

ГОРЛОВ Н.В., УКРАИНСКИЙ С.А.

## **ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА НА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЕГО ДИНАМИКИ**

Кафедра психиатрии и наркологии  
(зав. кафедрой – профессор Казакова С.Е.)  
ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»  
г. Луганск, Украина

**Резюме.** Было проведено комплексное обследование 96 пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с диагнозом по МКБ – 10: рекуррентное депрессивное расстройство (F33). Методы исследования включали ретроспективное изучение анамнеза пациента, клиничко-психопатологические исследования, обследования пациентов по шкале депрессии MADRS, оценку качества жизни с помощью опросника SF-36, а также шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A). Каждый пациент проходил комплекс обследований дважды – во время двух последовательных депрессивных эпизодов. Полученные данные свидетельствуют о том, что степень тяжести эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства, а также частота их возникновения тем выше, чем младше был пациент на момент начала первого эпизода. Уровень ассоциированной тревоги, наоборот, с возрастом имеет тенденцию к росту.

**Ключевые слова:** рекуррентное депрессивное расстройство, частота рецидивов, тяжесть эпизода.

**Введение.** В настоящее время отмечается высокий уровень распространенности аффективных расстройств в популяции. К 2020 г. по числу потерянных лет активной жизни среди всех причин развития нетрудоспособности депрессия выйдет на второе место в мире, лишь немного уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, в соответствии с прогнозом ВОЗ [12]. Опираясь на данные многочисленных публикаций [11], можно сказать, что риск развития депрессивного эпизода определяется 15-20% среди женщин и 6-12% у мужчин. Велика ве-

роятность возникновения повторных эпизодов депрессии. Данные, приводимые некоторыми авторами, указывают, что рецидив после первого эпизода развивается у 60% пациентов, после двух эпизодов – не менее чем у 70%, а после трех – более чем в 90% случаев [10]. Таким образом, можно говорить о высокой распространенности в популяции именно рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), которое, несмотря на возможность полноценных интермиссий, является тяжелым дезадаптирующим заболеванием [3]. Частое рецидивирование коррелирует с такими неблагоприятными фактами в течении заболевания, как увеличение длительности депрессивной фазы и формирование терапевтической резистентности, увеличение риска развития суицидов и соматической патологии, когнитивные нарушения и атрофические изменения гиппокампа [1, 5, 7]. Существуют данные, свидетельствующие о высокой частоте патологических телесных ощущений в структуре аффективных расстройств, в том числе и РДР [1, 6], что также способствует усугублению дезадаптации. В литературе достаточно часто встречаются указания на клиническое многообразие и полиморфизм этиопатологических механизмов депрессивных расстройств у людей разных возрастов [4]. Невелико количество работ, посвященных установлению биологических основ РДР [8]. Одна из базисных теорий, касающихся возможного нейробиологического субстрата данной патологии, пытается объяснить необычный хронологический паттерн и прогредиентный характер течения данного расстройства с помощью киндлинг-гипотезы. Существуют данные о влиянии психологических, поведенческих, физиологических и гормональных ритмов на циклические закономерности аффективных расстройств [9]. Средний возраст начала первого эпизода РДР согласно ICD-10 [2] – пятое десятилетие жизни. Однако существуют данные как о более раннем (20-40 лет), так и о более позднем (50-60 лет) начале данного заболевания. В свете прогнозирования развития РДР определенный интерес представляет изучение его особенностей в разных возрастных группах.

**Цель исследования:** определение частоты рецидивов РДР и их особенностей в зависимости от возраста начала первого эпизода.

**Материалы и методы.** Было проведено комплексное обследование 96 стационарных и амбулаторных пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с диагнозом по МКБ-10: рекуррентное депрессивное расстройство (F33). За последний год до момента обследования у пациентов наблюдалось не менее 3 депрессивных фаз с учетом текущего эпизода. Профилактика рецидивов в период интермиссий осуществлялась препаратами из группы СИОЗС. Критериями исключения были: наличие декомпенсированных органических заболеваний ЦНС, данные об употреблении ПАВ в период между эпизодами и во время них, наличие тяжелой декомпенсированной соматической патологии. Каждый пациент проходил комплекс обследований дважды – во время двух последовательных депрессивных эпизодов. При этом интервал между ними не превышал 18 месяцев.

Исследование включало: ретроспективное изучение анамнеза пациента по данным медицинской документации, клинико-психопато-логическое обследование, обследование пациентов по шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS) с целью определения тяжести каждого эпизода депрессии, оценку качества жизни пациентов при помощи русскоязычной версии опросника SF-36 по восьми шкалам: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье, формирующим два показателя: душевное и физическое благополучие, а также выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A). Статистические расчёты проводились на компьютере Intel i5 при помощи программы Excel 2010.

При этом пациенты были разделены на 3 группы, исходя из возраста начала первого депрессивного эпизода: группа 1 – от 20 до 40 лет (26 человек – 16 женщин и 10 мужчин), группа 2 – от 40 до 50 лет (42 человека – 26 женщин и 16 мужчин) и группа 3 – от 50 до 65 лет (28 человек – 18 женщин и 10 мужчин).

**Результаты и обсуждение.** В группе 1 средняя продолжительность промежутка между исследуемыми рецидивами составила  $9,2 \pm 1,2$  месяца. Основные результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Особенности течения РДР у пациентов 1 группы

	Распространенность форм РДР по степени тяжести						Встречаемость отрицательной динамики компонентов здоровья, по данным SF-36		Средний уровень тревоги по шкале HAM-A
	Легкая (16-25 баллов по MADRS)		Средняя (26-30 баллов по MADRS)		Тяжелая (>30 баллов по MADRS)				
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	
I исследуемый эпизод	6	23,0	8	30,8	12	46,2	18	69,2	26±4
II исследуемый эпизод	4	15,4	6	23,1	16	61,5			27±3

Как видно из таблицы 1, второй последовательный эпизод РДР у пациентов данной группы характеризовался нарастанием тяжести депрессии при относительно стабильном уровне тревоги. При этом более всего выросла распространенность тяжелой формы эпизода, которая преобладала на момент исследования второго эпизода, за счет снижения числа пациентов с легкой и средней его формой.

В группе 2 средняя продолжительность промежутка между исследуемыми рецидивами составила  $12,6 \pm 1,4$  месяца. Основные результаты исследований представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Особенности течения РДР у пациентов 2 группы

	Распространенность форм РДР по степени тяжести						Встречаемость отрицательной динамики компонентов здоровья, по данным SF-36		Средний уровень тревоги по шкале HAM-A
	Легкая (16-25 баллов по MADRS)		Средняя (26-30 баллов по MADRS)		Тяжелая (>30 баллов по MADRS)				
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
I исследуемый эпизод	12	28,6	20	47,6	10	23,8	22	52,3	32±6
II исследуемый эпизод	8	19,0	22	52,4	12	28,6			31±5

Как видно из таблицы 2, второй последовательный эпизод РДР у пациентов данной группы также характеризовался нарастанием тяжести депрессии, однако имел некоторые особенности. Нарастание тяжести было менее выраженным, чем в 1 группе. Выросла распространенность как тяжелой, так и средней формы эпизода за счет снижения числа пациентов с легкой его формой. В обоих эпизодах преобладала средняя степень тяжес-

ти. Уровень тревоги незначительно отличался между исследуемыми эпизодами, однако достоверно превышал таковой у пациентов 1 группы ( $p < 0,05$ ).

В группе 3 средняя продолжительность промежутка между исследуемыми рецидивами составила  $14,1 \pm 1,8$  месяца. Основные результаты исследований представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Особенности течения РДР у пациентов 3 группы

	Распространенность форм РДР по степени тяжести						Встречаемость отрицательной динамики компонентов здоровья, по данным SF-36		Средний уровень тревоги по шкале HAM-A
	Легкая (16-25 баллов по MADRS)		Средняя (26-30 баллов по MADRS)		Тяжелая (>30 баллов по MADRS)				
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
I исследуемый эпизод	13	46,4	9	32,1	6	21,5	10	35,7	24±4
II исследуемый эпизод	10	35,7	12	42,8	6	21,5			25±3

Как видно из таблицы 3, течение РДР у пациентов данной группы характеризовалось относительной стабильностью распространенности тяжелой формы эпизода, а также нарастанием средней его формы за счет легкой. При этом также преобладала средняя форма, однако тяжелая форма встречалась достоверно реже, чем во второй группе ( $p < 0,05$ ). Уровень тревоги незначительно отличался между исследуемыми эпизодами, и был достоверно ниже, чем у пациентов 1 и 2 групп ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:**

1. В ходе исследования установлено, что динамика изменения тяжести эпизодов в составе РДР более выражена у пациентов с более ранним началом первого эпизода относительно пациентов с более поздним его началом.

2. Продолжительность периодов между рецидивами рекуррентного депрессивного расстройства зависит от возраста начала первого эпизода и имеет тенденцию к возрастанию с повышением этого возраста.

3. Отрицательная динамика показателей психического и физического компонентов здоровья более характерна для пациентов с более ранним началом первого депрессивного эпизода в составе РДР относительно пациентов с более поздним его началом.

4. Степень тяжести эпизодов в составе РДР у пациентов с более ранним началом первого эпизода более высока относительно пациентов с более поздним его началом.

5. Уровень конституциональной тревожности и ситуационной тревоги в структуре эпизодов РДР имеет нерезко выраженную тенденцию к повышению до возраста 40-50 лет, затем вновь снижаясь.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Депрессия с патологическими телесными сенсациями // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2008; № 4: 24–31.

2. Международная классификация болезней (10–пересмотр): клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – 2-е изд. – К.: Сфера, 2005. – 306 с.

3. Можаяев М.В., Пакриев С.Г. Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара // Псих. расстройства в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 53-58.

4. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісн. Психіатрії та психофармакотерапії. – 2002. – № 1. – С. 7-12.

5. Розин А.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д., Репин А.Н. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2010. № 3-1, Т. 25 – С. 29-33.

6. Симуткин Г.Г. Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2010. – № 1 – С. 36.

7. Смудевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – №3, Т. 08. – С. 42.

8. Angst J, Gamma A, Pezawas L et al. Parsing the clinical phenotype of depression: the need to integrate brief depressive episodes. *Acta Psychiat Scand* 2007; 115 (3): 221–8.

9. A. Wirz-Justice Хронобиология и аффективные расстройства (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 1, Т.09. – С. 57.

10. David J. Nutt, Sidney H. Kennedy, Raymond W. Lam, Michael E. Thase (2007). *Treating Depression Effectively: Applying Clinical Guidelines, Second Edition*. Informa Healthcare. ISBN 0-415-43910-8. 1st ed (2004): ISBN 1-84184-328-8.

11. Feldman H.S., Denber H.S. Long-term study of fluvoxamine: a new rapid-acting antidepressant. *Int Pharmacopsychiat* 1982; 17: 114-122.

12. Lepine J.-P., Gastpar M., Mendlewicz J. & Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society) // *Int. Clin. Psychopharmacol* 1997, 12, 19-29.

**Summary**  
GORLOV N., UKRAYINSKY S.  
IMPACT OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDERS  
APPEARANCE FEATURES ON ITS DYNAMICS  
SE «LuganskStateMedicalUniversity»  
Lugansk, Ukraine

We've made a comprehensive examination of 96 patients aged 20 to 65 years diagnosed according to ICD-10: recurrent depressive disorder (F33). Methods included retrospective study of patient's history, clinical psychiatric research, evaluation of patients by depression scale MADRS, assessment of quality of life using the SF-36 questionnaire, and Hamilton depression scale to assess anxiety (HAM-A). Each patient took a set of surveys twice – during two consecutive depressive episodes. The obtained data testify that the severity of episodes of recurrent depressive disorder, and the frequency of their occurrence higher, than younger the patient at the beginning of the first episode. The level of associated anxiety other way round tends to increase with age.

УДК: 613.24:159.9.072]-056.25-057.875-055.2

ДОРОХИНА Л.В., ОРЕХОВ С.Д., БАЛБАТУН О.А.  
**АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ К ВОПРОСАМ ПИТАНИЯ  
СТУДЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТОТИПАМИ**

Кафедра нормальной физиологии  
(зав. кафедрой – доцент Балбатун О.А.)

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
Гродно, Беларусь

**Резюме.** На однотипной выборке студенток медуниверситета установлены связи между соматотипом и отношением к вопросам питания. У подавляющего числа опрошенных – 92,3%, – независимо от типа конституции самооценка внешней привлекательности носит позитивный характер. Отношение к диете носит взвешенный характер и зависит от антропометрических параметров субъекта. Экстравертированность, средний массо-