

В.В. Собенникова, Е.В. Винокуров, В.С. Собенников

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ДИАГНОСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СВЕТЕ МНОГОЛЕТНЕГО КАТАМНЕЗА

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

Целью работы являлось уточнение особенностей диагностики, клиники и течения непсихотических аффективных расстройств на протяжении катамнеза более 5 лет. По материалам архивных историй болезни изучено 47 случаев (12 мужчин, 35 женщин). Особенности изученных состояний были полиморфизм симптомов, частота соматизации и коморбидной патологии. При первой госпитализации диагностика лишь в 46,8 % наблюдений соответствовала рубрике F3 (МКБ 10), часто определялся двойной диагноз (14 случаев – 29,8 %). В динамике увеличивалась частота изменения диагноза в пользу биполярного аффективного расстройства 2-го типа (DSM-IV) – с 6,4 % до 33,3 % ($p < 0,005$). Обсуждаются вопросы оптимизации ранней диагностики непсихотических аффективных расстройств.

Ключевые слова: непсихотические аффективные расстройства, депрессия, биполярное аффективное расстройство

CLINICAL COURSE AND DIAGNOSTICS OF NON-PSYCHOTIC AFFECTIVE DISORDERS BASED ON LONG-TERM CATAMNESIS

V.V. Sobennikova, E.V. Vinokurov, V.S. Sobennikov

Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

Individual variation in the clinical trajectories of affective disorder may have prognostic and therapeutic implications. We aimed to describe the long-term clinical course and outcome of non-psychotic affective disorder based on 5-year catamnesis. Medical records of 47 patients were studied (12 men, 35 women). The studied cases are characterized by polymorphism of symptoms and high levels of somatization and comorbid disorders. At first hospitalization only 46,8 % of cases diagnosed matched category F3 (ICD-10), a high level of double diagnosis has been described (14 cases – 29,8 %). Subsequent hospitalizations increased frequency of diagnosis of bipolar disorder type 2 (DSM-IV) – from 6,4 % to 33,3 % ($p < 0,005$). The problem of early recognition of non-psychotic affective disorders was discussed.

Key words: non-psychotic affective disorders, depression, bipolar affective disorder

Современный патоморфоз психических заболеваний свидетельствует о преобладании мягких и умеренных расстройств со смещением симптомов на астено- и неврозоподобный уровень с полиморфизмом и соматизацией клинической картины, повышенной значимостью социально-средовых факторов их формирования. В кругу спектра аффективных расстройств, помимо развернутых состояний – большой депрессии и двух типов биполярных расстройств, более широко представлены непсихотические состояния – циклотимия, дистимия, а также нарушения невротического регистра (генерализованная тревога (ГТР), социальная фобия, обсессивно-компульсивное и паническое расстройства). С аффективным спектром соотносятся также посттравматическое стрессовое расстройство, соматоформные расстройства, расстройства пищевого поведения, состояния зависимости и даже неврастения [1]. Глубинные отношения и взаимодействия отмеченных патологических форм являются предметом дискуссий, однако ряд исследований подчеркивают уникальное положение непсихотических аффективных расстройств в аспекте изучения генетических и эпигенетических факторов риска развернутых аффективных заболеваний [2]. Методологической основой таких исследований может быть длительное, лонгитудное изучение клинического течения непсихотических аффективных расстройств на протяжении многолетнего периода катамнестического наблюдения.

Целью работы явилось уточнение клинико-психопатологических и динамических особенностей непсихотических депрессивных расстройств биполярного и рекуррентного типа на этапе многолетнего катамнеза (не менее 3 госпитализаций на протяжении 5 лет) по архивным материалам клиники неврозов и психотерапии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методом сплошной выборки изучены все случаи стационарного лечения в клинике неврозов ИГМУ в течение 2010–2012 гг. в связи с депрессивным расстройством в рамках рубрики F3 (аффективные расстройства настроения) и наличием как минимум 5-летнего катамнестического наблюдения и не менее 3 госпитализаций. Указанным критериям отвечали 47 случаев, проанализированные по архивным историям болезни, из них 35 женщин (74,5 %) и 12 мужчин (25,5 %), соотношение 3 : 1. В 18 (38,3 %) случаях больные госпитализировались более 5 раз, максимальное число госпитализаций – 14. Из исследования исключались случаи, диагностическая оценка которых в процессе динамического наблюдения изменялась с окончательным диагнозом аффективных расстройств, относящихся к рубрикам F0 (органические расстройства), F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), F2 (ши-

зофрения), а также тяжелые депрессивные эпизоды с наличием психотических симптомов (F3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент исследования возраст пациентов был от 25 до 76 лет (средний возраст $51,0 \pm 11,9$ лет). Возраст на этапе проявления клинически очерченного заболевания (манифеста) был в диапазоне от 16 до 67 лет (средний возраст – $36,0 \pm 11,6$ лет; у мужчин – $30,5 \pm 13,1$ лет, у женщин – $37,0 \pm 10,9$ лет). В таблице 1 представлены социально-демографические особенности пациентов.

Можно отметить достаточно высокий образовательный уровень пациентов с преобладанием лиц с высшим и средним образованием. В то же время уровень семейной адаптации в целом был невысоким. Так, менее половины пациентов (48,9 %) состояли в браке, около четверти были одиноки (25,5 %), нередко вступали в повторные браки (14,9 %), не имели детей (19,1 %). Кроме того, в четверти случаев (12 пациентов – 25,5 %) в семейном анамнезе отмечалась психопатологически отягощенная наследственность.

Началу заболевания в большей части случаев (32 пациента – 68,1 %) предшествовали психогенные влияния, аутохтонное развитие наблюдалось реже (15 случаев – 31,9 %). Психогенный фактор чаще относился к сфере индивидуально-личностных отношений: семейные конфликты – 14 (29,8 %) случаев, смерть близких – 6 (12,8 %). У 8 пациентов (17,0 %) манифестации аффективного расстройства предшествовала диагностика соматического заболевания, не нашедшая подтверждения при последующем обследовании. Реже развитие депрессии провоцировалось профессиональными неудачами – 3 (6,4 %) случая, а в 1 (2,1 %) случае – участием в боевых действиях.

В структуре депрессивных расстройств ведущим аффективным радикалом чаще выступала тревога (28 наблюдений – 59,6 %) либо тоскливо-тревожный

аффект (5 наблюдений – 10,6 %), реже – тоска (12 наблюдений – 25,5 %). Лишь в 2 случаях (4,2 %) в структуре первичной фазы отмечен смешанный аффект в динамике сдвоенной фазы с атипичной гипертимией. Гораздо реже в клинической картине депрессивного эпизода, обнаруживались явления «негативной аффективности» – апатия, утрата витального тонуса (13 случаев – 27,7 %), ангедония (16 случаев – 34,0 %), утрата эмоционального резонанса (8 наблюдений – 17,0 %).

В большинстве наблюдений (32 пациента – 68,1 %) в клинической картине доминировали симптомы собственно аффективных нарушений. Однако у трети пациентов (15 случаев – 31,9 %) на первый план выступали преимущественно соматические симптомы депрессии в сочетании с соматоформными, конверсионно-диссоциативными, obsessivno-fobicheskimi нарушениями, т. е. депрессия выступала под маской иной психопатологической симптоматики. Соматические симптомы депрессии наиболее часто включали диссомнические нарушения (38 случаев – 80,9 %). Преобладала ранняя инсомния (26 наблюдений – 55,3 %), реже – поздняя (6 пациентов – 12,8 %), либо средняя (3 случая – 6,4 %), а у 3 больных (6,4 %) затрудненное засыпание сочеталось с ранними пробуждениями. Редукция аппетита наблюдалась в 27 случаях (57,4 %), а у 1 пациента (2,1 %) аппетит был повышен. Колебания веса зарегистрированы в 13 (27,7 %) случаях. Характерный суточный ритм депрессивных симптомов отмечался в относительно небольшом числе наблюдений (5 больных – 10,6%), в 2 случаях (4,3 %) он был инвертирован. У 9 больных (19,2 %) обнаруживались суицидальные тенденции, преимущественно в форме фантазий, а в 2 случаях (4,3 %) пациенты предпринимали демонстративные суицидальные действия.

Дополнительной особенностью клинической картины изученных аффективных расстройств

Таблица 1

Социально-демографические показатели изученной группы

| Социально-демографические показатели | абс. | % |
|---|------|------|
| Образовательный уровень | | |
| Высшее | 27 | 57,4 |
| Среднее и средне-специальное | 18 | 38,3 |
| Неполное среднее | 2 | 4,3 |
| Семейная адаптация на момент первой госпитализации | | |
| Состоит в браке | 23 | 48,9 |
| Разведенные и одинокие | 8 | 17,0 |
| Вдовствующие | 4 | 8,5 |
| Повторные браки | 7 | 14,9 |
| Не имеют детей | 9 | 19,1 |
| Наследственность | | |
| Аддитивные расстройства | 7 | 14,9 |
| Эндогенные заболевания | 3 | 6,4 |
| Завершенные суициды | 2 | 4,3 |

являлась частота жалоб астенического характера с преобладанием физического (31 пациент – 66,0 %), реже – психического (16 пациентов – 34,0 %) компонента астении. Примерно в половине случаев была выражена раздражительность, с элементами агрессии, направленной, как правило, на ближайшее окружение больного (20 пациентов – 42,6 %). С такой же частотой выявлялись обсессивно-фобические нарушения (20 наблюдений – 42,6 %), имеющие ипохондрическую направленность (8 случаев – 17,0 %), либо проявляющиеся в форме руминаций на фоне психотравмирующей ситуации (сомнения в правильности своих действий, контрастные представления, касающиеся детей, диспсихофобия). В 13 (27,7 %) случаях отмечались синдромально очерченные эпизоды пароксизмальной тревожности. На этом фоне в подавляющем числе наблюдений (37 пациентов – 78,7 %) в структуре болезненного состояния присутствовали соматические жалобы и дисфункции, которые в сочетании с симптомами физической астении способствовали «соматизации» клинической картины. Наибольшую распространенность (25 случаев – 53,2 %) имели симптомы вегетативной гиперактивации (тахикардия, гипергидроз, колебания артериального давления, тремор). Кроме того, у 24 больных (51,1 %) телесные ощущения включали алгии, наиболее часто (17 пациентов – 36,2 %) – церебральной локализации, реже наблюдались боли в области сердца, живота, урогенитальной области и артралгии. У 6 пациентов (12,8 %) наблюдались диффузные алгии, захватывающие несколько анатомических областей, а у 17 (36,2 %) телесные ощущения приобретали сенестопатический оттенок. Нередко (15 случаев – 31,9 %) клиническая картина включала и конверсионно-диссоциативные соматизированные симптомы (ком в горле, «каска неврастеника»).

Первичная госпитализация в психиатрический стационар в большинстве наблюдений (29 пациентов – 61,7 %) происходила по истечении одного года после появления первых признаков заболевания. В 26 (55,3 %) случаях ей предшествовало наблюдение и обследование в общесоматической сети. Первичный психиатрический диагноз не всегда соответствовал последующей диагностике на этапе катамнеза и лишь в 22 случаях (46,8 %) соответствовал рубрике F3 (МКБ-10). Наиболее часто диагностировались: депрессивный эпизод (ДЭ) (9 случаев – 19,1 %); рекуррентная депрессия (РДР) и соматоформное расстройство (по 8 случаев – 17,0 %), а также депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации (6 наблюдений – 12,8 %). Реже определялся диагноз псевдоневротической шизофрении, биполярного аффективного расстройства (БАР) и аффективной фазы в динамике расстройства личности (по 3 наблюдения – 6,4 %), а также конверсионно-диссоциативного расстройства и циклотимии (по 2 наблюдения – 4,3 %), ГТР, эпизодической пароксизмальной тревожности и шизоаффективного расстройства (ШАР) (по 1 случаю – 2,1 %). Следовательно, результаты первичной диагностической оценки свидетельствовали об отсутствии на ранних этапах в части наблюдений (25 человек – 53,2 %) четких критериев для диагностики аффективного заболевания, в клинической картине преобладали атипичия и полиморфизм симптомов с наличием широкого круга коморбидных нарушений. Коморбидные расстройства в 15 (31,9 %) случаях носили синдромально-завершенный характер и определяли двойную диагностику. Двойной диагноз – депрессивного и одного из тревожных либо соматоформного расстройства – был выставлен 14 пациентам (29,8 %). Средняя длительность пребывания в стационаре на начальном этапе составила 38,5 ± 24,2 койко-дней. В

Таблица 2

Диагностика в зависимости от порядкового номера госпитализации

| Диагностика | 1-я госпитализация (n = 47) | | 2-я госпитализация (n = 47) | | 3-я госпитализация (n = 47) | | 4-я госпитализация (n = 36) | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Депрессивный эпизод | 9 | 19,1 | 1 | 2,1 | – | – | – | – |
| Рекуррентная депрессия | 8 | 17,0 | 16 | 34,1 | 34 | 72,4 | 20 | 55,6 |
| Соматоформное расстройство | 8 | 17,0 | 9 | 19,1 | 13 | 27,7 | 9 | 25,0 |
| Расстройство адаптации | 6 | 12,8 | 5 | 10,6 | – | – | – | – |
| БАР, 2 тип | 3 | 6,4 | 5 | 10,6 | 8 | 17,0 | 12 | 33,3 |
| Циклотимия | 2 | 4,3 | 2 | 4,3 | – | – | – | – |
| Дистимия | – | – | 1 | 2,1 | 5 | 10,6 | 4 | 11,1 |
| Расстройство личности | 3 | 6,4 | 3 | 6,4 | – | – | – | – |
| Малопрогредиентная шизофрения | 3 | 6,4 | 2 | 4,3 | – | – | – | – |
| Диссоциативное расстройство | 2 | 4,3 | – | – | 1 | 2,1 | – | – |
| ГТР | 1 | 2,1 | 1 | 2,1 | 1 | 2,1 | – | – |
| Паническое расстройство | 1 | 2,1 | 2 | 4,3 | 1 | 2,1 | – | – |
| ШАР | 1 | 2,1 | – | – | – | – | – | – |
| Итого | 47 | 100,0 | 47 | 100,0 | 47 | 100,0 | 36 | 100,0 |

преобладающем числе случаев первой линией терапии (72,3 %) были трициклические антидепрессанты с последующим переводом на препараты селективного действия. Регоспитализация в течение первого года после выписки потребовалась более половине больных (55,3 % случаев), что свидетельствует о тенденции к хронификации эпизода, неполной ремиссии, отсутствии адекватной поддерживающей терапии.

При повторных госпитализациях происходила коррекция диагноза, так, на этапе второй госпитализации наиболее часто определялись диагнозы, относящиеся к рубрике F3 (ДЭ, БАР, РДР, циклотимия и дистимия) – 25 (53,2 %), в 17 (36,2 %) случаях – к рубрике F4 (соматоформные, тревожные расстройства, расстройство адаптации), в 2 случаях диагностировалась невротическая шизофрения, в 3 случаях (6,4 %) – специфическое личностное расстройство. Изменение диагностики в динамике в зависимости от порядкового номера госпитализации демонстрирует таблица 2.

Исходя из изменений диагноза в течение заболевания можно отметить прогрессивный рост оценки его принадлежности в изученной выборке к кругу аффективной патологии за счет пересмотра диагноза случаев, первично отнесенных к невротическим расстройствам, шизоаффективному психозу и даже малопрогрессирующей шизофрении (ДЭ, РДР, БАР, циклотимия, дистимия) – от 46,8 % при первой до 100 % уже на этапе третьей госпитализации ($p < 0,05$). В основном это связано с пересмотром диагноза случаев заболевания с первичным диагнозом неаффективного заболевания в пользу БАР 2 типа (согласно критериям DSM-IV). Происходит прогрессивное увеличение числа случаев диагностики БАР 2 типа от 6,4 % при первой госпитализации до 33,3 % на этапе четвертой госпитализации ($p < 0,005$).

Отдельные клинические особенности, в том числе динамические видоизменения клинической картины заболевания в изученной выборке на этапе первичной и последующих госпитализаций, представлены в таблице 3.

Можно отметить, что по мере течения заболевания ситуационные влияния имеют все меньшее значение для актуализации болезненных эпизодов. При этом их клиническая структура в части основной симптоматики сохраняет относительную стабильность. Так, соотношение случаев с наличием в структуре аффективного звена тревоги либо тоски по мере течения заболевания не меняется. Лишь незначительно в динамике увеличивается число случаев с «маскированными» формами депрессий, и, соответственно, уменьшается количество «типичных» эпизодов. Количество случаев с признаками смешанного аффекта также меняется незначительно. В то же время по мере наблюдения все явственнее обнаруживается сезонный ритм эпизодов ($p < 0,05$).

Анализ связи клинических особенностей заболевания и видоизменения его диагностических оценок показал, что все случаи, в последующем диагностированные как биполярное аффективное расстройство, с начала заболевания характеризовались выраженной тревогой в аффективном звене, в частности, к БАР были отнесены все состояния с наличием пароксизмальноподобной тревоги на начальном этапе, а также с диспсихофобией. Клинические особенности депрессий, соотносимых с диагностикой БАР, на начальном этапе, отличал особый полиморфизм и атипичия проявлений с преобладанием «соматических» симптомов депрессии, т. е. «маскированных» форм. Наибольшую выраженность на этапе первичного эпизода при этом имела раздражительность с элементами агрессии, направленной на ближнее окружение. Также для случаев с диагностикой БАР более характерным была отягощенность семейного анамнеза психопатологическими (эндогенная патология и суициды) расстройствами (17,0 % против 8,5 %).

ОБСУЖДЕНИЕ

Общими характеристиками изученной выборки пациентов с непсихотическими аффективными расстройствами являются: преобладание среди указанного контингента лиц женского пола ($p \leq 0,0003$);

Таблица 3
Некоторые клинические параметры изученных непсихотических аффективных расстройств в зависимости от порядкового номера госпитализации

| Клинические параметры | Порядковый номер и средняя продолжительность госпитализаций (m ± SD) | | | | | | | |
|--|--|------|---|------|---|------|---|------|
| | 1-я госпитализация (38,5 ± 24,2 к/д) (n = 47) | | 2-я госпитализация (33,0 ± 14,0 к/д) (n = 47) | | 3-я госпитализация (29 ± 11,4 к/д) (n = 47) | | 4-я госпитализация (27,5 ± 11,6 к/д) (n = 36) | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Аутохтонное начало | 15 | 31,9 | 34 | 72,3 | 29 | 61,7 | 29 | 80,6 |
| Начало психогении | 32 | 68,1 | 13 | 27,7 | 18 | 38,3 | 7 | 19,4 |
| Преобладает тревожный радикал | 28 | 59,6 | 28 | 59,6 | 30 | 63,8 | 23 | 63,9 |
| Преобладает тоскливый радикал | 17 | 36,2 | 16 | 34,0 | 16 | 34,0 | 13 | 36,1 |
| Смешанный аффект | 2 | 4,2 | 3 | 6,4 | 1 | 2,1 | – | – |
| В клинике преобладает аффективная симптоматика | 32 | 68,1 | 32 | 68,1 | 30 | 63,8 | 21 | 58,3 |
| Аффективная симптоматика «маскирована» | 15 | 31,9 | 15 | 31,9 | 17 | 36,2 | 15 | 41,7 |
| Сезонность | – | – | 12 | 25,5 | 15 | 31,9 | 15 | 41,7 |

более ранняя манифестация заболевания у мужчин ($p < 0,05$); нагруженность семейного анамнеза психопатологическими расстройствами (более 20 %); позднее обращение к психиатру (61,7 %), часто через этап наблюдения и лечения в общесоматической сети (55,3 %); психопатологический полиморфизм и атипичная клиника с представленностью соматоформных, обсессивно-фобических, конверсионно-диссоциативных нарушений. Это способствовало континууму первичной диагностики от расстройств приспособительных реакций до псевдоневротической шизофрении. Диагностическая верификация аффективного расстройства как основного заболевания в большинстве случаев произошла не ранее 2–3-й госпитализации, по прошествии как минимум одного года от начала наблюдения. Кроме того, выраженный полиморфизм клинической картины в 34,1 % случаев способствовал диагностике коморбидных нарушений – соматоформных, тревожных и диссоциативных расстройств даже на отдаленном этапе (3–4-я госпитализация). Такие особенности диагностики могут найти объяснение в констатации сочетания факторов как биологического (особый характер течения и клинического проявления аффективных расстройств непсихотического уровня), так и связанного с ними ятрогенного (трудности точной диагностики подобных расстройств на начальном этапе и, как следствие, терапевтические не-

дочеты, приводящие к неполной ремиссии и повторным госпитализациям) характера. Например, высокая частота жалоб на раздражительность, враждебность к близким (значимо чаще наблюдающаяся при первичной, реже – при повторной госпитализации) может указывать на наличие не нашедшего правильной диагностической оценки (в ряде случаев) смешанного аффекта в рамках БАР. Поскольку частота диагностики БАР второго типа неуклонно росла от первых к последующим госпитализациям, терапевтическую тактику при первичном стационарном лечении также следует признать недостаточной. Нормотимики как базисная терапия подключались лишь на отдаленном этапе наблюдения. Полученные данные имеют значение в организации диагностики и терапии аффективных расстройств непсихотического уровня.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М., Практическая медицина, 2011. – 432 с.
Krasnov VN (2011). Affective spectrum disorders [Rasstrojstva affektivnogo spektra], 432.
2. Van Meter AR, Youngstrom EA (2012). Cyclothymic disorder in youth: why is it overlooked, what do we know and where is the field headed? *Neuropsychiatry (London)*, 2 (6), 509-519.

Сведения об авторах Information about the authors

Собенников Василий Самуилович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел.: 8 (3952) 24-36-61; e-mail: vsobennikov@gmail.com)

Sobennikov Vasily Samuilovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the department of psychiatry and medical psychology of Irkutsk State Medical University (664003, Irkutsk, ul. Krasnogo Vosstaniya, 1; tel.: +7 (3952) 24-36-61; e-mail: vsobennikov@gmail.com)

Собенникова Вероника Васильевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (e-mail: nikasob@list.ru)

Sobennikova Veronika Vasilyevna – Candidate of Medical Sciences, assistant professor of the department of psychiatry and medical psychology of Irkutsk State Medical University (e-mail: nikasob@list.ru)

Винокуров Евгений Вячеславович – кандидат медицинских наук, врач клиники неврозов и психотерапии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (e-mail: evgeniy_vinokurov@yahoo.com)

Vinokurov Evgeniy Vyacheslavovich – Candidate of Medical Sciences, physician of the Clinic of neuroses and psychotherapy of Irkutsk State Medical University (e-mail: evgeniy_vinokurov@yahoo.com)