

Литература

- Энтин Г.М. Лечение алкоголизма (Руководство для врачей / Г.М. Энтин. - М., 1990.
2. Закон РС (Я) от 17 февраля 1999 г. №71-11 «О наркологической помощи в Республике Саха (Якутия)».
Ежегодный стат. отчет УГИБДД МВД РС (Я), 1981 - 2007 гг.

Павлов А.В. Автомобильный травматизм по вине нетрезвых водителей: проблемы и пути их решения / А.В. Павлов// Якут. мед. журнал. - 2007. - №1(17). - С.44-45.

Попов В.Г. Автомобильные травмы в Якутии / В.Г. Попов. - 1997.

Мыльникова Л.А. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения /

Л.А. Мыльникова. 2003 г. <http://healthroad.ru/php/content.php?id=233>

Дорожно-транспортный травматизм в Российской Федерации 1999-2003 гг. <http://healthroad.ru/php/content.php?id=261>

Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма: резюме. ВОЗ. - Женева, 2004 г.

И.А. Иванов

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ (АФФЕКТИВНЫЙ) ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) – психическое заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз (приступов), в промежутках между которыми человек практически здоров. Другими словами, он выходит из приступа с полным восстановлением критического отношения к перенесенному болезненному состоянию при полном исчезновении всей психопатологической симптоматики. Также в межфазном периоде отсутствуют изменения преморбидных (добольных) характерологических и личностных особенностей, сохраняются профессиональные знания и навыки. Отсутствие так называемого дефекта личности, что наблюдается при шизофренической болезни, даже после неоднократных приступов болезни – свидетельство благоприятного прогноза этого заболевания в целом. В американизированной МКБ-10, которой мы руководствуемся уже свыше 10 лет, маниакально-депрессивный психоз переименован на аффективный. Но в лексиконе нынешних российских психиатров нозологический термин «маниакально-депрессивный психоз» останется надолго, ибо длительно существовавший, ставший привычным и даже близким термин, не сразу исчезнет из нашего словарного запаса.

Маниакально-депрессивный психоз как самостоятельное заболевание было выделено в 1896 г. немецким психиатром Эмилем Крепелиным. Он объединил, основываясь на единстве клинических проявлений и характера течения, такие считавшиеся ранее самостоятельными заболеваниями формы, как мания, меланхолия и циркулярный психоз, с чередованием противоположных фаз или со сдвоенными (без светлого промежутка) кон-

трастными фазами. Маниакально-депрессивный психоз относится к кругу эндогенных психозов, провоцируемых наследственными и конституциональными факторами. В семьях больных МДП много лиц, перенёсших как выраженные, так и стёртые приступы этой болезни, а также людей с повышенной аффективной лабильностью. Нередки случаи заболевания и родителей, и детей. Маниакально-депрессивный психоз часто возникает у лиц 15-30-летнего возраста. Частота его манифестации среди лиц среднего и более старшего возраста значительно уменьшается. Но, как свидетельствуют данные, в практике известны манифестации этого заболевания и у лиц старше 70 лет. Известный психиатр советского времени И.И. Лукомский (1968) отмечал, что частота появления данного психоза увеличивается у лиц старше 40 лет. Но при более тщательном изучении картины болезни в среднем и пожилом возрасте часто удаётся установить, что задолго до т.н. манифестации болезни наблюдались периодические фазовые колебания настроения – от кратковременных приступов беспричинной, как казалось, тоскливой подавленности, недомогания до повышения жизненного тонуса с немотивированным оптимизмом и воодушевлением. Однако такие изменения психики остаются вне психиатрической консультативной помощи, так как легко можно объяснить возможные правдоподобные причины их возникновения.

Первый приступ маниакально-депрессивного психоза обычно возникает в связи с воздействием каких-либо неблагоприятных факторов внешнего воздействия (травм, заболеваний внутренних органов, инфекций и интоксикаций), а также в кризисные периоды развития, в предменструальный и менструальный циклы. Кроме этого провоцирующую роль психических травм отмечали многие известные

психиатры В.П.Осипов (1931), В.А. Гиляровский (1954), А.И. Смоленский (1974). Многие исследователи едины во мнении, что по мере течения болезни роль внешних факторов уменьшается, а эндогенных (наследственных, конституциональных) – увеличивается. С депрессивной фазы МДП начинается в 60% случаев, а с его амбулаторной, непсихотической формы, называемой циклотимия – в 90%. По усреднённым данным, биполярный тип течения, характеризующийся чередованием депрессивных и маниакальных фаз, отмечается приблизительно в 30% случаев, монополярный депрессивный тип – в 60 и монополярный маниакальный – в 10%. Некоторые современные авторы приводят чуть иные данные: более чем у 50% больных заболевание протекает в виде одних депрессивных фаз и примерно у 5% – в виде только маниакальных (монополярное течение). Строго определённых закономерностей в течении маниакально-депрессивного психоза, частоте фаз, их последовательности и продолжительности и частоте межфазных выздоровлений (интермиссий) не установлено. В одних случаях наблюдается смена одной фазы другой без светлого промежутка, в других, что чаще, – со светлым промежутком от нескольких часов, дней до десятка лет. Следующий приступ может быть депрессивным или маниакальным, вне зависимости от типа первого или предыдущего приступа. Продолжительность фаз также различна, но чаще всего депрессивные фазы МДП протекают длительно, в течение нескольких месяцев, иногда до одного года и более, превышая в среднем продолжительность маниакальных фаз (А.Кеппинский, 1979). Выход из болезненного состояния бывает обычно постепенным, с равномерно затухающими суточными колебаниями настроения, реже – внезапный.

ИВАНОВ Иван Андреевич – врач-психиатр высшей категории, член Союза журналистов России.

Современные исследователи, как правило, маниакально-депрессивный психоз относят к относительно редкой форме эндогенных психозов. Он встречается примерно в 7-8 раз реже, чем шизофрения. Так, частота болезненности лиц женского пола этим психозом составляет 0,86, мужчин – 0,7 на 1000 чел. (В.Г. Ротштейн, 1977). Многими исследователями установлено, что соотношение заболеваемости МДП лиц женского и мужского пола составляет 2-3:1. Маниакально-депрессивным психозом заболевают преимущественно лица трудоспособного возраста, хорошо адаптированные во многих отношениях. По данным эпидемиологических исследований, около 50% больных МДП имеют высшее и среднее образование, 75,8% трудоспособных больных заняты творческим и квалифицированным трудом (В. Г. Ротштейн, 1977). Этой психической болезни были подвержены многие знаменитые люди литературы, искусства и науки. Эрнест Хемингуэй, Вирджиния Вульф, художник Исаак Левитан, Марк Твен – страдали биполярным расстройством. Предполагают, что у Бетховена, Винсента Ван Гога и Густава Малера могла быть маниакальная депрессия. Известно, что знаменитый музыкант Владимир Горовиц страдал депрессией, вероятнее всего маниакальной.

Общественная опасность больных определяется тем, что они в маниакальном состоянии могут совершать правонарушения, а в депрессивном – самоубийства. Различные формы суицидальной активности, как показывают исследования разных авторов, проявляют 50–60% больных МДП и циклотимией, собственно суицидальные попытки – 10–15%. В целом суицидальный риск при данной форме психоза в 48 раз выше, чем в общей популяции (А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980). Недаром психиатрами 19-го в. маниакально-депрессивный психоз был назван «психозом самоубийц».

Встаёт вполне закономерный вопрос: А какова распространенность этой психической болезни в Якутии? Ответить на него несложно, есть статистика: общее число лиц, страдающих маниакально-депрессивным психозом, в 2005 г. достигло 250. Свыше 60% их составляют больные с депрессивным типом, в общей численности больных преобладают женщины. Показатель абсолютного числа больных МДП остаётся достаточно низким, он не отражает истинную картину рас-

пространённости этой психической болезни. При этом больных циклотимией, т.е. его амбулаторной, непсихотической формой, в республике, по статистике, крайне мало. Причина этого явления банальна: психиатры по ряду объективных и субъективных причин пока не могут хорошо выявлять это заболевание, ибо больные не стараются попасть в поле их зрения, считая себя психически здоровыми. А многие с лёгкой формой депрессии становятся объектом внимания и терапевтических усилий врачей непсихиатрического профиля под разными диагнозами. Не так уж и малое число больных попадает в поле зрения наркологов как лица, страдающие запоями при алкогольной болезни.

Маниакальная фаза. Маниакальная фаза проявляется 3 основными клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речедвигательным возбуждением (маниакальная триада). Эти симптомы в типичных случаях и определяют течение всей маниакальной фазы. Больные находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил. Всё окружающее воспринимается в привлекательных красках, внимание не задерживается на неприятных случаях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считают с мнением окружающих, поэтому нередко становятся бестактными, циничными, назойливыми со своими притязаниями и предложениями. Они бывают, как правило, многоречивы, веселы, могут быть довольно остроумны, но легко отвлекаются, принимают за всякие ненужные дела, находят несвойственные им занятия. Многочисленные идеи, возникающие в уме, не реализуются. Они переходят от одного занятия к другому, не доводя до конца ни одного. Повышенное настроение и снижение или отсутствие критической оценки сопровождается переоценкой собственной личности. Идеи величия сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным (отрывочным) и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своём таланте, остром уме, внешней привлекательности, большой физической силе и т.д. Может возникнуть повышение памяти на прошлое, сопровождающееся нарушением запоминания настоящего из-за повышенной отвлекаемости. В таком состоянии больные дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают

хищения, растраты для удовлетворения возникших многочисленных желаний. Часто больные предлагают свою кандидатуру на различные должности, не соответствующие их уровню знаний и квалификации, нередко открывают у себя незаурядные способности, начинают выдавать себя за актёров, поэтов, писателей, художников и т.д. Иногда они бросают работу, чтобы заняться творческим трудом или просто сменить профессию. Маниакальное состояние сопровождается расторможенностью и усилением влечений. Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в виде половой распущенности. Сон непродолжительный (3–4 ч), но им кажется достаточным, «иначе проспий всю жизнь». Больные никогда не ощущают чувства недосыпания, общей слабости. У больных прекрасный аппетит, однако они могут худеть из-за чрезмерно повышенной траты энергии. При выраженном маниакальном состоянии темп мышления настолько убыстряется, что принимает форму скачки идей, завихрения мыслей.

В случаях, если маниакальный синдром не очень выражен, говорят о гипоманиакальном состоянии. В гипомании больные бывают чрезвычайно продуктивны, так как у них ещё нет повышенной отвлекаемости, т.н. «скачки идей», расторможенности. Работоспособность повышенная, память прекрасная, настроение великолепное, никаких проблем – человек готов свернуть горы. Люди творческого труда – писатели, композиторы, художники, поэты, учёные – будучи в подобном состоянии, создавали шедевры в литературе, искусстве и выдающиеся труды в науке. Но, к сожалению, грань между гипоманиакальным и маниакальным состоянием очень нечёткая, она легко стирается, а за этой гранью тяжёлое болезненное состояние, приводящее нередко к трагической развязке. История знает много случаев, когда за взлёт творческого вдохновения люди потом расплачивались тяжёлым, крайне тягостным для них состоянием, глубокой депрессией и даже жизнью. К примеру, американский знаменитый писатель Эрнест Хемингуэй в 1961 г. оборвал свой жизненный путь выстрелом из охотничьего ружья и этот трагический случай долго преподносился, по вполне понятным причинам, как последствие неосторожного обращения с заряженным ружьём.

Если у больного отмечаются только

гипомании и субдепрессии, то такое заболевание называется циклотимией. Следует напомнить, что у циклотимии фазность преимущественно выступает в виде субдепрессии. Как известно, она контрастна гипомании. Обычно больные в состоянии гипомании не обращаются к врачам, так как такое состояние придаёт им ощущение физического, душевного комфорта. Их обычно принимают за весёлых, жизнерадостных, приятных в общении людей. В состоянии субдепрессии из-за отсутствия сознания психической болезни больные не попадают в поле зрения психиатров и обычно под различными диагнозами лечатся у врачей непсихиатрического профиля, хотя им требуется помощь врача-психиатра, хотя бы амбулаторная. Интеллектуальное возбуждение проявляется в резко ускоренном и облегчённом течении идей и представлений, замыслов, их быстрой смене. Темп мышления приобретает резко ускоренный характер, сочетание ассоциаций происходит по случайным, внешним признакам. Мышление становится поверхностным, с крайней отвлекаемостью. Любое слово собеседника, присутствующих, окружающая обстановка, поведение людей – всё вызывает моментальную реакцию больного. Замечания больных могут отличаться остроумием, образностью характеристик, пышностью эпитетов, свидетельствующими о повышенной наблюдательности. Характерно также обострение памяти (гипермнезия). Пример из практики: Больной К., 45 лет, страдающий биполярным маниакально-депрессивным психозом, покончил жизнь самоубийством, выстрелив в себя из дробового ружья. На приём к врачу приходил в состоянии неглубокой депрессии и достаточно чётко излагал переживаемое и пережитое состояния души. Обычно он говорил: «Голова соображает туго, мыслей мало, все знания улетучились, мир так тускл, мрачен, ничто не радует. А вот когда бывал в весёлом настроении, радовала жизнь, всё знал, память была отличнейшей: для меня вопросы философии, марксизма-ленинизма казались сущим пустяком, так и сыпал цитатами из трудов великих людей». В жизни он был рядовым бухгалтером, считался хорошим семьянином. В начале депрессивного приступа мог злоупотреблять алкоголем, правда, недолго. Перед смертью предавался пьянству, был избит собутельниками-односельчанами. Близкие ему люди оставались в убеждении, что

этот случай и явился поводом для его рокового выстрела. Косвенно это так. А основной причиной происхождения данного самоубийства явилась психопатологическая симптоматика в виде депрессии с появлением у больного установки «не жить», спровоцированной случаем избиения. Психиатрам известно, что в начале депрессивного состояния больные нередко стараются «взбодрить» себя алкоголем и предаются ежедневному употреблению горячительных напитков. Такое поведение больного получает вполне чёткое объяснение. Ведь алкоголь обладает кроме седативного действия и эйфоризирующим эффектом. Такая форма длительного потребления алкоголя больными маниакально-депрессивным психозом, в отличие от истинного запоя у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, называется дипсоманией.

Депрессивная фаза. Она как бы противоположна своими клиническими проявлениями маниакальной фазе и характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью (торможением) мыслительных (интеллектуальных) и двигательных процессов. Многие больные жалуются на тоску (гнетущее чувство безысходности, душевную боль, щемящее чувство в области сердца, «камень в груди»), безразличие ко всему тому, что радовало их прежде, доставляло удовольствие. Они заторможены, иногда обездвижены, сидят в одной позе или лежат в постели. Выражение лица, как правило, скорбное, печальное. На вопросы отвечают односложно, с задержкой, «так как туго текут мысли». Все кажется тусклым, серым, «как на фотографии». Для депрессивной фазы типичны бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Оно рассматривается больными как полосы одних неудач и ошибок. Характерным для циркулярной депрессии является проявление «чувства бесчувствия» («болезненное психическое бесчувствие»). Больные жалуются, что они резко изменились, стали чёрствыми, безразличными, их не трогают ни радостные, ни печальные события, у них пропало чувство привязанности и любви к близким, даже к своим детям. Они заставляют себя «заботиться» о близких по обязанности, «разумом понимая, что это необходимо». Окружающие, яко-

бы, обращают на них внимание, по их виду, голосу, взглядам ясно, что они знают об ошибках, проступках больного и обвиняют их. Во время депрессивной фазы у больных отмечается не только болезненно искажённая самооценка своего прошлого, настоящего, но и будущего. Оно может показаться бесперспективным, а жизнь – не имеющей смысла. В таком состоянии могут возникать мысли о самоубийстве, которые нередко претворяются в жизнь. Они для окружающих являются тем более неожиданными, чем менее клинически выражено депрессивное состояние и чем более тщательно больным скрывались суицидальные мысли и намерения. Возможно так называемое расширенное убийство – убийство членов семьи и затем самоубийство. Больные совершают такие тяжёлые по своим последствиям поступки, чтобы «избавить всех и себя от предстоящих ещё больших страданий или позора», в неотвратимости которых они испытывали непоколебимую болезненную уверенность. Кроме того, у больных исчезает аппетит, пища кажется им безвкусной, абсолютно непривлекательной, «как трава». Возможен длительный и упорный отказ от приёма пищи, что заставляет прибегнуть к систематическому искусственному кормлению, часто встречая противодействие со стороны больного. Они теряют в весе иногда чрезмерно (10–15 кг). У женщин в периоде депрессии исчезают менструации. При мягкой (неглубокой) депрессии отмечаются характерные для маниакально-депрессивного психоза суточные колебания настроения: самочувствие хуже в утреннее время, к вечеру настроение несколько улучшается, активность повышается, поэтому больные, естественно, стараются подольше быть в состоянии бодрствования. С возрастом в клинической картине болезни все большее место занимает тревога, немотивированное беспокойство, предчувствие будто «что-то должно случиться», «внутреннее волнение». Это весьма характерное отличие депрессии в более позднем возрасте.

Нередко встречаются смешанные состояния. Они характеризуются определённым сочетанием у больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе от одной фазы к другой. Так, маниакальное состояние может протекать с двигательной и интеллектуальной заторможенностью, иногда вплоть до

возникновения обездвиженности, т.н. ступора. А смешанные депрессивные состояния характеризуются отсутствием моторной заторможенности. Больные не находят себе места, все время в движении, хотя ничем заняться не могут, «всё валится из рук». Порой они мечутся по палате, в отчаянии хватают за одежду окружающих, стонут, жалуются, то просят помощи, то говорят о своей вине. Такое состояние может возникнуть чаще при переходе маниакальной фазы в депрессивную или как эпизод при обычном депрессивном приступе. Иногда, правда, редко, это может определять клиническую картину всего депрессивного приступа. Умение отличить смешанное депрессивное состояние от типичного имеет важное значение. Больные со

смешанными депрессивными состояниями гораздо чаще совершают суицидальные попытки, и с учётом этой особенности за такими больными следует установить особый надзор.

В период болезни, за исключением гипомании, больные нетрудоспособны. После выхода из фазного состояния (приступа) трудоспособность восстанавливается полностью. На инвалидность больных переводят только в тех случаях, когда приступы очень частые или течение болезни приобретает непрерывный характер, т.е. одна фаза сменяет другую.

Лечение и профилактика. Лечение зависит от характера фазы – депрессивной или маниакальной. Депрессию лечат, понятно, антидепрессантами. При депрессии с выраженной двига-

тельной заторможенностью назначают антидепрессанты со стимулирующим эффектом, например, мелипрамин, при сильном чувстве тревоги и беспокойства – препараты с успокаивающим действием (амитриптилин, триптизол). При бессоннице добавляют тизерцин, азалептин, транквилизаторы. Маниакальное состояние купируют с помощью нейролептиков, в первую очередь, аминазина, халоперидола. Для профилактики последующих приступов используют соли лития, обладающие терапевтическим действием при обеих фазах. Повышение концентрации лития в крови вызывает т.н. литиевое отравление, чтобы избежать этого серьёзного побочного действия, необходимо вести исследование крови методом пламенной фотометрии.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

С.К. Кононова

ЕВГЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА (часть II)

Евгеника и эуфеника

В современном учебнике «Основы генетики» Уильям С. Клаг и Майкл Р. Каммингс пишут: «Английские и американские генетики, еще до появления нацистской партии в Германии в 1933 г., отделились от евгенического движения, не одобряя ее принципов. Многие из них предпочли не заниматься генетикой человека из-за боязни попасть в число сторонников евгеники». Авторы считают, что в современном мире евгеника уступила место эуфенике – медицинскому и (или) генетическому вмешательству для снижения последствий генетических дефектов, например, применение инсулина для лечения диабета, использование диеты для новорожденных, страдающих фенилкетонурией, «хирургическая генетика» или генотерапия, позволяющая заменить дефектные гены [9].

Термин «эуфеника» был предложен еще в 20-е гг. прошлого века известным русским генетиком Н.К. Кольцовым. Слово «эуфеника» в переводе с греческого означает «развитие хороших признаков под влиянием внешней среды». Здесь следует упомянуть работу невролога и генетика С.Н. Давиденкова «Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии». Давиденков сформулировал положение о парадоксе нервно-психической эволю-

ции человека, который состоит в том, что ослабление естественного отбора при переходе от биологической к социо-культурной эволюции привело к повышенной встречаемости среди людей слабых, неуравновешенных с инертным типом нервной системы. Для преодоления наследственной инертности Давиденков предложил целую программу тренировки подвижности нервной системы, начиная с детского возраста. Новая задача была поставлена перед педагогами. Индивидуальное воспитание, своего рода фенотерапия или эуфеника, способно сгладить нежелательные фенотипические последствия человеческой эволюции. «Но чтобы это действительно могло иметь место, – заключал Давиденков, – нужно не закрывать глаза, а открыто оценивать действительное положение вещей» [2,4,5]. С.Н. Давиденков был основоположником первой медико-генетической консультации, организованной в конце 20-х гг. в Москве при Институте нервно-психической профилактики.

В.Л. Ижевская отмечает, что за последние три десятилетия сформировались два подхода в медико-генетическом консультировании. Первый в качестве цели выдвигает предотвращение пороков развития и наследственных болезней (это не что иное как «негативная евгеника» – прим. автора), в то время как другой ставит

целью улучшение психологического благополучия и адаптацию пациента к генетическому состоянию или риску («эуфеника»). При обоих подходах подчеркивается, что пациенты должны принимать собственное репродуктивное решение; однако при первом предполагается, что пациент примет решение, которое приведет к снижению числа больных с генетическими нарушениями в его семье [8]. Таким образом, по мнению К.О. Россиянова евгенические решения стали дилеммой индивидуального выбора: иметь ли детей, если есть риск наследственного заболевания? Прерывать ли беременность, если заболевание плода установлено пренатальной диагностикой? Соглашаться ли на искусственное осеменение спермой донора? Угроза патологии часто выражена в виде определенной вероятности, что связано с самой природой наследственных заболеваний, однако так сложилось, что практика генетического консультирования сопровождается стремлением исключить самую небольшую возможность любых, даже незначительных отклонений и нарушений. С этим и связана опасность, что специалисты и общество смогут когда-нибудь прийти, либо уже пришли, к консенсусу относительно того, каким «должен быть» человек, и выработать новые, более эффективные методы евгенического воздействия [15].