

УДК 616.832-004:616.89-008.454-036

М.В. Данилова

КЛІНІКО - ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

(директор – д. мед. н., проф. П.В. Волошин)

м. Харків

Ключові слова: депресивний епізод, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості

Key words: depressive episode, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities

Резюме. Обследовано 35 больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом. Проведен синдромальный анализ депрессивного расстройства, исследованы двигательные, когнитивные, поведенческие, эмоциональные и сомато-вегетативные проявления депрессии. На основании анализа полученных данных выделены основные клинико-психопатологические особенности депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом, которые могут выступать в качестве дифференциальных критериев в диагностике депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

Summary. Thirty five patients with multiple sclerosis and depressive episode were examined. Syndrome analysis of depressive disorder was carried out, motor, cognitive, behavioral, emotional, and somato-vegetative manifestations of depression were investigated. On the basis of analysis of the results, the main clinical-psychopathological peculiarities of depressive episode in patients with multiple sclerosis have been defined. These peculiarities may be used as differential criteria for diagnosis of depressive pathology in multiple sclerosis.

Депресивні розлади є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства, що зумовлено їх наростаючою поширеністю. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 року депресія стане однією з основних причин непрацездатності і посідає друге місце після кардіоваскулярних захворювань [7-10, 12]. Ризик розвитку депресії протягом життя коливається від 5 до 12% у чоловіків і від 10 до 25% у жінок [1,8]. Щорічно депресивні розлади діагностуються не менше, ніж у 200 мільйонів осіб. Крім того, на відміну від інших видів психопатологічних порушень, депресивні стани у 40% випадків не діагностуються вчасно [12]. Найбільш небезпечним є те, що депресивні розлади призводять до збільшення суїцидального ризику. Приблизно 2/3 пацієнтів з депресією схильні до суїцидних спроб і 10-15% здійснюють суїцид [6, 10].

При цьому в останні роки депресія перестала бути виключно психіатричною проблемою. Більшість сучасних епідеміологічних досліджень свідчать про зростання частки депресивних розладів у хворих з неврологічною патологією [1, 2, 3, 5, 9, 11]. У DSM-4 наводяться усереднені дані про поширеність депресивних розладів серед хворих з неврологічною патологією, яка коливається від 25 до 40% [1]. Розсіяний склероз розглядається як неврологічне захворювання, найбільш часто обтяжене депресивною симптоматикою. Коморбідність депресії і розсіяного

склерозу за даними різних авторів становить від 40 до 75%, а в окремих випадках досягає навіть 90% випадків [1, 13].

Встановлено, що депресія погіршує перебіг неврологічного захворювання, уповільнює відновлення неврологічних функцій, зменшує вмотивованість хворого до терапії, порушує можливості адаптації до повсякденного життя, прискорює інвалідизацію і підвищує суїцидальний ризик [1, 2, 3, 5]. У зв'язку з цим необхідність розробки диференціальних критеріїв діагностики та адекватного лікування депресивної патології при неврологічних захворюваннях, зокрема при розсіяному склерозі, набуває все більшої актуальності.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивного епізоду при розсіяному склерозі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 35 хворих на розсіяний склероз, у яких діагностовано депресивний епізод (F32.0-32.2). У роботі використовувались клініко-психопатологічний метод, що включає зібрання скарг та анамнезу хворого, оцінку психічного стану хворого і психометричні методи: шкала Монтгомері-Асберга для оцінки об'єктивної тяжкості депресії (MADRS)[14], яка базується на клінічному опитуванні і належить до стандартизованих об'єктивних клінічних інструментів, які широко застосовуються у сучасній психіатрії, та опитувальник депресії Бека для суб'єктивної оцінки

тяжкості депресії [1, 5], у якому пацієнт у кожній групі стверджень визначає те, яке найкраще відповідає тому, як він почувається цього тижня і сьогодні. Статистична обробка отриманих результатів проведена методами варіаційної статистики із використанням критерія Стюдента [4]. При обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна технологія Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз синдромальних варіантів депресії свідчив про превалювання тужливої (меланхолійної) депресії в клініці депресивного епізоду у хворих на розсіяний склероз. Тужлива (меланхолійна) депресія у цієї категорії хворих відзначалася в 77,1% випадків, тоді як інші клінічні варіанти депресивних розладів зустрічалися з частотою, що не перевищувала 8,6% (табл. 1).

Таблиця 1

Синдромальні варіанти депресії у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Синдромальні варіанти депресії	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Тужлива (меланхолійна) депресія	27	77,1
Тривожна (ажитирована) депресія	1	2,9
Апато-адинамічна депресія	1	2,9
Дисфорична (бурчлива, дистимічна) депресія	-	-
Анестетична (деперсоналізаційна) депресія	-	-
Істерична депресія	-	-
Депресія з нав'язливостями (обсесивна)	-	-
Сенесто-іпохондрична депресія	2	5,6
Астено-анергічна депресія	3	8,6
Сомато-вегетативна депресія	1	2,9

Хворі на депресивний епізод при розсіяному склерозі характеризувалися тужливим настроєм, втратою емоційного резонансу, ідеаторною і моторною загальмованістю, думками про власну малоцінність, почуттям провини, суїцидальними думками, добовими змінами настрою (з поліпшенням настрою у другій половині дня).

Об'єктивна оцінка тяжкості депресії у цих пацієнтів відображала наявність помірного ступеня тяжкості стану ($27,4 \pm 2,1$ бала), що відповідало суб'єктивній оцінці, яка також досягала рівня помірного ступеня ($20,0 \pm 3,5$ бала). Подіб-

на відповідність суб'єктивної оцінки хворим свого настрою й об'єктивного стану свідчило про вираженість депресивного розладу і відсутність його взаємозв'язку із зовнішніми чинниками.

Аналіз феноменологічної структури депресії продемонстрував наявність вираженого рухового компоненту в проявах депресивного епізоду при розсіяному склерозі. Так, у 85,7% пацієнтів були виявлені рухові порушення у вигляді загальмованості рухів, мови, міміки. Рухове занепокоєння реєструвалося у 31,4% хворих, а слабо виражені рухові порушення - у 13,2% (табл. 2).

Таблиця 2

Рухові розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Рухові розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Загальмованість рухів, мови, міміки	30	85,7
Рухове занепокоєння (заламування рук, покусування нігтів, губ, непосидючість)	11	31,4
Рудиментарні рухові розлади	5	13,2
- гіпомімія	5	13,2
- легка загальмованість	4	10,5
- м'язова адинамія	3	7,8

Значну вираженість у проявах депресивного епізоду мали і когнітивні порушення, які проявлялися переважно у вигляді порушень пам'яті (91,4%) і зниженні рівня концентрації уваги (85,7%). У ідеаторній сфері у пацієнтів цієї групи

переважали ідеї малоцінності (80,0%) (табл. 3). Подібний характер когнітивних розладів свідчив про вираженість афективної патології поряд з органічним (демієлінізуючим) процесом.

Таблиця 3

Когнітивні розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Когнітивні розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Ригідність мислення	9	25,7
Труднощі у прийнятті рішень, неможливість приймати своєчасні рішення, тенденція до відкладання прийняття рішень	13	37,1
Нав'язливі думки	7	20,0
Зниження рівня концентрації уваги	30	85,7
Порушення пам'яті (зорової, короткочасної, довготривалої)	32	91,4

Поведінкові розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі реєструвалися переважно у вигляді погіршення комунікативних функцій (82,9%) (табл. 4). Незначна наявність розладів невротичного регістру (ананкастних,

обсесивно-компульсивних і тривожних) в клініці депресивного епізоду свідчила про відсутність психогенної складової в генезі даної форми депресії.

Таблиця 4

Поведінкові розлади у хворих депресивним епізодом при розсіяному склерозі

Поведінкові розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Обсесивно-компульсивні розлади	8	22,9
Ананкастні розлади	8	22,9
- Схильність до сумнівів і обережності, особлива увага до деталей, правил, порядку	7	20,0
- Надмірна сумлінність і педантизм	7	20,0
- Упертість	4	11,4
- Прихильність соціальним умовностям	8	22,9
Тривожні розлади	4	11,4
Погіршення комунікативних функцій	29	82,9

У структурі емоційних проявів у хворих даної групи з найбільшою частотою зустрічалися добові коливання настрою (91,4%), байдужість (77,1%), туга (71,1%), горе (скорбота) і відчай

(68,6%). Така представленість емоційних проявів відображає ендогенний характер депресивного розладу (табл. 5).

Емоційні розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Емоційні розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Ангедонія (втрата можливості отримувати задоволення)	10	28,6
Байдужість	27	77,1
Незадоволення	7	20,0
Горе (скорбота)	24	68,6
Туга	27	71,1
Печаль (сум)	10	28,6
Відчай	24	68,6
Засмучення	6	17,1
Тривога	11	31,4
Образа	3	8,6
Боязнь	7	20,0
Переляк	-	-
Страх	9	25,7
Досада	2	5,7
Гнів	1	2,9
Почуття образи	-	-
Обурення	-	-
Ненавість	-	-
Неприязнь	1	2,9
Злість	4	11,4
Зневіра	3	8,6
Нудьга	-	-
Жах	2	5,7
Сором	5	14,3
Лють	-	-
Презирство	-	-
Відраза	2	5,7
Незадоволеність собою	11	31,4
Гіркота	8	22,9
Добові коливання настрою	32	91,4
Постійне відчуття втоми	6	17,1

Серед сомато-вегетативних розладів у даної категорії хворих домінуючими були порушення апетиту (80,0%), порушення сну (77,1%), зниження маси тіла (74,3%), закріпи (71,4%)

(табл. 6). Перераховані ознаки представляли собою соматичні еквіваленти депресії і відображали тяжкість афективного розладу.

Сомато-вегетативні розлади у хворих на депресивний епізод при розсіяному склерозі

Сомато-вегетативні розлади	Депресивний епізод (F32.0-32.2) (n=35)	
	абс.	%
Порушення серцево-судинної системи (кардіальгічний синдром, порушення серцевого ритму)	19	54,3
Порушення дихання (розлад дихального ритму, ларингоспазм, кашель)	16	45,7
Порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (порушення функцій шлунка, порушення функцій кишечника)	9	25,7
Порушення з боку сечовидільної системи	13	37,1
Головні болі (психалгії, нервово-м'язового характеру, нервово-судинного характеру)	11	31,4
Сексуальні порушення (зниження лібідо, розлади ерекції, розлади еякуляції, розлади оргазму)	11	31,4
Зниження маси тіла	26	74,3
Гіпергідроз	13	37,1
Вегетативно-вісцеральні кризи (симптоадреналові, ваго-інсулярні, змішані)	7	20,0
Порушення сну	27	77,1
Порушення апетиту	28	80,0
Закріпи	25	71,4
Порушення менструального циклу	9	25,7

ПІДСУМОК

Результати проведеного дослідження дозволили виділити основні клініко-психопатологічні особливості депресивного епізоду при розсіяному склерозі: домінування синдрому тужливої (меланхолійної) депресії; помірна тяжкість депресії; відповідність суб'єктивної і об'єктивної оцінки тяжкості стану; наявність виражених рухових, когнітивних і ідеаторних розладів; погіршення комунікативних функцій; ендогенний

характер емоційних (туга, байдужість, горе, відчай, добові коливання настрою) та сомато-вегетативних розладів (порушення сну, апетиту, зниження маси тіла, закріпи).

Виділені клініко-психопатологічні особливості депресивного епізоду у хворих на розсіяний склероз можуть бути використані як диференційні критерії в діагностиці даної форми депресивного розладу при розсіяному склерозі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вейн А.М. Депресія в неврологічній практиці (клініка, діагностика, лікування). – 3-є вид. / А.М. Вейн. – М., 2007. – 208с.
2. Вознесенська Т.Г. Депресія в неврологічній практиці і її лікування / Т.Г. Вознесенська // Неврологічний журнал. -2006. -№ 6. -С. 4-11.
3. Галічева, А.С. Специфіка клінічної картини депресивних розладів, які розвинулися на тлі ураження або дисфункції головного мозку / А. С. Галічева // Псіхічне здоров'я. -2007. -№ 3. -С. 22.
4. Гланц А. Медико – біологіческая статистика / А. Гланц. – М., 1999. – 453 с.
5. Депресія в неврологічній практиці (клініка, діагностика, лікування) / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенська, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. -3-є вид. перероб. і доп. – М.: МІА, 2007. – 197 с.
6. Депресія: клінічна гетерогенність і нові підходи до терапії // Нейро NEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2007. -№ 4. – С. 27-29.
7. Марута Н.А. Можливості антидепресивної терапії в XXI столітті / Н.А. Марута // НейроNEWS. – 2008. – № 6 (11). – С. 24-28.
8. Марута Н.О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н.О. Марута, Ж.І. Білостоцька // Архів психіатрії. - 2008. - Т. 14, № 3. - С. 14-19.
9. Марута Н.О. Депресії у загальнономедичній

практиці: довідковий посібник для лікарів первинної медико-санітарної мережі / Н.О. Марута, А.І. Мамчур, Л.М. Юр'єва. – К., 2009. – 30с.

10. Михайлов Б.В. Проблема депресій в загально-соматичній практиці / Б.В. Михайлов // Міжнар. мед. журнал. - 2003. - Т. 9, № 3. - С. 22-27.

11. Ольбінська Л.І. Про проблему депресії в терапевтичній практиці. Що показала програма КОМПАС / Л.І. Ольбінська // Терапевт. архів. -2005. -№ 10. -С. 85-89.

12. Пилягіна Г.Я. Депресивні порушення /

Г.Я. Пилягіна // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 1. - С. 40-49.

13. Порівняльна оцінка препаратів із групи СІЗЗС (опра, флуоксетин) при лікуванні депресії у хворих на розсіяний склероз / В.В. Овчаров, Н.Ю. Булдакова, Є.В. Еніколопова, Бойко О.М. // Журнал неврології і психіатрії ім. С. С. Корсакова. -2007. – Вип. 4. Розсіяний склероз. -С. 133-136.

14. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – Vol. 134. – P. 382-389.



УДК 616.831-006:616.89-008-036.1

В.В. Огоренко

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія
кафедра психіатрії ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Л.М. Юр'єва)

Ключові слова: пухлини головного мозку, психічні розлади, якість життя, нозогенна реакція, внутрішня картина хвороби
Key words: brain tumors, mental disorders, quality of life, nosogen reaction, internal picture of illness

Резюме. В статье рассмотрены результаты изучения внутренней картины болезни в популяции больных с первичными опухолями головного мозга, выделены особенности внутренней картины болезни у данной категории больных. Проведен сравнительный анализ типологии отношения к болезни в зависимости от степени злокачественности новообразований. Установлено влияние возрастного фактора, уровня образования, социального статуса, преморбидных личностных особенностей на формирование отношения к болезни. Также отмечено, что тип отношения к болезни позволяет определить метод психотерапевтического воздействия на пациента. Представлены данные о структуре пограничных психопатологических нарушений. Показано влияние психогенно-личностных реакций на формирование и структуру психических расстройств при опухолях головного мозга. Отмечена целесообразность разработки индивидуальных реабилитационных программ с целью улучшения качества жизни пациентов с новообразованиями головного мозга.

Summary. In the article results of study of internal picture of illness in the population of patients with primary tumors of the brain are considered, features of internal picture of illness in the given category of patients are distinguished. The comparative analysis of typology of the attitude to illness depending on malignancy degree of neoplasms was carried out. Influence of the age factor, educational level, social status, premorbid personal features on formation of the attitude to illness was established. Also it was noted, that the type of the attitude to illness allows to define a method of psychotherapeutic influence on the patient. Data on the structure of borderline psychopathological infringements are presented. Influence of psychopersonal reactions on formation and structure of mental disorders in brain tumors is shown. The expediency of development of individual rehabilitation programs aimed at improvement of life quality of patients with brain neoplasms is noted.