

УДК 616.89–008.454:577.31

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ ІНДИВІДУАЛЬНИМ
БІОРИТМОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ ПАЦІЄНТА ТА СИНДРОМАЛЬНИМ
ВАРІАНТОМ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ

Гринь Катерина Вікторівна

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології; Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарні ім. О.Ф. Мальцева.

РЕЗЮМЕ

Представлені результати біоритмологічного обстеження пацієнтів з рекурентним депресивним розладом. Встановлено зв'язок між глибиною депресивного епізоду та циркадіанними порушеннями, індивідуальним біоритмологічним статусом пацієнта та синдромальним варіантом перебігу рекурентного депресивного розладу.

Ключові слова: біоритмологічний статус, синдромальний варіант, рекурентний депресивний розлад.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ
ИНДИВИДУАЛЬНЫМ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПАЦИЕНТА И
СИНДРОМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРЕНТНОГО
ДЕПРЕСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Гринь Екатерина Викторовна

Представлены результаты биоритмологического обследования пациента с рекуррентным депрессивным расстройством. Установлена связь между глубиной депресивного эпизода и циркадианными нарушениями, индивидуальным биоритмологическим статусом пациента и синдромальным вариантом течения рекуррентного депресивного расстройства.

Ключевые слова: биоритмологический статус, синдромальный вариант, рекуррентное депресивное расстройство.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL BIOLOGICAL RHYTHMS OF PATIENTS AND SYNDROMAL VARIANTS RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Hryn Kateryna Vyktorivna

The results of the survey patient's individual biological rhythms with recurrent depressive disorder. The relation between the depth of depressive episodes and circadian disorders, individual biological rhythms of patients and syndromal variants recurrent depressive disorder.

Key words: individual biological rhythms, syndromal variant, recurrent depressive disorder.

Актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини [2, 12, 15]. Депресія відноситься до захворювань, які супроводжуються вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких інвалідність, суїциди та економічні збитки [4, 7]. Вивчення клініки депресивних станів залишається й до сьогодні одним із головних напрямків психіатричних досліджень. Це пов'язано не лише із введенням у клінічну практику щораз новіших антидепресантів, але й зі значною поширеністю депресії в загальній популяції [14].

Багатьма вченими [1, 5, 6, 8, 9, 10] підтверджений той факт, що комплексна терапія депресій, яка призначається в залежності від особливостей синдрому, застосування психотропних препаратів з урахуванням стану циркадіанних ритмів, дає більш виражений терапевтичний ефект у порівнянні з традиційними методами лікування без зв'язку з добовими ритмами.

Метою дослідження було дослідити біоритмологічні особливості пацієнтів з рекурентними депресіями та встановити зв'язок циркадіанних ритмів та клініко-психопатологічної картини хворих на рекурентний депресивний розлад.

Матеріал і методи дослідження. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 130 хворих на рекурентний депресивний розлад, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній психіатричній

лікарні ім. О. Ф. Мальцева за період з 2009 по 2011рр. Порівняльну групу (в рамках біоритмологічного дослідження) склало 25 психічно здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю пацієнтам досліджуваних груп.

Для верифікації та визначення ступеню тяжкості депресивного епізоду застосовували шкалу Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale, або HAMD-21) [11]. Біоритмологічний метод полягав у визначенні індивідуального циркадіанного хронотипу шляхом дослідження вегетативного гомеостазу (динаміка температури тіла, частоти пульсу, систолічного та діастолічного артеріального тиску на протязі 6-ти діб через кожні 3 години) та використання модифікованої для середньої смуги країн СНД анкети Естберга (С.І. Степанова, 1986) [7]. Статистичну обробку та аналіз отриманих результатів було проведено на персональній ЕОМ ІВМ РС/АТ за допомогою програми Excel пакету Microsoft Office 2002.

Вік пацієнтів коливався від 27 до 81 років (середній вік склав 61,7 років). Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 33 (25,38%) особи, жінок – 97 (74,62%). Обстежені хворі були госпіталізовані від 1 до 18 разів. Середня кількість госпіталізацій склала 4,2 випадків. При цьому 29 (22,3%) осіб були госпіталізовані вперше. Тривалість захворювання коливалася від 6 місяців до 35 років, середня тривалість – 9,2 роки. Тривалість поточного депресивного епізоду коливалася від 14 до 60 днів, середня тривалість склала 23,2 днів.

Всіх обстежених пацієнтів було розподілено на три клініко-діагностичні групи за критерієм ступеню вираженості депресивного епізоду. При цьому розподілі керувалися як клінічною оцінкою поточного депресивного стану за критеріями МКХ-10 [3], так і результатом первинного обстеження пацієнтів за шкалою HAMD-21 [13].

До I клінічної групи увійшло 40 (30,76%) обстежених з легким ступенем тяжкості депресивного епізоду (середній бал за HAMD-21 15,2), до II групи - 50 (38,48%) пацієнтів, що страждали на депресію середнього ступеню вираженості (24,66 балів за HAMD-21), до III клінічної групи увійшло 40 (30,76%) обстежених з важким депресивним епізодом (33,77 балів за HAMD-21).

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного біоритмологічного дослідження було встановлено три типи біологічних ритмів, максимума яких припадають на ранкові, денні та вечірні години, що, згідно сучасних уявлень про біоритмологічний статус організму, відповідає трьом типам працездатності людини: ранковому, вечірньому та індіферентному [7].

Порівнюючи отримані результати з даними по загальній популяції [13], суттєвих відмінностей у співвідношенні між біоритмологічними типами встановлено не було ($p > 0,01$). Серед обстежених пацієнтів осіб ранкового типу було 75 (57,69% проти 50,00% в загальній популяції), вечірнього – 19 (14,62% проти 15,00% в загальній популяції) і індіферентного типу – 36 (27,69% проти 30,00% в загальній популяції). Розподіл індивідуальних хронотипів серед пацієнтів чоловічої та жіночої статі практично не відрізнявся від загального.

Розподіл обстежених трьох клінічних груп в залежності від індивідуального хронотипу представлено в табл. 1.

Як показує представлена табл. 1, обстежені I клінічної групи за розподілом індивідуального хронотипу суттєво відрізнялися від загальної популяції внаслідок збільшення питомої ваги осіб ранкового типу (75,00% проти 50,00%; $p < 0,05$). Серед пацієнтів II та III клінічних груп розподіл індивідуальних хронотипів відповідав загальнопопуляційному без статистично значущих відхилень.

Таблиця 1

Розподіл обстежених по групах за індивідуальним хронотипом (N=130)

Клінічна група	Індивідуальний біоритмологічний тип							
	ранковий		індіферент- ний		вечірній		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I група (n=40)	30	75,00	7	17,50	3	7,50	40	100,0
II група (n=50)	25	50,00	16	32,00	9	18,00	50	100,0
III група (n=40)	20	50,00	13	32,50	7	17,50	40	100,0

При вивченні об'єктивних біоритмологічних показників у обстежених пацієнтів було виявлено явища внутрішнього десинхронозу, який полягав у зсувах акрофаз чи батіфаз одного з показників вегетативних функцій відносно іншого, інверсії ритму (співпадання акрофази одного параметру з батіфазою іншого), а також у сполученні згаданих порушень. Крім того, мали місце й значні розбіжності в динаміці показників протягом 6 діб реєстрації.

Серед госпіталізованих I клінічної групи явища внутрішнього десинхронозу у вигляді зсува акрофази спостерігались в 40,00% випадків, порівняно з пацієнтами II групи – в 80,00% ($p < 0,05$) і III групи – у 75,00% госпіталізованих ($p < 0,05$), тобто найбільша частота даного типу внутрішнього десинхронозу мала місце у хворих на депресію помірного та важкого ступеню. Зсув батіфази також виявив подібну міжгрупову динаміку: 35,00% в I групі проти 74,00% в II ($p < 0,01$) і 70,00% в III ($p < 0,05$). Інверсія ритму спостерігалась в 25,00% обстежених I групи, 64,00% другої і 40,00% третьої, не виявляючи статистично достовірних міжгрупових відмінностей. Сполучені порушення циркадіанних ритмів розподілились згідно клінічних груп наступним чином: 40,00% в I групі проти 78,00% в другій ($p < 0,01$) і 72,50% в третій ($p < 0,05$), також демонструючи переважання цього типу циркадіанних розладів у пацієнтів з депресивним епізодом помірного та важкого ступеню тяжкості.

Отже, за загальною сумою виявлених типів внутрішнього десинхронозу найбільш високі показники отримано у обстежених II та III клінічних груп.

В той же час, показники порушень циркадіанного ритму в усіх трьох групах обстежених пацієнтів достовірно відрізнялись від обстежених порівняльної ($p < 0,01$), де прояви внутрішнього десинхронозу було виявлено у 5 (16,16%) осіб, причому всі вони належали до вечірнього типу. Розлади циркадіанного ритму у них були представлені зсувом акрофази та батіфази.

Подальший аналіз розподілу певних біоритмологічних типів обстежених згідно виду порушення циркадіанного ритму показав, що в I клінічній групі особи вечірнього типу виявляли зсув акрофази в 66,67% випадків, зсув батіфази – в 66,67%, інверсію ритму та сполучені порушення – в усіх випадках (по 100,00%), в

той час як аналогічні показники у осіб ранкового типу склали 30,00%; 26,67%; 16,17% і 30,00% відповідно. Особи індиферентного типу виявили підвищені порівняно з ранковим показники по всім варіантам циркадіанних розладів ($p < 0,05$), причому суттєвих статистичних відмінностей не відмічалось тільки по інверсії ритму (16,17% проти 28,57%; $p > 0,05$). З іншого боку, представники індиферентного типу перевищували осіб вечірнього за показником зсуву акрофази (71,43% проти 66,67%), тоді як за усіма іншими характеристиками (зсув батіфази, інверсія ритму та сполучені розлади) осіб вечірнього типу було більше.

Серед обстежених II клінічної групи представники ранкового типу виявляли переважання усіх компонентів десинхронозу над двома іншими біоритмологічними типами, окрім зсуву акрофази, яка спостерігалася дещо частіше у осіб індиферентного типу. При цьому статистично значущі відмінності спостерігалися тільки між представниками ранкового та вечірнього типів ($p < 0,01$), а особи індиферентного хронотипу наближалися за своїми показниками до ранкового. В той же час, особи вечірнього хронотипу виявили найнижчі показники внутрішнього десинхронозу, причому зсуву батіфази та інверсії ритму у них не спостерігалось взагалі.

Серед пацієнтів III групи особи ранкового типу виявляли зсув акрофази в 100,00%, батіфази – в 95,00%, інверсію ритму – в 70,00% і сполучені порушення – в 100,00% спостережень. Особи індиферентного типу за означеними характеристиками виявили значно менші показники (53,85%; 69,23%; 7,69% і 61,54% відповідно). У представників вечірнього біоритмологічного типу зсув акрофази спостерігався в 42,86% випадків, інверсія ритму та сполучені розлади мали місце в 14,29% спостережень, а зсув батіфази не спостерігався взагалі. Отже, і в III клінічній групі обстежених розлади вегетативних функцій виражені більш різко у осіб ранкового та індиферентного типів, ніж у представників вечірнього.

Також був проведений аналіз розподілу обстежених пацієнтів кожного циркадіанного хронотипу в залежності від синдромальної структури депресивного епізоду.

В першій клінічній групі особи ранкового типу практично в половині випадків (46,67%) виявляли тривожно-депресивну симптоматику, тоді як інші синдромальні варіанти депресивного епізоду (апато-адинамічний, тужливий та астено-анергічний) зустрічалися порівняно рідше ($p > 0,05$). У осіб індіферентного типу в даній клінічній групі в більшості випадків (57,14%) мали місце апато-адинамічна синдромальна картина епізоду ($p < 0,05$). Представники вечірнього хронотипу в цій групі в усіх випадках виявляли астено-анергічний синдромальний варіант депресії.

Серед пацієнтів II клінічної групи особи ранкового циркадіанного хронотипу у 80,00% випадків виявляли тривожно-депресивну синдромальну картину афективного епізоду, в той час як апато-адинамічний та сенесто-іпохондричний варіанти зустрічалися статистично достовірно рідше ($p < 0,01$), а інші синдромальні варіанти депресії не спостерігалися взагалі. Представники індіферентного типу в означеній групі в 75,00% спостережень виявляли апато-адинамічну та у 25,00% – астено-анергічну симптоматику ($p < 0,05$). Особи вечірнього типу в даній групі розподілилися практично рівномірно за різними синдромальними варіантами депресії за виключенням тривожно-депресивного, апато-адинамічного та сенесто-іпохондричного синдромів, які у них не спостерігалися.

У III клінічній групі, як і у двох попередніх, у осіб ранкового хронотипу спостерігалася тривожно-депресивна структура депресії (75,00%), тоді як інші клінічні варіанти депресивного епізоду розподілилися майже рівномірно (1-2 випадки), за виключенням тужливого, депресивно-параноїдного та сомато-вегетативного варіантів, що не зустрічалися взагалі ($p < 0,01$). Аналогічно I та II клінічним групам в третій представники індіферентного хронотипу виявляли апато-адинамічну симптоматику (53,85%; $p > 0,05$). Усі особи вечірнього типу циркадіанності, так же, як і третина пацієнтів даного хронотипу II групи, в клінічній картині виявляли депресивно-параноїдну симптоматику ($p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, проведене біоритмологічне обстеження показало, що в усіх пацієнтів з депресивним епізодом в рамках рекурентної депресії, на відміну від порівняльної групи, мали місце порушення циркадіанного ритму

зовнішньої та внутрішньої природи, найбільш виражені у обстежених II та III клінічних груп, причому у представників ранкового типу неузгодженість циркадіанної ритміки була найвищою, а у осіб вечірнього типу – найнижчою. Обстежені, що належали до індиверентного типу займали проміжне положення, наближаючись за своїми характеристиками до осіб ранкового типу. Особи ранкового циркадіанного хронотипу схильні до тривожно-депресивного афективного реагування, особливо при помірній та важкій депресії. Представники індиверентного хронотипу порівняно часто виявляють апато-адинамічну структуру депресивного епізоду, а у осіб вечірнього типу циркадіанного ритму достовірно частіше спостерігається психотичний (депресивно-параноїдний) варіант депресивного епізоду. З вищесказаного виходить, що лікування хворих на рекурентний депресивний розлад, з метою підвищення його ефективності, повинно здійснюватися з урахуванням індивідуального біоритмологічного статусу пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буткова Т. В. Суицидальное поведения при семейно-сексуальных дисгармониях: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 „Психиатрия” / Т. В. Буткова. – Москва, 2011. – 20 с.
2. Злоказова М. В. Терапия пациентов с умеренными и тяжелыми депрессиями непсихотического уровня / М. В. Злоказова // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 5 – С. 30–33.
3. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: [пособие для врачей]; под ред. М. М. Милевского. – М.: Изд. „Триада-Х”. – 2003. – 184 с.
4. Михайлов Б. В. Соматизированные депрессии в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 68–70.
5. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / [М. Данзон; пер. с англ. А. Носиков]. – ВОЗ: Женева, 2006. – 185 с.

6. Скрипніков А. М. Роль психофармакологічних факторів в патоморфозі депресивних станів з суїцидальними проявами / А. М. Скрипніков, Г. Т. Сонник, В. О. Рудь // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2003. – № 1 (10), – С. 20–22.
7. Степанова С. И. Биоритмологические аспекты проблемы адаптации / С. И. Степанова. – М.: Наука, 1986. – 206 с.
8. Frank E. Circadian rhythms: strong evidence on how to approach depression. Agomelatine: optimize therapy for all depressed patients / E. Frank // Satellite Symposium held during the WPA Congress, Florence, Italy. – 2009. – 96 p.
9. Genetic dissection of psychopathological symptoms: insomnia in mood disorders and CLOCK gene polymorphism / A. Serretti, F. Benedetti, L. Mandelli [et al.] // American Journal Neuropsychiatric Genetics. – 2003. – Vol. 121. – P. 35–38.
10. Gorwood P. Depression and circadian rhythm disturbances / P. Gorwood // Medicographia. – 2007. – Vol. 29, № 1. – P. 22–28.
11. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1960. – Vol. 27. – P. 56–62.
12. Kennedy S. H. Placebo-controlled trial of agomelatine in the treatment of major depressive disorder / S. H. Kennedy, R. Emsley // European Neuropsychopharmacol. – 2006. – Vol.16. – P. 93–100.
13. Lambert D. Service use of rural and urban Medicaid beneficiaries suffering from depression: the role of supply / D. Lambert, M. Agger, D. Harley // Journal of Rural Health. – 1999. – Vol. 15, № 3. – P. 344–355.
14. McClung C. A. Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders / C. A. McClung // Pharmacology & Therapeutics. – 2007. – Vol. 114. – P. 222–232.
15. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders / A. Wirz-Justice // International Clinical Psychopharmacology. – 2006. – Vol. 21. – P. 11–15.