

in the Adult. In Edmunds L.H. Cardiac Surgery in the Adult. – New York: McGraw-Hill; 1997. – P.278-282.

10. Hernandez F., Cohn W.E., Baribeau Y.R., et al. In-hospital outcomes of off-pump versus on-pump coronary artery bypass procedures: a multicenter experience // Ann Thorac Surg. – 2001. – Vol. 72. – P.1528-1534.

11. Immer F.F., Berdat P.A., Immer-Bansi A.S., et al. Benefit to quality of life after Off-Pump versus On-Pump coronary bypass surgery. // Ann Thorac Surg. – 2003. – Vol. 76. – P.27-31.

12. Jansen E.W., Grundeman P.F., Borst C., et al. Bredee Less invasive off-pump CABG using a suction device for immobilization: the 'Octopus' method // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 1997. – Vol. 12. – P.406-412.

13. Kshetry V.R., Flavin T.F., Emery R.W., et al. Does multivessel, off-pump coronary artery bypass reduce postoperative morbidity? // Ann Thorac Surg. – 2000. – Vol. 69. – P.1725-1731.

14. Légaré J.-F., Buth K.J., Hirsch G.M. Conversion to on pump from OPCAB is associated with increased mortality: results from a randomized controlled trial // Eur J Cardiothorac Surg. – 2005. – Vol. 27. – P.296-301.

15. Mack M.J., Bachand D., Acuff T., et al. Improved outcomes in coronary artery bypass grafting with beating heart techniques // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2002. – Vol. 124. – P.598-607.

16. Magee M.J., Jablonski K.A., Stamou S.C., et al. Elimination of cardiopulmonary bypass improves early survival for multivessel

coronary artery bypass patients // Ann Thorac Surg. – 2002. – Vol. 73. – P.1196-1203.

17. Massimo C., Reeves B.C., Rajkaruna C., et al. Incomplete Revascularization During OPCAB Surgery is Associated With Reduced Mid-Term Event-Free Survival // Ann Thorac Surg. – 2005. – Vol. 80. – P.2141-2147.

18. Motallebzadeh R., Bland J.M., Markus H.S., et al. Health-Related Quality of Life Outcome After On-Pump Versus Off-Pump Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Prospective Randomized Study. // Ann Thorac Surg. – 2006. – Vol. 82. – P.615-619.

19. Nathoe H.M., Van Dijk D., Jansen E.W.L., et al. A comparison of on-pump and off-pump coronary bypass surgery in low-risk patients // N Engl J Med. – 2003. – Vol. 348. – P.394-402.

20. Puskas J.D., Kilgo P.D., Lattouf O.M., et al. Off-Pump Coronary Bypass Provides Reduced Mortality and Morbidity and Equivalent 10-Year Survival // Ann Thorac Surg. – 2008. – Vol. 86. – P.1139-1146.

21. Spooner T.H., Hart J.C., Pym J. A two-year, three institution experience with the Medtronic Octopus: systematic off-pump surgery // Ann Thorac Surg. – 1999. – Vol. 68. – P.1478-1481.

22. Van Dijk, Nierich A.P., Jansen E.W.L., et al. Early outcome after off-pump versus on-pump coronary bypass surgery: results from a randomized study // Circulation. – 2001. – Vol. 104. – P.1761-1766.

Информация об авторах: Подкаменный Владимир Анатольевич – сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор, 664079, г.Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, ГУЗ ИОКБ, КХО №1, тел. (3952) 407851, e-mail: pvdm@inbox.ru;

Лиханди Дмитрий Игоревич – сердечно-сосудистый хирург, e-mail: likhandi_di@mail.ru; Чепурных Елена Евгеньевна – к.м.н., ассистент, сердечно-сосудистый хирург, 664079, г.Иркутск, мкр. Юбилейный, 100 ГУЗ ИОКБ, КХО №2, тел. (3952) 407850, e-mail: chepurnikh_ee@rambler.ru; Желтовский Юрий Всеволодович – заведующий кафедрой, сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор; Бородашкина Светлана Юрьевна – кардиолог;

Шаравин Анатолий Александрович – хирург; Медведев Александр Владимирович – сердечно-сосудистый хирург; Ерошевич Александр Викторович – сердечно-сосудистый хирург.

© ПЕТРУНЬКО О.В., КИСЕЛЬ С.В. – 2012
УДК 616.89-008.45-036.12

ХРОНИФИЦИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ (КЛИНИКА, ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ)

Ольга Вячеславна Петрунько, Светлана Васильевна Кисель

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. Среди стационарного контингента обследовано 53 пациента с текущим хронифицированным (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом по МКБ-10. Группу сравнения составили пациенты (n=30) с рекуррентным депрессивным расстройством и длительностью депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев, период допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений у них был меньше, чем в первой группе. Пациентов с хронифицированным течением депрессивного эпизода (в модели логистической регрессии с ОШ от 2,16 до 5,93 в 95% ДИ) отличали: наследственная отягощенность аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства, наличие в анамнезе экзогенной компрометации мозга, нестабильность семейного положения, наличие психотравмирующих ситуаций, сопутствующая сосудистая патология головного мозга, сезонность возникновения депрессивных расстройств в осенне-весенний период, резистентность к ранее проводимой психофармакотерапии.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, хронифицированное течение, клиника, факторы формирования.

CHRONIC DEPRESSION (CLINICAL MANIFESTATIONS, FORMING FACTORS)

O.V. Petrunko, S.V. Kisel

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. Among the hospitalized group 53 patients with current chronic (duration longer than 2 years) depressive episode according to ICD-10 have been examined. The comparison group consisted of patients (n = 30) with recurrent depressive disorder and depressive episodes lasting no more than 6-8 months. The patients with chronic course of depressive disorder (in a logistic regression model with OR 2,16 to 5,93 in 95% CI) are characterized by: family history of affective disorders among first-degree relatives, the presence of exogenous brain compromise, unstable marital status, associated vascular pathology of the brain, the presence of stressful situations, seasonal occurrence of depressive disorder in autumn and spring period, resistance to previously prescribed psychopharmacotherapy.

Key words: depressive disorder, chronic course, clinical manifestations, forming factors.

Хронифицированные депрессии являются одной из наиболее актуальных проблем аффектологии в современной отечественной и зарубежной психиатрии.

Значительный интерес исследователей к этой проблеме обусловлен их широкой распространённостью среди депрессивных состояний – до 30-35% [10], высо-

ким уровнем психосоциальных нарушений у больных, страдающих длительными эндогенными депрессиями. Остаются нерешенными многие спорные вопросы, связанные с клинико-психопатологической неоднородностью и особенностями течения хронифицированных депрессий. До настоящего времени существует неполное представление о факторах, определяющих хроническое течение депрессивного расстройства.

Хронические депрессии отличаются большим количеством ранее перенесенных депрессивных эпизодов, большей длительностью заболевания [11], значительным нарушением социального функционирования [9]. После проведенной терапии у пациентов с хроническими депрессиями в 37% отмечалось рецидивирование депрессивной симптоматики в течение 6 месяцев [8], в 50% – в течение года [7].

Среди предполагаемых детерминант формирования хронической депрессии рассматриваются особенности развития в детском возрасте, преморбидная структура личности, наличие психосоциальных стрессов, коморбидная патология, биологические и когнитивные факторы [12]. К клиническим критериям хронификации относят дисгармоничность депрессивной триады и основных компонентов депрессии уже на инициальном этапе формирования, выраженность тревожных проявлений, ипохондрическую окраску идей самообвинения, наличие симптомов невротического регистра в остром периоде [5]. К предикторам хронического течения депрессии также относят повторность рецидивов и качество ремиссий. С увеличением числа эпизодов увеличивается вероятность повторных депрессий. В качестве важного критерия, позволяющего прогнозировать хронификацию состояния, рассматривается наличие резидуальной симптоматики в ремиссии. Не менее важен и возраст начала: дебют заболевания в молодом или пожилом возрасте означает тенденцию к затяжному течению. Значимым фактором хронификации депрессии является коморбидность с неаффективными психическими расстройствами (психогения, расстройства влечения в виде зависимости от психоактивных веществ), соматической патологией, расстройствами личности. В качестве предиктора хронификации депрессии рассматривается и неадекватная терапия: несвоевременное начало лечения или его преждевременная отмена, использование недостаточных для купирования расстройства доз антидепрессантов [6].

Цель работы: изучение клинических особенностей хронифицированных депрессивных расстройств, уточнение факторов неблагоприятного течения заболевания.

Материалы и методы

Обследованы 53 стационарных пациента (48 женщин и 5 мужчин) с текущим хронифицированным (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом (ДЭ по МКБ-10) в рамках аффективного психоза с относительно поздним манифестом заболевания в возрасте 35-55 лет. Группу сравнения составили 30 пациентов (28 женщин и 2 мужчин) с рекуррентным депрессивным расстройством и длительностью депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев. Диагностика депрессивного эпизода (ДЭ) и определение его тяжести осуществлялись в соответствии с критериями МКБ-10. Из исследования исключались пациенты депрессией, ассоциированной с обсессивно-компульсивным расстройством, а также вялотекущая шизофрения с синдромом небредовой ипохондрии. Пациенты находились на лечении в условиях пограничных отделений или дневного стационара Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1 в 2009-2012 гг. и дали информированное согласие на участие в исследовании.

По уровню образования пациенты с хронифицированной депрессией распределились следующим образом: высшее – 18,9%, незаконченное высшее – 3,8%, средне-

специальное – 56,6%, общее среднее – 5,1%, неполное среднее образование – 5,6% человек. Профессиональный статус: квалифицированные рабочие – 7,5%, лаборанты/техники – 13,2%, преподаватели/врачи – 5,7%, работники сферы обслуживания – 24,5%, служащие – 41,6%, неквалифицированные рабочие – 7,5%. В браке состояли 62,3% пациентов, в разводе – 24,5%, вдовство – 11,3%, в браке не состояли – 1,9%. Инвалидами были признаны – 69,8% человек, из них 91,9% имели 2 группу инвалидности.

Среди пациентов с хронифицированным течением единичный депрессивный эпизод выявлен у 17%, рекуррентное течение – 83%. Средний возраст к моменту исследования был равен $50,5 \pm 0,7$ лет. Порядковый номер актуального хронифицированного депрессивного эпизода варьировал от 1 до 9, его длительность колебалась от 24 месяцев до 5 лет, средняя длительность составила $39,1 \pm 2,6$ месяцев.

В настоящем исследовании использована инновационная технология в регистрации депрессивной, тревожной и коморбидной симптоматики в структуре депрессии в виде аффектограммы [1,2]. Порядок составления аффектограммы включает два этапа. На первом этапе регистрируется симптоматика по мере ее предъявления пациентом с последующим уточнением ее полноты. Второй этап оформления аффектограммы содержит группировку симптоматики в диагностические блоки: депрессивный с указанием тяжести депрессии (депрессивный эпизод по МКБ-10) и оттенка сниженного настроения (гипотимии); перманентной тревоги в виде генерализованного тревожного расстройства с выделением когнитивной, психической и соматической (вегетативной) составляющей; сенсорный с указанием структуры патологических телесных ощущений (алгии, сенестозии, алготермии), их локализаций и степени генерализации (моно-, би- и полилокальные); идеаторный (денотат депрессии, содержание навязчивых тревожных опасений); наличие/отсутствие идеаторной и/или моторной заторможенности; атипичной симптоматики, а также коморбидных расстройств, к примеру, в виде различных вариантов пароксизмальной/пароксизмальноподобной тревоги с/без агорафобии. Преимущество аффектограммы состоит также в том, что на ее основе формируется наиболее полный диагноз с указанием: тяжести и типа депрессии, структуры и степени генерализации ПТС, идеаторных образований (неипохондрическое, ипохондрическое и смешанное содержание), особенностей депрессивной триады, возможного включения атипичной симптоматики, коморбидных расстройств.

При статистической обработке в модели логистической регрессии определяли отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ); производили расчет t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Среди пациентов с хронифицированным депрессивным расстройством среди родственников первой степени родства в 47,2% выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями: аффективные расстройства – 17,0%, шизофрения – 9,4%, алкоголизм – 26,4%, эпилепсия – 7,5%, завершённый суицид – 9,4%.

Почти у половины (49,1%) пациентов с хронифицированной депрессией на основании анамнестических сведений, полученных от пациентов и родственников, медицинской документации в доманифестном периоде выявлены сведения об экзогенной компрометации мозга. К экзогенной компрометации мозга относились: перинатальная патология (недоношенность) – 24,5%, тяжелые инфекции детского возраста с выраженной интоксикацией – 18,9%, черепно-мозговые травмы легкой и средней степени тяжести – 45,3%. У пациентов в анамнезе выявлены проявления резидуальной церебрально-органической недостаточности: плохая переносимость

жарких и душных помещений (86,8%), езды на транспорте (79,3%), инсоляций (77,4%), метеотропная лабильность (96,2%).

Допсихиатрический этап наблюдения с момента первых появлений аффективных нарушений варьировал от 2 до 190 месяцев, в среднем составил $35,3 \pm 5,5$ месяцев. В случае рекуррентного течения текущему хронифицированному депрессивному эпизоду предшествовала ремиссия длительностью от 1 до 5 лет, причем во всех наблюдениях в структуре ремиссии присутствовали стертые субдиагностические депрессивные и тревожные проявления. На этапе формирования хронифицированного депрессивного эпизода к собственно депрессивной симптоматике присоединялись астенические, психовегетативные и диссомнические проявления. Более чем у половины (71,7%) больных манифестации хронифицированной фазы предшествовали различные провоцирующие факторы: в 62,3% случаев – психогенный фактор, 11,3% – соматогенный. В 26,4% хронифицированная депрессия формировалась аутохтонно.

У большинства пациентов (62,3%) выявлено наличие стрессовых факторов, предшествующих возникновению хронифицированного депрессивного эпизода. В большинстве наблюдений отмечено наличие от 1-х до 3-х стрессоров у каждого из пациентов. Временные отношения между стресс-факторами, предшествующими формированию хронифицированной депрессии, характеризовались наслаиванием одного стресс-фактора на другой, либо следованием одного стресс-фактора за другим с незначительным интервалом во времени. В большинстве случаев имело место «отставленное развитие» хронифицированной депрессивной фазы спустя несколько месяцев с момента психогенного с постепенным развитием депрессивной симптоматики. В ряде случаев отмечено хроническое действие стрессового фактора. Выделено три субъективных значения или личностного смысла актуальной психотравмирующей ситуации [3] в виде «Утраты», «Угрозы» и «Вызова». У пациентов с хронифицированным типом депрессии стрессовые факторы с содержанием «Утраты» (32,1%), «Угрозы» (43,4%) и «Вызова» (9,4%) оказались близкими по частоте. Содержание стрессора по типу «Утраты» включало (18,9%) потерю близкого человека, объекта привязанности и любви, межличностных связей – смерть супруга, детей, матери, развод после многих лет счастливого брака. Следующим по частоте в понятие «Утраты» (15,1%) была включена потеря материального благополучия в связи с необходимостью отдачи большого долга супруга, увольнение с хорошо оплачиваемой работы. К содержанию стрессового фактора в виде «Утраты» отнесена и потеря (3,8%) опоры в жизни (моральной и бытовой), например, смерть супруга, который финансово обеспечивал семью.

В 18,9% стрессовый фактор в виде «Угрозы» был связан с потерей социального статуса (сокращение в связи с предстоящей реорганизацией предприятия; опасение потерять работу из-за достижения пенсионного возраста); выступал в виде угрозы собственному здоровью в связи с подозрением на наличие онкологического заболевания, оперативного удаления опухоли на ранней стадии с необходимостью регулярного наблюдения у онколога (11,3%); собственному/семейному благополучию (20,8%), главным образом, материальному, в связи с переходом на менее оплачиваемую работу. Реже содержание стрессора по типу «Угрозы» было представлено угрозой здоровью значимого лица (к примеру, инсульт у пожилого отца, диагностика эпилепсии у дочери) (9,4%), физического насилия (9,4%).

Субъективное личное значение стрессового фактора в виде «Вызова» представлено проблемами в семье – алкоголизация сына, конфликт с зятем; с непосредствен-

ным начальником по работе (17,0%), отсутствие помощи со стороны мужа в воспитании детей, выполнении бытовых обязанностей, а также обвинения, претензии и оскорбления в адрес жены (13,2%). В ряде случаев ситуация отвержения дополнялась игнорированием супружеской верности, которая дополнялась алкоголизацией и агрессией. Значительно реже (3,8%) содержание психотравмирующих обстоятельств, предшествующих формированию хронифицированной депрессии, включало: стремление бывшей свекрови взять на воспитание детей от первого брака сына, вынужденную продажу квартиры для погашения долгов.

Тип депрессии определялся на основании наличия/отсутствия вербализованной тоски, перманентной тревоги в виде генерализованного тревожного расстройства [2,4]. В итоге, в 30,2% диагностирован тревожный, в 69,8% – тоскливо-тревожный тип депрессии. По тяжести ДЭ к моменту начала терапии пациенты распределялись следующим образом: умеренный – 15,1%, тяжелый без психотических симптомов – 84,9%.

В соответствии с критериями МКБ-10 у пациентов с хронифицированным депрессивным расстройством выявлены следующие типичные симптомы депрессии: сниженное настроение – 100,0%, утрата интересов и

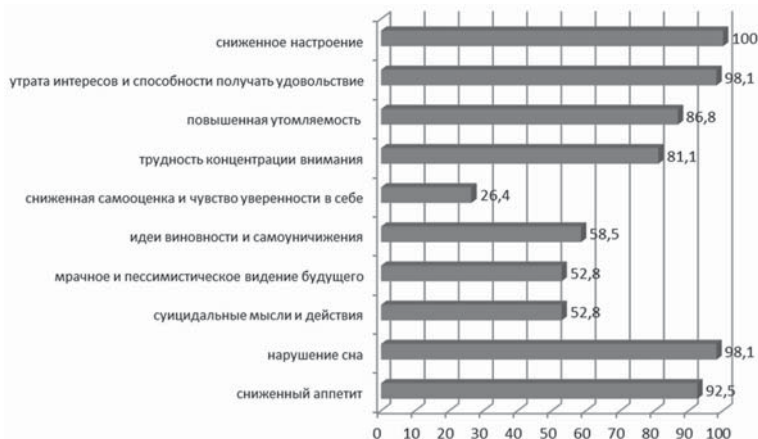


Рис. 1. Депрессивная симптоматика (в %) по МКБ-10 у пациентов с хронифицированным депрессивным расстройством.

способности получать удовольствие – 98,1%, повышенная утомляемость – 86,8% (рис. 1). Наиболее часто первое ранговое место в субъективном восприятии симптомов депрессии [2] занимали жалобы на утрату интересов и способности получать удовольствие (41,5%), второе – сниженное настроение (35,9%), третье – повышенная утомляемость (22,6%). Среди дополнительных симптомов депрессии по МКБ-10 диагностированы: трудность концентрации внимания – 81,1%, сниженная самооценка и чувство уверенности в себе – 26,4%, идеи виновности и самоуничтожения – 58,5%, мрачное и пессимистическое видение будущего – 52,8%, мысли о потере смысла жизни, нежелании жить – 52,8%, нарушение сна – 98,1%, сниженный аппетит – 92,5%.

В 34,0% наблюдений в качестве коморбидной симптоматики имелись основания для диагностики панического расстройства, в 15,1% – в сочетании с агорафобией. В клинике хронифицированного депрессивного расстройства выявлено наличие патологических телесных ощущений в виде алгий (37,7%), сенестоалгий (41,5%).

Клиническую картину хронифицированной депрессии отличает постепенное нарастание адинамической и ангедонической симптоматики (77,4%), в 18,9% течение депрессии приобретало черты монотонности, ригидности, стереотипности клинических проявлений («застывшая симптоматика»), значительно реже (3,8%) отмечена смена психопатологического регистра симптоматики при актуализации преимущественно невротоподобной симптоматики на фоне послабления аффективных нарушений.

Таблица 1

Сравнительный статистический анализ факторов формирования депрессивного расстройства с хронифицированным течением

Фактор формирования	Тип течения				ОШ (95%ДИ)	χ ² (p)
	хронифициро- ванное ДР (n=53)		рекуррентное ДР без хронизации (n=30)			
	абс.	%	абс.	%		
Наследственная отягощенностью аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства в анамнезе	9	17,0	1	3,9	5,93 (0,92-10,60)	2,2 (p=0,138)
Экзогенная компрометация мозга (перинатальная патология, тяжело протекающие инфекции детского возраста, перенесенные ЧМТ)	26	49,1	9	30,0	2,25 (-0,38 - 4,78)	2,1 (p=0,145)
Нестабильное семейное положение (одиокие, разведенные, вдовы)	20	37,7	6	20,0	2,42 (-0,46 - 5,27)	2,0 (p=0,153)
Актуальные психотравмирующие ситуации	33	62,3	13	43,3	2,16 (-0,39 - 4,57)	2,0 (p=0,151)
Сосудистая патология головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия)	35	66,0	11	36,7	3,36 (0,75 - 5,84)	5,5 (p=0,018)
Сезонность возникновения депрессивных расстройств в осенне-весенний период	37	69,8	14	46,7	2,64 (0,12 - 5,16)	3,4 (p=0,065)
Резистентность к ранее проводимой адекватной психофармакотерапии	19	35,9	5	16,7	2,79 (-0,23 - 5,82)	2,6 (p=0,110)
Средняя длительность периода допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений, мес.	35,3±5,5		18,9±4,2		-	p=0,04

Проведен сравнительный статистический анализ (определение отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ); расчет t-критерия Стьюдента) факторов формирования хронифицированного течения депрессивного расстройства среди двух групп пациентов: хронифицированная депрессия (n=53) и группы сравнения (n=30) с рекуррентным депрессивным расстройством (ДР) и длительностью депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев (табл. 1).

Пациенты с хронифицированным течением депрессивного расстройства в отличие от пациентов группы сравнения характеризуются: наследственной отягощенностью аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства (ОШ 5,93; 95% ДИ 0,92-10,60), наличием в анамнезе экзогенной компрометации мозга (перинатальная патология, тяжело протекающие инфекции детского возраста, перенесенные ЧМТ) (ОШ 2,25; 95% ДИ -0,38-4,78), нестабильностью семейного положения (одиокие, разведенные, вдовы) (ОШ 2,42; 95% ДИ -0,46-5,27), наличием актуальных психотравмирующих ситуаций (ОШ 2,16; 95% ДИ -0,39-4,57), сопутствующей сосудистой патологией головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатии) (ОШ 3,36;

95% ДИ 0,75-5,84, p=0,018), сезонностью возникновения депрессивных расстройств в осенне-весенний период (ОШ 2,64; 95% ДИ 0,12-5,16), резистентностью к ранее проводимой психофармакотерапии (ОШ 2,79; 95% ДИ -0,23-5,82). Средняя длительность периода допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений была статистически значимо больше у лиц с хронифицированным ДЭ (p=0,04).

Таким образом, на основе выделенных факторов риска формирования хронифицированного течения депрессивного расстройства, возможно, проведение специальных противорезистентных терапевтических мероприятий. Существенную роль в улучшении клинического и социального прогноза для данной категории пациентов может играть коррекция управляемых факторов хронифицированного течения, таких как своевременная диагностика депрессивных состояний с минимизацией периода неадекватного допсихиатрического наблюдения, коррекция проявлений экзогенной компрометации и сосудистой патологии головного мозга, психотерапевтическая помощь при психотравмирующих ситуациях, особенно, среди лиц с нестабильным семейным положением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.С. Новая технология в оценке структуры депрессивного расстройства // Актуальные проблемы клинической медицины. – Иркутск, 2004. – С.94-95.
2. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. 2-е изд., доп. и перераб. – Иркутск, 2010. – 370 с.
3. Головизнина О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №4. – С.4-8.
4. Петрунько О.В., Бобров А.С., Хамарханова А.А. и др. Значение генерализованного тревожного расстройства в формировании клинических особенностей депрессии // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – №6. – С.116-118.
5. Пуховский А.А. Хронические депрессии (психопатология, клиника, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 25 с.
6. Смуглевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. –

2002. – №4. – С.128-132.

7. Agosti V. One year clinical and psychosocial outcomes of early-onset chronic depression // Journal of Affective Disorders. – 1999. – Vol. 54. №1-2. – P.171-175.
8. Agosti V., Stewart J.W. Six month follow-up of early-onset chronic depression // Depression. – 1996. – Vol. 4. №2. – P.63-67.
9. Benazzi F. Chronic depression: a case series of 203 outpatients treated at a private practice // Journal of Psychiatry & Neuroscience. – 1998. – Vol. 23. №1. – P.51-55.
10. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey // Arch Gen Psychiatry. – 1994. – Vol. 51. №1. – P.8-19.
11. Koekoek B., van Meijel B., Schene A., et al. Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression // Journal of Advanced Nursing. – 2008. – Vol. 62. №6. – P.689-697.
12. Riso L.P., Miyatake R.K., Thase M.E. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors // Journal of Affective Disorders. – 2002. – Vol. 70. №2. – P.103-115.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел. (3952) 464568, e-mail: Petrounko@mail.ru; Петрунько Ольга Вячеславна – доцент кафедры, к.м.н., доцент; Кисель Светлана Васильевна – аспирант кафедры.