

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Хайдаркул Сохибназар углы Худойназаров

Ассистент кафедры медицинских и биологических наук Термезского филиала
Ташкентской медицинской академии

Фаррух Еркинович Ташпулатов

Ассистент кафедры медицинских и биологических наук Термезского филиала
Ташкентской медицинской академии

Шамсия Сохибназаровна Исмоилова

Ассистент кафедры микробиологии, иммунологии, фармакологии, клинической
фармакологии Термезского филиала Ташкентской медицинской академии

Маржона Зулфикор кизи Туракулова

Студент 1-го курса Термезского филиала ТГА по направлению Лечебная работа

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6871307>

***Аннотация.** Разработанные современные структурные и функциональные методы исследования головного мозга позволяют более детально подойти к диагностике и лечению эпилепсии, а также к ассоциированной с ней коморбидной патологии, в частности к тревожно-депрессивным расстройствам. В данной статье представлен литературный обзор текущих научных исследований в современной медицине об особенностях нейропсихологических заболеваний у больных эпилепсией.*

***Ключевые слова:** эпилепсия, психиатрическую патологию, меланхолия, точки зрения различных мистических.*

FEATURES OF THE OCCURRENCE OF NEUROPSYCHOLOGICAL DISEASES IN PATIENTS WITH EPILEPSY (LITERATURE REVIEW)

***Abstract.** The developed modern structural and functional methods for studying the brain allow a more detailed approach to the diagnosis and treatment of epilepsy, as well as its associated comorbid pathology, in particular, anxiety and depressive disorders. In this article, a literature review on the scientific research in modern medicine on the features of neuropsychological disorders in patients with epilepsy is presented.*

***Keywords:** epilepsy, psychiatric pathology, melancholy, various mystical points of view.*

ВВЕДЕНИЕ

Отмечено, что среди психических расстройств, ассоциированных с эпилепсией, наиболее распространены депрессивные и тревожные расстройства, преимущественно непсихотические [2], Комплексная оценка расстройств функционирования у больных эпилепсией отражает особую значимость своевременного и адресного проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий данной группе пациентов. Понятие «паттерн» (англ. «pattern» – форма, пример) в данном исследовании мы рассматриваем как форму, модель поведения живых индивидуумов. а среди пациентов с височной эпилепсией они занимают первое место среди всех психические расстройства и присутствуют более чем в половине случаев [1].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Этиопатогенетический механизм развития психических расстройств при эпилепсии остается недостаточно выясненным. Чаще его связывают с видом приступов, сроками длительности заболевания, хотя высказываются и другие соображения [1, 6, 9].

Данное обстоятельство в какой-то мере отодвигает роль припадка, а на первое место выходят характерологические изменения, приводящие к дезадаптации пациента, чему в настоящее время придается большое значение. Развитие подобных состояний по своему механизму идентично патогенезу эпилептического пароксизма, реализуемого через эпилептизацию нейронов с последующим дезинтегрирующим влиянием на интерактивную деятельность мозга, приобретая пролонгированное течение у 30–80 % пациентов [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами проведено изучение нервно-психологического статуса пациентов по трем шкалам: шкала Гамельтона, шкала Монтгомери-Асберг (MADRS) и шкала Бека.

После опроса и специализированного анкетирования (шкала Гамельтона) у 95 пациентов (56,7%) выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра.

По результатам обследования по шкале Гамельтона у больных эпилепсией уровень нарушений был следующим: депрессивное расстройство - $15,1 \pm 0,9$ балла, тревожность - $15,8 \pm 1,1$ балла.

При анализе структуры депрессивных расстройств 36,6% пациентов сообщили о депрессии, чувстве некомпетентности, утомляемости - 43,9%, тревоге - 61,0%, нарушениях сна, нервных расстройствах, проявляющихся нервозностью у 53,7% пациентов.

Наиболее часто встречаемым при эпилепсии психопатологическим коморбидным расстройством является депрессия, которая регистрируется у 40–60 % пациентов [4, 7, 8]. Депрессия при эпилепсии является плеоморфным аффективным расстройством, проявляющимся рядом симптомов: лабильными депрессивными симптомами (депрессивное поведение, астения, бессонница, боль), лабильными аффективными симптомами (страх, тревожность) и, предположительно, специфическими симптомами (приступы раздражительности, эйфоричное настроение), наблюдаемыми у 70 % пациентов [4–6].

В 14,7% случаях содержанием тревоги были реальные жизненные трудности и ухудшение собственного здоровья. При этом физические симптомы тревоги преобладали над психическими.

Критерием включения в основную группу являлось наличие депрессивного расстройства с выраженностью от 16 до 30 баллов по шкале Монтгомери-Асберг (MADRS) (табл. 1).

Как видно из таблицы отмечается достоверное повышение баллов в основной группе в 2 раза по сравнению с группой сравнения ($P < 0,01$).

Результат от 10 до 19 баллов говорит о легком уровне депрессии ситуативного или невротического генеза.

Таблица 1

Средние показатели шкалы Монтгомери-Асберг (MADRS)

Группы	Показатели
--------	------------

Основная группа	23,4±0,5
Группа сравнения	11,9±0,3*

Примечание: * - достоверность данных между группами (P<0,01)

При результате менее 10 баллов можно говорить об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого.

В нашем исследовании при анализе средних показателей шкалы Бека установлена почти 4-х кратное бальное повышение у пациентов основной группы (табл. 2)

Таблица 2

Средние показатели шкалы Бека

Группы	Показатели
Основная группа	19,2±0,3
Группа сравнения	4,5±0,08*

Примечание: * - достоверность данных между группами

Таким образом, у 73,6% больных эпилепсией выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра.

Депрессия очень негативно влияет на качество жизни пациента. Основными причинами депрессии являются острая и хроническая депрессия, серия неудач и длительные серьезные заболевания. Депрессия, развивающаяся из-за внешних негативных факторов, называется экзогенной депрессией. Депрессия, развивающаяся без видимой причины, называется эндогенной депрессией. Наследственность играет важную роль в развитии эндогенной депрессии. Наше исследование показало, что общее качество жизни пациентов с эпилепсией и депрессией значительно снизилось: по шкале качества жизни SF-36 49,8 балла по сравнению с 71,8 балла у пациентов без депрессии.

По данным Всемирной организации здравоохранения, на планете зарегистрировано более 160 000 000 случаев депрессии. Однако большинство экспертов считают, что только каждый третий пациент с депрессией находится под наблюдением врача. По словам другого эксперта, сложно определить количество людей, страдающих депрессией. Поскольку депрессия имеет множество различных клинических проявлений, не всегда удается правильно ее диагностировать. И не все люди с депрессией обращаются к психиатру или психологу.

С началом применения в 2020-х годах ЭЭГ для диагностики эпилепсии и введением в практику фенобарбитала интерес психиатров к эпилепсии угасает, с 40-х годов эпилепсия становится чисто неврологическим заболеванием. Несмотря на положительную сторону этой перемены в деле развития эпилептологии, неврологи считали психиатрические нарушения реактивными и не видели двунаправленности этой взаимосвязи, а психиатрические отклонения при эпилепсии часто не оценивались и не лечились адекватно.

Однако психозы и высокая частота суицидов у больных эпилепсией не могли не привлекать внимания специалистов. Постепенно появилась тенденция к активному привлечению психиатров к процессу лечения больных эпилепсией и коморбидными психиатрическими отклонениями [7].

В настоящее время по этому вопросу принята следующая концепция: не только биологические факторы (этиология, локализация очага), но и терапия (количество и виды

применяемых лекарств), а также психологические и социальные факторы (боязнь приступов, стигма) являются важными аспектами развития психиатрических проблем и особенно депрессии при эпилепсии [14].

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на различия в методиках исследований по распространенности депрессии при эпилепсии, практически во всех случаях показано, что депрессия (или ее основные симптомы) является наиболее часто встречающимся коморбидным психическим расстройством.

В общей популяции распространенность депрессии составляет 1-3% у мужчин и 2-9% у женщин [9]. Пожизненная распространенность большого депрессивного расстройства (как минимум один эпизод в течение жизни) в общей популяции взрослых по данным Epidemiological Catchment Area Study составляет 5,8% [1]. Однако другие данные говорят о большей распространенности – 26% женщин и 12% мужчин [2].

По данным Harden et al. (2002), среди больных эпилепсией депрессия встречается чаще, чем в общей популяции [6].

Hermann et al. (2000), руководствуясь критериям DSM-IV и МКБ, в своем обзоре литературы определили, что распространенность расстройств настроения среди больных эпилепсией составила от 44 до 63%, а отдельно для большого ДР составила в среднем 29% [10]. Интересно, что разница по полу, выявленная в общей популяции, не была подтверждена у депрессивных больных эпилепсией.

В исследовании O'Donoghue показано, что депрессия более выражена у больных с неконтролируемой (резистентной, рефрактерной) эпилепсией (33%), чем у больных с контролируемой эпилепсией (6%) [7]. Связь между родительской потерей в детстве и психической заболеваемостью взрослых широко исследовалась, но полученные результаты противоречивы. Это можно отнести к основным методологическим ограничениям, рассмотренным в других источниках (Tennant et al., 1980a). [4]. Blum et al. (2002) в большом популяционном исследовании определили пожизненную распространенность депрессии, эпилепсии, сахарного диабета и астмы у 185 000 респондентов. Из 2900 выявленных больных эпилепсией 29% сообщили, что имели как минимум один эпизод депрессии в течение жизни, что контрастирует с распространенностью ДР в группах здоровых респондентов (8,6%), больных сахарным диабетом (13%) и астмой (16%) [10].

Некоторые авторы обзорных статей предлагают учитывать только исследования, использующие критерии DSM-IV и МКБ. Однако имеется больше исследований, использующих средства скрининга (шкала Гамильтона, шкала Бекка и др.), позволяющие выявить симптомы депрессии [8. 9].

Недавние исследования показали, что депрессия и эпилепсия могут быть вызваны одними и теми же причинами. В настоящее время выявлен ряд патогенетических механизмов, характерных для эпилепсии и депрессии [12]:

- нарушение метаболизма ряда нейротрансмиттеров в центральной нервной системе, особенно серотонина (5-гидрокситриптамина, 5-НТ), норадреналина, дофамина, ГАМК и глутамата;

- атрофия височной и лобной областей (определяется с помощью высокоточной МРТ и объемных измерений), а также структурные изменения, характеризующиеся

изменениями в миндалине, гиппокампе, энторинальной коре, боковой височной коре, а также в префронтальной, орбитофронтальной частях и медиально-лобной коре и, в меньшей степени, в таламусе и базальных ганглиях;

- это функциональные нарушения в височных и лобных долях (выявляемые ПЭТ и спект), которые заключаются в снижении связывания с рецепторами 5-HT_{1A} в медиальных структурах, ядре шва, таламусе и извилине сингулярности;

- это дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Тем не менее, наличие эпилепсии увеличивает риск развития депрессии, но развитие депрессии и суицидальных мыслей у пациента являются факторами, которые могут усугубить его не спровоцированные судороги и последующее развитие эпилепсии [12].

ВЫВОДЫ

Эпилепсия, тревога и депрессия - все это распространенные расстройства. Поэтому неудивительно, что эти состояния сосуществуют у значительного числа пациентов. Действительно, по оценкам некоторых авторов, распространенность депрессии в течение всей жизни в сочетании с эпилепсией достигает 55 %. Несмотря на это, было проведено удивительно мало исследований механизма депрессии и тревоги при эпилепсии и еще меньше - ее лечения. Большинство клиник по эпилепсии перегружены направлениями и консультация, естественно, имеет тенденцию сосредотачиваться на припадках пациента и их лечении; но жизненно важно, чтобы врачи, лечащие людей с эпилепсией, могли распознавать симптомы тревоги и, в частности, симптомы депрессии. Депрессия значительно снижает качество жизни, но это в высшей степени излечимое состояние. Депрессия может напрямую увеличить частоту приступов через механизм лишения сна; неспособность распознать депрессию или неадекватное лечение могут привести к самоубийству.

Исследование Всемирной организации здравоохранения показало, что использование регрессионного анализа у пациентов с фокальной эпилепсией привело к снижению качества жизни с депрессией на 35% и менее чем на 20% к факторам, связанным с эпилепсией. Существенное влияние депрессии на качество жизни сохранялось даже после того, как был достигнут контроль над приступами (или уменьшилась тяжесть и тяжесть приступов) и были смягчены другие негативные психосоциальные факторы.

Таким образом, данные литературы и наши собственные результаты позволяют предположить, что депрессия является наиболее важным фактором, ухудшающим качество жизни пациентов с эпилепсией, и ее патогенный эффект больше, чем у самой эпилепсии.

REFERENCES

1. Brandt C., Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B., Tuschen-Caffier V., et al. Распространенность тревожных расстройств у пациентов с рефрактерной фокальной эпилепсией - проспективное клиническое исследование.
2. Эпилептическое поведение 2010; 17: 259-263.
3. Карри С., Хитфилд К.В., Хенсон Р.А., Скотт Д.Ф. Клиническое течение и прогноз височной эпилепсии. Обследование 666 пациентов. Мозг 1971; 94: 173-190.

4. Девинский О., Барр В.Б., Викри Б.Г., Берг А.Т., Базил С.В., Пасиа С.В. и др. Изменения депрессии и тревоги после резекционной операции по поводу эпилепсии. *Неврология* 2005; 65: 1744-1749.
5. Кларк Л.А., Уотсон Д. Трехсторонняя модель тревоги и депрессии: психометрические данные и таксономические последствия. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 316-336.
6. Олино Т.М., Кляйн Д.Н., Левинсон П.М., Роде П., Сили-младший. Продольные ассоциации между депрессивными и тревожными расстройствами: сравнение двух моделей черт. *Psychol Med* 2008; 38: 353-363.
7. Американская психиатрическая ассоциация. Биполярные и родственные им расстройства. В: Американская психиатрическая ассоциация, редактор. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам: DSM-5. Арлингтон, Вирджиния: Американская психиатрическая ассоциация, 2013; 123-188.
8. Каннер А.М., Балабанов А. Депрессия и эпилепсия: насколько они связаны? *Неврология* 2002; 58 (8 Приложение 5): S27-S39.
9. Шелин Ю.И., Ван П.В., Гадо М.Х., Чернанский Ю.Г., Ванье М.В. Атрофия гиппокампа при повторяющейся большой депрессии. *Proc Natl Acad Sci U S. A* 1996; 93: 3908-3913.
10. Drevets WC, Frank E., Price JC, Kupfer DJ, Holt D, Greer PJ, et al. ПЭТ-визуализация связывания рецептора серотонина 1A при депрессии. *Биологическая психиатрия* 1999; 46: 1375-1387.
11. Lopez JF, Chalmers DT, Little KY, Watson SJ. Премия за исследования А.Э. Беннета. Регулирование серотонина1A, глюкокортикоидов и минералокортикоидных рецепторов в гиппокампе крысы и человека: значение для нейробиологии депрессии. *Биол Психиатрия* 1998; 43: 547-573.
12. Toczek MT, Carson RE, Lang L, Ma Y, Spanaki MV, Der MG, et al. ПЭТ-изображение связывания рецептора 5-HT1A у пациентов с височной эпилепсией. *Неврология* 2003; 60: 749-756.
13. JS. Оценка психосоциальных последствий эпилепсии: исследование на уровне сообщества. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 211-214.
14. Kwon OY, Park SP. Частота аффективных симптомов и их психосоциальное влияние у корейцев, страдающих эпилепсией: исследование в двух больницах третичного уровня. *Поведение эпилепсии* 2013; 26: 51-56.
15. Манчанда Р., Шефер Б., Маклахлан Р.С., Блюм В.Т., Вибе С., Гирвин Дж. П. и др. Психиатрические расстройства у кандидатов на операцию по поводу эпилепсии. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61: 82-89.
16. Кобау Р., Гиллиам Ф., Турман Д. Д.. Распространенность самооценки эпилептического
17. Су или судорожное расстройство и его ассоциации с депрессией, о которой сообщают сами пациенты.
18. Тревога и тревога: результаты исследования HealthStyles 2004 года. *Эпилепсия* 2006; 47: 1915-1921.