

Дискусійні статті

УДК 616.853-08:616.89-008.454

М.М.Орос, Н.В.Софілканіч

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ ІЗ РІЗНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ ЛІКУВАННЯ

Ужгородський обласний клінічний центр неврології та нейрохірургії

Резюме. Обстежено 204 пацієнти, хворих на епілепсію. Встановлено фармакорезистентність у 69 (33,8 %) обстежуваних осіб. Для вивчення депресії проведено тестування за шкалою HDRS. Депресія у групі фармакорезистентних пацієнтів встановлена у 62,3 %, тоді як у групі пацієнтів із добрим контролем епілептичних нападів – 11,1 % випадків. Отже, погано контрольована

епілепсія є фактором, що сприяє збільшенню кількості депресій у цих осіб. З цього випливає необхідність постійної ефективної терапії епілепсії, тому що в цілому ряді випадків саме депресивні розлади викликають виражене зниження якості життя пацієнта більше, ніж епілептичні напади.

Ключові слова: епілепсія, депресія, якість життя.

Вступ. Виявлення депресії при епілепсії є не просто академічним інтересом для лікаря, а необхідністю, оскільки депресія може серйозним чином впливати на якість життя у хворих на епілепсію. Якість життя (ЯЖ) – це досить широке поняття, яке включає в себе п'ять основних сфер: економічні фактори, фактори навколишнього середовища, а також фізичну, психічну та соціальну складові здоров'я. У медицині широко використовується поняття *якості життя, пов'язаного зі здоров'ям* (health-related quality of life – HRQOL), яке включає в себе лише останні три сфери з вищевказаних п'яти: 1) фізичне, 2) психічне і 3) соціальне здоров'я. У дослідженні Perrine (1995) показано, що у 257 досліджених хворих фактор настрою найбільшою мірою корелював з показниками якості життя і був найбільш сильним предиктором якості життя за даними регресійного аналізу [12]. Gilliam et al. (1997) також показали, що статус настрою є найбільш сильним предиктором власної оцінки пацієнтом стану свого здоров'я, на прикладі групи 125 осіб більше року після операції на скроневій частці [4]. В іншому дослідженні Gilliam (2002) вивчив основні показники, відповідальні за погану якість життя за опитувальником QOLIE-89 у 194 дорослих пацієнтів з рефрактерною парціальною епілепсією.

Хоча частота нападів у середньому становила в даної групи 9,7 нападів на місяць, автор не виявив будь-якої кореляції між видом або частотою нападів і загальними балами шкали QOLIE-89. Єдиними незалежними змінними, достовірно пов'язаними з низькими показниками якості життя за QOLIE-89 виявилися високі показники депресії і нейротоксичність антиепілептичних препаратів (АЕП) [4]. Дана інформація підтверджується і в дослідженні Youlan et al. (2004), які, використовуючи опитувальник QOLIE-31 для оцінки ЯЖ та шкалу Бека для оцінки депресії (Beck Depression Inventory – BDI) у пацієнтів з рефрактерною епілепсією, повідомили, що з поганими показниками ЯЖ корелює не частота нападів, а вираженість

депресії [1]. Ці дані корелюють із дослідженням O'Donoghue, де показано, що депресія більш виражена в пацієнтів із неконтрольованою (резистентною, рефрактерною) епілепсією (33 %), ніж у пацієнтів із контрольованою епілепсією (6 %) [9]. Є порівняльні дослідження, які показали, що депресія більш поширена і виражена у хворих на епілепсію, ніж у пацієнтів з іншими хронічними соматичними чи неврологічними захворюваннями [6]. Blum et al. (2002) у великому популяційному дослідженні визначили довічну поширеність депресії, епілепсії, цукрового діабету і астми в 185 000 респондентів. З 2900 виявлених хворих на епілепсію 29 % повідомили, що мали як мінімум один епізод депресії протягом життя, що контрастує з поширеністю ДР у групах здорових респондентів (8,6 %), хворих на цукровий діабет (13 %) та астму (16 %).

Деякі автори оглядових статей пропонують у дослідженнях використовувати тільки критерії DSM-IV і МКХ. Проте є більше досліджень, які використовують засоби скринінгу (шкала Гамільтона, шкала Бека та ін., що дозволяють виявити симптоми депресії [8]. За даними С. Хачатуряна, отриманими в результаті опитування пацієнтів з епілепсією, що звертаються у Вірменський Республіканський епілептологічний центр, помірна і виражена депресія за шкалою Гамільтона виявлена в 35 % пацієнтів [7].

Показано, що суїцид має один із найбільш високих рівнів стандартизованої смертності (standardized mortality rate, SMR) серед всіх причин смертей у пацієнтів з епілепсією [5]. Більше того, дані ісландського когортного дослідження показують, що рівень стандартизованої смертності для суїциду при епілепсії є найбільш високим (SMR=5,8) з усіх причин смерті при епілепсії [10]. Наведені дані підтверджуються недавно опублікованими датським дослідженням Christensen et al. (2007) [3].

Вищевказані епідеміологічні дані підтверджують велику поширеність ДР у хворих на епі-

лепсію порівняно із загальною популяцією, і ясно вказують на те, що епілепсія збільшує ризик розвитку депресії, а та, у свою чергу, погіршує якість життя хворих та збільшує ризик суїциду.

Мета дослідження. Вивчити частоту депресивних розладів при епілепсії залежно від ефективності антиконвульсантної терапії.

Матеріал і методи. Обстежено 204 хворих на епілепсію. Середній вік пацієнтів $29,0 \pm 1,2$ року. Досліджувана група пацієнтів складалася із 108 чоловіків та 96 жінок. Стаж прийому антиконвульсантів був не менше трьох років у кожного пацієнта. Для виявлення депресії за шкалою Гамільтона, а саме HDRS, проходили тестування всі 204 обстежуваних. Згідно з результатами обстеження всі пацієнти розподілені на три групи: до I групи увійшли пацієнти, що набрали від 0 до 7 балів, що свідчило про відсутність депресії, до II групи увійшли пацієнти з 7-16 балами, що характерно для малого депресивного епізоду, та до III групи – особи, які мали показники від 16 балів і вище, що характерно для великого депресивного епізоду.

Результати дослідження та їх обговорення. Усі хворі досліджуваної групи розподілені на дві групи: перша група – із ефективністю медикаментозного лікування і друга група – це пацієнти із фармакорезистентністю. Фармакорезистентність ми встановлювали відповідно до вимог ІЛАЕ, що стверджують: «Фармакорезистентність – це неможливість досягнути контролю над нападами при терапії двома препаратами (відповідно до типу нападу та в адекватній дозі) у вигляді монотерапії та/або комбінованої терапії»[11]. Перша група

включала 135 пацієнтів, а друга група складалася із 69 хворих на епілепсію (рис. 1).

Проведено аналіз результатів тестування за шкалою Гамільтона у вищенаведених групах хворих на епілепсію. У кожній групі визначали кількість осіб із депресією та кількість осіб без неї.

Треба зазначити, що жоден із 204 досліджуваних пацієнтів не приймав для лікування епілепсії барбітурати та дифеніл, які за даними ряду авторів[1], мають депресогенні властивості. Розподілили пацієнтів у групах із резистентною та добре контрольованою епілепсією на три підгрупи згідно з балами за шкалою Гамільтона. Дані розподілу пацієнтів по підгрупах наведені на рисунку 2.

Аналізуючи дані рис. 2, можна стверджувати, що частота депресивних розладів у групі фармакорезистентних осіб суттєво більша, ніж у групі пацієнтів із добре контрольованими епілептичними нападами. Так, у групі осіб із добре контрольованими епілептичними нападами тільки малий епізод депресії траплявся в 7,1 % (11 чол.), і великий епізод – у 3,9 % (6 чол.), а в групі фармакорезистентних хворих на епілепсію тільки малий епізод депресії траплявся в 33,3 % (23 чол.) і великий епізод депресії – 28,9 % (20 чол.). Загалом депресія в групі осіб, що добре піддаються протиепілептичному лікуванню, мала частоту 11,1 % (17 чол.), а в групі хворих на резистентну епілепсію – 62,3 % (43 чол.). Порівняння частоти депресії в досліджуваних групах, тобто залежно від ефективності лікування епілепсії наведено на рисунку 3.

Виходячи з даних рисунка 3, чітко видно, що частота депресивних розладів статистично вище

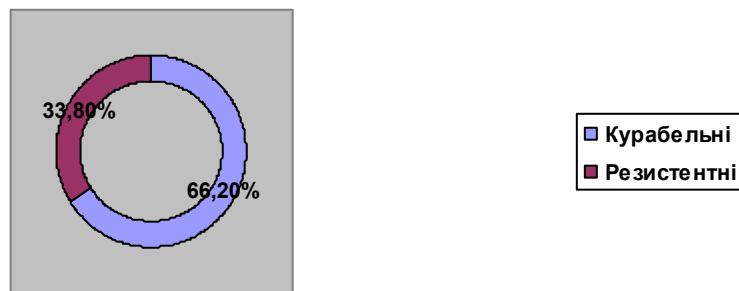


Рис. 1 Розподіл хворих на епілепсію на фармакорезистентних і курабельних

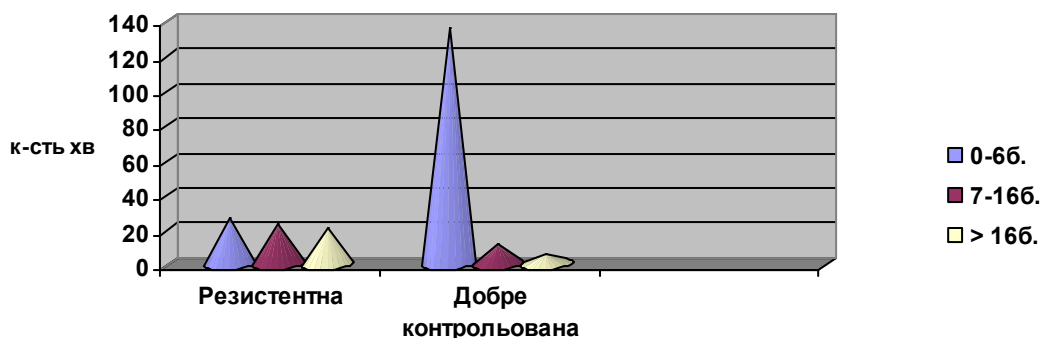


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за шкалою Гамільтона в групах з резистентною та добре контрольованою епілепсією



Рис. 3. Порівняння частоти депресії залежно від ефективності лікування епілепсії

у фармакорезистентних хворих на епілепсію ($p < 0,01$) порівняно з пацієнтами з добре контрольованими епілептичними нападами.

Висновок

Враховуючи дані дослідження, можна стверджувати, що частота депресії (62,3 %) у пацієнтів із фармакорезистентною епілепсією є значно вищою, ніж частота депресії (11,1 %) у групі осіб, що мають добре контрольовані епілептичні напади. З цього випливає необхідність постійної ефективною терапії епілепсії, тому що в цілому ряді випадків саме депресивні розлади викликають виражене зниження якості життя пацієнта більше, ніж епілептичні напади. Крім цього, негативний емоційний стан пацієнта може бути пусковим механізмом до розвитку епілептичного нападу та погіршення перебігу епілепсії в цілому.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження цієї наукової проблеми дадуть нові наукові факти щодо депресивних розладів при епілепсії залежно від ефективності антиконвульсантною терапії для більш глибокого розуміння.

Література

1. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология / М.Я.Киссин. – М: Геотар-Медиа, 2009. – 252 с.
2. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy / L.S.Boylan, L.A.Flint, D.L.Labovitz [et al.] // *Neurology*. – 2004. – Vol. 62. – P. 258-261.
3. Epilepsy and risk of suicide / J.Christensen, M.Vestergaard, P.B.Mortensen [et al.] // *Lancet Neurol*. – 2007. – Vol. 6. – P. 693-698.
4. Gilliam F. Optimizing health outcomes in active epilepsy / F.Gilliam // *Neurology*. – 2002. – Vol. 58 (Suppl 5). – P. 9-19.
5. Gilliam F. Treatment of depressive disorders in epilepsy patients / F.Gilliam, A.Kanner // *Epilepsy Behav.* – 2002. – Vol. 3 (5S). – P. 2-9.
6. Ettinger A. Depression and co-morbidity in community-based patients with epilepsy or asthma / A.Ettinger, M.Reed, J.Ctamer // *Neurology*. – 2004. – Vol. 63. – P. 1008-1014.
7. Khachatryan S. Quality of life and depression in epilepsy patients in Armenia / S.Khachatryan // *Abstract book of 4th Young Medics' International Conference*. – 2007. – P. 44.(Yerevan, Armenia)
8. Kanner A. Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder / A.Kanner // *Epilepsy & Behavior*. – 2003. – Vol. 4. – P. S11-S19.
9. Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: a community-based study / M.F.O'Donoghue, D.M.Goodridge, K.Redhead [et al.] // *Br. J. Gen. Pract.* – 1999. – Vol. 49:211. – P. 4.
10. Cause-specific mortality in adults with unprovoked seizures: a population-based incidence cohort study / V.Rafnsson, E.Ólafsson, W.A.Hauser [et al.] // *Neuroepidemiology*. – 2001. – Vol. 20. – P. 6.
11. Lam R.W. Assessment Scales in Depression and Anxiety / R.W.Lam, E.E.Michalak, R.P.Swinson. – 2007. – UK. – P. 28-83.
12. The relationship of neuropsychological functioning to quality of life in epilepsy / K.Perrine, B.P.Hermann, K.J.Meador [et al.] // *Arch. Neurol.* – 1995. – Vol. 52. – P. 997-1003.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ

М.М.Орос, Н.В.Софилканич

Резюме. Обследовано 204 пациента с эпилепсией. Установлено фармакорезистентность у 69 (33,8 %) обследованных лиц. Для установления депрессии проведено тестирование по шкале HDRS. Депрессия в группе фармакорезистентных пациентов установлена у 62,3 %, тогда как в группе пациентов с хорошим контролем эпилептических приступов – 11,1 % случаев. Таким образом, плохо контролируемая эпилепсия является фактором, который способствует увеличению количества депрессий у этих больных. Из этого вытекает необходимость постоянной эффективной терапии эпилепсии, потому что в целом ряде случаев именно депрессивные расстройства вызывают выраженное снижение качества жизни пациента больше, чем эпилептические приступы.

Ключевые слова: эпилепсия, депрессия, качество жизни.

**DEPRESSION ONSET RATE IN PATIENTS WITH VARYING
EFFICACY OF TREATING EPILEPSY***M.M.Oros, N.V.Sofilkanych*

Abstract. We have examined 204 patients with epilepsy. Pharmacoresistance has been established in 69 (33,8 %) examinees. In order to identify depression HDRS scale testing has been performed. Depression has been diagnosed in 62,3 % in the group of pharmacoresistant patients, whereas in the group of patients with reliable control of epileptic attacks – 11,1% of cases. Thus, poorly controlled epilepsy is a factor that contributes to an increase of the number of depressions in these persons. Hence, a need for permanent effective therapy of epilepsy follows from it, in quite a number of cases exactly depressive disorders bring about a marked decline of the quality of life of a patient more than epileptic seizures.

Key words: epilepsy, depression, quality of life.

Regional Clinical Center of Neurology and Neurosurgery (Uzhgorod)

Рецензент – проф. В.М.Пашковський

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 1 (57). – P. 178-181

Надійшла до редакції 17.02.2011 року

© М.М.Орос, Н.В.Софілканич, 2011

Науково-практична конференція

**“Сучасні методи діагностики та лікування
артеріальної гіпертензії”**

**9-10 червня 2011 року
м. Київ**

Адреса оргкомітету:

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад.
М.Д.Стражеска» НАМН України
вул. Народного ополчення, 5
м. Київ, 03680
тел. (044) 249-70-41