієї групи

переважали ідеї малоцінності (80,0%) (табл. 3). Подібний характер когнітивних розладів свідчив про вираженість афективної патології поряд з органічним (дем'єлінізуючим) процесом.

Таблиця 3

### Когнітивні розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Когнітивні розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Ригідність мислення	9	25,7
Труднощі у прийнятті рішень, неможливість приймати своєчасні рішення, тенденція до відкладання прийняття рішень	13	37,1
Нав'язливі думки	7	20,0
Зниження рівня концентрації уваги	30	85,7
Порушення пам'яті (зорової, короткочасної, довготривалої)	32	91,4

Поведінкові розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі реєструвалися переважно у вигляді погіршення комунікативних функцій (82,9%) (табл. 4). Незначна наявність розладів невротичного регістру (ананкастних,

обсесивно-компульсивних і тривожних) в клініці депресивного епізоду свідчила про відсутність психогенної складової в генезі даної форми депресії.

Таблиця 4

### Поведінкові розлади у хворих депресивним епізодом при розсіяному склерозі

Поведінкові розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Обсесивно-компульсивні розлади	8	22,9
Ананкастні розлади	8	22,9
- Схильність до сумнівів і обережності, особлива увага до деталей, правил, порядку	7	20,0
- Надмірна сумлінність і педантизм	7	20,0
- Упертість	4	11,4
- Прихильність соціальним умовностям	8	22,9
Тривожні розлади	4	11,4
Погіршення комунікативних функцій	29	82,9

У структурі емоційних проявів у хворих даної групи з найбільшою частотою зустрічалися добові коливання настрою (91,4%), байдужість (77,1%), туга (71,1%), горе (скорбота) і відчай

(68,6%). Така представленість емоційних проявів відображає ендогенний характер депресивного розладу (табл. 5).

**Емоційні розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі**

Емоційні розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Ангедонія (втрата можливості отримувати задоволення)	10	28,6
Байдужість	27	77,1
Незадоволення	7	20,0
Горе (скорбота)	24	68,6
Туга	27	71,1
Печаль (сум)	10	28,6
Відчай	24	68,6
Засмучення	6	17,1
Тривога	11	31,4
Образа	3	8,6
Боязнь	7	20,0
Переляк	-	-
Страх	9	25,7
Досада	2	5,7
Гнів	1	2,9
Почуття образи	-	-
Обурення	-	-
Ненависть	-	-
Неприязнь	1	2,9
Злість	4	11,4
Зневіра	3	8,6
Нудьга	-	-
Жах	2	5,7
Сором	5	14,3
Лють	-	-
Презирство	-	-
Відраза	2	5,7
Незадоволеність собою	11	31,4
Гіркота	8	22,9
Добові коливання настрою	32	91,4
Постійне відчуття втоми	6	17,1

Серед сомато-вегетативних розладів у даної категорії хворих домінуючими були порушення апетиту (80,0%), порушення сну (77,1%), зниження маси тіла (74,3%), закріпи (71,4%)

(табл. 6). Перераховані ознаки представляли собою соматичні еквіваленти депресії і відображали тяжкість афективного розладу.

## Сомато-вегетативні розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Сомато-вегетативні розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Порушення серцево-судинної системи (кардіалгічний синдром, порушення серцевого ритму)	19	54,3
Порушення дихання (розлад дихального ритму, ларингоспазм, кашель)	16	45,7
Порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (порушення функцій шлунка, порушення функцій кишечника)	9	25,7
Порушення з боку сечовидільної системи	13	37,1
Головні болі (психалгії, нервово-м'язового характеру, нервово-судинного характеру)	11	31,4
Сексуальні порушення (зниження лібідо, розлади ерекції, розлади еякуляції, розлади оргазму)	11	31,4
Зниження маси тіла	26	74,3
Гіпергідроз	13	37,1
Вегетативно-вісцеральні кризи (симптоадреналові, ваго-інсулярні, змішані)	7	20,0
Порушення сну	27	77,1
Порушення апетиту	28	80,0
Закріпи	25	71,4
Порушення менструального циклу	9	25,7

## ПІДСУМОК

Результати проведеного дослідження дозволили виділити основні клініко-психопатологічні особливості депресивного епізоду при розсіяному склерозі: домінування синдрому тужливої (меланхолійної) депресії; помірна тяжкість депресії; відповідність суб'єктивної і об'єктивної оцінки тяжкості стану; наявність виражених рухових, когнітивних і ідеаторних розладів; погіршення комунікативних функцій; ендогенний

характер емоційних (туга, байдужість, горе, відчай, добові коливання настрою) та сомато-вегетативних розладів (порушення сну, апетиту, зниження маси тіла, закріпи).

Виділені клініко-психопатологічні особливості депресивного епізоду у хворих на розсіяний склероз можуть бути використані як диференційні критерії в діагностиці даної форми депресивного розладу при розсіяному склерозі.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вейн А.М. Депресія в неврологічній практиці (клініка, діагностика, лікування). – 3-є вид. / А.М. Вейн. – М., 2007. – 208с.
2. Вознесенська Т.Г. Депресія в неврологічній практиці і її лікування / Т.Г. Вознесенська // Неврологічний журнал. – 2006. – № 6. – С. 4-11.
3. Галічева, А.С. Специфіка клінічної картини депресивних розладів, які розвинулися на тлі ураження або дисфункції головного мозку / А. С. Галічева // Псіхічне здоров'я. – 2007. – № 3. – С. 22.
4. Гланц А. Медико – биологическая статистика / А. Гланц. – М., 1999. – 453 с.
5. Депресія в неврологічній практиці (клініка, діагностика, лікування) / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенська, В.Л. Голубєв, Г.М. Дюкова. – 3-є вид. перероб. і доп. – М.: МІА, 2007. – 197 с.
6. Депресія: клінічна гетерогенність і нові підходи до терапії // Нейро NEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2007. – № 4. – С. 27-29.
7. Марута Н.А. Можливості антидепресивної терапії в XXI столітті / Н.А. Марута // НейроNEWS. – 2008. – № 6 (11). – С. 24-28.
8. Марута Н.О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н.О. Марута, Ж.І. Білостоцька // Архів психіатрії. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 14-19.
9. Марута Н.О. Депресії у загальнономедичній

практиці: довідковий посібник для лікарів первинної медико-санітарної мережі / Н.О. Марута, А.І. Мамчур, Л.М. Юр'єва. – К., 2009. – 30с.

10. Михайлов Б.В. Проблема депресій в загально-соматичній практиці / Б.В. Михайлов // Міжнар. мед. журнал. - 2003. - Т. 9, № 3. - С. 22-27.

11. Ольбінська Л.І. Про проблему депресії в терапевтичній практиці. Що показала програма КОМПАС / Л.І. Ольбінська // Терапевт. архів. -2005. -№ 10. -С. 85-89.

12. Пилягіна Г.Я. Депресивні порушення /

Г.Я. Пилягіна // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 1. - С. 40-49.

13. Порівняльна оцінка препаратів із групи СІЗЗС (опра, флуоксетин) при лікуванні депресії у хворих на розсіяний склероз / В.В. Овчаров, Н.Ю. Булдакова, Є.В. Еніколопова, Бойко О.М. // Журнал неврології і психіатрії ім. С. С. Корсакова. -2007. – Вип. 4. Розсіяний склероз. -С. 133-136.

14. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – Vol. 134. – P. 382-389.

