

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895-079.4-08-084-037

*В.С. Підкоритов, О.І. Сєрікова***СУЧАСНА КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ ЕПІЗОДІВ
БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивний епізод, тип перебігу

В останні часи у клінічній психіатрії спостерігається відродження інтересу до досліджень афективних психозів, які в останній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) отримали офіційну назву “біполярного афективного розладу”. При цьому, відбувається поступове розширення границь біполярного розладу за рахунок звуження уніполярних депресій. В останніх зарубіжних публікаціях взагалі висловлюється думка, що уніполярних, тобто рекурентних депресій майже не існує, а рекурентна депресія, в більшості випадків, - це не розпізнаний біполярний розлад [1]. Так, після трьох депресивних фаз у 70% хворих виникає маніакальна фаза, а після шести депресивних епізодів в 15% випадків розгортається маніакальний епізод [2].

Залишається відкритим питання щодо самостійності біполярного афективного розладу II типу: що це окрема нозологічна форма або період протікання хвороби між розгорнутими афективними фазами. Після ретельного мета-аналізу існуючих досліджень щодо біполярного розладу II типу Vieta et al. (2004) [3] прийшли до висновку, що з терапевтично-організаційної точки зору, виділення біполярного розладу II типу виправданим кроком, але науково-обґрунтованих теоретичних підстав до цього немає.

Щодо стереотипу розвитку біполярного афективного розладу, то в більшості випадків, маніфестація біполярного афективного розладу, на відміну від рекурентного депресивного, припадає на молодий вік у 17 - 27 років [4,5,6]. Біполярний афективний розлад, на відміну від монополярної депресії, зустрічається приблизно з однією частотою як серед чоловіків, так і серед жінок. За різними даними співвідношення жінок та чоловіків становить від 0,6:1 до 1,4:1 [5, 7, 8, 9]. За останніми літературними даними [10], у 80% хворих на біполярний розлад, перед розвитком першої афективної фази, спостерігаються

продромальні симптоми (тривалістю біля 20 діб), до яких відносяться: підвищена діяльність, стерті циклотимні коливання афекту, зменшення потреби у нічному сні. Перший афективний епізод (у 30% випадків депресивний і у 20% - маніакальний) провокується “значущою життєвою подією” (life events) [4]. За 25 річний період захворювання у пацієнтів виникає в середньому 5,0 афективних фаз, при цьому, тривалість маніакальних фаз в середньому становить два - три місяця [11, 12], а депресивних, дорівнює трьом - семи місяцям [13]. Середня ж тривалість ремісії складає 13,4 місяців. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зменшується тривалість як окремої афективної фази, так і ремісії [13].

Якщо раніше у психіатрії домінувала думка про сприятливий перебіг маніакально-депресивного розладу, при якому окремі афективні фази розділялися тривалими інтермісіями, то останнім часом з’являється все більше число публікацій, у яких описуються резидуальні та персистуючі симптоми, що виникають в ремісіях у таких хворих. За даними Marneros (2004) ці симптоми виникають у 33% хворих на біполярний афективний розлад [4], за даними Angst (1995) [14] - у 26%, а за Goodwin, Jamison (1990) [14] - у 25% хворих, з тривалістю захворювання більше 12 років спостерігаються персистуючі симптоми. У дослідженні Marneros, Rohde (1997) [12] було доведено, що при 25 річному терміні захворювання клінічна ремісія виникала у 66% хворих, в інших випадках спостерігались: астеничний синдром (20%), хроніфікований субдепресивний синдром (6,6%) та хроніфікований гіпоманіакальний синдром (7,4%).

Таким чином, як свідчить короткий аналітичний огляд, у проблемі біполярного афективного розладу існує низка нерозв’язаних питань, зокрема: немає загальноновизнаної типології варіантів перебігу захворювання, не вирішена проблема

персистуючих та резидуальних симптомів у структурі ремісій, немає чіткої думки чи різняться між собою “біполярні” та “монополярні” депресії.

Все вищезазначене і обумовило мету дослідження: визначити сучасну клініко-типологічну структуру депресивних епізодів біполярного афективного розладу, виділити клінічні, психопатологічні, диференціально-діагностичні і прогностичні критерії їх сприятливого та несприятливого перебігу.

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами та темами. Робота була виконана в рамках НДР «Розробити диференціально-діагностичні критерії перебігу біполярного афективного розладу та уніфіковані схеми лікування хворих»,

Матеріали дослідження та їх обговорення

Дослідження було проведено на підставі вивчення 430 історій хвороб 293 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ - 9, біполярного афективного розладу (F 31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ – 9 та за F 34.0 МКХ-10), що знаходилися на лікуванні в 1 п/о ДУ «ІНПН АМН України» за період з 1983 по 2007 роки. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких не вистачало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший за 5 років. Остаточно до дослідження увійшли 137 пацієнтів (78 жінок та 59 чоловіків - співвідношення 1,32:1). Вік маніфестації захворювання був $(25,5 \pm 1,5)$ років, а тривалість хвороби - $(15,9 \pm 2,1)$ років. В середньому ці хворі перенесли по $(5,50 \pm 0,84)$ афективні фази.

Основними методами обстеження були клініко-психопатологічний та анамнестичний.

При проведенні клінічних досліджень використовувались наступні методи:

- задля вивчення клінічної картини захворювання (структури афективних фаз, ремісій, типів перебігу та етапу захворювання) був застосований клініко-психопатологічний метод з лонгітудинальним аналізом тривалого анамнезу хвороби. Для формалізації отриманих даних був розроблений протокол дослідження;

- для дослідження структури та динаміки афективних фаз був використаний метод квантифікованих шкал (шкала депресії Гамільтон (HDRS), шкала манії Янга (YMRS));

- при проведенні клініко-психологічних досліджень був використаний психодіагностичний метод (опитувальник депресивності Бека, опитувальник ММРІ, опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, кольо-

шифр АМН.БА.6.06, № держреєстрації 0106U002005.

Об'єкт дослідження: хворі на біполярний афективний розлад I типу.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічна структура депресивних епізодів біполярного афективного розладу

Для розв'язання визначеної мети дослідження було обрано наступні задачі:

- вивчити клініко-психопатологічну структуру депресивних фаз біполярного афективного розладу;

- виділити сприятливі та несприятливі типи перебігу депресивних фаз біполярного афективного розладу, з урахуванням етапу захворювання.

ровий тест відношень).

Отримані результати оцінювались методами математичної статистики з урахуванням вірогідності середніх величин за критеріями Стьюдента (t). Оцінка вірогідності розходжень між групами визначалась за допомогою критерію Пірсона (χ^2). Результати були статистично опрацьовані за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Pentium в операційній системі Windows-2000, з використанням пакету математичного аналізу Exel-2003.

Дослідження клініко-типологічної структури депресивних епізодів біполярного афективного розладу

При аналізі депресивного епізоду були виділені наступні її різновиди: меланхолійна, тривозно-депресивна, сенесто-іпохондрична, соматовегетативна, апатико-анестетична (див. табл. 1).

Меланхолійна депресія спостерігалася у 67 пацієнтів. вона формувалася досить швидко – протягом декількох тижнів. В основі клінічної картини лежало зниження настрою, почуття туги, втрата емоційного резонансу, ідеаторна та моторна загальмованість. Мислення у таких хворих було уповільнене, асоціації бідні. Мова була монотонною, тихою, з тривалими паузами. На першій стадії розвитку захворювання в клінічній картині домінували соматовегетативні розлади – погіршення сну з раннім пробудженням, зниження апетиту, загальна слабкість, розширення зіниць, сухість шкіри, зниження апетиту, втрата ваги, запори. Ці ознаки поєднувались з песимістичним баченням майбутнього, зниженням творчої активності зі збереженням здатності до виконання звичайних дій. Дані симптоми мали характерне добове колювання – максимальна їх вира-

женість була вранці. Потім наступало значне зниження настрою, пацієнти відчували провину зі стертими суїцидальними думками, переживали втрату сенсу життя. Нерідко при наявності психогенного початку характер психотравмуючої ситуації відбивався у хвилюваннях хворого. Хворі переживали глибоку передсерцеву тугу, аж до хворобливої безчуйності. Первинне почуття провини несло в собі впевненість хворого у його власній вині, яка необов'язково торкалася помилок, які він припустив під час хвороби. Вона проявлялася як «важкість», «каміння на душі», або у вигляді туги, занепокоєності, невпевненості, схильності до болючого самоаналізу, думок про відсутність сенсу

у житті. Спогади про «старі образи» нерідко трансформувалися у маячні ідеї самозвинувачення. Відчуття «вітальної туги» сприймалося хворими як «клубок неприємних думок». Зовнішній світ здавався сірим та тусклим. Хворим здавалося, що час йде повільно, зникає смак. Вихід з меланхолійної депресії був поступовим, з затуханням добових коливань настрою. Як правило даний варіант формувався у осіб відносно молодого віку - $(28,21 \pm 1,58)$ років, на початку їх захворювання. Тривалість розладу була $(4,10 \pm 0,62)$ років, кількість попередніх фаз $(2,64 \pm 0,13)$ та тривала близько півроку - $(6,54 \pm 0,57)$ місяців. За нею йшла ремісія протягом $(10,46 \pm 0,19)$ місяці.

Таблиця 1

Основні клінічні характеристики депресивної фази у хворих на біполярний афективний розлад

Варіант депресивної фази	Основні характеристики за групами						
	кількість хворих	середній вік (в роках)	вік початку захворювання (в роках)	тривалість захворювання (в роках)	кількість попередніх фаз	тривалість фази (міс.)	тривалість ремісії, що йде за фазою (в міс.)
Меланхолійна	67	$28,21 \pm 1,58$	$23,85 \pm 1,43$	$4,10 \pm 0,62$	$2,64 \pm 0,13$	$6,54 \pm 0,57$	$10,46 \pm 0,19$
Тривожно-депресивна	59	$41,54 \pm 3,27$	$26,23 \pm 1,24$	$13,32 \pm 0,42$	$5,76 \pm 1,18$	$9,47 \pm 0,43$	$2,21 \pm 0,91$
Сенесто-іпохондрична	34	$38,90 \pm 1,15$	$25,48 \pm 1,39$	$13,60 \pm 0,98$	$4,23 \pm 0,26$	$8,08 \pm 0,66$	$1,08 \pm 0,36$
Соматовегетативна	16	$26,44 \pm 1,31$	$21,87 \pm 1,09$	$5,56 \pm 1,05$	$4,75 \pm 0,19$	$7,44 \pm 0,71$	$3,65 \pm 0,4$
Апатико-ананестетична	28	$37,28 \pm 1,17$	$21,83 \pm 0,81$	$15,33 \pm 0,72$	$5,22 \pm 0,36$	$12,72 \pm 2,28$	$1,78 \pm 0,49$
Загалом	204	$28,71 \pm 1,09$	$19,88 \pm 1,57$	$8,65 \pm 0,36$	$3,77 \pm 0,66$	$7,38 \pm 0,92$	$3,30 \pm 0,81$

Тривожно-депресивна симптоматика спостерігалася у 59 пацієнтів та характеризувалася перевагою тривоги, відчуттям загрози, що наближається. Тривожна симптоматика виникала досить швидко – протягом одного тижня. Тривожний афект характеризувався вітальністю та аутохтоністю, а іноді і реактивністю. Він з самого початку носив гетерогенний характер, супроводжувався короткотривалими епізодами почуття страху. До нього приєднувалися тривожні побоювання надцінного характеру. «Зміст» тривоги постійно змінювався – це могла бути тривога за близьких, за свій власний стан або в зв'язку з діями оточення. Тривожні побоювання часто трансформувалися у понад цінні ідеї. Також характерним було відчуття хворим своєї провини, моторне збудження, неспокій, метушливість, яка нерідко доходила до ажитації, коливання афекту. Погіршення стану частіше відбувалося

в ранкові часи, тривога зростала до ступеню вираженого відчаю, передчуття катастрофи. Через 3-6 тижнів з'являлися ідеї вини. Як правило тривожно-депресивний ефект формувався у осіб віком $-(41,54 \pm 3,27)$ років, з тривалим анамнезом захворювання - тривалість розладу $(13,32 \pm 0,42)$ роки. Він проявлявся затяжними фазами $(9,47 \pm 0,43)$ місяці та короткими ремісіями $(2,21 \pm 0,91)$ місяці. Нерідко тривожна депресивна симптоматика виникала при наявності так званого «судинного фактору» у вигляді дисциркуляторної енцефалопатії, ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби в якості супутніх захворювань ($r_s = 0,694$, $p < 0,05$).

Сенесто-іпохондрична депресія зустрічалася у 34 хворих. Основними симптомами були побоювання з приводу власного фізичного здоров'я та уявлення о наявності «невиліковної соматичної хвороби». Разом з цим мали місце різні

неприємні тілесні відчуття. До тривожного афекту додавався тужливий настрій з перевагою сльозливості та вегетативних розладів. Сенесторпатії за локалізацією можна було поділити на кардіальні, абдомінальні, урогенітальні, неврологічні, респіраторні та шкірні. Ускладнення їх структури проходило від однієї фази до іншої. Частіше за все сенестопатичні відчуття змінювалися від неврологічних до кардіальних та гастроентерологічних. Сама по собі іпохондрична симптоматика була обмежена увагою до тілесних сенсацій або поширювалася на страхи з приводу наявності тяжкого та невиліковного захворювання. Такі хорі нерідко зверталися за консультаціями до різних спеціалістів, проводили багаточисельні дослідження, постійно та ретельно слідкували за станом свого здоров'я. Сенесто-іпохондрична симптоматика формувалася в пізньому віці - (38,9±1,15) років, нерідко при значній тривалості захворювання - (13,6±0,98) років. Попередня кількість фаз - (4,23±0,26). Вона характеризувалася значною тривалістю – в середньому (8,08±0,66) місяців та короткотривалими ремісіями – (1,08±0,36) місяців.

Соматовегетативна депресія (ларвована, маскована) спостерігалася у 16 випадках. Для неї було характерним заміщення депресивної симптоматики соматичними еквівалентами. «Соматичні маски» депресії були різноманітними та включали в себе багаточисельні вегетативні розлади, найчастіше зустрічалися кардіальна, абдомінальна, неврологічна, паналгічна, дерматологічна та урогенітальна. Такі хворі зазвичай спостерігалися у соматологів. Їх соматичні симптоми, як правило, супроводжувалися агріпничними розладами. Найчастіше такі депресії проявлялися у молодому та середньому віці - (26,44±1,31) років, при середній тривалості захворювання (5,56±1,05) років. Вони характеризували значною тривалістю фаз – (7,44±0,71) місяців, їх резистентністю до терапії, що проводилася, і короткими ремісіями - (3,65±0,40) місяців.

Апатико-анестетична депресія спостерігалася у 28 випадках. Вона характеризувалася хворобливим відчуженням емоцій. Такі хворі скаржилися на відсутність почуття співхвилювання, тьмяності, «одерев'яніння душі». Вони відчували, що світ є відокремленим від них завісою, а самі вони болісно переживали відсутність по-

чуття любові, емоційного резонансу. Це приносило їм «страждання, що неможна винести». Разом з цим в клінічній картині їх захворювання мали місце апатичний афект, психомоторна загальмованість, адинамія, нездатність до тривалої цілеспрямованої діяльності. Такий варіант депресивної фази формувався у віці (37,28±1,17) років та значній тривалості захворювання - (15,33±0,72) років та перенесено (5,22±0,36) попередніх фаз. Фази були затяжними – (12,72±2,28) місяців та резистентними до терапії. Ремісії мали низьку якість та коротку тривалість – (1,78±0,49) років.

Висновки.

1. Середній вік маніфестації захворювання на біполярний афективний розлад (БАР) у обстежених хворих був (25,5±1,5) років, середня тривалість спостереження – (15,9±2,1) років, а річна частота циклів становить 2,89. Тобто, в середньому, розгорнута афективна фаза виникає один раз на три роки.

2. Серед депресивних фаз було виділено п'ять клініко-типологічних типів: меланхолійна, тривожно-депресивна, сенесто-іпохондрична, соматовегетативна, апатико-анестетична. Найчастіше серед вивчених історій хвороб пацієнтів з біполярним афективним розладом зустрічалися меланхолійний та тривожно-депресивний види фаз ($p < 0,01$).

3. Найтривалішими виявилися тривожно-депресивний та анестетично-apatичний типи фаз ($p < 0,05$). Найкращими ремісіями супроводжувалися анестетично-apatичний та сенесто-іпохондричний їх типи ($p < 0,05$).

4. Депресивні епізоди, порівняно з маніакальними, в середньому мали більшу тривалість 7,38±0,92 та 5,07±0,44 місяців відповідно, ($p < 0,05$), та коротшу ремісію після себе 3,30±0,81 та 11,28±1,09 місяців відповідно, ($p < 0,05$).

5. У хворих з сприятливим перебігом БАР на його віддалених етапах структура депресивних фаз трансформується від меланхолійної до змішаної, а кількість і структура маніакальних фаз майже не змінюється.

6. Клінічними предикторами несприятливого перебігу БАР є виникнення атипичних та змішаних фаз та порушення регулярності сезонного ритму, а на віддалених етапах зростає питома вага маніакальних та змішаних фаз, структура фаз спрощується.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Исследование было проведено на основании изучения 430 архивных историй болезней 293 пациентов с диагнозами маниакально-депрессивного психоза (296.0, 296.1 по МКБ – 9), биполярного аффективного расстройства (F-31 по МКБ-10), и циклотимии (296.81 по МКБ – 9 и F-34.0 по МКБ-10), что находились на лечении в 1 психиатрическом отделении ГУ «ИНПН АМН Украины» за период с 1983 по 2007 годы. Была определена современная клинико-типологическая структура депрессивных эпизодов биполярного аффективного расстройства, выделены клинические, психопатологические, дифференциально - диагностические и прогностические критерии их благоприятного и неблагоприятного течения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 3 (20). — С. 5-10).

V.Pidkorytov, O.Syerikova

PRESENT CLINICO-TYOLOGICAL STRUCTURE OF THE DEPRESSED EPISODES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS Ukraine

Research was conducted on the basis of study 430 histories of illnesses of 293 patients with the diagnoses of manic-depressive psychosis (296.0, 296.1 after – 9), bipolar affective disorder (F 31 after ICD-10), and cyclothymia (296.81 after ICD – 9 and after F 34.0 ICD -10), that were on treatment in PI «INPN AMS of Ukraine» for period from 1983 to 2007. The modern clinico-typological structure of the depressed episodes of bipolar affect disorder was certain, the clinical are selected, abnormal psychology, differentially are diagnostic and prognosis criteria of their favorable and unfavorable current. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 5-10).

Література

1. Perris C. The distinction between unipolar and bipolar mood disorder // L'Encephale. - 1992. - Vol. 18. - P. 9-13.
2. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике депрессий при биполярном расстройстве // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - № 4. - С. 106-111.
3. Vieta et al. Bipolar I and bipolar II: a dichotomy. - Cambridge, 2004.
4. Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankunen /Marneros A. Stuttgart - New York: Georg Thieme Verlag, 2004. - 781 s.
5. Nolen W. et al. NEMESIS. - 2002.
6. Kessler R. et al. The epidemiology of DSM-III-R bipolar disorders // Psychol. Med. - 1997. - Vol. 27. - P. 1079-1089.
7. Weissman M. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // JAMA. - 1996. - Vol. 276. - P. 293-299.
8. Narrow W. et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in US // Arch. Gen. Psychiatry. - 2002. - Vol. 59. - P. 115-123.
9. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике депрессий при биполярном расстройстве // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - № 4. - С. 106-111.
10. DSM-IV. - Washington: APA, 1994.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. - СПб: АДИС, 1994. - 285 с.
12. Angst J. Typology of bipolar manic-depressive illness // Arch. Psychiatry Nerv. - 1978. - Vol. 226. - P. 65-73.
13. Carlson G., Goodwin F. The stages of mania // Arch. Gen. Psychiatry. - 1973. - Vol. 28. - P. 221-228.
14. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. - М.: Медицина, 1975. - 185 с.

Поступила в редакцию 12.09.2008