

9. Uauy R. Dietary fat quality for optimal health and well-being: overview of recommendations. *Ann. Nutr. Metab.* 2009; 54 (Suppl. 1): 2—7.
10. Severin E.S., Aleynikova T.L., Osipov E.V. *Biological chemistry*. (Biologicheskaya chimiya). Moscow: Meditsina; 2000. (in Russian)
11. Galenok V.A., Dikker E.V., Gostinskaya E.V. et al. The spectrum of free fatty acids, and the rheological properties of red blood cells in people with impaired glucose tolerance and diabetes mellitus. *Problemy endocrinologii*. 1991; 2: 17—20. (in Russian)
12. Folch J., Lees M., Sloane-Stanley A.G.H. A simple method for isolation and purification of total lipids from animal tissues. *J. Biol. Chem.* 1957; 226: 497—509.
13. Serebryakova O.V., Govorin A.V., Prosyani V.I., Baksheeva E.V. The fatty acid composition of blood and erythrocyte membrane lipids in patients with hypothyroidism with diastolic dysfunction of the left ventricle. *Klinicheskaya meditsina*. 2008; 2: 40—3. (in Russian)
14. Gavrilov V.B., Mishrordnaya M.I. The spectrophotometric determination of lipid hydroperoxide in plasma. *Laboratornoe delo*. 1983; 3: 33—5. (in Russian)
15. Yagi Y., Matsuda M. Formation of lipoperoxide in isolated sciatic nerve by chinophorm-ferric chelate. *Experimentia*. 1976; 32(7): 905—6.
16. Davison G.W., George L., Jackson S.K. et al. Exercise, free radicals, and lipid peroxidation in type 1 diabetes mellitus. *Free Radic. Biol. Med.* 2002; 33(11): 1543—51.

Поступила 30.09.13
Received 30.09.13

Лекции

© БАРДЕНШТЕЙН Л.М., 2014

УДК 616.895.4-036.1

*Барденштейн Л.М.**

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ДИНАМИКА ДИСТИМИИ

Кафедра психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова,
127473, Москва, Россия

*Барденштейн Леонид Михайлович. E-mail: barden@mail.ru

♦ Лекция посвящена дистимии, являющейся подтипом хронического монополярного аффективного расстройства, ведущей к снижению качества жизни, инвалидизации и преждевременной смерти пациентов и представляющей в настоящее время серьезную медицинскую проблему. Приводятся данные, касающиеся клинического и эпидемиологического аспектов дистимии. В данной публикации внимание сфокусировано на диагностических критериях дистимии Международной классификации болезней 10-го пересмотра, позволяющих отграничить низкоуровневое субдепрессивное расстройство от большой депрессии. Рассматриваются современные подходы к проблеме дифференциальной диагностики дистимии, в частности в подростковом возрасте.

Ключевые слова: дистимия; качество жизни; диагностические критерии дистимии.

Bardenshtein L.M.

THE CLINICAL CRITERIA AND DYNAMICS OF DYSTHYMIA

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia

♦ The lecture is devoted to dysthymia as a sub-type of chronic unipolar affective disorder resulting in decrease of quality of life, disability and premature death of patients. Nowadays, this pathology represents serious medical problem. The data is presented concerning clinical and epidemiological aspects of dysthymia. The publication is focused on diagnostic criteria of dysthymia according ICD-10 making possible to distinguish low-level sub-depressive disorder from major depression. The actual approaches to problem of differentiated diagnostic of dysthymia, particularly in adolescent age, are considered.

Keywords: dysthymia; quality of life; diagnostic criteria of dysthymia.

Имеются основания полагать, что дистимия и большая депрессия — это подтипы хронического монополярного аффективного расстройства, представляющего собой континуум, на одном полюсе которого находится низкоуровневое субдепрессивное расстройство, названное дистимией, а на другом — большая депрессия (без психотических симптомов — галлюцинаторных, бредовых с явлениями психического автоматизма, кататонических). У больных дистимией по сравнению с большими, страдающими большой депрессией, существенно слабее выражены такие симптомы, как подавленное, тоскливое настроение, суицидальные мысли и действия, чувство вины, идеаторная и моторная заторможенность.

К облигатным признакам дистимии относятся чувство потери энергии и снижение активности, пониженная самооценка, снижение уровня интересов и чувства удовольствия, ощущение безнадежности, пессимизма в отношении будущего. Длительное (часто в течение мно-

гих лет) снижение настроения, не достигающее уровня большой депрессии или рекуррентного депрессивного расстройства средней степени тяжести, характеризуется флюктуирующим течением. Отмечается также чувство недовольства собой и окружающими, ощущение душевного дискомфорта, чувство затруднения или неспособности справляться с рутинными повседневными обязанностями.

Изучение клинической динамики дистимии свидетельствует о наличии двух основных клинических вариантов этого аффективного расстройства (Kovacs M. и соавт., 1994):

1) рано начавшейся, первичной, так называемой чистой дистимии, при которой низкоуровневые субсиндромальные депрессивные признаки дебютируют в раннем школьном, препубертатном, подростковом возрасте, отличаются флюктуирующим характером течения;

2) дистимии, дебютирующей после 21 года (позднее начало), в клинической картине которой наряду с низко-

уровневой субдепрессивной симптоматикой отмечаются симптомы фобической и соматической тревоги (тревожная дистимия).

Второй вариант дистимии больше соответствует тра-

По прогнозу ВОЗ (2012) к 2030 г. депрессия будет ведущей причиной инвалидизации населения планеты.

диционному клиническому пониманию этого расстройства, а сам термин "тревожная дистимия" подчеркивает реактивность, изменчивость субдепрессивной симптоматики. Важно отметить, что эти два варианта дистимии начинаются на фоне отсутствия какого-либо предшествующего психического заболевания, в том числе большого депрессивного расстройства.

Нерезко выраженные субдепрессивные симптомы дистимии обнаруживают значительную устойчивость во времени, а вероятность спонтанного наступления ремиссии относительно невелика — 16% (Markowitz J. и соавт., 1992), что существенно меньше вероятности наступления спонтанной ремиссии для большого депрессивного расстройства.

Клинико-катамнестические исследования больных с рано начавшейся первичной дистимией обнаружили, что почти у 80% таких пациентов в течение жизни развивается по крайней мере один большой депрессивный эпизод (БДЭ), как бы наслаивающийся на дистимию. Подобные случаи, когда к развитию первичной дистимии, протекающей не менее двух лет, в дальнейшем присоединяется, "наслаивается" большой депрессивный эпизод, принято обозначать термином "двойная депрессия" — "superimposed major or "double" depression (Keller M., Lavori P., 1984; Keller M. и соавт., 1995).

Следует отметить, что принадлежность дистимии к хроническим субсиндромальным расстройствам настроения как бы преуменьшает ее серьезность. Между тем исследования свидетельствуют, что больные дистимией не считают себя страдающими меньше, чем больные с БДЭ. Внимание, которое врачи уделяют больным дистимией, особенно подросткам, недостаточно. Среди этой категории больных значительны обращаемость к врачам общей практики и использование различных психотропных средств. Больные дистимией или их родственники обращаются к психиатру чаще всего тогда, когда развивается БДЭ, т.е. речь уже идет о так называемой двойной депрессии.

Отсутствие в клинической картине таких признаков, как бредовые идеи, зрительные и слуховые обманы восприятия, кататонические симптомы, нарушения сознания (делириозное, онейроидное и др.), а также низкоровневый, субсиндромальный характер депрессивных нарушений при дистимическом расстройстве создают трудности при первичном распознавании этого заболевания как в учреждениях поликлинического профиля, так и в психиатрических стационарах. Диагностические сложности еще более выражены, когда речь идет о распознавании дистимии в подростковом возрасте.

Следует отметить, что рано начавшаяся первичная дистимия является наиболее часто встречающимся (70% случаев) клиническим вариантом данного аффективного расстройства. Его дебют приходится на препу-

бертатный и пубертатный периоды. Сложность психиатрического диагноза в этих возрастных группах хорошо известна и во многом определяется полиморфизмом психопатологической симптоматики, ее динамичностью, синдромальной незавершенностью, наличием специфических возрастных характерологических и патохарактерологических реакций. Необходимо также учитывать, что за фасадом девиантного поведения подростка может скрываться дебют

юношеской малопрогрессирующей шизофрении с ведущими невротоподобным и психопатоподобным синдромами.

Трудности своевременного диагностирования дистимии в подростковом возрасте наряду с вышеотмеченными факторами в ряде случаев могут быть усугублены такой врожденной личностной особенностью, как алекситимия. Она выражается в затруднении аутоидентификации и вербализации особенностей эмоциональных переживаний пациента. Обследуя подростков, характеризующихся онтогенетической, возрастной незрелостью личности и самосознания в сочетании с алекситимией, врач сталкивается с серьезными проблемами при распознавании низкоровневых субдепрессивных состояний.

В подобных случаях при наличии у обследованных затруднений в описании имеющихся у них аффективных нарушений рекомендуется обращать особое внимание на невербальные признаки депрессии в подростковом возрасте: опущенные плечи, нахмуривание, выражение скуки на лице, лишенный живости и блеска взгляд, сальность кожи лица, замедленность движений. Клинический анализ невербальных форм поведения подростка в сочетании с использованием ряда психометрических методик (шкала оценки выраженности депрессии М. Гамильтона — Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (Hamilton M., 1960, 1967), шкала общего клинического впечатления — тяжесть (серьезность) заболевания — Clinical Global Impression — Severity of Illness — CGI — Severity (W. Guy, 1976) позволяют более объективно и дифференцированно оценить сте-

Рано начавшаяся первичная дистимия является наиболее часто встречающимся (70% случаев) клиническим вариантом данного аффективного расстройства.

пень выраженности депрессивных нарушений у обследованных подростков.

Клинический диагноз дистимии (F34.1, МКБ-10) на момент первичного осмотра базируется на наличии следующих основных диагностических критериев:

А. Должен быть по крайней мере двухлетний период постоянно повторяющегося депрессивного настроения (для подростков — 1 год). Чередующиеся периоды нормального настроения с депрессивным редко продолжаются более нескольких недель, и не встречаются эпизоды гипомании.

Б. В пределах такого двухлетнего периода отсутствуют или очень редко встречаются относительно тяжелые индивидуальные эпизоды депрессии, которые отвечали бы критериям рекуррентного легкого депрессивного расстройства (F33.0).

В. Должны быть представлены не менее трех из следующих симптомов в течение по крайней мере нескольких эпизодов депрессии:

1. Уменьшение энергии или активности.
2. Бессонница.
3. Потеря уверенности в себе или чувство неудовлетворенности.
4. Трудности в концентрации.
5. Частая плаксивость.
6. Потеря интереса к наслаждению в сексе и других удовольствиях.
7. Чувство безнадежности или отчаяния.

Клинико-катамнестические исследования больных с рано начавшейся первичной дистимией обнаружили, что почти у 80% таких пациентов в течение жизни развивается по крайней мере один БДЭ, как бы наслаивающийся на дистимию.

8. Осознание неспособности справляться с рутинной ответственностью повседневной жизни.
9. Пессимизм в отношении будущего.
10. Ограничение социальных контактов.
11. Пониженная разговорчивость.

Для дистимии не свойственны следующие симптомы: инвертированный вариант флюктуаций фона настроения в течение суток — к вечеру эмоциональное состояние больных ухудшается по сравнению с первой половиной дня; прибавка массы тела, явление гиперфагии, гиперсомния (длительный период ночного сна или сон в течение дня, занимающие суммарно не менее 10 ч в сутки, или увеличение времени сна не менее чем на 2 ч по сравнению с периодом до начала депрессии). Эти симптомы рассматриваются как один из характерных клинических признаков атипичной депрессии. При этом следует отметить, что операционные диагностические критерии для атипичной депрессии указываются в DSM-IV-TR, в то время как в действующей МКБ-10 атипичная депрессия не рассматривается.

Несмотря на сравнительно малую степень выраженности депрессивной симптоматики, данное заболевание отличается значимой тенденцией к хроническому течению и инвалидизации в социальном плане. В специальном исследовании ВОЗ приведены результаты изучения 25 916 больных дистимией в 14 странах (Lecrubier Y., Weiller E., 1998). 52,2% больных дистимией обнаружили значительную степень "социальной инвалидизации", вполне сравнимую с той, которая была отмечена у больных, перенесших БДЭ (57,4%). В случаях сочетания дистимии и БДЭ (двойная депрессия) уровень социальной инвалидизации был еще выше — 63,6%.

По уточненному прогнозу ВОЗ (2012), к 2030 г. депрессия будет являться ведущей причиной инвалидизации населения планеты.

Лечение большой дистимией, являющейся одной из форм хронической униполярной депрессии, представляет собой сложную проблему для современной клинической психиатрии, психофармакологии. Новые подходы к решению данной проблемы нуждаются в освещении в отдельном сообщении.

Здесь лишь отметим, что ключевым звеном в проблеме лечения больных дистимией должно явиться достижение полной ремиссии, которая характеризуется отсутствием клинических признаков дистимического расстройства в психическом статусе пациентов, подтверждаемое современными параклиническими инструментами психофармакологии — психометрическими шкалами для оценки тяжести депрессий М. Гамильтона, Монтегомери—Асберга. В частности, при полной ремиссии суммарный балл по шкале М. Гамильтона должен быть менее 7. Применение подобных психометрических методик позволяет дополнить и объективизировать данные клинического наблюдения, мониторировать процесс антидепрессивной психофармакотерапии пациентов, страдающих хронической депрессией. Такие шкалы вполне могут быть использованы на амбулаторном приеме больных не только врачами-психиатрами, психотерапевтами, но и врачами общей практики.

Необходимо отметить, что наличие в клинической картине ремиссии после выхода из декомпенсации дистимии резидуальных признаков депрессии (как психопатологических, так и соматических) является фактором риска очередного обострения дистимического расстройства. Своевременное диагностирование резидуальных симптомов дистимии определяет дальнейшую терапевтическую тактику: продолжение прежней тимоаналептической терапии с увеличением суточной дозы препарата; переход на другой антидепрессант того же класса; переход на антидепрессант другого механизма действия, например, с антидепрессантов класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на препараты, ингибирующие обратный захват серотонина и норадреналина, или решать вопрос о начале лечения большой дистимией специфическим агонистом мелатонинергических MT_1 - и MT_2 -рецепторов, а также селективным антагонистом серотониновых $5-HT_{2C}$ -рецепторов агомелатином.

Поступила 21.02.14
Received 21.02.14