

УДК 616.89

В. И. Коростелев

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ
ИНВОЛЮЦИОННОЙ И ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ**

33

С помощью лонгитудинального наблюдения выявлены и систематизированы факторы патогенеза, клинические характеристики и особенности течения инволюционной и эндогенной депрессии у женщин пожилого возраста. Отмечается, что сравнительная клиническая характеристика инволюционных и эндогенных депрессий имеет большое значение для дифференциальной диагностики этих состояний.

The author uses longitudinal observation to identify risk factors, pathogenesis and clinical characteristics of the senile and endogenous depression in women. It is noted that a comparison of clinical characteristics of the senile and endogenous types of depression are important for diagnosing and differentiating these conditions.

Ключевые слова: депрессия, факторы риска, симптомы, пожилой возраст, психопатология.

Key words: involutive, senile, endogenous, depression, psychopathology.

Введение

Сложные вопросы патогенеза и нозологической дифференциации депрессий пожилого возраста остаются нерешенными в современной клинической психиатрии. Взгляды на собственно возрастные функциональные психозы пожилого возраста за последнее столетие претерпели значительные изменения: от их признания, расширительного толкования до резкого сужения их границ или полного отрицания. Сложность проблемы заключается в том, что в патогенезе этих психозов принимают участие многие факторы — биологические, связанные с возрастной перестройкой организма (эндокринно-вегетативной и т. д.), личностный и социальный, а также фактор психической травматизации [1 — 5].

Цель настоящей работы — сравнительное изучение некоторых особенностей патогенеза, клиники и течения инволюционных и эндогенных депрессий.



Материал и методы исследования

34

Обследованы 142 пациентки — женщины, находившиеся под амбулаторным и стационарным наблюдением в 1970—1980 гг., у которых в возрасте от 45 до 60 лет возникали депрессивные состояния, отнесенные на основании клинико-психопатологической симптоматики либо к инволюционным, либо к эндогенным. Для обеспечения однородности клинического материала из исследования были исключены больные с выраженными проявлениями сосудистого процесса или других органических заболеваний головного мозга. Длительность наблюдения составила: до 5 лет — 19 больных, от 5 до 10 лет — 59, от 10 до 20 лет — 56, свыше 20 лет — 8 больных. Из 142 пациенток инволюционная депрессия диагностирована у 70 (группа А), эндогенная — у 72 (группа Б), из них у 58 диагноз был отнесен к приступообразной шизофрени и у 14 — к маниакально-депрессивному психозу. У обследованных имел место 591 случай госпитализации, из которых 220 относились к пациентам группы А, а 371 — группы Б. Изучались преморбидные особенности личности больных, выраженность климактерических вегетососудистых проявлений, роль психотравмирующих факторов, особенности инициального этапа заболевания, клинические особенности приступа болезни и последующих ремиссий, исходы заболевания.

Результаты исследования

Выявлены четкие различия в особенностях черт личности в преморбиде. Так, в группе А чаще встречались больные с астеническими чертами, тревожно-мнительные, склонные к волнению и тревоге по незначительным ситуационным поводам (64 пациентки), неуверенные в себе (57), склонные к задержке внешних проявлений эмоций (62). В группе Б значительно чаще у обследуемых были представлены такие черты характера, как замкнутость (35 больных), склонность к спонтанному, в том числе и сезонному, колебаниям настроения (45), умеренная активность (60).

Климактерические вегетососудистые нарушения выявлены у большинства изученных больных (у 124 из 142 — 87%); в группе А они наблюдались у всех больных, а в группе Б у части пациенток они отсутствовали. Выраженность их была различной. Тяжелые и среднетяжелые формы климакса имели место у 79 (56%) больных и значительно чаще в группе А (49), чем в группе Б (30). Легкие формы климакса констатированы у 34 (24%) пациенток, из них у 14 — в группе А и у 20 — в группе Б.

Психическая травматизация в форме провоцирующего воздействия разных неблагоприятных ситуационных факторов в начале заболевания встречалась часто в обеих группах — она имела место у всех больных группы А и отсутствовала только у 8 больных группы Б. Почти у 70% больных инволюционной депрессией (у 47 из 70) выявлена особая тематика переживаний, которая в отечественной литературе получила название «общая тема жизни»: неудавшаяся личная жизнь, несбывшие-



ся мечты, неисполненные желания, безвозвратность утрат и т.д. Содержание чаще всего встречавшихся неблагоприятных ситуационных факторов в начале болезни и их частота отражены в таблице 1. Согласно полученным данным, частота психотравмирующих ситуаций (особенно конфликты в семье и опасения за жизнь и здоровье близких людей) была выше в группе страдающих инволюционной депрессией.

Таблица 1

Частота и содержание психотравмирующих факторов при инволюционных и эндогенных депрессиях у женщин

Психотравмирующий фактор	Инволюционная депрессия, группа А	Эндогенная депрессия, группа Б
1. Конфликт на работе	7	10
2 Конфликт в семье	17	10
3. Опасение за жизнь и здоровье родных	24	12
4. Опасение за свою жизнь и здоровье	11	7
<i>Итого</i>	59	39

35

При инволюционной депрессии острое начало заболевания наблюдалось редко — всего у 4 больных. Типичным было медленное, постепенное развитие болезни, начальный этап которой у 90 % больных (63 женщины) растягивался на срок от полугода до нескольких лет (в одном из наблюдений — 8 лет). Инициальный этап характеризовался медленным формированием астенической, неврозоподобной и субдепрессивно-тревожной симптоматики, как правило, спаянной с климактерическими вегетосудистыми нарушениями. Чаще (у 21 больной) наблюдались неглубокие тревожно-депрессивно-ипохондрические состояния с различными телесными сенсациями, ощущениями «жжения», «горения», «болей» внутри тела, тревожными опасениями за свое здоровье, пессимистической оценкой будущего, подозрениями на наличие тяжелых соматических заболеваний, угрожающих жизни, поисками, просьбами и мольбами о помощи.

Несколько реже (у 14 больных) наступали неглубокие тревожно-депрессивные состояния с предчувствием надвигающейся беды, опасениями за свою жизнь и жизнь и благополучие своих родных, колебаниями интенсивности тревожного аффекта, часто сопровождающиеся чувством общего дискомфорта, расстройством сна, снижением аппетита, утомляемостью.

Третье место по частоте занимает инициальный этап с астено-субдепрессивными проявлениями (у 13 больных). У них отмечалось более длительное формирование болезни с чувством слабости, вялости, утомляемости, жалобами на «разбитость», «бессилие», с подавленностью настроения, расстройствами сна.

На четвертом месте стоит неврастеноподобный вариант инициального этапа (у 11 больных).



В единичных случаях наблюдался инициальный этап с истероформными (1 больная) и тревожно-фобическими (2 больных) проявлениями.

Клиника инициального этапа обычно определяла и клинику развернутого этапа болезни с ведущими синдромами, каковыми являлись: тревожно-депрессивно-ипохондрический, тревожно-депрессивный, астенодепрессивный. Следует отметить условность разграничения этих состояний, так как у многих больных наблюдалось сложное переплетение таких симптомов, как тоска, тревога, астения, сенесто-ипохондрические расстройства и др. В группе А выраженность тревожно-тоскливого аффекта больше зависела от воздействия неблагоприятных ситуационных факторов и практически не обнаруживалось связи с суточным или сезонным ритмом, что отмечалось при эндогенной депрессии.

Причиной госпитализации обычно становилось утяжеление основной симптоматики, как правило, сопровождавшееся суицидными тенденциями (у 136 больных из 142 – 95 %). Эти тенденции имели место в обеих группах: в группе А суицидные мысли отмечены у 56 больных и суицидные попытки – у 10, в группе Б суицидные мысли – у 57 и суицидные попытки – у 13 пациенток.

Течение инволюционной депрессии обычно длительное, затяжное, волнообразное. Лечение в стационаре продолжается в среднем 4 месяца. Достигнутое в стационаре клиническое улучшение не бывает глубоким и стойким, ремиссии характеризуются невыраженными субдепрессивными проявлениями, склонностью к тревоге, ипохондрическим фиксациям, утомляемости, повышенной чувствительностью к воздействию неблагоприятных ситуационных факторов и колебаниям состояния в зависимости от них, частыми расстройствами сна, аппетита. Как правило, на протяжении длительного наблюдения при неоднократных госпитализациях не наблюдается клинического видоизменения или усложнения синдрома, отмечаются лишь колебания выраженности основных симптомов. Многолетний период наблюдения показывает, что период болезни приурочен по времени к возрастному этапу инволюционной (климактерической) перестройки организма и продолжается в среднем 4–5 лет со значительными индивидуальными колебаниями его длительности (от полугода до 18 лет). Однако в последующем (по истечении указанного времени) постепенно наступает редукция основных симптомов болезни, аффективные нарушения сглаживаются, исчезают многие жалобы на плохое самочувствие, расстройства витальных функций. Формируется стойко компенсированное состояние с удовлетворительным трудовым и социальным приспособлением в пределах тех требований, которые предъявляются к человеку пенсионного возраста. Многие больные в последующем снимаются с диспансерного учета. Ни в одном из наблюдений данной группы не отмечалось признаков шизофренического или органического изменения личности.

У больных эндогенными депрессиями клиника приступа и течение заболевания дают возможность выделить ряд особых черт, качественно отличающих этих пациенток от инволюционных. Прежде всего, обращает на себя внимание небольшая продолжительность инициального этапа – от 2 недель до 2 месяцев, что наблюдалось у 40 из 72 больных. Приступ развивается остро или подостро. Медленное начало болезни в



этой группе имело место менее чем у 1/3 больных (22 пациентки). В пожилом возрасте характерным признаком депрессивного приступа при шизофрении выступает его депрессивно-параноидная структура. Это тревожно-тоскливые состояния с бредом виновности, самообвинения, а нередко и преследования. Во многих случаях уже при первых приступах выявлялись элементы психического автоматизма, отрывочные бредовые идеи воздействия, инсценировки особого значения. Из 58 больных шизофренией у 48 первый приступ был депрессивно-параноидным, у 5 — тревожно-депрессивным, у 4 — депрессивно-ипохондрическим и у 1 пациентки — астенодепрессивным. Из 14 больных циркулярным психозом первый приступ был тревожно-депрессивным у 5 пациенток, депрессивно-меланхолическим — у 7, депрессивно-ипохондрическим — у 2 и астенодепрессивным — у 1 больной.

Течение заболевания в группе Б приближалось к периодическому у 70% обследованных (у 48 из 72) или ремиттирующему с достаточно глубокими ремиссиями (у 24). При циркулярном психозе у 2 больных имело место одноприступное течение, у 3 один или несколько последующих приступов были маниакальными, у 9 пациенток структура приступа не менялась. У больных шизофренией однократный приступ наблюдался у 8 женщин, повторение одинаковых по структуре приступов — у 14 больных. У остальных 36 обследованных обнаружилось усложнение или видоизменение синдрома. В 11 наблюдениях повторные, особенно отдаленные от начала болезни приступы были галлюцинаторно-параноидными, у 7 — параноидными, у 3 — кататоно-параноидными. В 3 случаях наступило усложнение депрессивно-параноидного приступа слуховыми истинными и псевдогаллюцинациями. В отдельных наблюдениях первый депрессивный синдром сменялся в дальнейшем на депрессивно-параноидный, маниакально-параноидный (или синдром Котара), депрессивно-ипохондрический — на депрессивно-параноидный, тревожно-депрессивный — на кататоно-параноидный. У единичных больных от приступа к приступу происходило изменение синдрома в направлении от депрессивного к депрессивно-бредовому, затем — параноидному и галлюцинаторно-параноидному. По мере течения болезни прослежено четкое нарастание негативной симптоматики, но ее глубина различна и стоит в прямой связи с динамикой синдромов. При повторяющихся аффективных синдромах она незначительна, при усложнении и трансформации синдромов в галлюцинаторно-параноидные и кататоно-параноидные она выражена сильнее, сопровождается неглубокими ремиссиями и снижением социально-трудоустройственной адаптации. Такой неблагоприятный исход наблюдался на нашем материале у 16 (23%) больных группы Б.

Заключение

Материалы проведенного исследования показывают, что патогенез, клинические особенности и течение депрессивных состояний, возникших в пожилом возрасте, разнородны (табл. 2), и было бы упрощением относить их только к эндогенным. Имеются достаточные основания для подтверждения нозологической самостоятельности инволюционных психозов, в частности депрессии.



Таблица 2

Сравнительные клинические характеристики и течение инволюционной и эндогенной депрессии у женщин в пожилом возрасте

Инволюционная депрессия (группа А)	Эндогенная депрессия (группа Б)
<p>1. Преморбидный фон у женщин характеризуется личностными особенностями (астенические, тревожно-мнительные, склонные волнению, тревоге</p> <p>2. Вегетососудистые признаки патологического климакса значительно выражены</p> <p>3. Значительна роль внешних неблагоприятных ситуационных воздействий</p> <p>4. Длительный инициальный этап с астеническими, неврозоподобными, субдепрессивно-тревожными проявлениями</p> <p>5. На всем протяжении болезни наблюдается клиническая однородность состояния — преимущественно тревожно-депрессивная структура со значительной представленностью астенических и ипохондрических проявлений</p> <p>6. Длительное, нередко многолетнее течение с волнообразной динамикой психопатологических нарушений, приуроченность их к периоду возрастной биологической перестройки организма</p> <p>7. Течение болезни в форме однократных длительных приступов или в форме длительных болезненных состояний с колебаниями в интенсивности психопатологической симптоматики, но с тенденцией к обратному развитию, компенсации состояния и благоприятным выходом с достаточной социально-трудовой адаптацией</p>	<p>1. Преморбидные особенности личности больных представлены такими чертами, как замкнутость, склонность к спонтанным колебаниям настроения, умеренная активность</p> <p>2. Вегетососудистые проявления климакса при возникновении заболевания чаще выражены нерезко, а у ряда больных они отсутствуют</p> <p>3. Эндогенные депрессии имеют короткий инициальный этап</p> <p>4. При эндогенной депрессии превалирует депрессивно-параноидная структура приступа</p> <p>5. Характерен периодический тип течения</p> <p>6. При длительном наблюдении является усложнение и трансформация синдромальной картины приступов, что сближает их с особенностями течения шизофрении среднего возраста, а также нарастание негативных изменений личности</p>

Выводы

Отмеченные выше особенности патогенеза, клиники и течения депрессий у женщин пожилого возраста могут быть использованы в процессе их дифференциальной диагностики.



Список литературы

1. Плотников С.М. К патогенезу, клинике и терапии инволюционного психоза. Ижевск, 1972.
2. Фотьянов М.И. О затяжном течении инволюционной депрессии : дис. ... канд. мед. наук, М., 1965.
3. Бутырина З.В. Результаты отдаленного катамнеза депрессивных психозов инволюционного возраста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1976. №6. С. 884–890.
4. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977.
5. Материалы Всесоюзного симпозиума по проблеме инволюционных психозов. М., 1980.

39

Об авторе

Владимир Иванович Коростелев — канд. мед. наук, доцент, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград; Калининградская областная психиатрическая больница №1.

E-mail: korostelev@kantiana.ru

About the author

Dr Vladimir I. Korostelyov — Associate Professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad; Kaliningrad district psychiatric hospital № 1.

E-mail: korostelev@kantiana.ru

УДК 612.8-612.63

Н. В. Казанцева, В. А. Изранов

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОВЕДЕНИЯ ПЛОДА ДЛЯ ПРОГНОЗА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: ОБЗОР

В течение последних 30 лет ультразвуковые исследования во время беременности позволили выявить удивительное разнообразие внутриутробных движений плода. Было показано, что фетальная активность появляется в конце эмбрионального периода, на 7–9-й неделе гестации. Анализ динамики поведения плода привел к предположению, что поведенческие паттерны непосредственно отражают процессы развития и созревания центральной нервной системы. С помощью 2D-4D УЗИ стало возможным разработать измеряемые параметры для оценки нормального нейробихевиорального развития плода. Многоцентровыми исследованиями были описаны нормальные и аномальные общие движения плодов, произведена стандартизация нормативных данных и валидизация специфических аспектов нейроповедения плода, позволяющая клиницистам лучше прогнозировать неврологический исход беременности высокого риска.

Over the past 30 years, ultrasound examination during pregnancy revealed a surprising variety of fetus movements. It has been proven that the fetal activity begins at the end of the embryo period, week 7–9 of gestation. The analysis of the movemental patterns of the fetus has led to the hypothesis that these patterns directly reflect the development and maturation of the central