

КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Велиляева Алие Сабриевна¹, Хаятов Рустам Батырбекович¹, Алимов Улугбек Худоярович²
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЭПИЛЕПСИЯ ВА НОПСИХОТИК РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ КОМОРБИД КЕЧИШИ

Велиляева Алие Сабриевна¹, Хаятов Рустам Батырбекович¹, Алимов Улугбек Худоярович²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;
2 - Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

COMORBID COURSE OF EPILEPSY AND NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Velilyaeva Alie Sabrievna¹, Khayatov Rustam Batyrbekovich¹, Alimov Ulugbek Khudoyarovich²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: xayatov.rustam@gmail.com

Резюме. Эпилепсия энг муҳим клиник муаммолардан бири бўлиб, шу билан бирга фанлараро муаммодир. Эпилепсиядаги коморбид касалликлар турли хил ҳолатларнинг кенг ҳетерожен гуруҳидир, уларнинг аксарияти руҳий касалликлар (шахсият бузилиши, деманс, депрессия, таъвиш бузилиши, психоз). Ёш эркакларда эпилепсия ва психотик бўлмаган руҳий касалликларнинг коморбид патологиясини ва унинг беморнинг ҳаёт сифатига таъсирининг хусусиятларини ўрганиши.

Калим сўзлар эпилепсия; коморбид кечиши; нопсихотик руҳий касалликлар; нейropsикологик тест.

Abstract. Epilepsy is one of the most important clinical problems, and at the same time it is an interdisciplinary problem. Comorbid disorders in epilepsy represent an extensive heterogeneous group of various conditions, most of which are mental disorders (personality disorder, dementia, depression, anxiety disorders, psychoses). To study the concomitant pathology of epilepsy and non-psychotic mental disorders in young men and the peculiarities of its effect on the patient's quality of life.

Keywords: epilepsy; comorbid course; non-psychotic mental disorders; neuropsychological testing.

Актуальность исследования. Эпилепсию нередко сопровождают аффективные и поведенческие нарушения, состоящие из депрессии, тревоги, психотических расстройств [2, 3]. Нарушения личностного спектра (ЛР) чаще встречаются у людей, страдающих долгий период (как правило, с раннего детства) и не имеющих положительного клинического результата от противосудорожных средств (ПСС) [4, 5]. Это преморбидное расстройство оказывает плохое влияние на качество жизни больных [6]. При правильно выбранных ПСС в монотерапии или в адекватной политерапии ремиссия эпилепсии достигается только у 50–70% больных. В то же время у 30–50% больных начи-

нает развиваться фармакорезистентная эпилепсия (ФРЭ).

Принято считать, что трудность достичь состояние ремиссии припадков связана с двумя группами причин либо их сочетанием. Существование грубого морфологического дефекта головного мозга, настоящая фармакорезистентность, недоброкачественное течение заболевания, и в том числе существование необратимых расстройств психического спектра являются определяющими факторами и имеют отношение к первой группе. Следующая группа факторов имеет решаемые причины: ошибочное определение заболевания, ошибка в тактики фармакотерапии или

неверный расчет дозы ПСС, иррациональная полтерапия, неосведомленность больного о возможностях эпилептологии, недостаточная комплаентность больного к взаимному сотрудничеству с врачом и/или вероятность пациента утаить факт наличия эпилепсии [7].

Однако при появлении новых групп ПСС, всё так же сохраняют вероятность непредсказуемые побочные действия [8]. Так, определенные ПСС являются риском возникновения когнитивных и аффективных расстройств [1].

Распространенность данного заболевания в развитых странах является 5-10 случаев на 1000 населения. Исходя из данных демографических исследований, проведенных в развитых странах, частота заболеваемости эпилепсией варьируется от 0,28 до 0,53 на 1000 населения. Распространенность данной патологии в СНГ колеблется от 0,96 до 10 случаев на 1000 населения. Распространенность эпилепсии колеблется от 15 до 50 случаев на 100 000 населения в различных регионах Узбекистана (в среднем 30 на 100 000). Кроме того, средняя заболеваемость у мужчин (53,7 на 100 000) несколько выше, чем у женщин (46,3 на 100 000) [3].

Эпилепсия считается одной из актуальнейших клинических проблем и в то же время междисциплинарной проблемой, непосредственно связанной с психиатрией, нейрохирургией, медицинской психологией и нейрофизиологией.

Данное заболевание определяет особое негативное воздействие на все сферы жизни пациента, снижая ее качество. Качество жизни (КЖ) у больных с эпилепсией, в частности пациентов молодого возраста, подразумевает социально активный образ жизни [2].

В обычной жизни мужчины с диагнозом эпилепсия постоянно испытывают дискомфорт. В целом, это упадок общественных и личных амбиций, заниженная самооценка по сравнению со здоровыми людьми, высокий уровень тревожности и депрессии. Депрессия у больных с эпилепсией часто протекает с симптомами, которые необходимо расценивать как нежелательные эффекты противоэпилептических средств, в том числе проявлениями эпилепсии как таковой (нарушения сна, изменения аппетита, расстройства поведения, заторможенность или чрезмерная раздражительность и т.д.).

Преморбидные расстройства при эпилепсии представляют собой обширную гетерогенную группу различных состояний, большинство из которых являются психическими заболеваниями (расстройство личности, деменция, депрессия, тревожные расстройства, психозы).

Аффективные расстройства, тревожные расстройства, психозы, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и расстройства аутисти-

ческого спектра часто диагностируются вместе с эпилепсией как преморбидные заболевания. Ряд специалистов [6, 7] считают психические и поведенческие расстройства осложнениями эпилепсии, а другие ученые [4] продемонстрировали двустороннюю направленность причинно-следственной связи между ними.

Цель исследования - изучить сопутствующую патологию эпилепсии и непсихотических психических расстройств у молодых мужчин и изучить особенности влияния этого заболевания на качество жизни пациента.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании приняли участие 60 мужчин в возрасте 18-44 лет. Согласно классификации ВОЗ, все испытуемые относились к группе молодых людей. Средний возраст пациентов составил $33,90 \pm 2,12$ года.

Мужчины со значительной соматической патологией, острой и хронической, в том числе опухолями головного мозга, острыми черепно-мозговыми травмами и острыми инфекционными заболеваниями различной этиологии в исследовании не включались.

Исследование включало нейропсихологическое тестирование с использованием опросника качества жизни при эпилепсии-31 (QOLIE-31), мини-обследования психического состояния (MMSE) и Международного обследования расстройств личности (IPDE), основанного на Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам-5, опроснике тревожности по признакам состояния (STAI), шкала оценки клинической деменции (CDR) (Morris J.C., 1993), шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS). В качестве методов скрининга использовались электроэнцефалография (ЭЭГ), ЭЭГ-видеомониторинг.

Общий осмотр и определение основных физических данных для исключения действительной соматической патологии, в том числе неврологическое обследование были проведены в соответствии с общепринятыми методами.

Мы проанализировали КЖ пациентов с эпилепсией, характер эпилептических припадков, их частоту, продолжительность, в том числе учли другие жалобы, анамнестические данные и семейный анамнез, чтобы выявить генетическую предрасположенность к эпилепсии. Форма эпилепсии и тип эпилептических припадков были определены в соответствии с Международной классификацией эпилепсии и эпилептических припадков (Международная лига борьбы с эпилепсией, 2017).

Корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона) использовался для определения степени и характера взаимосвязи между исследуемыми параметрами.

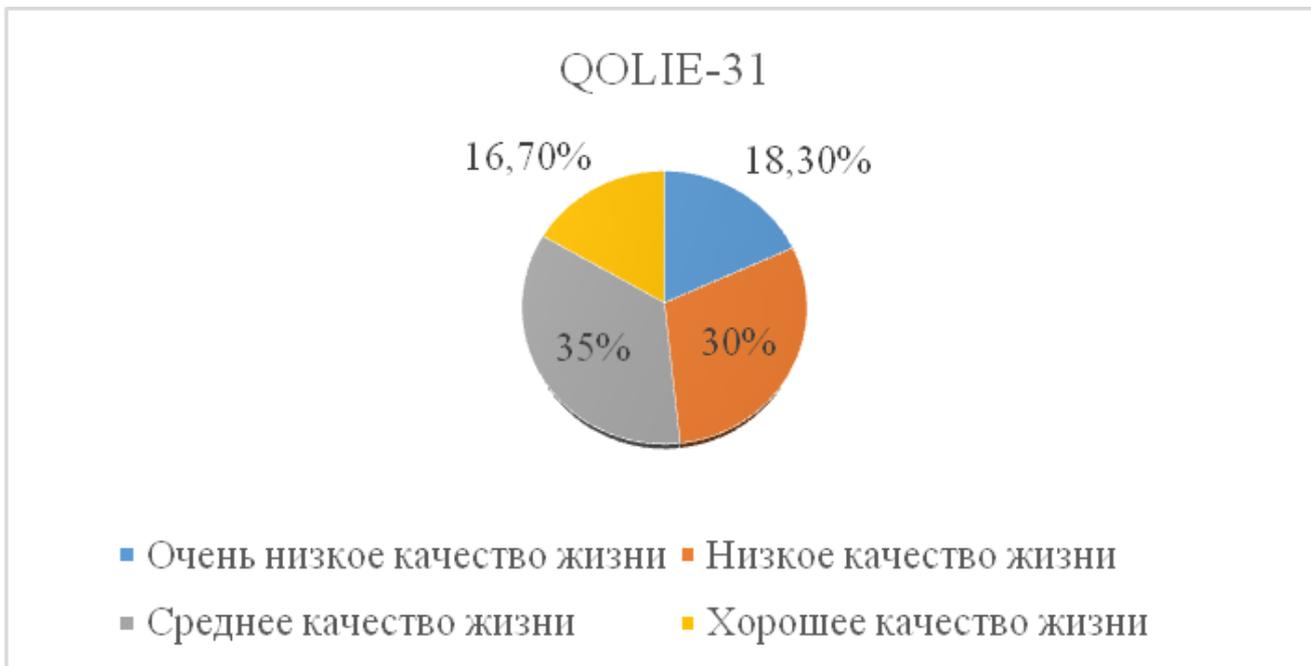


Рис. 1. Оценка качества жизни больных с эпилепсией

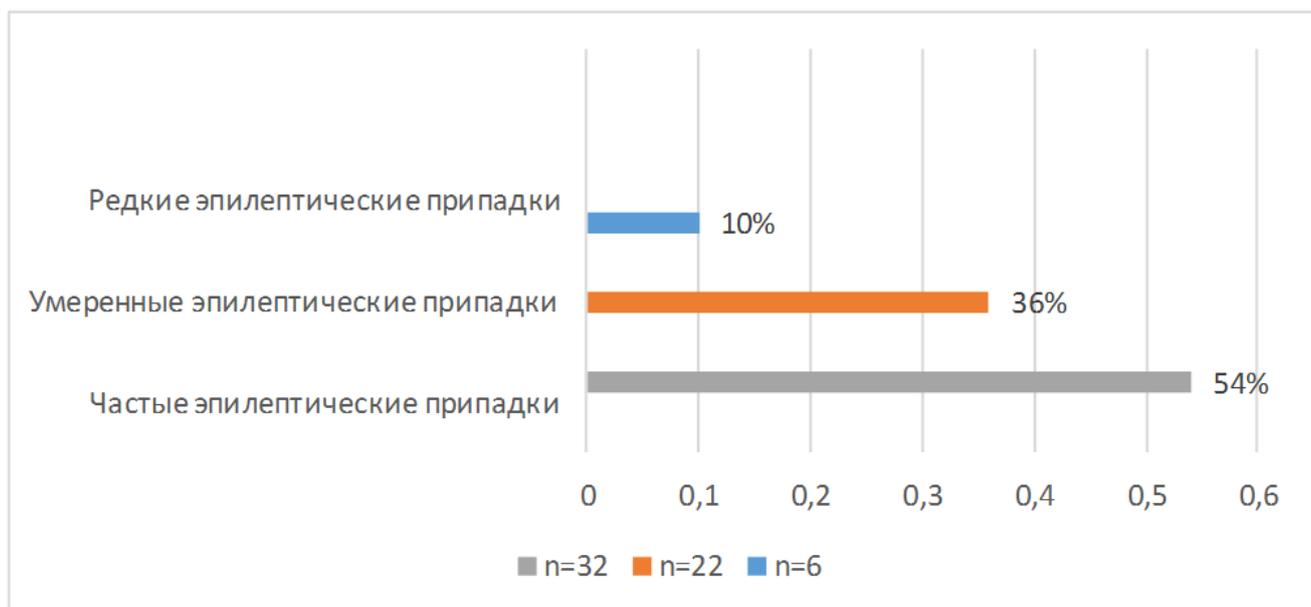


Рис. 2. Частота эпилептических припадков больных с эпилепсией

Все различия и взаимосвязи, упомянутые в статье, считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования интерпретация показателей 60 пациентов (100 %) по QOLIE-31 показал, что 11 пациентов (18,3 %) оценили свое качество жизни как очень низкое. Низкие и средние данные качества жизни были определены у 18 (30 %) и 21 (35 %) больных соответственно. У 10 (16,7 %) пациентов уровни были в диапазоне оптимального качества жизни (рис. 1). Результаты высокого качества жизни определены не были.

Руководствуясь Международной классификацией эпилепсии и эпилептических припадков,

все пациенты были подразделены в зависимости от формы эпилепсии.

По причине возникновения структурная эпилепсия была определена у 31 больного (51,7 %), инфекционная эпилепсия — у 17 (28,3 %) и эпилепсия генуинная — у 12 (20 %). Продолжительность болезни ($M \pm SD$) получилась в среднем $12,6 \pm 4,3$ лет.

В данной группе больных в большинстве своём эпилептические приступы с очаговым генезом, что имеет связь с генерализованностью местных очаговых воздействий в головном мозге. Часть приступов с генерализованным началом была ощутимо меньшей.

Тем не менее на адекватную терапию эпилепсии, у исследованных больных в большинстве

отмечались частые и умеренные приступы (54 и 36 % соответственно), и только у 10 % были редкие приступы (рис. 2). Что определяло, что в этой группе превалировала длительная (в среднем $12,6 \pm 4,3$ года) фармако-резистентная эпилепсия.

У подавляющего числа больных, принимавших участие в данном исследовании, были выявлены непсихотические психические расстройства в виде тревоги, беспокойства о состоянии своего здоровья и занижения уровня самооценки. Личностная и ситуативная тревожность определялась по средству STAI, средний балл которой $56,7 \pm 0,45$ балла. Что само по себе, определяло, что большинство больных были высокотревожными личностями, с тенденцией интерпретировать угрозу своей самооценке и жизни в обширном уровне случаев и отвечать на нее очень высоким уровнем тревожности.

Часто встречающимся непсихотическим расстройством у больных с эпилепсией считается личностное органическое расстройство.

В становлении нарушений ведущая роль относится к реакциям индивидов на отношение окружающих, в том числе принятию факта своего заболевания и относящихся к ним дефектам [1]. С. Ваксман и Н. Гешвинд [10] определили эти симптомы девиации поведения при эпилепсии, как эмоциональная гиперэстезия, перфекционизм, излишняя религиозность, уменьшение сексуальной активности и гиперграфия. Авторы определили данное состояние как синдром интериктального поведения, в последствии переименованный в психиатрической литературе на синдром Гасто-Гешвинда. Анализ по шкале IPDE выявил, наличие органического расстройства личности у 44 пациентов (73,3%), вызванного эпилепсией.

Обнаружены тотальные изменения биоэлектрической активности головного мозга с уменьшением высокоамплитудных медленных колебаний и признаков раздражения коры головного мозга в виде появления множественных резких волн, пиков, генерализованных синхронных всплесков, состоящих из заостренных волн, на ЭЭГ у пациентов с изменениями личности. Доминирующими ритмами были: альфа с дельтой — 9 %, тета — 2 %, альфа — 49 %, бета-1 — 37 %, бета-2 — 3 %. Чаще пароксизмальная активность регистрировалась в левой височной области, реже — в правой височной области. У многих больных сигнализировалось наличие генерализованных всплесках пароксизмальной активности, указывающих на вовлечение ствола головного мозга в патологический процесс.

По всей видимости, длительное и зачастую хроническое течение заболевания, наличие интериктальной эпилептиформной активности и морфо очаговые изменения головного мозга являются причиной дезорганизации интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и поведенческой сфер у молодых мужчин с эпилепсией.

Когнитивные расстройства нередко являются клиническим симптомом эпилепсии. Немаловажную роль в развитии и течении когнитивных расстройств имеют разнообразные факторы: этиология болезни, тип и частота эпилептических приступов, интериктальная эпилептиформная активность на ЭЭГ, фоновые факторы, прием некоторых противоэпилептических лекарственных препаратов, психосоциальные факторы, приводящие к усугублению припадков [9].

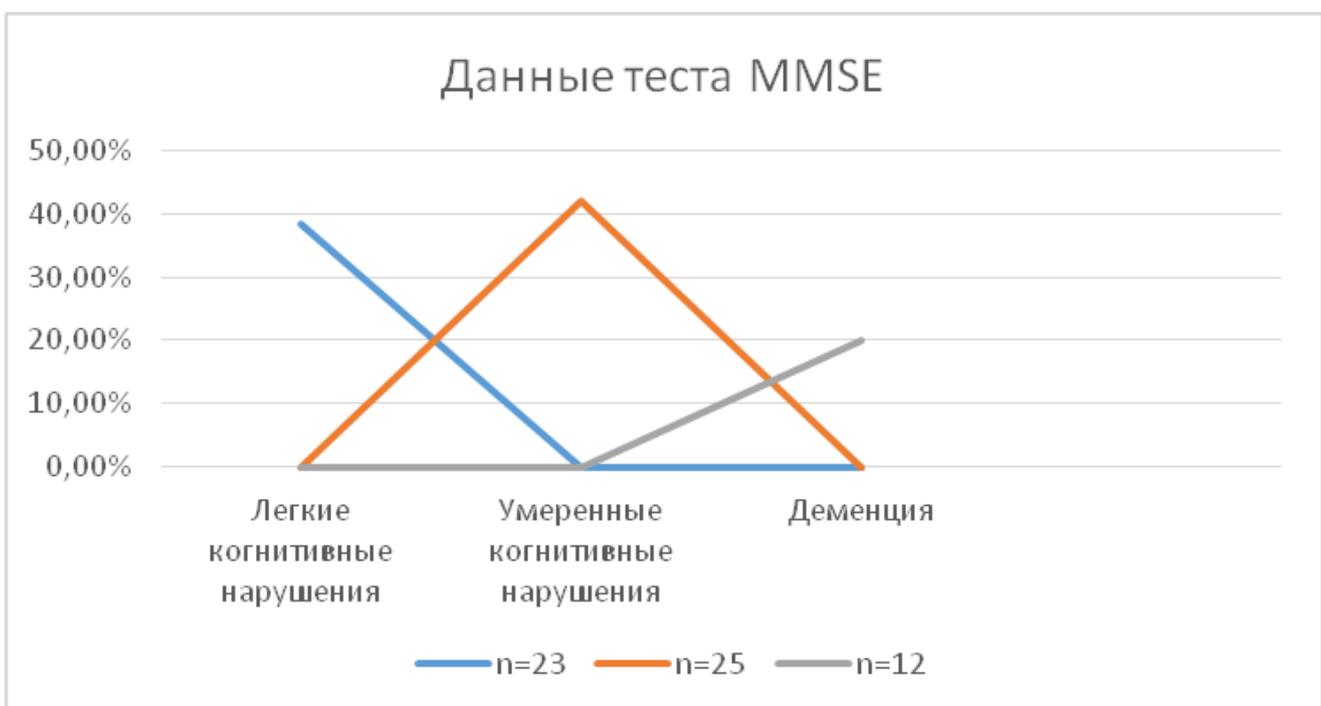


Рис. 3. Анализ данных теста MMSE



Рис. 4. Анализ данных шкалы HDRS

В этом исследовании использовался MMSE [6]. Анализ данных теста у 60 пациентов (100 %) показал, что у 23 (38,3 %) из них были умеренные когнитивные нарушения. Умеренные когнитивные нарушения наблюдались у 25 (42 %) человек, деменция — у 12 (20 %) человек (рис. 3).

Незначительные когнитивные изменения и деменция нередко встречались у пациентов с комбинированной фокальной и генерализованной эпилепсией, а пациенты с фокальной и невыясненной формой эпилепсии часто испытывали умеренные когнитивные расстройства. Односторонние, в большинстве случаев височные, очаги активности на ЭЭГ с различным расположением в головном мозге были типичны для пациентов с легкими когнитивными нарушениями. Преобладающими ритмами были: альфа с дельтой — 15 %, тета — 9 %, альфа — 28 %, бета-1 — 30 %, бета-2 — 18 %. ЭЭГ больных с умеренными когнитивными нарушениями характеризовалась дезорганизацией, гиперсинхронизацией электрической активности и повышенной медленноволновой активностью. Доминирующими ритмами были: тета с дельтой — 26 %, тета — 32 %, альфа — 18 %, бета-1 — 14 %, бета-2 — 10 %. Когнитивные нарушения коррелируют со снижением быстроволновой активности в лобной и теменной областях головного мозга ($r = 0,45$; $p < 0,05$). В то же время нарушается память, поскольку лобные и теменные области вовлечены в пассивные процессы хранения и припоминания информации.

Для выявления уровня тяжести деменции применялась шкала CDR (Morris J.C., 1993).

Обработка данных продемонстрировала, что у 6 пациентов была неочевидная стадия (CDR-0,5) и у 4 мужчин — легкая стадия (CDR-1).

Непрерывная легкая забывчивость, частичное воспроизведение фактов типичны для больных с сомнительной деменцией (CDR-0,5). Исследуемый полностью ориентируется, за исключением мелких трудностей с ориентацией во времени. У подобных больных наблюдаются незначительные нарушения в сфере социальной активности. Пациенты полностью заботятся о себе сами.

У лиц с легкой степенью деменции (CDR-1) наблюдалось умеренное снижение памяти (особенно в отношении текущих событий), влияющее на повседневную активность. У пациентов было умеренное нарушение ориентации во времени, умеренные трудности с решением проблем, и их требовалось поощрять к действиям на этой стадии деменции.

На ЭЭГ регистрировалась активность с резкими пиками в виде одиночных волн, в том числе комплексов “острая волна — медленная волна”, “спайк-и-волна” или “полиспайк-и-волна”. Пространственное распределение этих волн было различным. Двусторонне синхронная пароксизмальная активность также свидетельствует о слабости. Соотношение ритмов на ЭЭГ было следующим: дельта — 24%, тета — 27 %, альфа — 14 %, бета-1 — 19 %, бета-2 — 16 %.

Депрессия является наиболее распространенным сопутствующим расстройством, наблюдаемым у лиц с эпилепсией. Эти пациенты сталкиваются со многими психосоциальными проблемами в течение своей жизни [7]. Действие противосудорожных препаратов, в том числе нейробиология самой эпилепсии существенно влияют на этиологию депрессии у лиц с эпилепсией. У таких пациентов значительно повышен риск воз-

никновения суицидальных мыслей и представлений о самоубийстве. Снижение качества жизни также приводит к расстройствам настроения и, как следствие, к депрессии.

Анализ данных 60 человек с использованием HDRS показал, что легкие депрессивные расстройства наблюдались у 24 (40 %) человек, умеренные — у 16 (27 %), а тяжелые депрессивные расстройства — у 20 (33 %) пациентов (рис. 4).

Наблюдалась тенденция к десинхронизации, увеличению бета-активности (15-20 Гц) преимущественно в лобноцентральных и теменных отведениях, чаще справа на ЭЭГ. Доминирующими ритмами были: бета с компонентами дельта — 15 %, тета — 16 %, альфа — 18 %, бета-1 — 41 %, бета-2 — 21 %.

Выводы:

1. Данное исследование показывает полиморфизм непсихотических психических нарушений, ассоциированных с диагнозом эпилепсии. Нередко преморбидные состояния ухудшаются, и их воздействие на здоровье и качество жизни больного становится наиболее существенным по сравнению с эпилепсией.

2. Определено, что с увеличением длительности заболевания у больных молодого возраста с очаговыми припадками весьма обостряются негативные аффективные и личностные компоненты реагирования к болезни в виде неврастенических, меланхолических, апатичных и эгоцентрических проявлений. У большинства пациентов было личностно органическое расстройство. Также имели место когнитивные расстройства легкой и умеренной степени, в том числе деменция. Ослабление когнитивных функций коррелирует со снижением наличия быстроволновой активности в лобной и теменной областях головного мозга ($r = 0,45$; $p < 0,05$).

3. Легкие депрессивные расстройства преобладали у молодых мужчин. Глубина проявлений депрессии коррелировала с длительностью заболевания ($r = 0,39$; $p < 0,05$), интроверсией ($r = 0,33$; $p < 0,05$), возрастом ($r = 0,29$; $p < 0,05$) и поллитерапией ($r = 0,53$; $p < 0,05$).

Литература:

1. Абдуллаева, Н., Мавлянова, З., & Шарафова, И. (2017). Эпидемиологическая характеристика эпилепсии в зависимости от возраста и пола в условиях г. Самарканда. Журнал проблемы биологии и медицины, (2 (94), 9–12.
2. Изюмов Д.П., Маджидова Я.Н., Азимова Н.М., Нурмухамедова М.А., Самадов Ф.Н. Эпидемиологическая и клиническая характеристика эпилепсии в приаралье // Евразийский вестник педиатрии. — 2022; 3 (14):44-48
3. Народова, Е. А., Шнайдер, Н. А., Народов, А. А., Дмитренко, Д. В., Строцкая, И. Г., & Москале-

ва, П. В. (2018). Роль личностных расстройств при ведении пациентов с фармакорезистентной эпилепсией после резекционных нейрохирургических вмешательств. Анналы клинической и экспериментальной неврологии, 12(3), 23-29.

4. Марценковский И.А., Марценковская И.И. Эпилепсия и коморбидные расстройства психики и поведения. Укр. мед. часопис. 2015. 4(108). 43-53.

5. Мирджурев, Э. М., & Велиляева, А. С. (2005). Медико-социальные проблемы последствий ЧМТ. неврология, (1), 46.

6. Мухтарова, Х. К., & Истамов, М. Б. (2023). Оценка клинического течения и изменения личности при эпилепсии. Ijtimoiy fanlarda innovatsiya onlayn ilmiy jurnali, 3(6), 98-103.

7. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З. Хроническая усталость при рассеянном склерозе и тактика дальнейшего лечения // Доктор ахборотномаси вестник врача doctor's herald. — С. 62.

8. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим боковым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. — 2022. — Т. 2. — №. 3. — С. 18-25.

9. Ризаев Ж. А. и др. Дополнительные подходы к функциональной и визуализационной диагностике головного мозга при разработке индивидуализированных стратегий помощи для пациентов с неврологическими проблемами // Uzbek journal of case reports. — 2023. — Т. 3. — №. 4. — С. 15-19.

10. Токарева Н.Г. Эпилепсия и внутренний конфликт: клинико-психологический аспект // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — №4

11. Kanner A.M. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. Biol. Psychiatry. 2003. 54. 388-398.

КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Велиляева А.С., Хаятов Р.Б., Алимов У.Х.

Резюме. Эпилепсия является одной из наиболее важных клинических проблем, и в то же время — это междисциплинарная проблема. Коморбидные расстройства при эпилепсии представляют собой обширную гетерогенную группу различных состояний, большинство из которых являются психическими расстройствами (расстройство личности, деменция, депрессия, тревожные расстройства, психозы). Является чрезвычайно актуальным изучение сопутствующей патологии эпилепсии и непсихотических психических расстройств у мужчин молодого возраста и особенности ее влияния на качество жизни пациента.

Ключевые слова: эпилепсия; коморбидное течение; непсихотические психические расстройства; нейropsychологическое тестирование.