

**ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ПАТОМОРФОЗ, ДІАГНОСТИКА ТА
ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ З СУЇЦИДАЛЬНИМИ
ПРОЯВАМИ ІЗ УРАХУВАННЯМ ГЕЛІОГЕОФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ**

Г.Т. Сонник, А.М. Скрипніков, В.О. Рудь

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

(Зав. кафедри - д.мед.н., професор А.М. Скрипніков)

У сучасній психіатрії одне з основних місць посідає проблема депресивних станів [2; 4; 6; 7; 12]. Як вказують численні психіатри, число депресій у теперішній час значно збільшується [5; 8; 11; 13].

Не дивлячись на великий вибір літератури по депресіям, багато аспектів цієї проблеми залишаються невирішеними. Це, зокрема, питання про реальне зростання депресій або збільшення їх за рахунок покращення виявлення, про причини патоморфозу, частоти та тривалості стаціонарного лікування, тривалості ремісій, особливості формування саморуйнівної поведінки при депресіях т. ін.

В останні роки наука про взаємозв'язок геліогеофізичних факторів та функціонального стану організму людини складає одну із областей хрономедицини та хронобіології в цілому [1; 3; 9]. Знання цих закономірностей дозволяє точніше визначити поняття норми, здійснювати ранню діагностику захворювань, проводити їх більш ефективно лікування та профілактику. В той же час психіатрами виконані малочисельні роботи по співставленню депресивних станів з саморуйнівними тенденціями із геліогеофізичними факторами, з якими вони перебувають у причинно-наслідкових відношеннях [10; 11]. Крім того, слід сказати, що існуючі дані співставлення є вкрай суперечливими.

Стан біологічних ритмів у хворих з депресивними станами вивчений мало і до теперішнього часу практично не враховується при лікуванні психотропними препаратами.

Недостатньо також узагальнюючих праць з комплексного вивчення параклінічних показників у гострому періоді захворювання або рецидиву, як системній реакції організму на вплив геліогеофізичних факторів.

Усе вищеперераховане підкреслює актуальність та доцільність дослідження, яке орієнтоване на вивчення частоти найбільш поширених форм психотичної депресії з суїцидальними проявами, визначенні структурно-динамічних особливостей, патоморфозу та адекватної терапії цих станів під кутом зору виявлення характеру зв'язку та залежностей, існуючих між даними формами психічної патології та геліогеофізичними факторами.

Для вирішення поставлених у роботі задач використовували архівні матеріали Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева за 1981-2000 роки. Тематичний контингент склали 4472 хворих на афективні та шизоафективні психози з депресивною симптоматикою, які перебували на стаціонарному лікуванні 3784 разів. Серед хворих із депресивними станами первинних було 1850 чоловік. Первинні хворі були розподілені на чотири групи:

1. Реактивна депресія – 254 хворих – 267 надходжень;
2. Шизоафективний розлад – 87 хворих – 294 надходження;
3. Біполярний афективний розлад – 263 хворих – 912 надходжень;
4. Рекурентний депресивний розлад – 1252 хворих – 2311 надходжень.

Для вивчення патоморфозу та порівняння клінічних проявів депресивних станів у динаміці (тобто по синдромальному діагнозу), усіх (1850) хворих, у залежності від періоду надходження у стаціонар, поділили на дві групи. Першу склали хворі, які госпіталізувались у стаціонар з 1981 по 1990 рр. (1-й етап), у другу – з 1991 по 2000 рр. (2-й етап).

Клініко-епідеміологічне дослідження патоморфозу депресивних станів (ендогенного та психогенного генезу) та вплив на їх динаміку

геліогеофізичних факторів проведене за допомогою аналізу характеру взаємозв'язку між ними. Відмічена залежність вивчалась шляхом співставлення даних всіх 3784 історій хвороб та окремо тільки первинних хворих за один і той же період – 20 років (1981-2000 рр.).

Виходячи із існуючих уявлень про роль психотропних засобів у патоморфозі, у тому числі й депресивних психозів (різної нозології), було проведене вивчення арсеналу широко застосовуваних препаратів цього ряду (особливо антидепресантів) у першому та другому періоді.

Одночасно вивчались демографічні, сімейно-побутові, професійні та виробничі характеристики тематичного контингенту хворих. Це, насамперед, передбачало оцінку рівня соціально-трудової адаптації цих осіб.

Проведена оцінка системної організації симптомів депресії у гострому періоді захворювання як зворотної реакції на геліогеофізичні фактори та можливого впливу цих факторів на „природний” патоморфоз. З цією метою проведене обстеження 267 осіб із депресіями різного генезу.

Для вивчення циркадних ритмів у 95 хворих з порушеним ритмом „сон-час без сну” були визначені показники і інших циркадних ритмів: систолічний та діастолічний артеріальний тиск, частота пульсу та температура тіла.

Незалежно від нозологічної форми, виходячи із феноменологічних особливостей депресій, було виділено групу хворих (48 осіб) з меланхолічним синдромом та групу (47 осіб) із тривожно-депресивним. Кожна із цих груп були диференційовані по показнику добових ритмів: зі стійкими, частково нестійкими та із повною нестійкістю біологічних ритмів.

Комплекс інструментально-лабораторних методів обстеження склали: електроенцефалографія (71 пацієнт), реоенцефалографія (77), електрокардіографія (71). Вивчались показники зсідання крові та рівень ліпідів (77), концентрація електролітів калію, натрію, хлору (74), результати адреналінової та гістамінової шкірних проб (51). Отримані дані

співставлялись із контрольною групою практично здорових осіб, репрезентативних за віком.

Для виявлення можливого зв'язку сезону року та частоти суїцидів ми вивчили матеріали завершених самогубств у межах одного адміністративно-географічного регіону (Полтавська область) за два періоди – з 1957 по 1981 роки та з 1981 по 1996 роки, що разом складають 40-річний проміжок часу, і порівняли їх між собою.

Після вивчення вихідного, „фонового” стану 95 хворим було проведене комплексне лікування. При цьому спеціально враховувався вплив антидепресантів на провідний циркадний ритм, що регулює сон – час без сну та організацію інших циркадних ритмів. Виявлення залежності між геліогеофізичними факторами та частотою маніфестації або загострення депресивних станів визначали математично. Враховуючи те, що кореляційний зв'язок між геліогеофізичними факторами та частотою маніфестації або рецидивів депресії нами очікувався слабкий, інакше його б уже давно відкрили, нам було потрібне використання для доказів уже не статистичного, а іншого підходу до змісту, чим і обумовлювалась особливість нашого дослідження. З цією метою були проведені додаткові дослідження, побудовані за принципом пошуку взаємозв'язку між явищами, які вивчаються, та кожним природним фактором за окремий рік та місяць. При цьому за графічними зображеннями кожний геліогеофізичний фактор за певний рік та місяць було вивчено по 4-м параметрам основного піку (час підйому, спаду, тривалості між підйомом та спадом та швидкістю переходу підйому у спад). Кожний параметр був співставлений з ходом кривих надходження хворих у стаціонар та часом появи перших ознак захворювання. Між кривими провели емпіричну оцінку зв'язку за місячною шкалою та за роками. За даними цієї оцінки побудували таблиці, що відображають зв'язок у балах за кожним фактором. Із таблиць отримали дані для побудування графіків, які відображають зв'язок між природними факторами та хворими, що вивчались, як за окремими (сонячними, метеорологічними), так і за

сумарними (геліогеофізичними) характеристиками. Усі показники лабораторно-інструментальних обстежень (ЕЕГ, РЕГ, ЕКГ та ін.), а також результати лікування оброблялись методом варіаційної статистики.

За даними клініко-епідеміологічного дослідження частка хворих із психотичними депресіями різного нозологічного походження (біполярний афективний розлад, шизоафективний розлад, рекурентний депресивний розлад, реактивний депресивний психоз) по відношенню до всього госпіталізованого контингенту склала 77,0%. Серед них ті, які вперше захворіли – 45,0%. У другому періоді надходження у стаціонар (1991-2000 рр.) тих, що вперше захворіли, збільшилось за рахунок, головним чином, рекурентного депресивного розладу та реактивного депресивного психозу, меншою мірою – біполярного афективного розладу та не змінилось при шизоафективному розладі. Інтранозоморфоз виявляється в тенденції до почастищення м'яких, редукованих форм за рахунок зменшення долі глибоких депресій, а також зменшення тривалості епізодів, що знаходить різний клінічний прояв при окремих нозологічних формах депресій.

Інтрасиндромальний патоморфоз проявляється:

а) при біполярному афективному розладі - у переважанні депресивних фаз по типу тужливої та тривожної депресії при значному зниженні адинамічних депресій;

б) при шизоафективному розладі – у зменшенні частки нападів онейроїдно-кататонічної структури та переважанні депресивно-параноїдної симптоматики;

в) при рекурентному депресивному розладі – у тенденції до збільшення долі адинамічної та тривожної депресії і зменшення частоти депресивно-параноїдних синдромів із нігілістичним маренням;

г) при реактивному депресивному психозі – у переважанні астено-депресивних синдромів.

Встановлено зв'язок різних нозологічних форм депресій із впливом геліогеофізичних факторів. Клінічний матеріал за цим зв'язком розділився на

дві групи із неоднозначною реакцією на впливи, які враховуються: в одну групу увійшли хворі, які страждають на шизоафективний розлад та реактивний депресивний психоз, в іншу – на біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад.

При шизоафективному розладі та реактивній депресії зростання хворобливого стану та надходження хворих у стаціонар корелювали із числами Вольфа та К-індексами, а окремі метеофактори (сума опадів, середньодобова температура повітря, атмосферний тиск та швидкість вітру) посилювали кореляцію. При госпіталізації хворих із біполярним афективним та рекурентним депресивним розладом значущими були лише числа Вольфа та К-індекси. Потім співвідношення змінювались. Первинні ознаки захворювання у хворих на шизоафективний розлад та реактивну депресію корелювали лише із К-індексами. У осіб із біполярним афективним розладом та рекурентним депресивним розладом – із числами Вольфа, К-індексами та посилювались метеофакторами (сумою опадів та середньодобовою відносною вологістю).

Виявлено кореляцію між геліогеофізичними факторами, первинними ознаками захворювання та надходженням хворих у стаціонар. Надходженню хворих у стаціонар відповідає сезонність, котра носить хвилеподібний характер із чіткими піками (особливо у первинних хворих) у травні-липні. Первинні ознаки захворювання, пов'язані із дезінтеграцією систем організму, припадали на березень-квітень. Хворі, які госпіталізувались повторно, згладжували картину сезонності та утруднювали кореляційний аналіз.

Хворі на шизоафективний розлад і реактивний депресивний психоз були менш чутливими до пори року та за першою ознакою захворювання корелювали із геліогеофізичними факторами і при надходженні у стаціонар виявляли виражені реакції на метеофактори. Хворі на біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад, навпаки, з'явилися більш чутливими до сезонних змін природних факторів та реагували першою ознакою захворювання як на геліо-, так і метеофактори; при надходженні у

стаціонар їх стан корелював тільки із сильними, більш значущими для них геліофакторами.

Геліогеофізичні фактори у комплексі з іншими факторами відіграють суттєву роль у патоморфозі. Це проявляється, головним чином, у інтранозоморфозі та інтрасиндромальному патоморфозі.

У гострому періоді захворювання організм як система комплексно реагує на вплив зовнішніх факторів серед загальної адаптаційної реакції, що підтверджено як клінічними так і параклінічними показниками. У гострому періоді захворювання мають місце порушення стійкості циркадних ритмів та їх зсув по фазі.

При аналізі результатів терапії психотропними засобами, у тому числі і антидепресантами, виявлений медикаментозний патоморфоз, що виражається у перерозподілі синдромів по етапам та у зменшенні за останні роки їх тяжкості. Тривалість стаціонарного лікування хворих на другому етапі знизилась по всім нозологічним формам, крім шизоафективного розладу. У той же час тривалість психотичних епізодів на другому етапі у первинних хворих стала меншою, у повторних хворих вона стала більш тривалою, а ремісії стали коротшими.

Комплексна терапія депресій, що призначається у залежності від особливостей синдрому та його нозологічної належності, застосування психотропних засобів з урахуванням стану циркадних ритмів, дає більш виражений терапевтичний ефект, у порівнянні із традиційними методами лікування без зв'язку із добовими ритмами. Диспансерним хворим лікувально-профілактичні заходи (із застосуванням антидепресантів) доцільно проводити протягом березня-травня з урахуванням особливостей депресивного синдрому та попереднього стереотипу його розвитку.

Встановлена певна залежність між впливом геліогеофізичних факторів та самогубством хворих. Розподіл статистики завершених суїцидів за статевою ознакою демонструє зростання питомої ваги чоловіків-суїцидентів, що підтверджує загальні статистичні закономірності та відбиває, на наш погляд,

більшу уразливість психоемоційних адаптивних фенотипічних механізмів чоловіків до соціальних стресорів. Виявлено перерозподіл суїцидальної активності серед вікових категорій в бік осіб похилого віку.

В проміжку часу з 1957 по 1989 роки „піки” самогубств мали хвилеподібний характер з максимумами акрофази в роки найбільшої сонячної активності, відбиваючи таким чином 11-річний сонячний цикл. Така кореляція з 11-річним циклом сонячної активності зникає, починаючи з 1989 року, коли динаміка самогубств набуває постійного зростання, що на наш погляд, свідчить про підвищення ролі соціальних чинників формування суїцидальної поведінки в популяції у порівнянні з біологічними, зокрема впливом геліометеофакторів.

В той же час, колорічна амплітуда суїцидальної активності останніх 40 років залишається стало пов'язана з 11-річним циклом сонячної активності, при цьому акрофаза протягом останніх десятиріч практично не змінюється. Її максимум припадає на квітень-червень, що відповідає періоду найбільш критичних перепадів геліометеорологічних факторів і корелює з числами Вольфа. Слід відмітити, що у даному регіоні у квітні-липні реєструються найбільш різкі перепади геліогеофізичних показників, що, певно, не може не відбитися на адаптаційних механізмах людського організму при різних стресових станах.

Варто також зазначити, що згідно з даними обласної станції швидкої допомоги, на 1 завершену спробу самогубства в останні роки припадає до 10 незавершених, що формують контингент населення, який потребує послуг невідкладної суїцидологічної служби внаслідок високої вірогідності скоєння повторного суїцидального акту.

Враховуючи те, що при різних формах є залежність виникнення первинних ознак захворювання від природних факторів, доречне створення міжвідомчого Бюро медичного геліометеопрогнозу та впровадження його в практику охорони здоров'я.

Таким чином, отримані результати проведеного нами клініко-епідеміологічного дослідження, з урахуванням аналізу біологічного комплексу факторів на всіх рівнях (молекулярному, клітинному, органному, функціональному та рівні організму), комплексу соціальних факторів та медикаментозного арсеналу, що використовувався етапно, дозволили встановити взаємозв'язок маніфестації чи рецидиву депресій, а також суїцидальної поведінки з природними (геліогеофізичними) факторами. Це положення, як ми вважаємо, може розглядатись в рамках хрономедицини, а також в межах співвідношення ендогенних та етіологічних факторів в генезі депресивних психозів, їх клініці, динаміці та прогнозі, створюючи таким чином практичне підґрунтя для профілактики депресій – найбільш розповсюджених синдромів в сучасній психіатрії та суміжних з нею медичних науках, наслідком яких нерідко стають суїцидальні дії.

Література

1. Владимирский Б.М., Темурьянц Н.А. Влияние солнечной активности на биосферу-ноосферу. – М., 2000. – 374с.
2. Журавлев А.Ю. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Новости медицины и фармации. – 2001. - № 15-16 (95-96). – С. 27-29.
3. Изнак А.Ф. Современные представления о нейрофизиологических основах депрессивных расстройств // Депрессии и коморбидные расстройства. – Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 166-179.
4. Конончук Н.В. О суицидальных попытках при депрессиях / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М., 1990. - №4. - С. 76-80.

5. Михайлов Б.В., Козидубова В.М., Марута Н.А. и др. Актуальные проблемы социальной психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в Украине / Вісник психічного здоров'я. – 1999. - № 1. – С. 6-8.
6. Мишиев В.Д. Организация медико-психологической помощи депрессивным больным с суицидальными тенденциями / Матеріали науково-практичної конференції «Платоновські читання». - Харків, 2000. - С. 135-136.
7. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – Санкт-Петербург: Мед. информ. агентство, 1995. – 87с.
8. Никифоруk Р.І., Здорик Ф.О., Літвінов В.Б., Хоменко О.П., Хоменко О.О. Популяційні дослідження депресивних розладів у людей похилого віку / Архів психіатрії. – К., 2002. - №4(31). – С. 30-33.
9. Самохвалов В.П. Эффект космофизических флуктуаций при психических заболеваниях / Пробл. косм. биологии. – 1989. – Т. 65. – С. 65-80.
10. Саткявичюте Р. Сезонность суицидального поведения в подростковом возрасте // Депрессии и коморбидные расстройства. – Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 295-296.
11. Симуткин Г.Г. Сезонная ритмика поступления в психиатрическую клинику пациентов с аффективными расстройствами / Таврический журнал психиатрии. – Симферополь, 2000. – Т. 4. - № 3(14). – С. 91-93.
12. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management / Advances in Psychiatric Treatment, 2000. - vol. 6. - P. 169-177.
13. Pisho P. Эпидемиология депрессий // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. - № 12. – С. 82-84.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПАТОМОРФОЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ
ПРОЯВЛЕНИЯМИ С УЧЕТОМ ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Г.Т. Сонник, А.Н. Скрипников, В.А. Рудь

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)
(Зав. кафедрой - д.мед.н., профессор А.Н. Скрипников)

Проведен клинико-статистический анализ 4472 историй болезни стационарных больных аффективными расстройствами, которые находились на лечении на протяжении 20 лет (1981-2000 гг.) с целью установления роли гелиогеофизических факторов в патоморфозе депрессивных состояний с суицидальными проявлениями.

Установлено, что депрессивные состояния претерпели на протяжении 20 лет существенные изменения. Это произошло, по мнению авторов, на фоне изменения гелиогеофизических факторов и более интенсивного применения психотропных средств. Установлено также относительное увеличение роли социальных факторов в сравнении с биологическими как предикторов суицидального поведения.

EPIDEMIOLOGY, PATHOMORPHOSIS, DIAGNOSTICS AND
TREATMENT OF DEPRESSIONS WITH SUICIDE MANIFESTATIONS
WITH TAKING INTO ACCOUNT HELIOGEOPHYSICAL FACTORS

A.N. Skrypnikov, G.T. Sonnik, V.A. Roud

Department of psychiatry, narcology and medical psychology

Ukrainian Medical Stomatology Academy

The clinic-static analysis of 4472 case records of hospitalized patients with affective psychosis treated during 20 years (1981-2000) was carried out to determine the role of heliogeophysical factors in the pathomorphosis of depressions with suicide manifestations.

There was defined that depressive conditions have undergone significant changes during 20 years. It's happened, to author's mind, on the ground of changing heliogeophysical factors and more intensive use of psychotropic devices. Are developed the some growth of social factors roles comparatively to biological factors as the predictors of suicide behavior.