

УДК 616.89:616.853-036.2(477,54;477,87)

А. Е. Дубенко, В. І. Смоланка, С. О. Сазонов, М. М. Орос, В. В. Грабар, Ю. А. Бабкіна, Т. М. Колесник, Г. І. Селюков
**ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ЕПІЛЕПСІЇ ЗА ДАНИМИ РЕГІСТРУ ЕПІЛЕПСІЇ
 В ХАРКІВСЬКІЙ ТА ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ НА 2017 РІК**

A. E. Dubenko, V. I. Smolanka, S. O. Sazonov, M. M. Oros, V. V. Grabar, Yu. A. Babkina, T. M. Kolesnik, G. I. Selukov
**Психиатрические аспекты эпилепсии по данным регистра эпилепсии
 в Харьковской и Закарпатской областях на 2017 год**

A. Ye. Dubenko, V. I. Smolanka, S. O. Sazonov, M. M. Oros, V. V. Hrabar, Yu. A. Babkina, T. M. Koliesnyk, H. I. Seliukov
**Psychiatric aspects of epilepsy according to the register of epilepsy in the Kharkiv
 and Zakarpattia region by 2017 year**

Наведено та проаналізовано статистично-епідеміологічні дані щодо психічних розладів внаслідок епілепсії серед населення Харківської та Закарпатської областей України на 2017 р. На кінець 2017 року зареєстровано 1911 дорослих пацієнтів: 1146 пацієнтів у Харківській області та 765 хворих із Закарпаття. Дані отримано за допомогою електронного реєстру епілепсії.

Виявлено чималі розходження як між досліджуваними областями, так і зі світовими показниками. Зокрема, в Харківській області зареєстровано набагато більше психічно хворих серед епілептиків, ніж в Закарпатті. В Харківському регіоні превалює деменція внаслідок епілепсії (F02.8), в Закарпатському регіоні — органічний розлад особистості (F07.0), на відміну від іншого органічного розладу особистості (F07.8), якій частіше встановлюється в Харківському регіоні. Також в Закарпатському регіоні частіше встановлюють діагноз легкий когнітивний розлад (F06.7). Осьовою для обох областей є й астенична симптоматика. Отже, провідним психопатологічним проявом епілепсії на вітчизняному матеріалі є інтелектуально-мнестичне зниження (більше в Харківському регіоні) та органічна особистісна патологія (більше в Закарпатті). Цім вітчизняний спектр епілептичної психопатології суттєво відрізняється від закордонних даних, де превалює тривожно-депресивна та невротична симптоматика, і лише у другу чергу — когнітивне зниження.

Представленість епілептичних психозів (F06.8) в Харківській області є 3 %, що не досягає світових показників (5,6 %), на відміну від Закарпатської області — 5 %.

Очевидно, що лікарям треба більше надавати увагу наявній у хворих на епілепсію психопатології, що сприятиме поліпшенню якості лікування.

Ключові слова: епілепсія, епідеміологія, психіатрія, Харківська область, Закарпатська область

Приведены и проанализированы статистически-эпидемиологические данные о психических расстройствах вследствие эпилепсии среди населения Харьковской и Закарпатской областей Украины на 2017 г. К концу 2017 г. зарегистрировано 1911 взрослых пациентов: 1146 пациентов в Харьковской области и 765 больных из Закарпатья. Данные получены с помощью электронного регистра эпилепсии.

Выявлены значительные различия как между исследуемыми областями, так и в сравнении с мировыми показателями. Так, в Харьковской области зарегистрировано значительно больше психически больных среди эпилептиков, чем в Закарпатье. В Харьковском регионе превалирует деменция вследствие эпилепсии (F02.8), в Закарпатском регионе — органическое расстройство личности (F07.0), в отличие от другого органического расстройства личности (F07.8), которое чаще устанавливается в Харьковском регионе. Также в Закарпатском регионе более часто устанавливается диагноз легкое когнитивное расстройство (F06.7). Осевой для обеих областей является и астеническая симптоматика. Таким образом, главным психопатологическим проявлением эпилепсии на отечественном материале является интеллектуально-мнестическое снижение (больше в Харьковском регионе) и органическая личностная патология (больше в Закарпатье). Этим отечественный спектр эпилептической психопатологии значительно отличается от зарубежных данных, где превалирует тревожно-депрессивная и невротическая симптоматика, и только во вторую очередь — когнитивное снижение.

Представленность эпилептических психозов (F06.8) в Харьковской области — 3 %, что не достигает мировых показателей (5,6 %), в отличие от Закарпатской области — 5 %.

Очевидно, что врачам необходимо больше уделять внимание имеющейся у больных эпилепсией психопатологии, что будет способствовать улучшению качества лечения.

Ключевые слова: эпилепсия, эпидемиология, психиатрия, Харьковская область, Закарпатская область

Statistical and epidemiological data of psychiatric disorders due to epilepsy among the population of Kharkiv and Zakarpattia regions of Ukraine for 2017 are given and analyzed. By the end of 2017, 1911 adult patients, 1146 patients in the Kharkiv region and 765 patients from Zakarpattia were registered. The data is obtained using the electronic register of epilepsy.

Significant differences were found between the studied regions and world statistics. Revealed that, in the Kharkiv region, there are significantly more mentally ill patients with epilepsies than in Zakarpattia. In the Kharkiv region, dementia due to epilepsy (F02.8) is prevalent, in the Zakarpattia region it is an organic personality disorder (F07.0), unlike other organic personality disorder (F07.8), which is more commonly found in the Kharkiv region. Also, in the Zakarpattia region, a state of mild cognitive impairment is more often diagnosed (F06.7). Axial for both areas is the asthenic symptomatology. Thus, the main psychopathological manifestation of epilepsy in domestic material is the mental declination and deterioration (more in the Kharkiv region) and the organic personality disorder (more in Zakarpattia). By this peculiarities domestic spectrum of epileptic psychopathology is significantly different from foreign data, where anxiety-depressive and neurotic symptomatology prevails, and only in the second place is a cognitive declination.

The representation of epilepsy psychosis (F06.8) in the Kharkiv region is 3 %, which does not reach world levels (5.6 %), in contrast to the Zakarpattia region — 5 %.

It is obvious that physicians need to pay more attention to psychopathology of patients with epilepsy, which will improve the quality of treatment.

Key words: epilepsy, epidemiology, psychiatry, Kharkiv region, Zakarpattia region

Протягом тисячоліть розвитку медицини в людському суспільстві питання належності епілепсії до нервових або душевних хвороб було остаточно не вирішеним. Натепер епілепсія — це нервова хвороба, але мабуть неможливо знайти іншу хворобу нервової системи,

яка б мала таку кількість різноманітних, важких та нерідко небезпечних психопатологічних проявів [1—9].

Психіатричні аспекти ураження населення на епілепсію натепер є актуальними та привертають увагу дослідників у Світі, адже впливають на прогноз перебігу та виходу епілепсії та мабуть найбільше (разом із частотою та важкістю нападів) — на соціальну адаптацію та якість життя хворих [1—9].

Окрім соціоекономічних аспектів, епілепсія, попри те, що вона не є психічним розладом, а обґрунтовано належить до нервових хвороб та компетенції неврологів, мабуть найбагатша серед останніх за спектром психопатологічної симптоматики. Це і континуальні та найчастіше прогресуючі порушення когнітивно-мнестичної та особистісної сфер, і іктальні порушення усіх сфер психіки — і свідомості, і сприйняття, і мислення, пам'яті, емоцій і таке інше. Усі ці розлади натеper добре відомі та викладені у підручниках та настановках з неврології, психіатрії та нейропсихіатрії, але зв'язки між неврологічними та психопатологічними проявами та інструментальними даними при цій хворобі, особливо у епідеміологічних масштабах, досліджені натеper, на жаль, недостатньо.

Серед встановлених натеper фактів, є такі.

За даними В. О. Карлова (2007), при неефективності терапії антиконвульсантами психічні розлади спостерігаються у 2,5 раза частіше, ніж у хворих з позитивним ефектом протисудомної терапії.

Hitiris та співавтори (2007) визначили, що фармако-резистентність, яка спостерігалася в великій вибірці хворих на епілепсію протягом 20 років, була пов'язана з наявністю попередніх або поточних психопатологічних коморбідних симптомів.

Anhoury та співавтори (2000) з'ясували, що «пацієнти, що мали в минулому психічні розлади і у яких відновилися психопатологічна симптоматика, мають несприятливий результат щодо частоти нападів» [10].

За даними Kanner і співавторів (2006), велика тривалість депресивного стану є несприятливим прогнозом для досягнення ремісії при низці клінічних форм епілепсії.

Відстежені велика частота афективних розладів у хворих на епілепсію та сильний взаємозв'язок депресії та епілепсії (Shorvon S. D. et al., 2009 [11]; Kanner A. M., 2003; Hesdorffer D. C., 1999, 2000, 2006; Forsgren L., 1990; Christensen J. et al., 2007; Nilson L. et al., 2002).

Депресивні розлади спостерігаються у 11—62 % хворих на епілепсію (більшість дослідників наводять дані — близько 30 %). На протилежність, депресивні розлади у хворих з тривалою та стійкою компенсацією епілепсії виявляють у 4—9 % випадків.

У хворих із уперше виявленою епілепсією депресія в анамнезі спостерігалася в 7 разів частіше, ніж у здорових, а у хворих з фокальною епілепсією — в 17 разів частіше.

У дітей із уперше виявленою епілепсією депресивний епізод в анамнезі спостерігався в 4 рази частіше, ніж у одноклітків.

Суїцидальний ризик у хворих на епілепсію в 2—6 разів вищий, ніж в популяції. У дорослих і дітей старших за 10 років, хворих на епілепсію, суїцидальні спроби спостерігалися в 5 разів частіше.

Розроблено спеціальні шкали для діагностики депресії та епілепсії (NDDI-E, BDI-II) і встановлено їхню валідність.

Щодо частоти невротичних розладів і симптомів у хворих на епілепсію, симптоми тривоги спостерігаються у 48 % (Cramer et al., 2005) — 66 % (Torta et al., 1999) хворих на епілепсію. У 16 % — середнього ступеня тяжкості й у 7 % — тяжкі (Cramer et al., 2005).

12 % хворих з рефрактерною епілепсією відповідають критеріям генералізованого тривожного розладу (ГТР) відповідно до DSM-IV (Schondienst M. et al., 2008) [12]. Панічні розлади у хворих на епілепсію спостерігаються в 6 разів частіше, ніж у здорових людей, і їх частота становить 5—30 % (Beyenburg S. et al., 2005; Kanner A. M., 2007).

У кожній сьомій жінки, хворої на скроневу або лобну епілепсію, виявляється поєднання епілептичних випадків і інтерпароксизмальних панічних атак (Карлов В. А., 2010) [1].

Тривожні розлади у хворих з тривалою, стійкою компенсацією епілепсії спостерігаються у 10—25 % хворих (Shorvon S. D. et al., 2009) [11].

Поодинокі автори вказують на наявність обсессивно-компульсивних розладів у хворих на епілепсію (Monaco F., 2005; Mula M., 2008 [13]).

Офіційна статистика, що існує натеper в Україні, представлена щорічними статистичними звітами Міністерства охорони здоров'я України. Вона має узагальнену неперсоніфіковану структуру. Дані зібрано та подано усіма профільними медичними службами, наявними в структурі МОЗ, зокрема неврологічною та психіатричною службами.

Дані психіатричної служби щодо епілепсії містять такі рубрики: «епілепсія», «деменція та психози внаслідок епілепсії F02.8x3», «непсихотичні психічні розлади органічного походження внаслідок епілепсії F06.x3; F07.83». За цими рубриками надано показники «Взято під нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом» (захворюваність у звітному році) та «Перебуває під наглядом на кінець року» (поширеність у звітному році) в абсолютних цифрах та на 100 тис. відповідного населення. Ці дані надано стосовно усього населення України, для таких вікових груп: працездатного населення, старших за працездатний вік, 18 років і старших, дітей 0—14 років, дітей 15—17 років включно, 0—17 років включно. Окремо дані зібрано для контингентів сільського та міського населення, за областями України, за статтю. Деякі дані надано окремо в диспансерній та консультативній групах пацієнтів, та в групі стаціонарних хворих (загалом, і у денному стаціонарі).

Показники неврологічної служби також містять показник «епілепсія G40 — G41», також у розподілі за вищезазначеними рубриками. Також вказано дані щодо інвалідності (первинний вихід та перебування на інвалідності на кінець звітного року) внаслідок епілепсії, а також смертність, стаціонарна та на дому.

Актуальний стан розвитку науки та вимоги розвитку суспільства диктують нагальну потребу створення більш нових, прогресивних та потужних засобів статистично-епідеміологічного аналізу. Одним з них є метод електронних реєстрів хворих. Реєстри — це персональні списки або картотеки на все населення або певну його групу. Найчастіше реєстри формуються на хворих з хронічною патологією або померлих від певного виду патології. Епідеміологічні дані, зібрані в реєстрах, дозволяють ефективно простежувати розвиток хвороби і встановлювати фактори ризику.

Реєстр є організованою системою, яка використовує спостережні методи дослідження для отримання однорідної інформації (клінічної та ін.) для оцінення певних результатів в популяції, об'єднаної певним захворюванням або станом, з однією або декількома науковими, практичними або економічними цілями. Реєстр може бути ретроспективним або проспективним, він може бути як одноразовим, так і включати можливість більш-менш тривалого спостереження хворих. Джерелами даних для реєстру можуть бути як первинні дані, тобто зібрані спеціально для реєстру, так і вторинні. Останні можуть бути отримані в результаті оброблення електронних або паперових історій хвороби, баз даних смертей, баз даних лікувально-профілактичних установ.

З 2015 року в Україні було розпочато створення нового інструмента для статистично-епідеміологічного дослідження популяції хворих на епілепсію — електронного реєстру, який як пілотний проект був випробуваний в Харківській та Закарпатській областях. Проект створено силами Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (м. Харків) за участю Ужгородського національного медичного університету. Електронний реєстр являє собою електронну базу даних, в яку збирають у більш чи менш формалізованому вигляді певний перелік даних щодо кожного пацієнта із певним медичним станом. Найбільше це ефективно щодо хронічних або важких із вагомими наслідками розладів. За допомогою реєстрів вдається суттєво покращити, об'єктивувати статистико-епідеміологічні дані, оптимізувати медичні організаційні заходи та фармакоекономічні розрахунки. Епілепсія як поширена, у чималій частині випадків пожиттєва інвалідизуюча хвороба, яка потребує постійних лікувально-діагностичних заходів, відповідає усім критеріям для дослідження методом реєстру.

Цей реєстр виконано у формі інтернет-сайту із сторінками для заповнення даних фахівцем. У інших розділах сайту наданий інструментарій автоматичного статистичного аналізу даних, де користувач може ознайомитись із різними профілями наявної інформації. У вигляді діаграм подані співвідношення хворих за статтю, віком, формою епілепсії і таке інше.

Джерелом інформації для цього реєстру була медична документація лікувально-профілактичних закладів на досліджуваних територіях (амбулаторні картки, історії хвороби), що забезпечувало максимальну вірогідність інформації, на відміну від медико-статистичної документації або опитувань пацієнтів та родичів.

У реєстр вносили такі дані щодо кожного пацієнта: ініціали, точна дата народження (це давало змогу захистити персональні дані пацієнта, адже повне ім'я, по-батькові та прізвище не фіксували, а з іншого боку, ініціали та повна дата народження давали змогу із мінімальною ймовірністю збігів точно ідентифікувати належність даних певному випадку, *case*), область проживання, місцевість проживання (у селі або місті), працевлаштованість, рівень освіти, перебування на медичному обліку за профілем (у невролога чи психіатра), група інвалідності та профіль (по неврології чи по психіатрії), повний клінічний діагноз, форма епілепсії, типи та загальна частота нападів, рік початку захворювання (рік появи першого нападу), дані електроенцефалографічного та нейровізуалізаційного досліджень, наявність та шифр психіатричного діагнозу, фармакологічне лікування в анамнезі (антиконвульсанти, які застосовували, причини відміни (неефективність чи побічні ефекти)) та поточне фармакологічне лікування, нейрохірургічне лікування (епілепсії та при епілепсії). Отримані дані надають змогу проводити описовий та порівняльний статистико-епідеміологічний аналіз популяції хворих у досліджуваних регіонах.

На кінець 2017 року зареєстровано 1911 дорослих пацієнтів: 1146 пацієнтів у Харківській області та 765 хворих із Закарпаття.

Особливістю фіксації психіатричного діагнозу в реєстрі було те, що епілептичний психоз (шифр F06.8 за МКХ-10) був виокремлений від інших психічних розладів внаслідок епілепсії (за МКХ-10 не виокремлений, і теж належить до шифру F06.8, в нашому дослідженні позначено F06.8* на діаграмах). Вважаємо, що такий

розподіл у майбутньому допоможе точніше планувати ресурси медичної допомоги цим хворим.

Дослідження ураженості психічними розладами хворих на епілепсію проводилися у Світі доволі широко. Епідеміологічний масштаб має дослідження психопатології при епілепсії за допомогою бази даних пацієнтів, здійснене протягом 2000—2008 рр. у Тайвані. Н. J. Chang et al. (2013) дослідили 938 дорослих пацієнтів із епілепсією [4]. Порівняння цих показників із даними реєстру епілепсії в Україні є утрудненим через відмінності у застосованих класифікаціях (Н. J. Chang et al. використовували психіатричну класифікацію ICD-9-CM, а вітчизняне дослідження проведено за пізнішою версією, ICD-10). Але деякі узагальнені порівняння та висновки, ми вважаємо, все ж таки можуть бути коректними. Адже обидва дослідження проведені на аналогічних за масштабами обсягах хворих, охоплюють вибірку хворих на епілепсію з популяції дорослого населення на певній території загалом, а не окремої групи хворих (наприклад, госпіталізованих, ургентних або інвалідів чи померлих), надають показники хворих із психіатричним діагнозом загалом та спектри поширеності психопатології в досліджуваній популяції за частотою. Також вони виконані у відносно близькій проміжки часу.

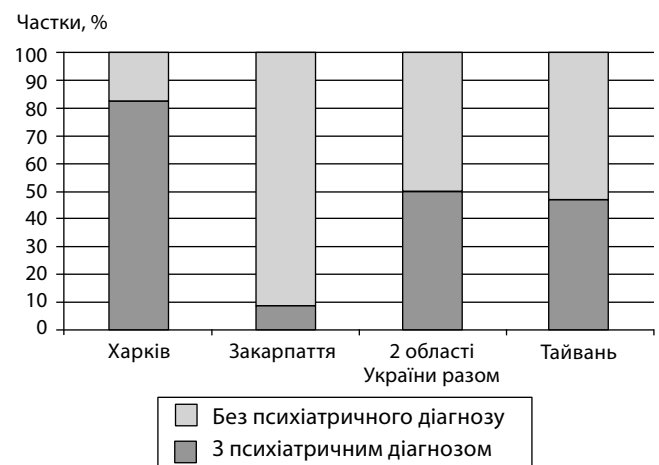


Рис. 1. Наявність психіатричного діагнозу у хворих на епілепсію, досліджена методом реєстру (Харківська та Закарпатська області України на 2017 р. та Тайвань на 2008 р.)

На діаграмі 1 зіставлені частки пацієнтів із епілепсією, яким встановлено психіатричний діагноз. Об'єднані показники двох областей України майже точно відповідають даним у Тайвані. Але гетерогенність популяцій в цих областях всередині України є вельми високою. Зокрема, частка хворих на епілепсію, які мають психіатричний діагноз та спостерігаються у психіатра, на матеріалі Харківського регіону є суттєво більшою, ніж у Закарпатті. Це підтверджує гіпотезу про деяку полярність цих двох областей за деякими показниками, що впливає із геополітичної, соціоекономічної та демографічної полярності Харківщини та Закарпаття. Завдяки достатній кількості вибірки, дані вірогідно є репрезентативними. Отже, психопатологічна обтяженість хворих на епілепсію в Харківському регіоні є набагато вищою ніж у Закарпатті, а також вищою за Тайвань.

Середня кількість психіатричних діагнозів у одного хворого на епілепсію за українськими даними наведена на рисунку 2.

Кількість психіатричних діагнозів на одного пацієнта

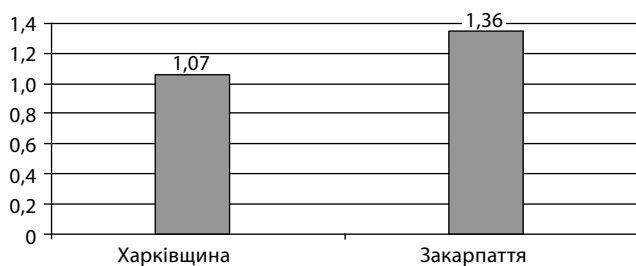


Рис. 2. Співвідношення кількості психіатричних діагнозів у хворих на епілепсію у двох регіонах України

Кількість психіатричних діагнозів на одного пацієнта на Закарпатті є дещо більшою, але невірорідність різниці не дає змогу робити висновки.

Щодо спектра психіатричних діагнозів у хворих на епілепсію, то в обох досліджуваних регіонах переважають деменція внаслідок епілепсії (F02.8 за МКХ-10), органічний розлад особистості (F07 за МКХ-10) та органічний астеничний (емоційно-лабільний) розлад (F06.6 за МКХ-10) — на рисунках 3, 4 та 5.

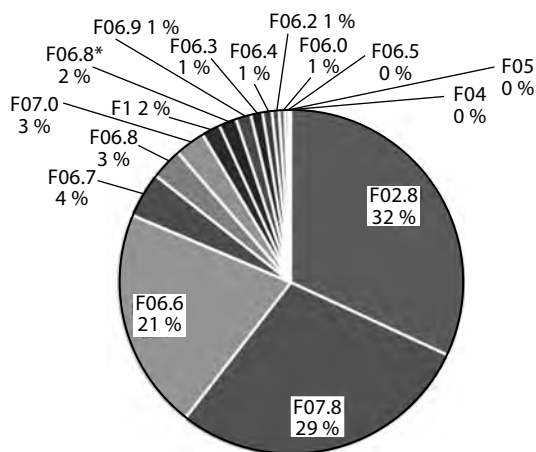


Рис. 3. Спектр психіатричних діагнозів у хворих на епілепсію Харківського регіону

Серед відмінностей суттєвими є превалювання деменції внаслідок епілепсії в Харківському регіоні, органічного розладу особистості (F07.0) в Закарпатському регіоні (рис. 4), на відміну від іншого органічного розладу особистості (F07.8), якій частіше встановлюють в Харківському регіоні, та більш частого встановлення діагнозу легкого когнітивного розладу (F06.7) в Закарпатському регіоні.

Решта діагнозів становить невелику частину випадків.

Превалювання деменції внаслідок епілепсії в Харківському матеріалі деякою мірою може бути пояснене не тільки особливостями джерел інформації (значною мірою — від психіатричної служби), а й на жаль досить високою розповсюдженістю деменції серед хворих на епілепсію унаслідок несвоєчасного та неадекватного лікування. А також можна припустити можливість недостатньої уваги до проблеми деменції у хворих на епілепсію в Закарпатському регіоні. Інші відмінності спектрів психіатричних діагнозів (рис. 5) найбільш вірогідно відбивають особливості кваліфікації та кодування психопатологічної симптоматики лікарями-психіатрами різних академічних шкіл в досліджуваних регіонах.

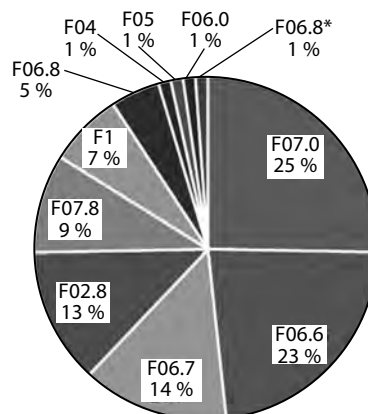


Рис. 4. Спектр психіатричних діагнозів у хворих на епілепсію Закарпаття

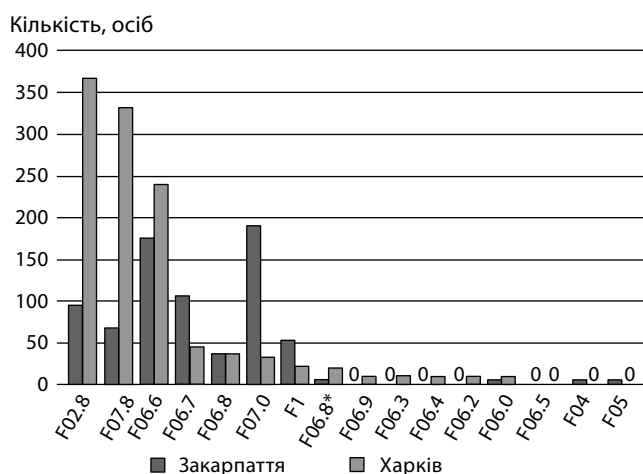


Рис. 5. Порівняння представленості психіатричних діагнозів у хворих на епілепсію, впорядкованих за зменшенням частоти, у Харківському та Закарпатському регіонах

Важливою можливістю, яку надає реєстр, є виокремлення епілептичних психозів серед «інших психічних розладів внаслідок епілепсії». Це дає змогу вперше на епідеміологічному рівні зіставити вітчизняні статистичні показники зі світовими. Зокрема, представленість епілептичних психозів (F06.8) в Харківській області (див. рис. 3) є 3 %, в Закарпатській (див. рис. 4) — 5 %. А за даними Clancy M. J. et al. (2014) — 5,6 % — на матеріалі метаналізу світових баз даних англійською мовою зрізом на 2010 рік [14]. За даними Hilger E. et al. (2016), ураженість на епілептичні психози становить 5,9 % популяції пацієнтів (досліджено 1434 пацієнти) [15]. Н. J. Chang et al. (2013), на жаль, не виокремлює епілептичні психози серед інших психотичних станів [4].

Такий показник суттєва кількість дослідників визнають доволі сталим та «біологічним» за походженням. Тобто він доволі мало залежить від особливостей академічних шкіл чи антропологічних особливостей популяції. От і в Закарпатті рівень епілептичних психозів відповідає світовому. А на Харківщині рівень епілептичних психозів є нижчим за світовий, та за дані наших ужгородських колег. Але ми вважаємо, що стосується показника на Харківщині, це є рівень реєстрації, а не фактичної ураженості, можливо через соціальні мотиви. Це навіть більше імовірно, що активність психіатричної служби

на Харківщині є вищою, та це відбилося на кількості зареєстрованих випадків деменції в цьому регіоні, але не психозів, що мало імовірно.

Отже, зважаючи на особливості неврологічних та психіатричних шкіл Харківщини та Закарпаття, все ж очевидно, що отримані дані відбивають фактичні відмінності популяції хворих на епілепсію в цих регіонах.

Депресивна симптоматика, доволі часта в діагностуванні при епілепсії за кордоном, виявляється на вітчизняному матеріалі спорадично, як окремий діагноз (див. рис. 3—5). Інколи вона реєструється у складі додаткової симптоматики при деменції внаслідок епілепсії (рис. 6).

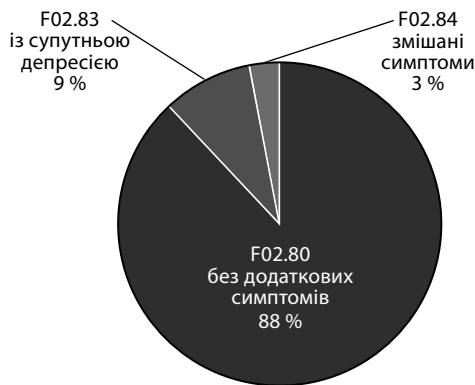


Рис. 6. Спектр додаткових симптомів при деменції внаслідок епілепсії в Харківському регіоні

Чималі відмінності у психопатологічному спектрі при епілепсії виявляються при зіставленні із закордонними дослідженнями. Здебільшого закордонні дослідники перше місце надають афективній, а саме тривожно-депресивній симптоматичі при епілепсії [12, 13], у другу чергу — когнітивному зниженню. Останнім часом все більшу увагу привертають до себе психогенні неепілептичні напади при епілепсії. На щастя, нечастими за статистикою, але великими за клініко-соціальним значенням є психотичні розлади внаслідок епілепсії [14, 15]. Точні дані епідеміологічного характеру, отримані методом реєстру, наведені в дослідженні Н. J. Chang et al. (2013) [4].



Рис. 7. Ураженість на психічні розлади серед хворих на епілепсію на Тайвані (2008 р.)

Чималі відмінності є у представленості практично усіх частих психопатологічних розладів. Зокрема, у Тайванському контингенті превалюють невротичні роз-

лади, спорадичні в українському матеріалі, присутні, але набагато рідше деменція та розумова відсталість, куди частіше встановлюється афективна патологія, особливо депресивного спектра.

R. S. Patel et al. (2017) проаналізували велику кількість госпіталізацій епілептичних хворих (397 440 пацієнтів) протягом 2013—2014 рр. на предмет коморбідності із психопатологічними розладами [7] (рис. 8).

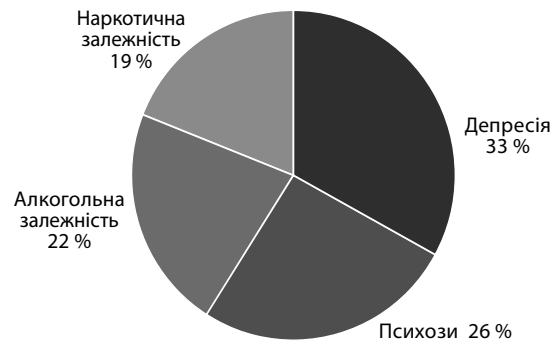


Рис. 8. Частки ураженості коморбідними психопатологічними розладами серед госпіталізованих хворих на епілепсію в США у період 2013—2014 рр.

Також можна бачити (із певним уточненням, що наведені дані стосуються важкої частини контингенту хворих на епілепсію — госпіталізованих пацієнтів) превалювання депресивної симптоматики при епілепсії.

Отже, у Харківському регіоні більше хворих на епілепсію мають психіатричний діагноз, ніж в Закарпатті, а також на Тайвані. Провідним психопатологічним проявом епілепсії на вітчизняному матеріалі є інтелектуально-мнестичне зниження (більше в Харківському регіоні), органічна особистісна патологія (більше в Закарпатті). Це диференціювання у випадку епілепсії має чіткий характер лише в академічних класифікаційних системах, а на практиці часто означає ту ж саму патологію, та залежить від суб'єктивних факторів. Цю проблему у випадку епілепсії могла б вирішити багатоаспектна класифікація психічних розладів, яка проектувалася у рамках МКХ-10, але на жаль подальші масштабні розробки (DSM-5) зберігають критеріальний або гібридний характер. Також осовою є астенічна симптоматика.

Цім вітчизняний спектр епілептичної психопатології суттєво відрізняється від закордонних даних, де превалює афективна (здебільшого тривожно-депресивна) та невротична симптоматика. Відбувається явна гіподіагностика цієї симптоматики у хворих на епілепсію як неврологами, так і психіатрами.

Варто відзначити, що Харківська і Закарпатська області, крім низки інших відмінностей, відрізняються ще й тим, що в Харківській області епілепсією опікуються переважно психіатри, а в Закарпатській — неврологи. Цим можна, з одного боку, пояснити різницю отриманих даних, а з іншого — зробити висновок про те, що неврологам треба більше надавати увагу наявній у хворих на епілепсію психопатології, що сприятиме поліпшенню якості лікування.

Незважаючи на те, що психопатологія у хворих на епілепсію діагностується досить часто, варто зазначити, що велика частина психопатологічних синдромів залишається недіагностованою (навіть випадки епілептичних психозів — на Харківщині), і відповідно пацієнти не отримують адекватного лікування.

Список літератури

1. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М. : Медицина, 2010. 720 с.
2. Amruth G., Praveen-kumar S., Nataraju B., Kasturi P. Study of psychiatric comorbidities in epilepsy by using the Mini International Neuropsychiatric Interview // *Epilepsy Behav.* 2014. Apr; 33. P. 94—100. DOI: 10.1016/j.yebeh.2014.02.001.
3. Bragatti J. A., Torres C. M., Isolan G. R., Bianchin M. M. Psychiatric Comorbidities of Epilepsy: A Review // *Journal of Neurology & Neurophysiology.* 2011. S2. DOI:10.4172/2155-9562.S2-002.
4. Psychiatric disorders after epilepsy diagnosis: a population-based retrospective cohort study / Chang H. J., Liao C. C., Hu C. J. [et al.] // *PLoS One.* 2013. Vol. 8(4). e59999. DOI: 10.1371/journal.pone.0059999.
5. Psychiatric Comorbidities in Patients with Epilepsy: A cross-sectional Study / S. Jaiswal, S. Kumar, Ch. S. Sharma [et al.] // *International Journal of Advanced & Integrated Medical Sciences.* 2017. January-March 2(1). P. 24—28. URL : http://www.jaypeejournal.com/ejournals/ShowText.aspx?ID=11592&Type=FREE&TYP=TO&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=902&isPDF=YES.
6. Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran / M. R. Mohammadi, A. H. Davidian, M. Mohammadi [et al.] // *Seizure.* October 2006. Vol. 15. Issue 7. P. 476—482. DOI: 10.1016/j.seizure.2006.05.011.
7. Patel R. S. Psychiatric Comorbidities and Outcomes in Epilepsy Patients: An Insight from a Nationwide Inpatient Analysis in the United States / R. S. Patel, A. Elmaadawi, Z. Mansuri [et al.] // *Cureus.* 2017. Sep 9(9). P. 1686. DOI: 10.7759/cureus.1686.
8. Swinkels M. Psychiatric Comorbidity in Epilepsy / Swinkels W. A., Kuyk J., van Dyck R., Spinhoven P. // *Epilepsy Behav.* 2005 Aug; 7(1): 37—50. DOI: 10.1016/j.yebeh.2005.04.012.
9. Psychiatric Comorbidity in Epilepsy: A Population-Based Analysis / J. F. Tellez-Zenteno, S. B. Patten, N. Jetté [et al.] // *Epilepsia.* 2011. Vol. 48. Issue 12. P. 2336—2344. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2007.01222.x.
10. Anhoury S., Brown R. J., Krishnamoorthy E. S., Trimble M. R. Psychiatric outcome after temporal lobectomy: a predictive study // *Epilepsia.* 2000. Vol. 41. P. 1608—1615. *Epilepsia.* 2000 Dec; 41(12): 1608—15. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11114220>.
11. Shorvon S. D. Drug treatment of epilepsy in the century of the ILAE: The second 50 years, 1959—2009 // *Epilepsy.* 2009. Vol. 50. Suppl 3: 93—130. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2009.02042.x.
12. Schoendienst M., Reuber M. Epilepsy and anxiety // In: Schachter S. C., Holmes G L., Kasteleijn-Nolst Trenite D. Behavioral Aspects of Epilepsy: Principles and Practice. N-Y. : Demos, 2008. P. 219—226.
13. Mula M., Schmitz B. Depression in Epilepsy: Mechanisms and Therapeutic Approach // *Therapeutic Advances in Neurological Disorders.* 2009. Sep., Vol. 2(5). P. 337—344. DOI: 10.1177/1756285609337340.
14. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis / M. J. Clancy, M. C. Clarke, D. J. Connor [et al.] // *BMC Psychiatry.* 2014, Mar. Vol. 13; 14: 75. DOI: 10.1186/1471-244X-14-75.
15. Psychoses in epilepsy: A comparison of postictal and interictal psychoses / E. Hilger, F. Zimprich, E. Pataria [et al.] // *Epilepsy and Behaviour.* — 2016. Jul., Vol. 60. P. 58—62. DOI: 10.1016/j.yebeh.2016.04.005.

Надійшла до редакції 30.08.2018 р.

ДУБЕНКО Андрій Євгенійович, доктор медичних наук, професор, провідний науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: adneuro1801@gmail.com

СМОЛАНКА Володимир Іванович, доктор медичних наук, професор, ректор Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» (ДВНЗ «УжНУ»), м. Ужгород, Закарпатська обл., Україна; e-mail: vsmolanka@gmail.com

САЗОНОВ Сергій Олександрович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу наукової організації неврологічної і психіатричної допомоги, патентно-ліцензійної роботи та інформаційного забезпечення ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: sasazonovkh@gmail.com

ОРОС Михайло Михайлович, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії, ДВНЗ «УжНУ», м. Ужгород, Закарпатська обл., Україна; mihoros@meta.ua

ГРАБАР Василь Васильович, лікар, асистент кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії ДВНЗ «УжНУ», м. Ужгород, Закарпатська обл., Україна; e-mail: vasyi.hrabar@uzhnu.edu.ua

БАБКИНА Юлія Андріївна, кандидат медичних наук, молодший науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; paraboloid@i.ua

КОЛЕСНИК Тетяна Миколаївна, керівник відділу наукової організації неврологічної і психіатричної допомоги, патентно-ліцензійної роботи та інформаційного забезпечення ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: omo.inpn@ukr.net

СЕЛЮКОВ Георгій Іванович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: doctor4147@gmail.com

DUBENKO Andriy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Leading Researcher of Department of Vessels Pathology of Brain and rehabilitation of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences" ("INPN of the NAMN of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: adneuro1801@gmail.com

SMOLANKA Volodymyr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Rector of the State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University" (SHEI "UzhNU"), Zakarpattia region, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: vsmolanka@gmail.com

SAZONOV Sergiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Scientific Management of Neurological and Psychiatric Care, Patent and License Work and Informational Provision of "INPN of the NAMN of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: sasazonovkh@gmail.com

OROS Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, of the SHEI "UzhNU", Zakarpattia region, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: mihoros@meta.ua

GRABAR Vasyi, MD, Assistant of the Department of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry of the SHEI "UzhNU", Zakarpattia region, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: vasyi.hrabar@uzhnu.edu.ua

BABKINA Yuliia, MD, PhD, Junior Researcher of Department of Vessels Pathology of Brain and rehabilitation of "INPN of the NAMN of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: parabiliod@i.ua

KOLIESNIK Tetiana, Head of the Department of Scientific Management of Neurological and Psychiatric Care, Patent and License Work and Informational Provision of "INPN of the NAMN of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: omo.inpn@ukr.net

SELIUKOV Heorhiy, MD, PhD, Associate Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: doctor4147@gmail.com