

А. М. Кожина, И. Н. Стрельникова

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В работе приведены данные об использовании препарата Латригил и его высокой эффективности в сочетании с психокоррекционными программами в терапии пароксизмальных нарушений и коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией, перспективы снижения количества психофармакологических осложнений и улучшения качества жизни больных.

Ключевые слова: эпилепсия, депрессия, Латригил, психотерапевтические методы коррекции

Эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимая в структуре неврологической патологии 3-е, а в психиатрической — 4-е место среди других болезней, а многообразие её проявлений определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения [2, 7, 8].

Международная противозепилептическая Лига и Бюро по эпилепсии определяют данное заболевание как расстройство, характеризующееся стойкой склонностью к возникновению эпилептических припадков, а также нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями этого состояния [6, 10].

К сожалению, большинство практических врачей уделяют внимание только первой части данного определения — припадкам, в то время как коморбидные нарушения при эпилепсии, часто сопровождающие данное заболевание, остаются неизученными и больные, соответственно, не получают адекватную терапевтическую помощь [5, 9].

Одним из наиболее частых коморбидных нарушений у лиц, страдающих эпилепсией, являются депрессивные расстройства. Сопутствующие депрессивные расстройства являются препятствием к полноценному восстановлению здоровья пациента, несмотря на достигнутую противозепилептическим лечением ремиссию припадков, снижают качество жизни больных, способствуют ухудшению работоспособности и затрудняют социальную адаптацию [3, 5].

В последние годы установлено, что зависимость эпилепсии и депрессии взаимна, то есть, с одной стороны, течение эпилепсии нередко осложняется развитием депрессии, а с другой — наличие депрессии повышает риск развития эпилепсии. Это подтверждают общие механизмы развития данных заболеваний [4, 9].

Цель врача, лечащего больного эпилепсией, не только предупреждать приступы, но и помочь пациенту оптимизировать качество жизни. На качество жизни пациента с эпилепсией влияют медикаментозная ремиссия, его психосоциальная адаптация к своему заболеванию и связанные с ним ограничения в повседневной жизни, а также наличие или отсутствие у него аффективных расстройств [1].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, целью которого явились изучение специфики клинической картины и разработка комплексной системы коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных в возрасте 17—35 лет, обоюбого пола, с установленным диагнозом эпилепсия, уточненной локализацией очага и сроком заболевания не превышающим 10 лет, у которых имелись депрессивные расстройства. В соответствии с критериями МКБ-10, использовались следующие диагностические шифры: F 06.3, F06.4, F07.0, F07.8.

Полученные в ходе клинико-анамнестического и клинико-психопатологического анализа данные позволили нам систематизировать аффективные расстройства у обследованных больных по этиопатогенетическому фактору: психогенные (как реакция на впервые установленный диагноз эпилепсия (33,1 %), на осознание ограничений, накладываемых заболеванием (57,8 %), как результат предвзятого отношения социального окружения к больному эпилепсией (49,7 %) — 35,7 % обследованных, сочетанные — 30,7 %, лекарственные (вследствие влияния противосудорожных препаратов) — 22,3 % и нозогенные (спровоцированные самим заболеванием) — 11,3 %.

Анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования позволил выделить следующие клинические варианты депрессивных расстройств у больных эпилепсией: тоскливые, адинамические, ипохондрические, тревожные симптомокомплексы, а также депрессии с деперсонализационными нарушениями.

Тоскливые депрессии характеризовались преобладанием тоскливого аффекта со стойким снижением настроения, больные отмечали душевный дискомфорт, тяжесть в груди, возникающие на фоне физического недомогания и сопровождающиеся моторным беспокоеством.

Адинамические депрессии протекали на фоне сниженной активности и гипобулии, больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию.

Ипохондрические депрессии сопровождались ипохондрически окрашенными фобиями, сенестопатиями с интракраниальной локализацией.

Тревожные депрессии проявлялись в виде немотивированного беспокойства, страхов, тревоги, опасений.

Депрессии с деперсонализационными нарушениями характеризовались доминированием в клинической картине ощущений измененности восприятия собственного тела, окружающего, времени, указанные переживания носили фрагментарный характер.

Поскольку основной задачей нашего исследования явился подбор оптимальной монотерапии для лечения

не только судорожных приступов, но и депрессивных расстройств, в нашей работе мы использовали препарат Латригил производства STADA, Германия (действующее вещество ламотриджин). Выбор препарата Латригил обусловлен благоприятными характеристиками действующего вещества ламотриджин, а также удобством лекарственной формы Латригила — таблетки диспергируемые. Кроме того, учитывая необходимость многолетнего непрерывного приема противоэпилептических препаратов, врач вынужден учитывать стоимость препарата.

Механизм действия Латригила (ламотриджина) определяется селективной блокадой потенциал-зависимых медленно инактивирующихся натриевых каналов нейронов, в результате чего происходит торможение выброса в синаптическую щель возбуждающих аминокислот, в первую очередь глутамата. Латригил блокирует потенциал-зависимые кальциевые каналы нейронов гиппокампа, в результате чего снижается патологическая гиперактивность нейронов гиппокампа в зоне CA1, т. е. регионе, ответственном за регуляцию эмоциональной сферы, когнитивные функции и подкорково-корковые взаимоотношения. Он также обладает способностью при регулярном применении (более 4 недель) повышать содержание ГАМК в мозге, что существенно расширяет его потенциал как антиконвульсанта. Кроме того, для Латригила характерно неселективное ингибирование обратного захвата моноаминов (в т. ч. серотонина), блокада моноаминоксидазы

Латригил эффективен для контроля парциальных и тонико-клонических приступов, первичных генерализованных приступов (абсансных и миоклонических), а также приступов, связанных с синдромом Леннокса — Гасто.

В отличие от конвенционных антиконвульсантов, он оказывает положительное влияние на когнитивные функции и психоэмоциональную сферу, что является весьма важным, учитывая частоту когнитивных и депрессивных расстройств у больных эпилепсией.

В своем исследовании мы использовали диспергируемые таблетки Латригил (25 мг, 50 мг и 100 мг) в следующих дозировках: на протяжении первых 2 недель терапии в дозе 25 мг/сутки, на протяжении 3—4 недель — по 50 мг/сутки, с последующим постепенным наращиванием дозы на 50 мг каждую неделю. Оптимальная поддерживающая доза в наших исследованиях составила 100 — 200 мг/сутки в 1—2 приема.

К преимуществам использования Латригила в нашем исследовании следует отнести: широкий спектр эффективности в отношении всех видов эпилептических приступов; благоприятное влияние на когнитивные функции и психоэмоциональную сферу; назначение один или два раза в сутки, что, минимально обременяя пациента, обеспечивает соблюдение им режима лечения более надежно, чем при многократных приемах; отсутствие рецидивов при однократном приеме препарата.

В целом Латригил оказался эффективен у 92,3 % больных, у 78,1 % отмечалось полное, а у 14,2 % частичное купирование симптоматики (рис. 1). Снижение частоты приступов отмечалось с 4—6 недели начала

приема Латригила, что обусловлено постепенным увеличением дозы препарата. Улучшение в отношении приступов опережало по времени уменьшение выраженности эпилептиформных проявлений на ЭЭГ.

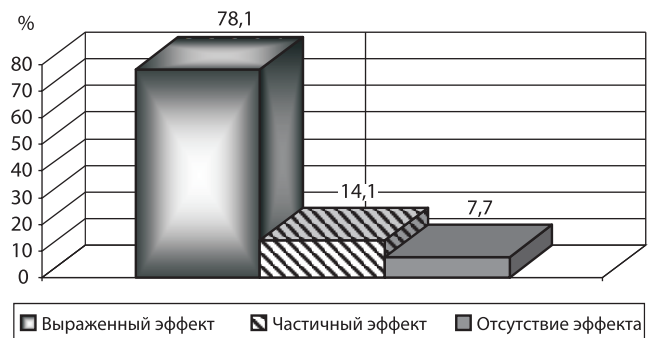


Рис. 1. Терапевтическая эффективность препарата Латригил

На фоне применения Латригила нами на 3 неделе терапии отмечена нормализация фона настроения, редукция тревожно-депрессивной и астенической симптоматики, исчезновение аффекта тоски, внутреннего напряжения, различного рода страхов и опасений, ипохондрически окрашенных фобий. Поведение больных становилось более упорядоченным, возрастала их психофизическая активность, возобновлялся привычный двигательный режим. К концу девятой недели приема препарата заметно улучшались когнитивные показатели с акцентом на положительную динамику функций нейродинамики, внимания и мышления. Все вышеперечисленное способствовало более успешной психосоциальной адаптации больных.

Согласно результатам психодиагностического исследования, отмечена четкая положительная динамика эмоционального состояния по психодиагностическим шкалам тревоги и депрессии: по шкале тревоги Гамильтона — 25 и более баллов (большой депрессивный эпизод) в начале исследования, до 13 и менее баллов (отсутствие депрессивного и тревожного эпизодов) — на 3 неделе приема Латригила; по Больничной шкале тревоги и депрессии, соответственно, от 11 и более баллов (клинические проявления тревоги и депрессии) до 10 и менее баллов (субклинические проявления либо отсутствие тревожно-депрессивной симптоматики) (рис. 2).

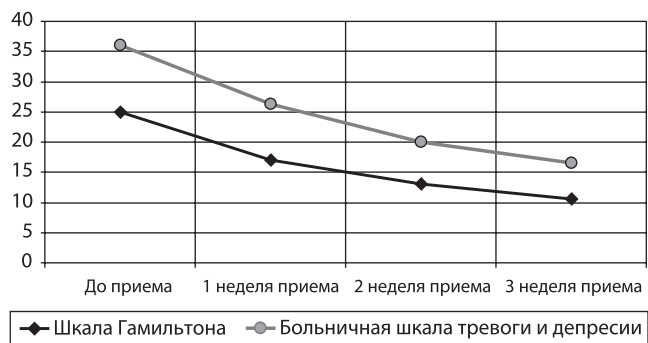


Рис. 2. Динамика показателей психодиагностических шкал на фоне применения препарата Латригил

В результате исследования была выявлена хорошая переносимость препарата, меньшая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата отмечены у 5,7 % больных и являлись дозозависимыми. В первые две недели приема Латригила наиболее частыми побочными явлениями были головная боль, тошнота, сонливость, диплопия, а также кожная сыпь макуло-папулезного характера. Ни в одном случае данный факт не повлек за собой отмены препарата. Все остальные случаи побочных эффектов можно считать предсказуемыми (типичными для данного класса препаратов) и, в целом, они быстро проходят при продолжении лечения и доступны для быстрой коррекции. Вместе с тем, риск развития побочных эффектов может быть существенно снижен за счет минимизации стартовой дозы препарата и соблюдения рекомендуемых схем титрования дозы (рис. 3)

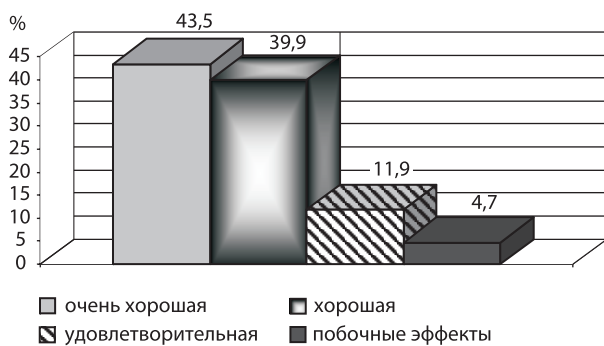


Рис. 3. Переносимость препарата Латригил

Результаты проведенного нами исследования показывают, что для коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией помимо фармакотерапии целесообразно применять комплексные психокоррекционные программы, предусматривающие поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от личностных особенностей больных и содержательной части психотерапии. При этом задачи содержательной части должны включать принцип взаимного потенцирования, независимо от применения и ввода методов психотерапии.

Для коррекции выявленных депрессивных нарушений у больных эпилепсией использовались индивидуальные формы психотерапии с дифференциальной направленностью психотерапевтического процесса, основанного на тщательном изучении анамнеза и клинических данных.

В состав вышеуказанных программ входят следующие психотерапевтические методики.

Рациональная психотерапия, направленная на укрепление веры больного в успех лечения, потенцирование и закрепление эффекта биологической терапии, изменение тревожной и депрессивной установки. По нашим данным целесообразным является соблюдение следующей этапности проведения рациональной психотерапии у больных эпилепсией с депрессивными расстройствами: объяснение и разъяснение, включающее разъяснение сущности заболевания, причин его

возникновения. В результате реализации этого этапа достигалась более ясная, определенная картина болезни, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая пациенту возможность более активно самому контролировать болезнь и эмоциональные реакции на нее. Убеждение — коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни и психотравмирующим обстоятельствам, способствующая переходу к модификации личностных установок больного. Переориентация — достижение более стабильных перемен в установках больного, прежде всего в его отношении к болезни и стрессовым ситуациям, связанное с изменениями в системе его ценностей и выводящая его за пределы болезни. Проводимые методы рациональной психотерапии показали высокий процент эффективности ($80,9 \pm 2,2$ % обследованных).

Одной из основных психотерапевтических методик в работе с больными эпилепсией является семейная психотерапия. Мы использовали семейную психотерапию в модификации Т. М. Мишиной, направленную на нормализацию семейных отношений с учетом индивидуально-личностных особенностей членов семьи и характеристик болезни одного из них. В начале работы с пациентом и его семьей сеансы проводились с частотой 1—2 раза в неделю, затем — 1 раз в две недели и при сохранении необходимости продолжать семейную психотерапию мы проводили сеансы 1 раз в три недели. В проводимой терапии мы выделяли четыре этапа: 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидация семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий. Семейная психотерапия оказалась эффективной в $71,3 \pm 2,2$ % случаев.

Модификации групповой психотерапии направлены на анализ, переработку проблем пациента, получение эмоциональной поддержки и регенерацию личностной активности. По нашим наблюдениям, при работе с больными эпилепсией, имеющими непсихотические аффективные расстройства, вызванные психогенными и сочетанными факторами, более адекватным является использование группового варианта личностно-ориентированной психотерапии, механизм лечебного действия которой был ориентирован на личностные изменения. Столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами и конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами осуществлялось в основном, за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. Каждый участник группы за счет обратной связи получал разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей, и насколько они реалистичны, какие эмоциональные или поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие. Возникавшие в ходе психотерапии различные эмоциональные ситуации, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяли в условиях

психотерапии вычленили эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. По нашим наблюдениям, эффективность личностно-ориентированной психотерапии у больных эпилепсией с депрессивными расстройствами составила $59,4 \pm 3,2$ %.

Проведенное катamnестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой комплексной системы коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией. У 89,5 % больных отмечалась четкая положительная динамика, депрессивная симптоматика редуцировалась, отмечена активация социального функционирования, а также возможность преодоления ситуаций, которые раньше вызвали эмоциональный дискомфорт.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

Проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Латригил в сочетании с психокоррекционными программами в терапии пароксизмальных нарушений и коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией, что позволяет отказаться от назначения транквилизаторов и антидепрессантов и дает возможность уменьшить количество психофармакологических осложнений, а также улучшить качество жизни пациентов с эпилепсией.

А. М. Кожина, І. М. Стрельникова

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Сучасні можливості терапії хворих на епілепсію з депресивними розладами

В роботі наведені дані про використання препарату латригил та його високу ефективність в сполученні з психокорекційними програмами в терапії пароксизмальних порушень та корекції депресивних розладів у хворих на епілепсію, перспективи зниження кількості психофармакологічних ускладнень та покращання якості життя цих хворих.

Ключові слова: епілепсія, депресія, латригил, психотерапевтичні методи корекції.

Список литературы

1. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали / [Авакян Г. Г., Бадалян О. Л., Бурд С. Г. и др.] // Русский медицинский журнал. — 2008. — № 12. — С. 14—19.
2. Болдырев, А. И. Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев. — М.: Медицина, 2000 — 384 с.
3. Броди, М. Течение и рациональная терапия эпилепсии / М. Броди // Международный неврологический журнал. — 2005. — № 4. — С. 72—83.
4. Бурчинский, С. Г. Критерии выбора препарата антиконвульсанта: клинико-фармакологические аспекты / С. Г. Бурчинский // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 3 (56). — С. 46—49.
5. Зенков, Л. Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства: руководство для врачей / Л. Р. Зенков. — М.: МЕДпрессинформ, 2007. — 208 с.
6. Зенков, Л. Р. Фармакологическое лечение эпилепсии / Л. Р. Зенков // Русский медицинский журнал. — 2000. — № 10. — С. 411—417.
7. Карлов, В. А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей / В. А. Карлов. — М.: Медицина, 2010. — 720 с.
8. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // НейроNews. — 2010. — № 5 (24).
9. Чабан О. С., Завгородня В. В. Принципи психотерапії у хворих на епілепсію з неспихотичними розладами / Чабан О. С., Завгородня В. В. // Архів психіатрії. — 2010. — Т. 16, 1(60). — С. 45—47.
10. Юр'єва, Л. М. Психічні розлади при епілептичному захворюванні / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов. — К., 2009. — 196 с.

Надійшла до редакції 12.01.2011 р.

A. M. Kozhyna, I. N. Strelnikova

Kharkiv National medical University (Kharkiv)

Current treatment options of patients with epilepsy with depressive disorders

The paper presented data on drug use latrigil and its high efficiency in combination with the correction program in the treatment of paroxysmal disorders and correction of depressive disorders in patients with epilepsy, the prospects for reducing the number psychopharmacologic complications and improve quality of life in these patients.

Key words: epilepsy, depression, latrigil, psychotherapeutic methods of correction.