

СПЕЦИФІКА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ В ІНТЕРІКТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія», Київ

Подано результати дослідження особливостей клініко-психопатологічних проявів депресій у хворих на епілепсію в інтеріктальному періоді. Досліджено афективні, когнітивні, вольові, психомоторні та соматовегетативні прояви органічних, психогенних та ендогенних депресій, що є коморбідними епілепсії. Визначено тяжкість, структурні особливості та провідні синдроми означених форм депресій. Означено специфіку клінічних проявів депресивної симптоматики у хворих на епілепсію відносно конкретних форм депресій.

Ключові слова: епілепсія, органічні депресії, психогенні депресії, ендогенні депресії, інтеріктальний період, синдромальна структура, клінічні прояви.

Епілепсія тісно пов'язана з психічними розладами, найбільш розповсюдженим із яких визнано депресію. Згідно з представленими в літературі даними кожен третій хворий на епілепсію страждає на депресивні розлади, за іншими відомостями вони сягають 60% [1, 2]. На сьогодні визнано, що зв'язок між епілепсією та депресією є двобічним: депресія в анамнезі підвищує ризик виникнення епілепсії в 4–7 разів, тоді як за наявності епілепсії ризик депресії збільшується у 5–25 разів, що передбачає наявність спільних патогенетичних механізмів виникнення обох захворювань [3, 4]. При цьому у клінічній практиці спостерігаються гіподіагностика депресій при епілепсії та низька прихильність щодо їх лікування, що безумовно призводить до негативних наслідків, таких як ускладнення перебігу епілепсії, зниження комплаєнтності, погіршення якості життя хворих, їх соціального функціонування та підвищення суїцидального ризику [2, 3, 5]. Причиною недостатнього виявлення депресій при епілепсії є їх атипівні клінічні прояви, що не завжди класифікуються як психічні порушення, а пов'язуються з проявами епілепсії та наслідками її лікування [1, 4].

Потреба у підвищенні якості діагностики депресій при епілепсії зумовлює актуальність запропонованої роботи та її мету — дослідити клініко-психопатологічні прояви депресивних розладів у хворих з епілепсією в інтеріктальному періоді та визначити їх специфіку.

Вибірку дослідження становили 109 хворих на епілепсію (G40.0–40,8 за МКХ-10) з депресіями у міжприступному (інтеріктальному) періоді, серед яких 41 хворий із органічними депресивними розладами (F06.32); 31 хворий із психогенними депресивними розладами (F43.21–43,23) та 37 осіб з ендогенними депресіями (F32.0–32,2 та F33.0–33,2). Середній вік обстежених становив $46,2 \pm 6,9$

року, тривалість захворювання на епілепсію — $13,52 \pm 4,15$ року.

У роботі застосовувалися методи клініко-психопатологічного дослідження (збір скарг, анамнезу, оцінка симптомів та синдромів), що доповнювалися використанням Клінічної шкали депресій Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) [6].

За даними клініко-психопатологічного обстеження було проаналізовано увесь спектр депресивних проявів: афективні, когнітивні, вольові, психомоторні та сомато-вегетативні порушення, а також порушення вітального тону. Провідними симптомами, спільними для усіх 100,00% обстежених хворих із депресіями незалежно від форми, був пригнічений настрій та зниження продуктивності діяльності.

У структурі депресивного спектра хворих з органічними депресіями на фоні пригніченого настрою домінували порушення вітального тону функцій у вигляді стомлюваності (85,37% випадків), зниження енергетичного тону (70,73%), а також когнітивні та мотиваційно-вольові порушення (зменшення активності та ініціативи — 75,61% хворих, зацікавленості — 68,3%, зниження концентрації уваги — 68,3%, іпохондричні ідеї — 63,41%, труднощі у прийнятті рішень — 60,98%). Серед соматовегетативних проявів превалювали неприємні, переважно больові, тілесні відчуття (46,34% хворих), розлади сну (41,46%) та вісцеральні симптоми (39,0%). Психомоторні порушення були представлені переважно у вигляді реакцій загальмованості (36,59%), що виявлялися сповільненням рухів, загальмованістю, зниженням експресії. У структурі афективних порушень на фоні провідного пригніченого настрою не відзначалося значного переважання конкретних афективних проявів, при цьому було представлено весь спектр

афективних переживань: тривога (43,9%), туга (39,0%), дратівливість (36,59%) і напруга (34,15%).

Клініко-психопатологічна структура психогенних депресій була представлена афективними проявами, серед яких на фоні пригніченого настрою домінували тривога (67,74% пацієнтів) з тугою (61,29%), мотиваційно-вольовими проявами, що включали труднощі у прийнятті рішень (70,97%), зниження інтересу (64,52%), зменшення активності та ініціативи (61,29%), а також наявністю соматовегетативних — вісцеральних симптомів (61,29%) та порушень вітального тону у вигляді стомлюваності (70,97%). У структурі психомоторних проявів психогенних депресій при епілепсії відзначалося превалювання реакцій ажитації (непосидючості, метушливості, неконтрольованої активності) (51,61%).

У структурі депресивної симптоматики хворих з ендogenous депресіями здебільшого відзначалося наявність порушень вітального тону функцій, переважно анергічності (83,78% випадків) та стомлюваності (70,27%), мотиваційно-вольове зниження у вигляді зменшення активності та ініціативності (83,78%), відсутності зацікавленості (75,68%), зниження концентрації уваги (70,27%). У структурі афективних проявів пацієнтів цієї групи превалювали відчуття напруги (62,16% хворих) та туги (59,46%); серед психомоторних проявів — реакції загальмованості (сповільнення рухів, зниження експресії) (59,46%); серед соматовегетативних проявів — порушення сну (67,57%) та сексуальні дисфункції (64,86%).

За рівнем вираженості депресивної симптоматики (шкала HDRS) у хворих на епілепсію у переважній більшості відзначалися тяжкі та помірні депресивні стани. Ендogenous депресивні розлади характеризувалися найвищим рівнем вираженості депресивної симптоматики, серед яких у 70,27% випадків відзначалися тяжкі варіанти депресій, помірні ендogenous депресивні розлади — лише у 29,73% осіб, а легкі варіанти не було діагностовано взагалі. Серед органічних і психогенних депресій помірні та тяжкі варіанти депресивних розладів були подані у майже рівних пропорціях: 43,9 та 45,16% хворих із помірним рівнем вираженості; 51,22 та 51,61% — з вираженою депресивною симптоматикою відповідно до означених груп. Легкий рівень депресивної симптоматики було зафіксовано лише у 4,88% осіб з органічними та у 3,23% — із психогенними депресіями.

У структурі депресивної симптоматики хворих на епілепсію (за даними шкали HDRS) незалежно від їх форми спостерігалось превалювання симптомів зниженого настрою: відчуття туги, безпорадності, безнадії та власної малоцінності. При органічних депресіях, окрім симптомів депресивного

настрою ($2,21 \pm 0,51$ бала), у структурі депресивних проявів відзначалося наявність виражених іпохондричних розладів ($2,16 \pm 0,63$ бала), соматизації психічного стану у вигляді соматичної тривоги ($2,16 \pm 0,46$ бала), загально-соматичних симптомів ($1,76 \pm 0,59$ бала) та зниження рівня працездатності й активності ($1,83 \pm 0,62$ бала).

Серед проявів психогенних депресій при епілепсії поряд із депресивним настроєм ($2,62 \pm 0,46$ бала) відзначалося превалювання психічної тривоги ($2,31 \pm 0,52$ бала), зниження активності та працездатності ($2,16 \pm 0,57$ бала), до яких додавалися соматовегетативні симптоми тривоги ($1,79 \pm 0,61$ бала) та іпохондричні тенденції ($1,75 \pm 0,49$ бала).

У хворих з ендogenous депресіями у клінічній структурі депресивних проявів відзначався значно ширший спектр депресивної симптоматики, де до депресивного настрою ($2,59 \pm 0,66$ бала) додавалися симптоми астеничного кола у вигляді зниження рівня активності ($2,22 \pm 0,59$ бала) та загальмованості ($1,53 \pm 0,61$ бала), симптоматика тривожно-іпохондричного спектра: психічна ($1,82 \pm 0,56$ бала) та соматична ($1,68 \pm 0,60$ бала) тривога з іпохондричними проявами ($1,43 \pm 0,62$ бала) та наявність симптомів, специфічних ендogenous форм депресій у вигляді інсомнії ($1,46 \pm 0,64$ бала), почуття провини ($1,38 \pm 0,57$ бала), зниження маси тіла ($1,30 \pm 0,66$ бала), а також генітальних симптомів у вигляді зниження лібідо та порушень менструального циклу ($1,56 \pm 0,49$ бала).

Отримані дані свідчать, що клінічні прояви депресивних станів при епілепсії мають свою специфіку залежно від форми депресивної патології: у структурі органічних депресій превалюють соматоіпохондричні прояви з соматичною тривоною, астенизацією та різними соматичними симптомами; психогенні депресії при епілепсії характеризуються превалюванням поряд із депресивними проявами симптомів тривожного спектра, серед яких домінує психічна тривога; ендogenous депресії при епілепсії виявляються широким різноманіттям та вираженістю психопатологічної симптоматики, у якій провідне місце належить симптомам астеничного, тривожно-іпохондричного спектрів із додаванням «класичних» депресивних проявів, таких як відчуття провини, зниження маси тіла та інсомнічні розлади.

За даними синдромального аналізу структури депресій у хворих на епілепсію визначено поліморфність їх клінічної структури, наявність складних симптомокомплексів, де разом із провідним депресивним синдромом, який відзначався у 100% хворих, спостерігався дисфоричний синдром, а також інші синдроми, специфічні для конкретних клінічних форм депресій. У синдромальній структурі органічних депресій поряд із

провідним депресивним синдромом спостерігалась представленість соматовегетативного (63,41%), астенічного (53,66%) та дисфоричного (51,22%) синдромів. Серед психогенних депресій при епілепсії також на фоні провідної депресивної симптоматики відзначалися тривожний (67,74%), дисфоричний (61,29%) та соматовегетативний (54,83%) синдроми. Специфіка синдромальної структури ендogenous депресій у хворих на епілепсію визначалася наявністю поряд із провідним депресивним синдромом апатичного (56,75%) та дисфоричного (54,04%).

Проведений аналіз свідчить, що депресивні розлади у хворих на епілепсію в інтеріктальному періоді являють собою неоднорідну за вираженістю та структурою психопатологічної симптоматики групу. За ступенем тяжкості депресії в інтеріктальному періоді епілепсії сягають помірною та тяжкого ступеня вираженості, найвищий рівень якої відзначається при ендogenous депресіях. Клінічні прояви депресивних станів при епілепсії мають свою специфіку залежно від форми депресивної патології. У структурі депресивного спектра хворих з органічними депресіями на фоні пригніченого настрою відзначається порушення вітального тону функцій (стомлюваність, анергічність, знесилення), зниження когнітивних та мотиваційно-вольових функцій (зниження активності, інтересу, концентрації уваги, труднощі в прийнятті рішень), наявність іпохондричних ідей та соматовегетативних проявів у вигляді переважно больових, тілесних відчуттів, розладів сну та вісцеральних симптомів. Отже, у структурі органічних депресій превалювали сомато-іпохондричні прояви із соматичною тривогою та астенізацією. Клініко-психопатологічна структура психогенних депресій була представлена переважно афективними проявами, серед яких на фоні пригніченого настрою переважали тривога з тугою, які, у свою чергу, доповнювалися соматовегетативними вісцеральними симптомами, мотиваційно-вольовим зниженням (труднощі в прийнятті рішень, зниження інтересу, зменшення активності та ініціативності) та властивими цій групі хворих реакціями ажитації (непосидючості, метушливості, неконтрольованої активності) разом із порушеннями вітального тону у вигляді стомлюваності та млявості. Структура психогенних депресій при епілепсії характеризується превалюванням поряд із депресивними проявами соматовегетативних та тривожних симптомів. Структурні особливості депресивної симптоматики хворих із ендogenous депресіями виявлялись домінуванням анергічності, загальмованості та сповільненості психічних функцій, значним мотиваційно-вольовим зниженням, превалюванням

у структурі афективних проявів відчуттів напруги та туги, а також порушень сну та сексуальних дисфункцій. Провідне місце у структурі ендogenous депресій належить симптомам астено-анергічного спектра з додаванням «класичних» депресивних проявів — відчуття провини, зниження маси тіла, інсомнічних розладів. Синдромологічна структура депресивних розладів при епілепсії в інтеріктальному періоді незалежно від клінічної форми депресивного розладу характеризується розмаїттям психопатологічних проявів, формуванням складних симптомокомплексів, поліморфністю клінічної картини та є поєднанням провідного депресивного синдрому з дисфоричним, до яких залежно від генезу депресивного розладу приєднуються інші синдроми, утворюючи багатокомпонентні варіанти. Специфікою органічних депресій є наявність соматовегетативного та астенічного синдромів. Психогенні депресії характеризуються приєднанням тривожного і соматовегетативного синдромів; ендogenous — наявністю астено-апатичного компонента депресії.

Отримані дані мають прикладне значення та повинні враховуватися у діагностиці хворих на епілепсію для своєчасного виявлення депресивних розладів.

Список літератури

1. *Kanner A. M.* Corrigendum to Depression and epilepsy: Epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence / A. M. Kanner // *Epilepsy & Behavior.*— 2014.— № 32.— P. 170.
2. *Mehndiratta P.* Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: a systematic literature review / P. Mehndiratta, M. Sajatovic // *Epilepsy Behavior.*— 2013.— № 28 (1).— P. 36–40.
3. *Хачатрян С. Г.* Депрессия при эпилепсии (обзор литературы) / С. Г. Хачатрян, О. М. Манвелян // *Медицинский вестник Эребуни.*— 2008.— № 1 (33).— С. 26–45.
4. *Марценковский И. А.* Эпилепсия и коморбидные расстройства психики и поведения / И. А. Марценковский, И. И. Марценковская // *Укр. медичний часопис.*— 2015.— № 4.— С. 43–53.— URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2015_4_15
5. *Марута Н. А.* Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. А. Марута // *Здоров'я України.*— 2013.— 30.12.2013.— С. 38–39.
6. *Смулевич А. Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич.— М.: Медицинское информационное агентство, 2003.— 209 с.

СПЕЦИФИКА КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ИНТЕРИКТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

В. И. ХАРИТОНОВ

Представлены результаты исследования особенностей клинико-психопатологических проявлений депрессий у больных эпилепсией в интериктальном периоде. Исследованы аффективные, когнитивные, волевые, психомоторные и соматовегетативные проявления органических, психогенных и эндогенных депрессий, коморбидные эпилепсии. Определены тяжесть, структурные особенности и ведущие синдромы указанных форм депрессий. Отмечена специфика клинических проявлений депрессивной симптоматики у больных эпилепсией в отношении конкретных форм депрессий.

Ключевые слова: эпилепсия, органические депрессии, психогенные депрессии, эндогенные депрессии, интериктальный период, синдромальная структура, клинические проявления.

SPECIFICITY OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY IN INTERICTAL PERIOD

V. I. KHARITONOV

The paper presents the results of studying the features of clinical and psychopathological manifestations of depression in patients with epilepsy in the interictal period. The affective, cognitive, volitional, psychomotor and somatic-vegetative symptoms of organic, psychogenic and endogenous depressions, being comorbid with epilepsy, have been studied. The severity, structural features and leading syndromes of these forms of depression were determined. The specificity of clinical manifestations of depressive symptoms in patients with epilepsy regarding specific forms of depression was noted.

Key words: epilepsy, organic depression, psychogenic depression, endogenous depression, interictal period, syndromal structure, clinical manifestations.

Надійшла 05.04.2019