

УДК 616.895.4–07

ВОЗРАСТНЫЕ КЛИНИКО-ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ЦИРКУЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИЙ

С. И. Андрушкявичус

Республиканская психиатрическая больница, Вильнюс, Литва

В настоящее время проблема депрессий в позднем возрасте представляет собой быстро развивающийся раздел геронтологической психиатрии, включающий целый ряд научных направлений (эпидемиологический, клинический, патогенетический, терапевтический и т.д.). Частота возникновения депрессивной симптоматики в общей популяции людей старше 65 лет составляет приблизительно 15% [9]. Депрессия является одним из типичных психологических состояний в позднем возрасте. Особенность развития исследований депрессий в пожилом возрасте состоит в том, что кардинальное влияние на них оказывают геронтологические аспекты проблемы. Особое значение имеют вопросы, связанные с ролью как самого процесса старения, так и сопутствующих ему «факторов риска» в патопластической модификации клинических проявлений и исходах данных состояний [1]. Предрасположенность данного контингента к возникновению депрессивных расстройств выше, чем у молодых людей. Это определяется: наличием сопутствующих соматических расстройств; хроническими болевыми синдромами; значительным количеством принимаемых лекарственных препаратов; огорчениями и потерями, присущими этому возрастному периоду; социальной изоляцией [2]. Невозможно обойти вопрос влияния возрастного фактора на биоритмику человека при психофармакотерапии эндогенных депрессий. Как известно, с возрастом организм претерпевает и определенные хронобиологические изменения, прежде всего, меняется его циркадианная архитектура [3, 4, 12, 13], что и явилось предметом изучения данного исследования.

Пациенты и методы исследования

Клинически были обследованы 141 больной эндогенными депрессиями (категории F31.3, F31.4, F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2 в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10), среди них 37 женщин и 104 мужчины, находившихся на лечении в университетском отделении Республиканской Вильнюсской психиатрической больницы. Возраст больных – от 19 до 85 лет, средний воз-

раст – 45,4±1,1 года. У абсолютного большинства больных, независимо от возраста, развернутая картина депрессии (к моменту поступления в стационар и началу активной терапии антидепрессантами) соответствовала тоскливо-тревожному типу. Относительное доминирование тоскливо-тревожного аффекта сохранялось и в повторных фазах у больных старше пятидесяти лет. Из числа 49 наблюдений, относившихся к возрастной группе 50 лет и старше (средний возраст 57,4±1,1 года), тоскливые депрессии составили 6 наблюдений (12%), тоскливо-тревожные – 17 (35%), тревожные – 10 (20%), тоскливо-апатические – 16 (33%). Таким образом, широко распространенное представление о преобладании тревожных депрессий в инволюционном и позднем возрасте не нашло подтверждения в изученных наблюдениях. Вместе с тем, тревожный аффект, не занимая ведущего положения в аффективном звене депрессии, практически всегда присутствовал в ее структуре и находил отражение в сложных сочетаниях идеаторного и двигательного торможения с явлениями тревожного возбуждения, чаще всего парциального или эпизодически усиливающегося, особенно при смене обстановки.

Корреляционный анализ позволил выявить некоторые связи возрастного фактора с выраженностью ряда компонентов депрессивного синдрома, хотя и не достигающие высокого уровня значимости, но указывающие на определенные тенденции возрастного патоморфоза депрессий. Заслуживает внимания повышение выраженности апатии (коэффициент корреляции: $r=0,204$) с увеличением возраста больных. Повышались также показатели выраженности таких характерных проявлений депрессии, как снижение аппетита ($r=0,204$), снижение либидо ($r=0,255$), снижение физического тонуса ($r=0,175$). С увеличением возраста больных отмечалась относительно более частая встречаемость явлений физической и умственной истощаемости (соответствующие коэффициенты корреляции: $r=0,243$ и $r=0,262$), идей малоценности ($r=0,224$). Идеи малоценности преимущественно концентрировались на переживаниях физической несостоятельности, при

меньшей фиксации на снижении интеллектуальных функций (хотя снижение интеллектуальной продуктивности довольно часто обнаруживалось в клинической картине депрессий позднего возраста). Идеи самообвинения чаще были неразвернуты, преимущественно с эгоцентрической их проекцией: это не столько «моральная вина», сколько «вина упущений», по Х.И.Вайтбрехту [10, 11].

Ипохондрические и фобические ($r=-0,185$) образования чаще всего имели нестойкий и фабульно неоформленный характер. Содержание ипохондрических переживаний было различным. Чаще всего больные фиксировались на нарушениях функции кишечника, расстройствах аппетита, снижении массы тела. В трех случаях это привело к развитию канцерофобии. Реже встречались жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата. У некоторых больных симптоматика больше определялась вегетативными расстройствами (головные боли, головокружения, неприятные ощущения в области сердца, удушье, колебания артериального давления, тахикардия, потливость, тошнота и так далее), которые подвергались ипохондрической переработке. Подобные состояния описывались Р.Лемке [8] как «вегетативные депрессии». В ряде случаев ипохондрические опасения были связаны с симптомами реально существующих хронических соматических заболеваний и сочетались с различными патологическими ощущениями, алгиями. Спонтанные жалобы на сниженное настроение такие больные предъявляли редко. Обычно они жаловались на разнообразные неприятные ощущения, локализовавшиеся в различных участках тела, внутри или на его поверхности, описывая их как чувство жжения, распирания, набухания, давления, сжатия, покалывания. Собственно ипохондрическая симптоматика заключалась в сосредоточенности внимания больных на своих телесных ощущениях. Нередко в основе этих явлений лежали тонкие деперсонализационные расстройства. В отдельных случаях имели место мрачные догадки и предположения в отношении причины своих болезненных ощущений. При этом пациенты постоянно пристально наблюдали за состоянием своего здоровья: регулярно измеряли и даже записывали частоту пульса, показатели артериального давления, характер дисфункции кишечника. Они были склонны к тоскливо-тревожным реакциям. Эффект антидепрессантов был тем выше, чем более конкретными и чувственными были ипохондрические переживания, чем более они были спаяны с депрессивным аффектом.

Наряду с характерными для эндогенных депрессий ранними утренними пробуждениями ($r=0,284$), нередко отмечались затруднения засыпания и интрасомнические нарушения. Больные поздно засыпали, часто просыпались по ночам, жаловались на тревожные сновидения, отсутствие чувства отдыха после ночного сна и дневную сонливость. Типичным депрессивным суточным колебаниям в

ряде наблюдений сопутствовали вечерние (в основном тревожные) ухудшения настроения, иногда с явлениями эмоциональной и, особенно, сенсорной гиперестезии.

Полученные данные позволяют констатировать как определенное углубление с возрастом основных, вполне характерных проявлений депрессии, в первую очередь витально-соматических, так и усложнение структуры депрессивного синдрома за счет нарушений астенического круга. Особо следует отметить сенсорную яркость и относительное разнообразие витальных телесных ощущений (с преобладанием алгических сенсаций, а также ощущений типа общей слабости, быстрой утомляемости, тяжести, разбитости, физической немоги). Наряду со снижением физического тонуса, диффузной телесной ангедонией, анестезией витальных эмоций и повышенной истощаемостью, это придавало клинической картине депрессии особый оттенок физического страдания. Истощаемость интеллектуальных процессов заключалась в так называемом «астеническом мышлении», для которого характерны лабильность внимания, субъективно переживаемое снижение памяти и интеллектуальной работоспособности, слабость абстрагирования. Суждения таких больных отличались конкретностью, поверхностностью – они нередко упускали нить рассуждений, забывали продолжение мысли и начинали путаться в своих высказываниях. Истощаемость аффективной сферы проявлялась эмоциональной лабильностью и раздражительной слабостью. Настроение отличалось неустойчивостью, слезливостью, капризностью, чувством тотальной неудовлетворенности, раздражительностью, обостренной впечатлительностью и тягостным переживанием собственного интеллектуального бессилия. При этом слезливость легко сменялась раздражительностью, а после эмоциональных всплесков самочувствие пациентов нередко улучшалось. В волевой и двигательной сферах истощаемость проявлялась неспособностью к длительному эмоциональному, интеллектуальному и двигательному напряжению. Самочувствие резко ухудшалось после волнения, обилия внешних впечатлений, пребывания в шумной или незнакомой обстановке. Такие больные плохо переносили ситуации ожидания. Внешне они выглядели то заторможенными, то суетливыми. Вся эта симптоматика сопровождалась вегетативной лабильностью. Даже после незначительной физической нагрузки резко учащалось число сердечных сокращений, нарастала частота дыхания, появлялись выраженный гипергидроз, чувство жара или озноба. Следует отметить, что признаки психической анестезии у пациентов позднего возраста встречались меньше, чем в половине случаев (40,8%). Частота этого симптома зависела, в первую очередь, не от возраста больного, а от длительности заболевания, количества перенесенных в прошлом аффективных фаз.

Важно отметить более заметное, чем в других возрастных группах, влияние осложняющих ситуа-

ционно-средовых факторов, таких, как одиночество, неблагоприятная семейная ситуация (как правило, именно в этих наблюдениях появлялась ажитированная окраска депрессий с монотонной назойливостью и стереотипной тревожной экспрессией двигательных актов и речевой продукции).

У пациентов позднего возраста чаще развивались побочные явления при приеме антидепрессантов и других психотропных средств: тахикардия, падение артериального давления вплоть до развития коллаптоидных состояний, резкое снижение мышечного тонуса с расслаблением гладкой мускулатуры, дизартрия, углубление интеллектуальных затруднений с ощущением тяжести в голове, дисмнестические нарушения. Опасность развития таких побочных явлений и собственно осложнений терапии, как правило, была связана с применением больших доз антидепрессантов (чаще трициклических) в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками седативного спектра действия.

С целью уточнения возрастных хронобиологических особенностей развития и терапевтической динамики циркулярных депрессий у 56 пациентов (28 муж. и 28 жен.), средний возраст $46,9 \pm 1,4$ года, для оценки вариабельности сердечного ритма использовался спектральный анализ, позволяющий определять параметры вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, а также косвенно оценить функцию гипоталамических структур [5]. При спектральном анализе сердечного ритма предложено выделять три главных диапазона: особо низкочастотный – VLF (very low frequency), низкочастотный – LF (low frequency) и высокочастотный – HF (high frequency). Эфферентная вагусная активность создает основной вклад в высокочастотную (HF) область спектра. Более противоречива интерпретация LF-диапазона, который одни авторы рассматривают как маркер симпатической активности (особенно при использовании нормализованных единиц), а другие как параметр, включающий и симпатические, и вагусные влияния [7].

В исследование были включены только повторные аффективные фазы. Обследование проводилось 4 раза в сутки (в 1, 7, 13, 19 часов) при посту-

плении больных в стационар, в конце 1-ой недели терапии и при выписке. В зависимости от возраста весь массив был разделен на две группы. Первую группу составили 35 пациентов в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст $41,0 \pm 1,4$ года), вторую – 21 пациент в возрасте от 50 до 73 лет (средний возраст $56,6 \pm 1,4$ года). Основной терапевтический курс определялся назначением циталопрама (20–60 мг в сутки) либо мirtазапина (30–45 мг в сутки), вне зависимости от возраста. Соотношение случаев применения того либо другого антидепрессанта в группах было сопоставимо и статистически значимо не различалось. В I группе мirtазапин принимали 16 (46%) пациентов, циталопрам – 19 (54%) пациентов, во II группе соответственно – 11 (52%) и 10 (48%) пациентов. Группы различались по некоторым клинико-демографическим показателям. В I группе доминировали депрессии тоскливо-тревожной структуры ($p < 0,05$), во II наблюдалась относительно большая представленность тревожных и апатических депрессий. Статистически значимые различия выявлены по вариантам течения. Для I группы был характерен регулярный интермиттирующий тип ($p < 0,01$) и отсутствие континуального типа ($p < 0,05$). Вторая группа статистически значимо отличалась по количеству пациентов с наличием признаков органической недостаточности: предполагаемой, компенсированной ($p < 0,001$); выраженной, верифицированной ($p < 0,01$). Помимо этого, в I группе в отличие от II наблюдалось некоторое преобладание женщин; более частая встречаемость случаев рекуррентного депрессивного расстройства; относительно редкая констатация сопутствующей соматической патологии. Однако эти различия не достигали степени статистической достоверности. При изначальной оценке суммарного балла Шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D-17) [6] в обеих группах депрессии определялись как тяжелые и по степени тяжести не отличались. По выраженности тревожного компонента группы также были сопоставимы.

Параметры, характеризующие контрольную группу, представлены в табл. 1, 2. Контрольную группу составили 15 практически здоровых чело-

Таблица 1

Параметры мощности спектра в диапазоне LF контрольной группы (нормализованные единицы) для среднего возраста ($39,6 \pm 2,9$)

Диапазон	7.00 M±m	13.00 M±m	19.00 M±m	1.00 M±m	7/13	13/19	19/1	7/1
LF n=48	52,81±2,71**	54,14±2,54	52,00±2,58	50,32±2,88*	0,98	1,04	1,03	1,05

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – сравнивая контрольные группы среднего и пожилого возраста.

Таблица 2

Параметры мощности спектра в диапазоне LF контрольной группы (нормализованные единицы) для пожилого возраста ($66,0 \pm 4,0$)

Диапазон	7.00 M±m	13.00 M±m	19.00 M±m	1.00 M±m	7/13	13/19	19/1	7/1
LF n=12	36,81±5,22**	44,93±5,23	40,32±5,54	37,84±4,70*	0,82	1,11	1,07	0,97

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – сравнивая контрольные группы среднего и пожилого возраста.

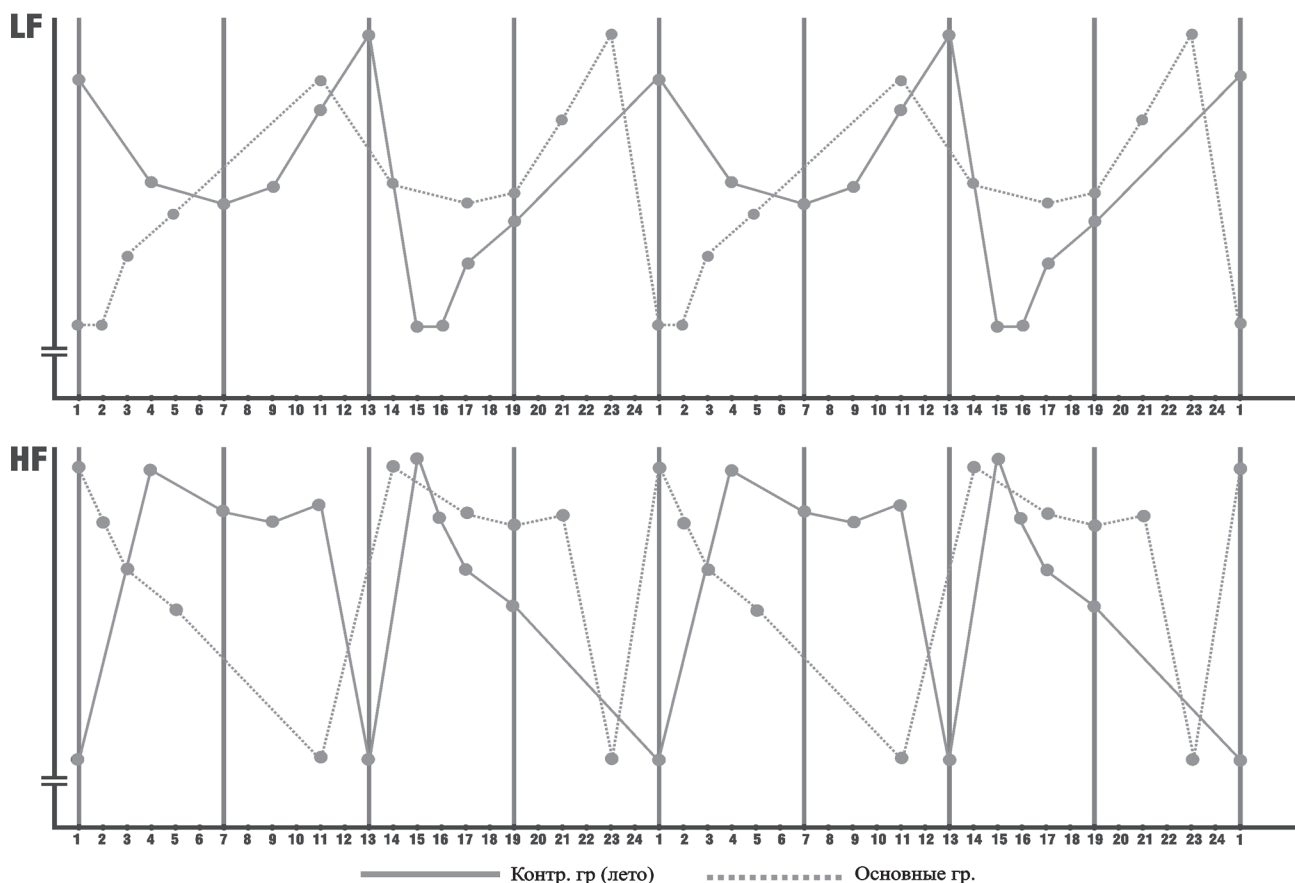


Рис. 1. Усредненное положение суточной кривой изменения параметров спектрального анализа вариабельности сердечного ритма на начальном этапе

век (средний возраст $44,9 \pm 2,4$ года). В ней также были выделены 2 подгруппы: в 1-ую вошли люди в возрасте от 29 до 49 лет, во 2-ую – старше 49 лет. Во избежание сезонных артефактов представители данной группы обследовались каждый сезон (в январе, апреле, июле и октябре), а затем уже выводились среднегодовые показатели. Число наблюдений составило 60, в 1-й подгруппе – 48, во 2-й – 12.

Результаты хронобиологического исследования

На начальном этапе исследования в обеих группах наблюдалась десинхронизация циркадианных ритмов исследуемых показателей и ритма сна-бодрствования, что проявлялось в смещении фаз в сторону более ранних часов суток. Усредненное положение кривой изменения исследуемых параметров на суточной оси отображено на рис. 1. Показатели мощности спектра в LF диапазоне до начала терапии представлены в табл. 3. Полученные данные

свидетельствуют об ослаблении мощности спектра в утренние и дневные часы, усилении в ночные в диапазоне LF; ослаблении спектральной мощности на протяжении всех суток в диапазоне HF в I группе. Во II группе наблюдалось усиление мощности спектра в утренние и ночные часы в диапазоне LF; ослабление на протяжении всех суток в HF-диапазоне. Параметры, характеризующие спектральную мощность LF-диапазона, в I группе были выше ночью, во II – утром, днем и вечером. Фазовый сдвиг исследуемых ритмов в направлении ранних часов суток в утренние и ночные часы был более выраженным в I группе, в дневные – во II.

К концу 1-ой недели терапии наблюдалась редукция суммарного балла HAMD-17, более выраженная в I группе ($p < 0,001$). Уменьшение уровня тревоги было сопоставимым. При сравнении с исходными данными в I группе в диапазоне LF на протяжении всех суток наблюдалось усиление мощности

Таблица 3

Параметры мощности спектра в диапазоне LF в группах среднего и пожилого возраста до начала курса терапии (нормализованные единицы)

Группы	7.00 M±m	13.00 M±m	19.00 M±m	1.00 M±m	7/13	13/19	19/1	7/1
1 гр. n=35	47,26±3,96*	44,94±3,95	45,63±3,13	52,29±4,50	1,05	0,98	0,87	0,90
2 гр. n=21	59,71±4,76*	47,33±5,73	47,14±5,60	51,57±5,22	1,26	1,00	0,91	1,16

Примечание: * – $p < 0,05$ – сравнивая I и II группы.

Таблица 4

Параметры мощности спектра в диапазоне LF в группах среднего и пожилого возраста после 1 недели терапии (нормализованные единицы)

Группы	7.00 M±m	13.00 M±m	19.00 M±m	1.00 M±m	7/13	13/19	19/1	7/1
I группа n=35	50,57±3,88	49,54±3,84	51,54±3,97	55,86±3,51	1,02	0,96	0,92	0,91
II группа n=21	56,29±4,98	54,52±4,57	52,24±4,11	59,19±4,16	1,03	1,04	0,88	0,95

спектра. В HF-диапазоне спектральная мощность несколько усиливалась в утренние и ночные часы, в дневные ослабевала. Для II группы в диапазоне LF было характерно ослабление мощности спектра утром, ее усиление – днем, вечером и ночью. В HF-диапазоне спектральная мощность усиливалась утром и вечером, а ослабевала днем и ночью. Для I группы было характерно увеличение отрицательного фазового сдвига утром и его уменьшение на протяжении остальных суток. Во II группе десинхронизационные тенденции усиливались на протяжении всех суток. Параметры мощности спектра в диапазоне LF после 1-ой недели терапии отражены в табл. 4.

К моменту выписки из стационара в I группе в утренние, дневные и ночные часы происходило усиление спектральной мощности в LF-диапазоне; изменения параметров мощности спектра в диапазоне HF были реципрокно противоположными. Во

II группе спектральная мощность в LF-диапазоне усиливалась в утренние и вечерние часы, ослабевала в дневные и ночные; ослабление мощности спектра в диапазоне HF наблюдалось в утренние, вечерние и ночные часы. При сравнении групп между собой во II группе на протяжении всех суток определялась большая величина параметров, характеризующих спектральную мощность LF-диапазона, и меньшая, характеризующих мощность спектра в диапазоне HF. При сравнении с контрольной, в I группе наблюдалось снижение спектральной мощности в LF-диапазоне в дневные часы, усиление – в утренние и вечерние; в диапазоне HF спектральная мощность была ослаблена на протяжении всех суток. Происходила незавершенная ресинхронизация исследуемых ритмов и цикла сна-бодрствования. Отрицательный фазовый сдвиг во II группе был более выраженный в утренние, дневные и вечерние часы (рис. 2, табл. 5).

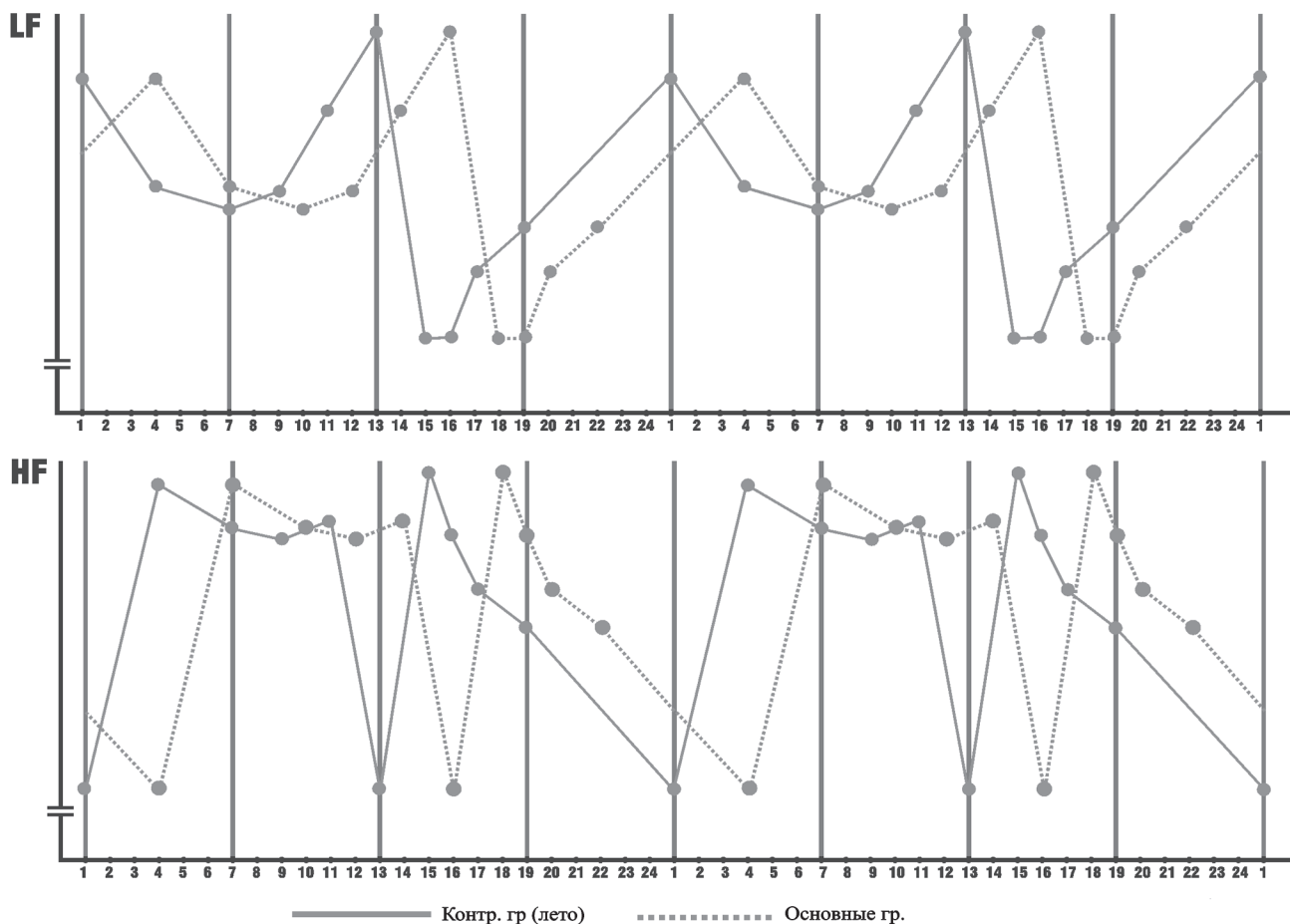


Рис. 2. Усредненное положение суточной кривой изменения параметров спектрального анализа вариабельности сердечного ритма на заключительном этапе

Параметры мощности спектра в диапазоне LF в группах среднего и пожилого возраста при выписке из стационара (нормализованные единицы)

Группы	7.00 M±m	13.00 M±m	19.00 M±m	1.00 M±m	7/13	13/19	19/1	7/1
I группа n=35	49,66±4,03*	48,69±2,88	41,20±3,74	48,26±3,22**	1,02	1,18	0,85	1,03
II группа n=21	61,62±4,41*	57,95±3,96	51,67±4,77	61,29±3,79**	1,06	1,12	0,84	1,01

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ – сравнивая I и II группы.

Таким образом, на начальном этапе исследования основные группы были статистически сопоставимы по выраженности депрессивной и тревожной симптоматики, в обеих наблюдалась десинхронизация циркадианных ритмов исследуемых показателей и ритма сна-бодрствования, что проявлялось в смещении фаз в сторону ранних часов суток. Фазовый сдвиг исследуемых ритмов в утренние и ночные часы был более выраженным в I группе (с возрастом пациентов менее 50 лет), в дневные – во II (с возрастом пациентов 50 лет и более). Уровень симпатикотонии в группе среднего возраста был выше ночью, в группе пожилого возраста – утром, днем и вечером. Парасимпатическое влияние на протяжении всех суток в обеих группах было ослабленным.

К концу 1-ой недели терапии наблюдавшаяся редукция суммарного балла HAMD-17 была более выраженной в I группе ($p < 0,001$). При сравнении с исходными параметрами в данной группе на протяжении всех суток отмечено усиление симпатического влияния на миокард. Парасимпатическое влияние несколько усиливалось в утренние и ночные часы, в дневные ослабевало. Для II группы усиление симпатического тонуса было характерно днем, вечером и ночью, а ослабление – утром. Парасимпатический тонус усиливался утром и вечером, а ослабевал днем и ночью. Четырехкратное исследование показателей спектрального анализа в I группе определяло увеличение отрицательного фазового сдвига утром и его уменьшение на протяжении остальных суток. Во II группе десинхронизационные тенденции усиливались на протяжении всех суток.

К моменту выписки из стационара более значительная редукция депрессивной симптоматики, уменьшение уровня тревоги отмечены в I группе. В ней в утренние, дневные и ночные часы вновь происходило усиление симпатического и ослабление парасимпатического влияния на миокард. Во II группе симпатический тонус нарастал только в

утренние и вечерние часы, а ослабевал в дневные и ночные; ослабление парасимпатических влияний наблюдалось в утренние, вечерние и ночные часы. При сравнении групп между собой во II группе на протяжении всех суток определялась большая величина параметров, характеризующих симпатическую, и меньшая, характеризующих парасимпатическую активность. Отрицательный фазовый сдвиг был более выраженным во II группе на протяжении почти всех суток – утром, днем и вечером.

Заключение

Выявленные изменения относительно независимы от применяемой терапии; некоторые особенности влияния циталопрама и мirtазапина требуют специального анализа и в данной работе не рассматриваются.

Обобщая изложенное, можно констатировать, что изначально более выраженные циркадианные десинхронизационные проявления для группы среднего возраста были характерны утром и ночью, для группы пожилого возраста – днем. В группе среднего возраста уже на начальном этапе терапии в дневные и ночные часы определялась тенденция к ресинхронизации, в группе пожилого возраста десинхронизация несколько усиливалась на протяжении всех суток. При выписке из стационара ресинхронизация была более завершенной в группе среднего возраста (несмотря на то, что для пожилого возраста характерно фазовое смещение циркадианных ритмов в направлении поздних часов суток, что должно бы способствовать быстрее и полнейшей ресинхронизации). При этом в группе пожилого возраста на протяжении всех суток наблюдалось более выраженное проявление симпатического и менее выраженное парасимпатического влияния на миокард. Все сказанное свидетельствует о снижении компенсаторных возможностей по ресинхронизации циркадианных ритмов по мере старения организма, что находит свое отражение в терапевтической динамике депрессий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концевой В.А. Функциональные психозы позднего возраста. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. С. 667–686.
2. Яничак Ф.Д. Принципы и практика психофармакотерапии. Киев: «Ника – Центр», 1999. С. 646–647.
3. Aschoff J. Disorders of the circadian system as discussed in psychiatric research // *Circadian rhythms in psychiatry* / T. Wehr, F.K. Goodwin (Eds.). The Boxwood Press, 1983. P. 33–39.
4. Aschoff J. On the aging of circadian systems // *Evolution of circadian clock*. Sapporo, 1994. P. 23–24.
5. Gellhorn E., Loofbourrow G.N. Emotions and emotional disorders. New York, Evanston and London, 1963. P. 52–70.
6. Hamilton M. A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1960. Vol. 23. P. 56–62.
7. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Task force of European society of cardiology and the North American society of pacing and electrophysiology // *Eur. Heart J.* 1996. Vol. 17. P. 354–381.
8. Lemke R. Über die vegetative depression // *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. Leipzig, 1949. Bd. 1. S. 161–166.

9. NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life // JAMA. 1992. Vol. 268. P. 1018–1023.

10. Weitbrecht H.J. Die chronische Depression // Wein Z. Nervenheilk. 1967. Vol. 24, N 4. P. 265–281.

11. Weitbrecht H.J. Psychiatrie im Grundriss. 3.Aufl. Berlin etc.:

Springer Verlag, 1973. 504 s.

12. Wirz-Justice A. Biological rhythms in mood disorders // Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress / F.E.Bloom, D.J.Kupfer (Eds.). New York: Raven Press, 1995. P. 999–1017.

13. Wirz-Justice A. Chronobiology and mood disorders // Dialogues Clin. Neurosci. 2003. Vol. 5, N 4. P. 315–325.

ВОЗРАСТНЫЕ КЛИНИКО-ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ЦИРКУЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИЙ

С. И. Андрушкявичус

Клинически были обследованы 141 больной циркулярными депрессиями. С целью уточнения возрастных хронобиологических особенностей развития и терапевтической динамики циркулярных депрессий у 56 пациентов для оценки вариабельности сердечного ритма использовался спектральный анализ, позволяющий определять параметры вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, а также косвенно оценить функцию гипоталамических структур. Определялись параметры спектральной мощности в низкочастотном – LF (low frequency) и высокочастотном – HF (high frequency) диапазонах. В исследование были включены только повторные фазы. Обследование проводилось 4 раза в сутки (в 1, 7, 13, 19 часов) при поступлении больных в стационар, в конце 1-ой недели терапии и при выписке. В зависимости от возраста весь массив был разделен на две группы. Первую группу составили 35 пациентов в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст $41,0 \pm 1,4$ года), вторую – 21 пациент в возрасте от 50 до 73 лет (средний возраст $56,6 \pm 1,4$ года). Изначально

более выраженные циркадианные десинхронизационные проявления для группы среднего возраста были характерны утром и ночью, для группы пожилого возраста – днем. В группе среднего возраста уже на начальном этапе терапии в дневные и ночные часы определялась тенденция к ресинхронизации, в группе пожилого возраста десинхронизация несколько усиливалась на протяжении всех суток. При выписке из стационара ресинхронизация была более завершенной в группе среднего возраста (несмотря на то, что для пожилого возраста характерно фазовое смещение циркадианных ритмов в направлении поздних часов суток, что должно бы способствовать быстрее и полнейшей ресинхронизации). Все вместе сказанное свидетельствует о снижении компенсаторных возможностей по ресинхронизации циркадианных ритмов по мере старения организма, что находит свое отражение в терапевтической динамике депрессий.

Ключевые слова: циркулярные депрессии, терапия, возрастные клинические и хронобиологические особенности.

AGE-RELATED CLINICAL AND CHRONOBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CYCLIC DEPRESSION DEVELOPMENT AND TREATMENT

S. I. Andrushkyavichus

In the course of this investigation, 141 patients with cyclic depression have been examined by means of clinical method. In order to investigate age-related chronobiological characteristics of cyclic depression development and treatment, in 56 patients spectral analysis has been used that allows to determine the parameters of vegetative regulation in cardiovascular system and also to estimate indirectly the functioning of hypothalamic structures. Specifically, the low and high frequency (LF and HF) spectrum parameters have been determined. Only repeated depression phases are included in investigation. The measurements were made 4 times a day (1, 7, 13 and 19 o'clock) on admission, then at the end of the first week of medication and on discharge from the hospital. Depending on the age, all the patients were divided into two groups. Group 1 included 35 patients aged 19 to 49 years (average age 41.0 ± 1.4 years), Group

2 included 21 patients aged 50 to 73 years (average age 56.6 ± 1.4 years). Baseline more pronounced circadian desynchronization phenomena showed in the morning and at night in Group 1, and in the afternoon in Group 2. Already at the initial phase of medication, Group 1 showed a tendency to resynchronization in the afternoon and at night while Group 2 showed slight increase of desynchronization 24 hours a day. On discharge, resynchronization was more complete in Group 1, though one could expect a faster and better resynchronization in older group due to general shift of circadian rhythms in direction of late hours. The data obtained testify to decrease of compensatory capacities of the body in the course of aging, which is also reflected in therapeutic dynamics of depression.

Key words: cyclic depression, treatment, age-related clinical and chronobiological characteristics.

Андрушкявичус Сергей Ионасович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением Республиканской психиатрической больницы, Вильнюс, Литва; e-mail: s.andruskevicius@rvpl.lt