

Еликова Е.П., Цапок П.И.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И БИОХИМИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ
ПРИ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН**
ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава», г. Киров

Активное обращение исследователей в последние десятилетия к изучению депрессивных расстройств обусловлено широкой распространенностью депрессивных состояний. Ежегодно каждый четырнадцатый человек в мире заболевает депрессией. В среднем каждый пятый хотя бы раз в жизни переносит депрессивный эпизод. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется ростом старших возрастных групп в общем составе населения. Депрессии – одна из двух, наряду с деменциями, основных форм психической патологии позднего возраста. Распространенность депрессий в период старения в 2 раза и более превышает распространенность депрессий в молодом и среднем возрасте. Женщины страдают в 2 раза чаще, чем мужчины, Это касается и большой депрессии, и дистимических нарушений. Депрессия – состояние мультифакторной этиологии, включающее генетические, биохимические, гормональные, психологические и социальные компоненты. Особенно важным этиопатогенетическим аспектом в развитии депрессий у женщин является связь их эмоционального состояния с нейроэндокринной системой, обеспечивающей менструально-генеративную функцию. Эта связь наиболее отчетливо прослеживается в критические периоды гормональной перестройки.

Депрессивные расстройства часто остаются незамеченными врачами соматического профиля и недостаточно осознаются самими пациентами. Депрессивная симптоматика у лиц позднего возраста может быть расценена как психологически понятная, являющаяся следствием жизненной ситуации или соматического заболевания. Было обнаружено, что при первичном обращении к врачу депрессия регистрируется лишь в 20% случаев и при дальнейшем обследовании эта цифра увеличивается до 27% (H.G. Koenig et al., 1989).

Приводимые в литературе данные относительно частоты депрессий в позднем возрасте довольно противоречивы и оцениваются в широком диапазоне - от 0,5 до 60% (Э.Я. Штернберг, 1977; С.И. Гаврилова, 1984; Ф.Ф.Дж. Яничак и соавт., 1999). Это можно объяснить целым рядом факторов: различиями, существующими во взглядах на характер и границы психических расстройств в периоды пресениума и сениума, использованием разных методик в диагностировании депрессии, наличием сопутствующих соматических расстройств, значительным количеством принимаемых лекарственных препаратов, огорчениями и потерями, присущими этому возрастному периоду и т.д.

Многофакторность этиопатогенеза поздних депрессий требует освещения с позиции системного подхода. Необходимой предпосылкой для решения вышеуказанного является комплексное исследование клинико-патогенетических закономерностей терапевтической динамики депрессий с учетом взаимодействия биологических и клинических факторов. Диагностика состояний депрессии базируется на комплексной основе с учетом результатов клинико-биохимического анализа. Ведь глубокие основы патологических процессов могут быть поняты на клеточном и молекулярном уровнях при изучении метаболизма химических веществ, а также ферментов, катализирующих биохимические процессы в организме и гормонов, выполняющих регуляторную функцию. В то же время, определение даже значительного количества биохимических показателей, хотя и позволяет получить представление о характере нарушения обменных процессов при патологии, часто требует биохимических комбинаций исследований метаболизма и проведения функциональных проб. Наибольшую ценность при этом имеют биохимические синдромы – строго закономерные сочетания нарушенных звеньев того или иного метаболического процесса, а также биохимические комбинации исследования метаболизма и функциональных проб.

Целью исследования было провести комплексное изучение клинических и биохимических и показателей при поздних депрессиях у больных женского пола и выделить биохимические синдромы при депрессивных расстройствах.

Методы исследования: клинико-психопатологический с использованием специальной психопатологической карты; клинико-терапевтический с применением шкал тревоги и депрессии Гамильтона; биохимический с изучением показателей липидограммы и состояния оксидантно-антиоксидантного баланса; статистический.

Обследовано 78 больных женского пола в возрасте 64,4±2,5 лет с картиной рекуррентного депрессивного расстройства. В качестве контроля обследовано 35 женщин аналогичного возраста без психических расстройств.

Материалом для биохимического исследования

служила кровь, полученная пункцией из локтевой вены, в количестве 7,0 мл в пробирки для взятия крови фирмы «Vacutanet» (США), в качестве консерванта служил раствор этилендиаминтетраацетат (ЭДТА) в концентрации 1 мг/мл. ВЧ работе использованы классические и современные биохимические методы исследования [Камышников В.С., 2000]. Тотальные липиды (ТЛ) определяли по реакции с сульфифосфованилиновым реактивом; уровень общего холестерина (ХС) и его фракций – эстерифицированного, свободного, а также в составе липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) – по реакции с хлорным железом по методу Златкиса-Зака; триацилглицеролы (ТАГ) – стандартным набором реактивов фирмы «Lachema» (Чехия). О состоянии процессов липопероксидации (ЛПО) судили по интенсивности индуцированной пероксидом водорода хемилюминесценции (ХЛ) в присутствии избытка ионов Fe^{2+} , определяемой с помощью хемилюминометра Emilite El 1105. Определяли общую светосумму [S] за 30 и 60 сек, среднюю скорость реакции за каждые 10 сек измерения и максимальную вспышку интенсивности ХЛ за время измерения (I_{max}) [Цапок П.И., Галкин А.А., 1998]. Определяли также конечные продукты ЛПО, с которыми дает реакцию 2-тиобарбитуровая кислота (ТБК-ассоциированные продукты – ТБК-ап) спектрофотометрически при длине волны 535 нм. В плазме крови изучали содержание диеновых конъюгатов (ДК), экстрагированных гептан-изопропаноловой смесью; в гептановой фазе измеряли количество ДК при длине их максимального поглощения (233 нм) на спектрофотометре СФ-46. Полученный цифровой материал обработан методами вариационной статистики. Средние величины вычисляли параметрическими методами, достоверность разницы определяли по t – критерию Стьюдента. Учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$).

Результаты. Выявлены клинические особенности течения депрессивных расстройств у пожилых женщин, которые характеризовались наличием у всех пациенток признаков меланхолии; в 72% случаев – симптомов тревоги.

Больные в процессе терапии были разделены на две группы в зависимости от возраста манифестации депрессии: с ранним началом (первый эпизод возник в возрасте до 60 лет) и с поздним началом (первый эпизод возник после 60 лет). В 55,2% случаев заболевание манифестировало в возрасте от 45 до 59 лет, в 37,3 % - в возрасте от 60 до 69 лет и в 7,5 % - в возрасте 70 лет и старше. Длительность его у большинства составила более 10 лет. Показатели качества жизни были ниже, чем в среднем у населения России.

Манифестация позднего подтипа чаще провоцировалась соматическими расстройствами, частота расстройств познавательной сферы составила 78%, изучение семейного анамнеза на предмет

наличия депрессивных расстройств выявил наследственную отягощенность в 32,8% наблюдений.

В первой группе клинко-синдромальная структура депрессивного состояния была представлена тревожными (52%), меланхолическими (33%) и анергическими (15%) проявлениями. В клинической картине преобладали тревожные и ипохондрические черты. Во второй группе клинические варианты депрессивного расстройства (тревожный, меланхолический, анергический) были представлены соответственно в 35%, 40% и 25% наблюдений.

Определение обеспеченности организма пожилых витаминами выявило во всех группах достоверное снижение тиамина, альфа-токоферола и аскорбата по сравнению с женщинами репродуктивного возраста, что коррелировало со сдвигами биохимических показателей метаболизма. Обнаружено, что такие критерии как уровень общего белка, среднемолекулярных пептидов (СМП), ТЛ, ЛНПН, ТАГ, ХС и его фракций ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП, показатели свободнорадикального окисления и процессов ЛПО наиболее полно коррелировали с клиническими проявлениями депрессивных расстройств.

При этом выраженность снижения обеспеченности организма витаминами сопровождалась соразмерным повышением в сыворотке крови уровня показателей первичных и конечных продуктов ЛПО. Выявлена также высокая информативность метаболических синдромов: нарушения эндокринно-регуляторной функции, нарушения окислительно-восстановительных процессов и энергетического обмена, а также развития алиментарной недостаточности. Характерно, что синдром липидной перекисидации неуклонно прогрессирует в результате нарастания, как интенсивности процессов ЛПО, так и дефицита факторов АОЗ при депрессивных расстройствах у пожилых.

Вывод.

Использование биохимического мониторинга процессов метаболизма открывает новые возможности для анализа механизмов развития депрессий у пожилых, направлено на улучшение диагностики и профилактики заболеваний.

Литература

1. Камышников В.С. Справочник по клинко-биохимической лабораторной практике. В 2-х томах. – Минск: Беларусь, 2000. – 963 с.

2. Цапок П.И., Галкин А.А. Хемилюминесцентный метод определения продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови // Информационный листок №75-98 Кировского ЦНТИ. – Киров: ЦНТИ, 1998. – 3 с.

3. Еликова Е.П., Цапок П.И. Клинко-биохимические особенности депрессий позднего возраста // Материалы научной сессии Пермской государственной медицинской академии. – Пермь: ПГМА. – 2000. – с.58.

4. Еликова Е.П. Исследование обмена липидов при когнитивно-бихевиоральной психотерапии в комплексном лечении поздних депрессий // Вестник РГМУ. – М.: РГМУ. – 2004. - № 3(№);. – с. 156.

5. Цапок П.И., Еликова Е.П. Экоциальные факторы и метаболические синдромы при формировании депрессий позднего возраста // Паллиативная медицина и реабилитация. М. – 2003. - № 4. – С. 40.