

УДК 616.853–06:616.895

УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

© 2014 Д.В. Дмитренко, Н.А. Шнайдер, Ю.Б. Говорина, Е.А. Шаповалова,
А.В. Муравьева, К.А. Газенкамф, Е.А. Кантимирова, А.В. Дюжакова

Красноярский государственный медицинский университета
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Поступила в редакцию 09.12.2014

В статье проведена оценка уровня тревоги и депрессии у женщин репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией. Клинически и субклинически выраженная тревога зарегистрирована 30,2 % пациенток. Клинически и субклинически выраженная депрессия зарегистрирована у 21,6% пациенток. Показатель по субшкале соматизации Опросника Бека составил 48,2%, по когнитивно-аффективной субшкале – 38,3%. Преобладание выраженности симптомов по шкале соматизации над выраженностью симптомов по когнитивно-аффективной шкале свидетельствует о выраженности соматических нарушений при отсутствии депрессии. Из этого следует, что уровень тревоги и депрессии у женщин репродуктивного возраста выше, чем в среднем в популяции, что обусловлено стигматизацией заболевания, частотой и тяжестью эпилептических приступов.

Ключевые слова: эпилепсия, женщина, репродуктивный возраст, тревога, депрессия

Классические депрессивные симптомы редко встречаются у пациентов с эпилепсией, что в 50% случаев проявляется атипично: лабильные депрессивные симптомы (депрессивное поведение, астения, бессонница, боль), лабильные аффективные симптомы (страх, тревожность) и предположительно «специфичные» симптомы (приступы раздражительности, эйфорическое настроение) [4, 6]. Атипичность

проявления депрессии у пациентов с эпилепсией приводит к низкой ее выявляемости и отсутствию адекватного лечения. В настоящее время выявлен целый ряд общих для эпилепсии и депрессии патогенетических механизмов [4]: нарушение метаболизма ряда нейротрансмиттеров в ЦНС, в особенности серотонина (5-гидроксиทริปтамина, 5-НТ), норэпинефрина, допамина, ГАМК и глутамата; структурные изменения, представленные атрофией височных и лобных областей (выявленные благодаря высокоточной МРТ и волнометрическим измерениям), а также изменениями в амигдале, гиппокампе, энторинальной коре, латеральной височной коре, а также в префронтальной, орбитофронтальной и медиально-фронтальной коре и в меньшей степени в таламусе и базальных ганглиях; функциональные нарушения (выявленные с помощью ПЭТ и ОФЭКТ) в височных и лобных долях, заключающиеся в снижении связывания с рецепторами 5-НТ_{1А} в медиальных структурах, ядре шва, таламусе и поясной извилине; нарушение функционирования гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы. Депрессия у пациентов с эпилепсией часто может проявляться симптомами, которые могут быть расценены и как побочные эффекты ПЭП, и как проявления эпилепсии самой по себе [6].

Одним из факторов, способствующих развитию аффективных расстройств, являются длительно применяемые ПЭП [2]. Частично

Дмитренко Диана Викторовна, доктор медицинских наук, доцент кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: mart2802@yandex.ru.

Шнайдер Наталья Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: naschnaider@yandex.ru.

Говорина Юлия Борисовна, ассистент кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: ujdjhbyf@mail.ru.

Шаповалова Евгения Александровна, кандидат медицинских наук, завуч кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: shapo_jain@mail.ru

Муравьева Анастасия Владимировна, ассистент кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: exzen86@yandex.ru.

Газенкамф Кирилл Александрович, ассистент кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: hassenkampf@mail.ru.

Кантимирова Елена Анатольевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО. E-mail: kantilea@mail.ru.

Дюжакова Анна Владиславовна, студентка

доказанный депрессогенный эффект имеют следующие ПЭП: фенобарбитал, топирамат, вигабатрин, тиагабин и леветирацетам, причем эффект последнего дозозависим. ПЭП, обладающие стабилизирующим влиянием на настроение (карбамазепин, вальпроаты, ламотриджин), также могут стать причиной депрессии, но значительно реже, чем другие ПЭП; чаще депрессивные симптомы появляются после отмены этих препаратов [1, 3, 5].

Цель исследования: оценка уровня тревоги и депрессии у женщин репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией.

Пациенты и методы. Исследование проведено на базе Неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники Красноярского государственного медицинского университета. Опрос респондентов проводился после подписания ими информированного согласия. В исследовании приняли участие 141 женщина, страдающая эпилепсией. Возраст больных варьировал от 16 до 47 лет; медиана возраста (Me [P₂₅; P₇₅]) составила 27 [23; 33] лет. Распределение наблюдаемых пациентов по месту диспансеризации было следующим: 44,9% пациенток не состояли на диспансерном учете в муниципальных органах здравоохранения, предпочитая обращаться в частные клиники или к частнопрактикующим неврологам. Это обусловлено высокой стигматизацией заболевания и возникающими социальными сложностями при трудоустройстве на работу, получении водительских прав. В 45,7% случаев женщины состояли на диспансерном учете у

невролога по месту жительства, в 9,4% – состояли на диспансерном учете у психиатра.

Оценка уровня тревоги и депрессии обследуемых проводилась с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [7] и Опросника депрессивной симптоматики Бека. Результаты опросников, заполняемых больными женщинами, сопоставлялись с результатами объективного клинического обследования.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA v. 7.0, XLSTAT 2014. Описательная статистика представлена в виде абсолютного значения, процентной доли и средней ошибки доли. Для проверки гипотезы о равенстве генеральных долей использовали критерий χ^2 с процедурой Мараскуило (для множественного попарного сравнения долей). Критическое значение уровня значимости принималось $p \leq 0,05$.

Результаты. Тестирование тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) проведено у 139 женщин. Клинически выраженная тревога зарегистрирована у 20/139 (14,4±2,9%) пациенток, субклинически выраженная тревога зарегистрирована у 22/139 (15,8±3,1%) пациенток. Тревога отсутствовала у 97/139 (69,8±3,9%) женщин ($p < 0,01$). Клинически выраженная депрессия зарегистрирована у 9/139 (6,5±2,1%) пациенток, субклинически выраженная тревога зарегистрирована у 21/139 (15,1±3,0%) пациентки. Депрессия отсутствовала у 109/139 (78,4±3,5%) женщин ($p < 0,01$).

Таблица 1. Зависимость тревоги и депрессии от типа эпилептических приступов

Шкалы	Результат тестирования	Тип эпилептических приступов						χ^2
		ГТКП		комплексные фокальные приступы		фокальные приступы		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
субшкала тревоги	норма	73 ¹	66,4	12 ²	70,6	11 ³	100	0,04
		¹ p=0,7233		² p=0,0564		³ p=0,0108		
	субклинически выраженная	19 ¹	17,3	3 ²	17,6	0 ³	0	
	¹ p=0,9699		² p=0,0563		³ p<0,0001			
	клинически выраженная	18 ¹	16,4	2 ²	11,8	0 ³	0	0,03
		¹ p=0,5916		² p=0,1321		³ p<0,0001		
субшкала депрессии	норма	84 ¹	66,3	16 ²	94,1	8 ³	72,7	0,02
		¹ p=0,0111		² p=0,1426		³ p=0,7954		
	субклинически выраженная	18 ¹	16,4	0 ²	0	3 ³	27,3	
	¹ p<0,0001		² p=0,0422		³ p=0,4320			
	клинически выраженная	8 ¹	7,2	1 ²	5,8	0 ³	0	0,03
		¹ p=0,8231		² p=0,3026		³ p=0,0033		

Примечание: ¹ – между ГТКП и комплексными фокальными приступами; ² – между комплексными фокальными приступами и простыми фокальными приступами; ³ – между ГТКП и простыми фокальными приступами по критерию χ^2 с процедурой Мараскуило

Таблица 2. Зависимость выраженности депрессии от типа эпилептических приступов

Шкалы	Результат тестирования	Тип эпилептических приступов						χ^2
		ГТКП		комплексные фокальные приступы		фокальные приступы		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
когнитивно-аффективная субшкала	норма	61	54,9	8	44,4	4	36,4	0,39
	умеренная	33	29,7	8	44,4	6	54,5	0,14
	критическая	12	10,8	1	5,6	1	9,1	0,78
	явная выраженность	5	4,6	1	5,6	0	0	0,74
субшкала соматизации	норма	64 ¹	57,6	16 ²	88,9	6 ³	54,5	0,03
		¹ p=0,0076		² p=0,0402		³ p=0,8172		
	умеренная	29 ¹	26,1	0 ²	0	3 ³	27,3	0,0462
		¹ p= 0,0060		² p= 0,0304		³ p= 0,9484		
критическая	14	12,6	2	11,1	2	18,2	0,84	
явная выраженность	3	2,7	0	0	0	0	0,66	
суммарный балл	норма	65	58,4	11	61,1	6	54,5	0,93
	умеренная	29	26,1	5	27,8	4	36,4	0,77
	критическая	12	10,8	2	11,1	1	9,1	0,98
	явная выраженность	3	2,7	0	0	0	0	0,66

Примечание: ¹ – между ГТКП и комплексными фокальными приступами; ² – между комплексными фокальными приступами и простыми фокальными приступами; ³ – между ГТКП и простыми фокальными приступами по критерию χ^2 с процедурой Мараскуило

Исследование с помощью опросника депрессивности Бека проведено у 141 женщины. Когнитивно-аффективная субшкала: умеренная выраженность симптомов выявлена у 48/141 (34,0±3,9%), критический уровень выраженности – 14/141 (9,9±2,5%), явная выраженность – 6/141 (4,3±1,7%) ($p<0,01$). Субшкала соматизации: умеренная выраженность симптомов – 33/141 (23,4±3,6%), критический уровень выраженности – 18/141 (12,8±2,8%), явная выраженность – 3/141 (2,1±1,2%) ($p<0,01$). Согласно общему баллу: симптомы депрессии отсутствовали у 84/141 (59,7±4,1%) женщин, умеренно выраженная депрессия регистрировалась у 39/141 (27,6±3,8%), критический уровень депрессии – 15/141 (10,6±2,6%), явно выраженная депрессия – 3/141 (2,1±1,2%). Зависимость депрессии и тревоги от типа эпилептических приступов представлена в таблицах 1, 2.

Выводы и обсуждение. Клинически и субклинически выраженная тревога зарегистрирована 30,2% пациенток; клинически и субклинически выраженная депрессия зарегистрирована у 21,6% пациенток, что выше, чем в среднем в популяции. Преобладание выраженности симптомов (48,2%) по шкале соматизации над выраженностью симптомов по когнитивно-аффективной шкале (38,3%) свидетельствует о выраженности соматических нарушений при отсутствии депрессии. Большинство исследователей единодушны во мнении, что такие харак-

теристики эпилепсии, как высокая частота приступов, определенные типы приступов, чаще левосторонняя латерализация и височная локализация очага эпилептической активности, способствуют формированию депрессивной симптоматики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьева, О.В. Депрессия у пациентов, страдающих эпилепсией (особенности феноменологии и подходы к лечению) / О.В. Воробьева, А.Ю. Скрипкин // Лечебное дело. 2010. № 2. С. 96-104.
2. Железнова, Е.В. Факторы риска депрессии у женщин с эпилепсией / Е.В. Железнова, И.Л. Медведев // Социальная и клин. психиатрия. 2010. № 4. С. 21-25.
3. Калинин, В.В. Противосудорожные и психотропные свойства антиэпилептических препаратов при лечении больных эпилепсией / В.В. Калинин, Е.В. Железнова. – М. : Артinfo паблишинг, 2008. 38 с.
4. Kanner, A.M. Depression and epilepsy: a new perspective on two closely related disorders // Epilepsy Curr. 2006. Vol. 6, № 5. P. 141-146.
5. Lambert, M.V. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology and treatment / M.V. Lambert, M.M. Robertson // Epilepsia. 1999. Vol. 40, Suppl. 10. P. S21-S47.
6. Dudra-Jastrzebska, M. Mood disorders in patients with epilepsy / M. Dudra-Jastrzebska, M.M. Andres-Mach, J.J. Luszczki et al. // Pharmacol. Rep. 2007. Vol. 59. P. 369-378.
7. Zigmon, A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67, № 6. P. 361-370.

LEVEL OF DEPRESSION AND ANXIETY AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE, SUFFERING FROM EPILEPSY

© 2014 D.V. Dmitrenko, N.A. Schneider, Yu.B. Govorina, E.A. Shapovalova, A.V. Muravyeva, K.A. Gazenkampf, E.A. Kantimirova, A.V. Dyuzhakova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetskiy

In article the assessment of depression and anxiety level at women of reproductive age, suffering from epilepsy is carried out. Clinically and subclinically expressed anxiety is registered 30,2% of patients. Clinically and subclinically expressed depression is registered at 21,6% of patients. The indicator on somatization subscale of Beck Questionnaire made 48,2%, on cognitive and affective subscale – 38,3%. Prevalence of expressiveness of symptoms on somatization scale over expressiveness of symptoms on cognitive and affective scale testifies to expressiveness of somatic violations in the absence of depression. It follows from this that the level of anxiety and depression at women of reproductive age is higher, than on average in population that is caused by stigmatization of disease, frequency and weight of epileptic attacks.

Key words: *epilepsy, woman, reproductive age, anxiety, depression*

Diana Dmitrenko, Doctor of Medicine, Associate Professor at the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: mart2802@yandex.ru.
Nataliya Shnayder, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: naschnaider@yandex.ru.
Yuliya Govorina, Assistant at the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: ujdjhbyf@mail.ru.
Evgeniya Shapovalova, Candidate of Medicine, Deputy Head on Education at the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: shapo_jain@mail.ru
Anastasiya Muravyova, Assistant at the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: exzen86@yandex.ru.
Kirill Gazenkampf, Assistant at the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: hassenkampf@mail.ru.
Elena Kantemirova, Candidate of Medicine, Assistant at the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology at Institute of Post-degree Education. E-mail: kantilea@mail.ru.
Anna Dyuzhakova, Student