

кой формой врожденной дисфункции, когда отсутствует клиника сольтеряющего синдрома и острой недостаточности кортизола, составляют от 1 до 3% популяции США. Причины неудовлетворительной диагностики неклассических форм, на наш взгляд, следующие: недостаточный уровень знаний врачей, не проводится дифференциальная диагностика эндокринопатий, приводящих к бесплодию с данной патологией, а также НФ ВДКН

находится на стыке классической эндокринологии и гинекологической эндокринологии. В современной отечественной литературе есть единичные работы о роли неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников как первопричины комплекса мультиэндокринных расстройств, хотя в западной литературе отмечено, что врожденная дисфункция коры надпочечников – это континуум эндокринно-метаболических нарушений. Исходя из

вышеизложенного, недопустимо рассматривать врожденную дисфункцию коры надпочечников как частную моноэндокринопатию, ибо при любой ее форме наблюдается искажение баланса как минимум прогестинов, эстрогенов, андрогенов, т.е. стероидов, активно участвующих в регуляции высших звеньев репродуктивной системы.

(Полная библиография к статье находится в редакции журнала)

И.А. Иванов

ДЕПРЕССИЯ И ЕЁ ФОРМЫ, ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Депрессия как наиболее общее психическое расстройство по своей распространённости уступает лишь астении и встречается у 4–18% населения (2004). Эта болезнь поражает людей независимо от их пола, возраста, расовой и национальной принадлежности.

Джеральд Клерман – выдающийся американский специалист по психическому здоровью назвал 20-е столетие «веком меланхолии». Согласно данным Национального института здоровья США (НИЗ) в первой половине 90-х гг. прошлого века в течение года депрессии были подвержены примерно 15 млн. американцев. По другим источникам, в этой же стране распространённость её гораздо выше – 26% среди лиц женского пола и 12% среди мужчин. Как свидетельствует статистика, основной группой подверженности депрессии являются лица женского пола, у них она обнаруживается примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин. Однако мужчины страдают от депрессии не в меньшей степени, чем женщины, но поскольку их принято считать сильными и мужественными, они стараются не признавать за собой депрессию и могут говорить об эмоциональном стрессе или общей слабости. К тому же мужчины более склонны к «самолечению» алкоголем и наркотиками, чем женщины. Более того, их больше, чем женщин, пугает «позорный» ярлык психически несостоятельного человека и они просто избегают психиатра.

ИВАНОВ Иван Андреевич – врач-психиатр высшей квалиф. категории.

Для диагностирования депрессии в США большинство врачей-клиницистов используют 9 критериев, изложенных Американской психиатрической ассоциацией в классификации психических расстройств DSM-4:

1) подавленное состояние духа (иногда раздражительность) большую часть дня, почти ежедневно;

2) заметно снизившийся интерес ко всему – апатия или общая неудовлетворённость, почти ежедневная пониженная активность большую часть дня;

3) значительная потеря (прибавление) веса без перехода на новую диету или почти ежедневное снижение (повышение) аппетита;

4) почти хроническая бессонница или неадекватная сонливость;

5) психомоторное торможение или возбуждение – ненормальное торможение или ускорение психомоторики и психических процессов;

6) почти хроническая ощущаемая усталость и потеря энергии;

7) часто ощущаемое состояние никчёмности, излишнее или неуместное чувство вины;

8) почти постоянная пониженная способность к мышлению, невозможность сосредоточиться и нерешительность;

9) навязчивые мысли о смерти, или мысли о самоубийстве без особого плана, или попытка к самоубийству, или особый план его осуществления.

Чтобы квалифицировать состояние как депрессивное, необходимо выявить у пациента в течение двух недель наблюдения по крайней мере 5 симптомов. К тому же обязательно

должен быть первый или второй симптом. И это состояние не должно быть обычной реакцией на потерю близкого человека вследствие его смерти, о чем ещё будет разговор. Не у каждого больного бывают в наличии все симптомы. У одних людей мало симптомов, у других – много.

По степени тяжести психического расстройства депрессия также следует за астенией – наиболее лёгким видом патологии психики. Существует много форм депрессии. Самой распространённой формой клинической депрессии является глубокая депрессия. А наиболее мягкую форму, называемую дистимией, американские психиатры считают самым трудным для диагностики и оказания терапевтической помощи психическим заболеванием. У людей с дистимией нет таких тяжёлых симптомов, как у лиц с глубокой депрессией, но они никогда не чувствуют себя по-настоящему хорошо. По образному выражению, дистимия сравнима с «мелкой инфекцией, от которой люди просто не могут избавиться». Раньше о людях, страдающих хронической депрессией, говорили, что у них врождённые индивидуальные депрессивные черты или изменения личности. Однако в 1980 г. Американская психиатрическая ассоциация отнесла дистимию к классу аффективных расстройств. Эта концепция принята и в России – как известно, в мире психиатрической науки и практики начал доминировать, как и в других сферах жизни, американский образ мышления. Дистимия и глубокая депрессия, следовательно, замы-

кают с противоположных сторон класс аффективных расстройств.

Основными признаками депрессии является подавленное, угнетённое, настроение, которое сочетается с мыслительной (интеллектуальной) и двигательной (моторной) заторможенностью. Это и есть знаменитая триада типичной депрессии. Другими словами её можно определить как изменение аффекта, расстройства психической активности и нарушения соматического тонуса. Существует и другое чрезвычайно важное свойство депрессии, которое обнаруживается при рассмотрении её в различные моменты времени. Это свойство заключается в повторяемости, цикличности наступления депрессивного состояния. В случаях наименьшей тяжести заболевания в форме циклотимического расстройства периодичность выступает, как многие считают, лишь в виде депрессии. В случаях более тяжёлого течения заболевания периодичность становится биполярной, т.е. депрессивные состояния сменяются маниакальными.

Депрессия и названа общим психическим расстройством потому, что она встречается в клинике ряда внутренних, неврологических болезней, особенности которых отражаются на проявлениях депрессии и, разумеется, при многих психических заболеваниях. Общепринятой классификации депрессивных состояний нет, и даже в американской психиатрии не строго дифференцируются различного происхождения депрессии: эндогенная, соматогенная, психогенная. Все же для удобства депрессивные состояния обычно делят, по Кильхольцу (швейцарский психиатр, 1970), на 3 основные группы:

1) депрессии, которые наблюдаются при т.н. эндогенных заболеваниях – шизофрении, маниакально-депрессивный психоз. Сюда включаются депрессии, развивающиеся в периоде обратного развития, в первую очередь в предстарческом возрасте (45-65 лет) и собственно в старческом (пожилом) возрасте. Инволюционная меланхолия (депрессия) – затяжная тревожная или тревожно-бредовая депрессия, впервые возникающая в т.н. периоде обратного развития. Отсчёт этого периода человеческой жизни в медицине принято проводить от возраста после 40 лет. Чаще встречается у женщин в возрасте 50-65 лет, после менопаузы. Для больных характерно подавленное настроение, сопровождающееся тревогой, страхом и растерянностью.

Больные порой мечтают, не находят себе места, причитают, повторяют одни и те же слова. Возможны суицидальные попытки. Состояние может усложняться за счёт слуховых иллюзий: в разговоре окружающих больным слышатся осуждение, упреки, обвинения. Присоединяются бредовые идеи самообвинения, осуждения, разорения, обнищания или наличия тяжёлого заболевания что не подтверждается при объективном исследовании (ипохондрические). В ряде случаев болезненные опасения принимают крайние формы отрицания функционирования отдельных органов и даже целых систем: «останавливается кровь», «гниёт кишечник (желудок)», «отсутствует стул, не выделяется моча» и т.д. Инволюционная меланхолия продолжается от нескольких месяцев до нескольких лет. Исходы болезни различны. Возможно полное выздоровление, особенно при своевременном и правильном лечении. Случаи злокачественного течения при нарастающих симптомах общего истощения в настоящее время крайне редки.

В старости появляется немало причин, стрессовых ситуаций, приводящих к депрессии: хронический недуг и физическая нетрудоспособность, финансовые затруднения, изменение образа жизни и утрата цели. Смерть друзей, близких также может быть серьёзным фактором для возникновения депрессии, поскольку она не только тяжёлая утрата, но и обрыв многолетних социальных связей, межличностных контактов. Согласно данным НИЗ (США), интенсивный показатель самоубийств среди 80-84-летних людей в 1988 г. был равен 26,5 на 100 тыс. чел. Это более чем в 2 раза больше, чем среди всего населения. Чаще с жизнью сводят счёты дряхлые белокожие старики. По данным этого же института, большинство этих мужчин страдали когда-то умеренно тяжелой депрессией, но симптомы болезни были проигнорированы, болезнь не лечили, а признаки депрессии самостоятельно проходили до поры до времени. В России мало кто проживает до 9-го десятилетия – это с учётом средней продолжительности жизни в нашей стране мужчин – 59 лет, женщин – 72 года. В Якутии 83–86% самоубийц составляют лица трудоспособного возраста, лиц пожилого возраста (свыше 65 лет) – незначительный процент. Многочисленные, связанные с возрастом, болезни, т.е. соматические причины, могут спровоцировать возникновение депрессии у пожилых людей. Следу-

ет знать и то обстоятельство, что ряд лекарственных средств, принимаемых людьми пожилого возраста, тоже могут вызвать депрессию.

При наличии бреда и галлюцинаций, сопутствующих депрессивному расстройству, что чаще всего наблюдается при эндогенных заболеваниях (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), содержание бредовых переживаний обычно соответствует депрессивному аффекту. Так как больные с депрессивным расстройством испытывают чувства вины, греховности, малоценности (никчёмности) то, как правило, их бредовые переживания часто включают идеи преследования из-за кажущихся моральных проступков или грехов. Также могут быть нигилистический и ипохондрический бред и бред обнищания;

2) депрессии, обусловленные заболеваниями внутренних органов, эндокринной и центральной нервной системы (органические). Психические нарушения, возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, составляют раздел психиатрии, известный как соматопсихиатрия. Несмотря на разнообразие психопатологической симптоматики и клинических форм соматической патологии, их объединяет общность механизмов и закономерностей развития. Диагноз «соматогенный психоз» ставится при определённых условиях: наличие болезни внутренних органов и эндокринной системы, временная связь между соматическими и психическими нарушениями, взаимозависимость и взаимовлияние в их течение. Для соматических болезней более характерно снижение настроения с различными оттенками: тревогой, тоскливостью, апатией. В возникновении депрессивных расстройств тесно переплетается влияние психотравмы (любая болезнь – травма), болезни как таковой (соматогении) и личностных особенностей пациента. На основании симптомов депрессию, обусловленную соматическим заболеванием, особенно в начале его, невозможно отличить от первичной депрессии. Но всё же клиническая картина соматогенной депрессии изменчива в зависимости от характера и этапа заболевания и преобладающей роли того или иного фактора. Так, при длительном течении болезни подавленное настроение может сочетаться с недовольством, ворчливостью, придирчивостью, капризностью. Если для ранних стадий этапов болезни были характерны тревога, страх, иногда с суицидальными

мыслями, то при тяжёлом длительном течении заболевания может преобладать безразличие с тенденцией к игнорированию болезни. Наиболее часто симптомы депрессии с выраженным чувством страха развиваются при раке поджелудочной железы. Частота депрессии, которая появляется раньше обнаружения злокачественной опухоли, варьирует от 10 до 50%. Симптомы обычно такие же, как при типичном депрессивном расстройстве с вегетативными расстройствами или без них. Лечение соматического заболевания порой может быть основной причиной депрессии, как, например, в случае депрессии, обусловленной стероидными препаратами или рядом гипотензивных лекарственных средств. Депрессия может быть обусловлена следствиями заболевания, например утратой самостоятельности и снижением самооценки или негативного влияния болезни на личную и профессиональную жизнь. При наличии симптомов депрессивного расстройства у большинства пациентов наблюдается хороший эффект от лечения антидепрессантами.

Американскими исследователями установлено, что т.н. «родильная грусть» является преходящим (2-3 недели) явлением. Она, оказывается, отмечается у 50-80% молодых матерей в первую неделю и отличается от послеродовой депрессии эмоциональной лабильностью, слезливостью, раздражительностью, расстройством сна, утомляемостью, а иногда лёгкой спутанностью. А послеродовая депрессия характеризуется более тяжёлой симптоматикой и тем, что сохраняется в течение 1 месяца после родов. Она является гораздо более распространённым явлением, чем это обычно считается. По данным американских исследователей, эта патология встречается примерно у 10-15 % молодых матерей. При наличии выраженной депрессии с бредом греховности, вины, малоценности может потребоваться госпитализация родильницы в специализированный стационар и следует принимать меры по защите новорождённого для исключения случая проявления агрессии к ребёнку по болезненным мотивам.

Между глубокой депрессией и соматическим заболеванием существует тесная связь. Есть доказательства, что глубокая депрессия может подавлять иммунную систему. Вдобавок депрессия меняет характер человека, что может усугубить пристрастие к нездоровым, т.н. дурным привычкам, может

стать причиной тяжёлого длительного запоя, который, как правило, приводит к различным болезненным состояниям, а то и обострить существующие заболевания внутренних органов, эндокринной системы. Также многочисленные исследования показали, что взрослые, больные диабетом, люди в 3 раза чаще подвержены депрессии, чем возрастная группа без диабета. В то же время остаётся неясным, почему у диабетиков возникает депрессия, а у других – нет. Известно однако, что у лиц, болеющих диабетом и страдающих депрессией, есть проблема с регуляцией сахара в крови, потому что те и другие не соблюдают предписанный медицинский режим.

Теперь о депрессии и пьянстве. Согласно данным специалистов, алкоголизм редко бывает следствием депрессии, хотя есть свидетельства о подобных случаях среди женщин. Возникает и следующий, интересующий многих, вопрос: приводит ли алкоголизм к депрессии? Доказано достаточно убедительно, что 10-30% алкоголиков со временем становятся подвержены депрессии. Одна из возможных причин этого – продолжительная интоксикация, которая приводит к биохимическим изменениям в головном мозге. Но всё же глубокая депрессия значительно больше связана с употреблением наркотических средств, особенно снотворных и стимуляторов, чем с алкоголем. В исследовании, проведённом психиатром из университета Флориды Марком С. Гоулдом, было доказано: чем больше человек употребляет наркотиков, тем чаще у него возникает глубокая депрессия;

3) так называемые психогенные (реактивные) депрессии, возникающие в результате перенесённой острой или длительной психической травмы. В отличие от первых двух форм депрессивных состояний здесь основное содержание переживаний заполнено психореактивной ситуацией, с устареванием которой обычно проходит депрессия. Эту форму образует депрессия при неврозе, т.н. депрессия истощения, представляющая собой простое депрессивное развитие, обусловленное длительным, чаще многолетним, действием психотравмирующих обстоятельств внешней среды. Невротическая депрессия чаще всего развивается у лиц с чертами прямолинейности, застремлённости, бескомпромиссности, с обострённым чувством долга и справедливости. Психическая

травма обычно усугубляется или даже создаётся самим больным в силу особенностей характера. Подавленное настроение сопровождается плаксивостью. По утрам больные просыпаются с трудом, в состоянии вялости и разбитости. Однако у них отсутствуют как склонность к ретроспективному анализу прошлого с идеями самообвинения, так и мысли о безысходности и бесперспективности будущего, влекущие за собой мысли о самоубийстве. В отличие от других вариантов депрессии, подавленное настроение в данном случае не влечёт за собой полного снижения активности и инициативы, отмечается даже «бегство в работу». Наоборот, в отношении будущего больные скорее оптимистичны. Многие американские психиатры под невротической депрессией понимают дистимию, о которой речь шла выше. А реактивная депрессия, третья из этой группы, она – самый частый вариант психогенных расстройств, рассматривается как тоскливое состояние, развивающееся непосредственно вслед за каким-либо событием, которое потрясло человека. У человека все больше нарастает тоскливый аффект, мысли и переживания фиксируются на обстоятельствах психотравмирующей ситуации. Тоскливое настроение усиливается обычно к вечеру и при оживлении воспоминаний о психотравмирующей ситуации. Могут возникать идеи самообвинения, суицидальные мысли.

Приведём историю одной семейной трагедии, случившейся почти четверть века назад. Мужчине, едва перевалившему за 50 лет, жителю сельской местности, был поставлен грозный диагноз рак гортани. Болезнь оказалась запущенной, поэтому хирургам пришлось сделать паллиативную операцию и для обеспечения дыхательной функции вставить трахеостомическую трубку. После выписки из больницы больной выглядел явно подавленным, задумчивым и очень тяготился невозможностью речевого общения с окружающими. Вскоре его нашли в сарае висющим в петле. Спустя год у его вдовы установили рак желудка. Сообщения о своей болезни внешне она восприняла спокойно, без слёз, но тоже повесилась, создав сумятицу в этой семье. Оба супруга в результате сильного душевного потрясения решились на лишение себя жизни, чтобы не подвергнуть себя, как это им казалось, мучительным страданиям, которыми могла сопровождаться угасающая жизнь.

Подавленное, тоскливое настроение – обычная человеческая реакция на большую неприятность, тяжёлую утрату, крушение надежд и т.д. Поэтому особенно трудно провести грань между обычной реакцией на горе и болезненным состоянием, вызванным той же ситуацией. Различие – в степени реакции, в силе, в доминировании над всеми другими переживаниями. Обычно больные лежат или сидят в типичной застывшей позе, согнувшись, с опущенной на грудь головой, со слезами на глазах. Иногда, при особенно глубокой депрессии, больные теряют способность плакать (т.н. «сухая депрессия») и появление слёз в таком случае говорит о начинающемся послаблении депрессивного состояния. Все внимание больных сконцентрировано на трагическом для них событии, нередко высказываются при этом идеи чьей-либо виновности в случившемся. Иногда бывают и галлюцинации, также отражающие травмирующую ситуацию: больная слышит голос умершей матери, слышит её шаги по комнате и т.д. Больные реактивной депрессией требуют самого строгого надзора, так как нередко покушаются на собственную жизнь. Течение реактивной депрессии, в зависимости от характера вызвавшей её травмы, может длиться неделями, месяцами, но, не осложнённая другими заболеваниями, кончается обычно полным выздоровлением.

В жизни нередко у людей наблюдается полный депрессивный синдром как нормальная реакция на смерть любимого человека. Он обычно начинается через несколько дней и может длиться до года, хотя в значительной степени симптоматика исчезает через 4-6 месяцев. При синдроме тяжёлой утраты не бывает сверхценных переживаний малоценности, никчёмности, отсутствует выраженная психомоторная заторможенность.

Для детей и подростков главными причинами депрессии могут быть стрессовые факторы: смерть родителей или брата (сестры), постоянные ссоры, брань родителей, прекращение дружбы с другом (подругой), отвергнутая любовь. Распространённой причиной депрессии у детей является развод родителей. Увеличение риска депрессии у девочек после полового созревания объясняется главным образом возможными сексуальными оскорблениями.

Все вышеперечисленные разновидности депрессивных состояний при различных заболеваниях не отличаются строгой специфичностью; можно

лишь говорить о предпочтительности некоторых видов депрессивного синдрома для определённого вида болезни. Так, для неврозов, психопатических депрессивных состояний характерны неглубокие депрессии со слезливостью, слабостью, с преобладанием навязчивых страхов или т.н. амбулаторные формы с умственно-речевой и двигательной замедленностью. А при шизофрении диапазон разновидностей депрессивного синдрома наиболее широк – от лёгких до наиболее тяжких и сложных по своей структуре, с галлюцинациями, бредом преследования, воздействия, отравления и т.д. Распространённость маниакально-депрессивного психоза (МДП) примерно в 8-10 раз реже, чем таковой шизофрении, это достаточно редкая форма эндогенных психозов. Основным клиническим проявлением МДП являются маниакальные и депрессивные фазы, сменяющиеся без определённой последовательности. Характерной особенностью данного психоза считается наличие межфазных светлых промежутков, при которых полностью исчезают все признаки заболевания: сохраняются личностные свойства, профессиональные знания и навыки. Речь при таких случаях может идти о полном выздоровлении.

Лёгкая, непсихотическая форма этой психической болезни, называемая циклотимией, представляет собой ослабленный, амбулаторный её вариант. Чаще всего лица, страдающие циклотимией, не попадают в поле зрения психиатров. Больные обычно под различными диагнозами наблюдаются у врачей общего профиля и, что нередко, у наркологов. Для циклотимии характерно резкое преобладание депрессивных состояний над маниакальными, а чаще она ограничивается одними депрессивными. Между тем их периодичность является наиболее распространённым типом течения маниакально-депрессивного психоза. Клинически депрессивная фаза циклотимии представляет собой простую, типичную депрессию. Начало циклотимических депрессивных фаз бывает внезапным, также критически и заканчивается. Своё состояние в эти периоды больные определяют как «беспричинный пессимизм», «мрачное настроение» и нередко больные, чтобы купировать такое состояние, начинают употреблять алкоголь, чаще всего впадают в запой, который называется при этом заболеванием дипсоманией. Ведь алкоголь является самым распространённым подручным

средством для купирования подавленного настроения и эмоционального напряжения.

От ситуационно обусловленных депрессивных состояний амбулаторные формы отличаются немотивированностью, им нередко присуща сезонность, но её не следует абсолютизировать. Считающиеся отдельным психическим расстройством т.н. сезонные аффективные расстройства (САР) распознавались на протяжении длительного времени, но систематически они исследованы только в последние десятилетия. Больные – преимущественно женщины, часто с депрессией или гипоманией, связанной с биполярным аффективным расстройством 2-го типа по DSM-4. Характерная картина САР включает депрессию, начинающуюся осенью с выпадением снега и заканчивающуюся весной, которая сменяется выздоровлением или манией весной и летом. Симптомы САР такие же, как у больных атипичной депрессией или биполярным расстройством, следовательно они являются более тяжёлой формой депрессии. Лицам с этим психическим расстройством характерны повышенная сонливость, тяга к углеводам, недостаток энергии, увеличение веса. Очевидно, недостаток солнечного света поздней осенью вызывает изменения в биохимических процессах головного мозга и это приводит к депрессии. По-видимому, некоторые люди более чувствительны к этому изменению, чем остальные. Доказано, что углеводы способствуют повышению концентрации серотонина в клетках головного мозга и получается, что больные САР неосознанно «лечат» себя углеводами. Тем самым получает некоторое подтверждение концепция о происхождении депрессии в связи с пониженным содержанием серотонина в межнейрональных синапсах.

При типичном, классическом варианте МДП все симптомы депрессивной триады разворачиваются полностью. На высоте депрессии наблюдается глубокая интеллектуальная (мыслительная) и двигательная (моторная) заторможенность, сочетаемая часто с т.н. витальным чувством тоски. Под этим понимают близкий к соматическому физический характер тоски: «тяжко в груди», «камень в груди», «неописуемая мука в груди».

Наряду с вышеописанными формами депрессивных состояний выделяют обширную группу т.н. скрытых (маскированных) депрессий. Многие исследователи считают, что скрытые

депрессии встречаются значительно чаще, чем выраженные, и наблюдаются преимущественно в амбулаторной практике. Под скрытыми депрессиями понимают депрессивные состояния, которые проявляются в первую очередь расстройствами функции внутренних органов и вегетативной нервной системы, тогда как типично депрессивные симптомы стираются, практически полностью перекрываются вегетативными нарушениями. За последние десятилетия в психиатрии приобрел полное право на существование термин «вегетативная депрессия», пришедший из американской психиатрии. О принадлежности этих состояний к депрессивным можно говорить лишь на основании: 1) периодичности этих расстройств, 2) наличия суточных колебаний (состояние к вечеру улучшается), 3) положительного лечебного эффекта от применения препаратов из круга антидепрессантов или 4) наличия в истории жизни и болезни фазовых расстройств настроения и наследственной отягощённости периодическими психозами. Клиническая картина соматических проявлений скрытой депрессии может напоминать многие заболевания внутренних органов и их функциональные нарушения, а также заболевания нервной системы. Для маскированных депрессий характерны периодическая астения, периодические ипохондрические состояния, страхи и т.д. Неспецифичность этих расстройств и их доминирующее положение в клинической картине скрытой депрессии – одна из главных причин длительного обследования и безуспешного лечения таких больных у врачей непсихиатрического профиля. Больные обращаются то к одному, то к другому врачу, а у тех подозрения о депрессивном состоянии не возникает. Поиски эти остаются бесплодными, пациентов обычно уверяют, что они здоровы или «ничего серьёзного нет», а это лишь усугубляет их растерянность, порой доводит их до отчаяния, следовательно усиливаются психические симптомы болезни. Не секрет, что установление психиатрами скрытой депрессии и в настоящее время является редким случаем, что можно объяснить двумя основными причинами: во-первых, больные этой группы редко попадают в поле их зрения, во-вторых, и сами психиатры слабо разбираются в клинической картине этой болезни. Не менее опасна в этом отношении и противоположная тенденция – решительная постановка

диагноза скрытой депрессии у больных с редкими и вялотекущими формами заболеваний внутренних органов, нервной системы, что может принести человеку определённые трудности на жизненном пути. Проблема скрытой депрессии приобрела особое значение с 60-х годов прошлого века, что было обусловлено некоторым повышением престижности психиатрии в более цивилизованных странах, особенно в крупных городах, приближением психиатрической помощи к населению, широким внедрением в психиатрическую практику антидепрессантов. Вопрос своевременной и правильной диагностики скрытой депрессии приобретает важное медицинское и социальное значение.

Депрессии и самоубийства часто выступают в едином переплетении. О том, насколько высока опасность самоубийства при депрессивных состояниях, свидетельствуют такие исторические названия депрессий, как «хроническое расположение к самоубийству», «синдром самоубийства», а маниакально – депрессивный психоз психиатрами 19-го в. вообще был назван «психозом самоубийств», на что имелись весьма веские основания. По современным данным отечественных и зарубежных авторов, в 37-100% случаев в основе суицидальных проявлений лежит депрессия. Установлено, что 15% больных тяжёлой депрессией покончат с собой. Наиболее высокий риск самоубийства отмечается при реактивных депрессиях, депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза и алкогольной депрессии, которая обычно развивается у больных хроническим алкоголизмом в состоянии запойного пьянства. Суицид среди причин смертности в США в середине 90-х гг. прошлого века занимал 9-е место. В современной России примерно 60 тыс. чел. ежегодно умышленно лишают себя жизни и нет пока устойчивых тенденций к снижению этого медико-социального феномена. Для сравнения: в 1999 г. Россия из-за самоубийств лишилась 53,9 тыс. своих граждан, т.е. среди причин смертности суицид занимает отнюдь не 9-е место, как в Америке.

За последние годы в Якутии заметно увеличилось число самоубийств среди подростков и даже детей, что для коренного населения явилось шокирующим явлением. Ведь до 60-х гг. прошлого века случаи самоубийства среди взрослого населения наблюдались редко. Наблюдаются случаи су-

ицидов, следующие как бы цепочкой – с разрывом в несколько дней, и даже групповые самоубийства среди подростков. Самый высокий показатель самоубийств в Якутии наблюдался в 2001 г. – 49,6 на 100 тыс. населения против 39,7 по РФ и 13-15 за ряд последних лет в США. В 2006 г. в Якутии покончили жизнь самоубийством 443 чел. Это 46,6 случая на 100 тыс. населения. Таким образом, частота самоубийств в Якутии примерно в 3,2-3,7 раза выше, чем в США. Как известно, в 37-100% случаев основой суицидов является депрессия. По более осторожным оценкам, как полагают американские исследователи, по крайней мере 50% случаев самоубийств могли быть обусловлены глубокой депрессией. Правда, эту цифру и в самой Америке считают заниженной. Следовательно, депрессивных состояний среди населения, как России, так и Якутии, должно быть значительно больше, чем в Соединённых Штатах. Предположительно можно сказать, что в Якутии примерно 12-18% населения ежегодно подвержены депрессивным состояниям.

Приём алкоголя, как правило, облегчает реализацию задуманного, у многих исчезает страх смерти. Ведь правильно в народе говорится: «Пьяному – море по колено». Приведем пример 1970-х гг. В конце июня на берегу реки, берущей своё начало с гористых склонов (следовательно вода в ней ещё оставалась холодной), местная молодёжь устроила себе праздник. Горячительных напитков было вдоволь, так что веселье достигло своего пика относительно быстро. Вдруг одна девушка, приревновав к кому-то своего парня, впала в истерику, в слезах выкрикивала слова о нанесенной ей обиде, а затем попыталась броситься в реку. Два её броска в быстрый водоворот обошлись благополучно благодаря молодому человеку, который вытаскивал девушку из воды, несмотря на её отчаянные сопротивления. Третья попытка девушки обернулась гибелью молодого человека. Обессиленный предыдущими неоднократными погружениями в глубину, на этот раз он не смог вынырнуть. Так внезапно возникшая депрессивная реакция на ситуацию у пьяной взбалмошной девушки обернулась трагедией.

Каковы причины депрессии? Механизмы её возникновения ещё не открыты. Однако существует множество факторов, как биохимических, так и психологических, сочетание которых и вызывает происхождение депрессии.

Спорным пока является то, что некоторые лица из-за своих биохимических (генетических) особенностей наследственно более подвержены депрессии, чем другие люди, находящиеся под воздействием тех же социальных факторов и обстоятельств. Депрессия и мания связаны с неадекватным функционированием определённых нейромедиаторов, т.н. «химических передатчиков» мозга, ибо электрические сигналы проходят от одной нервной клетки к другой через синапсы и межклеточные пространства. Благодаря такой передаче сигналов происходят сложные нервные взаимодействия, которые обуславливают наше поведение, чувства и мысли. Многие годы учёные считали, что депрессия связана с недостатком в первую очередь трёх нейромедиаторов. Это – серотонин, дофамин и норэпинефрин (норадреналин). Но есть около ста других нейромедиаторов, функции которых ещё не определены окончательно, поэтому ключевая биохимическая причина депрессии пока остаётся неизвестной. Изучение семей с чрезвычайно высокой предрасположенностью к депрессивным расстройствам позволило учёным сделать вывод, что некоторая генетическая предрасположенность к отдельным формам депрессии существует, особенно к тем, которые дают рецидивы (периодические). Было обнаружено, что если один из однояйцевых близнецов страдает депрессией или манией, то есть 70-80 % вероятности, что у второго будет депрессия. У разнояйцевых близнецов аналогичный показатель достигает 25-30%. Поскольку у однояйцевых близнецов все гены одинаковые, это свидетельствует о сильном генетическом факторе. Но он является одним из факторов и играет в возникновении глубокой депрессии существенную, но не главенствующую роль.

Профессором психиатрии и генетики Кеннетом Кендлером из Вирджинского университета было установлено, что из всех факторов недавно пережитый стресс в наибольшей степени способствовал возникновению депрессии. Исследователи предполагают, что стрессы провоцируют депрессию. Причинами стресса бывают неприятные события в жизни, а не повседневные её мелочи, вроде передраги при езде на общественном транспорте. Ещё в 1965 г. в США была разработана так называемая шкала стресса, предназначенная для определения степени риска возникновения депрессии, состоящая из 37 названий различных жизненных событий. Используя дан-

ные исследования 800 больных, американский психиатр Алан Романоски из Университета Джонса Хопкинса обнаружил, что в 86% случаев возникновения глубокой депрессии им предшествовали стрессовые жизненные ситуации. У остальных же видимых причин не было. Стресс стрессу рознь. В то время как значительные события могут быть стрессовыми, повседневные стрессы, которыми охвачены многие люди, на самом деле являются благом для них. Например, исполнение женщиной многочисленных жизненных ролей (жена, мать, дочь, хозяйка дома, работник на предприятии, учреждении) в действительности может усиливать чувства собственного достоинства, удовлетворённости жизнью и безопасности. Недостаток социальной поддержки или дефицит друзей, близких людей могут усиливать тенденцию к депрессии. Потребность в друзьях существует не только у молодых людей. У более зрелых людей социальная поддержка становится незаменимой в стрессовых ситуациях и отсутствие таковой повышает риск возникновения депрессии.

В заключение можно сказать, что причинами возникновения депрессии являются генетика, биохимия, психосоциальные и соматические факторы.

Лечение депрессии. Большинство больных депрессией обращаются за помощью к врачам непсихиатрического профиля. По мнению специалистов-психиатров Медицинского центра Техасского университета, примерно 60% антидепрессантов прописывается врачами первичной медицинской помощи. Психиатры – это врачи, которые после окончания высшего учебного медицинского заведения специализировались в области психиатрии. Кроме психиатров специалистами по психическому здоровью могут быть психологи, семейные врачи и специалисты по психиатрическому уходу за больными. Кроме того, есть целый ряд профессионалов, которые могут помочь больным с депрессией, включая священников и ряд лиц с педагогическим образованием. Они в силу жизненного опыта бывают подготовлены по распознаванию депрессивных состояний. Их помощь, их советы больным необходимы. Поскольку в состоянии депрессии индивид не осознаёт, что у него есть психическое расстройство, велика роль членов семьи и друзей при расспросе их врачом о его поведении, психическом состоянии, эмоциональной сфере.

Согласно мнению американских

психиатров, по крайней мере 80% лиц, страдающим депрессией, в значительной степени можно помочь. Речь здесь идёт о глубокой депрессии, а не о хронической, которая печально известна своей трудноизлечимостью, и не о дистимии, сравнительно лёгком заболевании.

В лечении депрессии существуют два основных метода: психотерапия и фармакотерапия, т.е. применение антидепрессантов, часто эти методы сочетаются. Третьим методом, который используется реже, является биологический, включающий электросудорожную терапию (ЭСТ) и лечение светом. В США существует около 200 различных видов психотерапии и 10-15 млн. американцев пользуются её услугами.

В основном существуют две категории психотерапии. Первая – психодинамическая, или инсайт-ориентированная, она стремится помочь пациенту достичь т.н. инсайта (озарения) в самой глубине проблемы или осознать свои бессознательные мотивации. Самым известным из этого вида психотерапии является психоанализ. Главный метод психоанализа – это выплёскивание всего, что приходит в голову – мыслей, чувств, воспоминаний и, как считают сторонники учения З.Фрейда, это – единственный способ избавиться от депрессии, поскольку он заставляет пациента снимать с себя весь нарост защиты, появившийся за весьма длительный срок времени, и разрешать старые конфликты. Другим более распространённым видом психодинамической терапии является межличностная психотерапия (МЛП). Она исходит из убеждения, что межличностные осложнения или беспокойные общественные отношения вызывают у людей депрессию, которая в свою очередь обостряет эти неудачные отношения. Целью МЛП ставится оказание помощи людям в улучшении взаимоотношений с другими и, таким образом, удовлетворении их эмоциональных потребностей.

Вторая – когнитивная (поведенческая) терапия, которая сосредотачивается больше на конкретном периоде изменений в поведении и мыслях индивида. Основной целью когнитивной психотерапии является обучение пациента знаниям с целью изменения своего поведения. Его психические отклонения, например замкнутость, робость, неуверенность, безучастное отношение к окружающей действительности (это и есть депрессивные расстройства) становятся мишенью поведенческой психотерапии. Пациент

сначала должен пересматривать своё поведение, тоскливые настроения и горестные мысли, оставляя записи. Такая психотерапия даёт возможность пациенту узнать, почему одни виды реальной действительности, действия вызывают у него грусть, печаль, в то время как другие развеивают их. Фактически больного депрессией заставляют делать то, от чего большинство

людей получает удовольствие и даже наслаждается. Круг таких мероприятий очень широк, включая банальную прогулку на свежем воздухе или чтение книги.

Психотерапия в России пока не получила широкого применения. Она в нашей стране остаётся ещё недостаточно оценённой. Так, в государственной системе здравоохранения Якутии

не открыто ни одного кабинета психотерапевта и т.н. кабинета психологической разгрузки.

Теперь остаётся более детально осветить вопросы лечения депрессии лекарственными средствами, которое в России пока является ведущим методом.

(Окончание статьи см. в следующем номере).

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.Ф. Тимофеев

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В 2005 Г.

Одной из важных составляющих успешного развития сферы здравоохранения по-прежнему считается достаточная обеспеченность отрасли финансовыми ресурсами. В целом по стране финансирование системы здравоохранения составляет 2,9-3,0% от валового внутреннего продукта [1], хотя рекомендуемый ВОЗ показатель – не менее 5 % ВВП. Вместе с тем до-

полнительные государственные расходы по приоритетному национальному проекту «Здоровье» начиная с 2006 г. вселяют определенный оптимизм и надежду, что финансирование здравоохранения в России по остаточному принципу уходит в прошлое.

В 2007 г. вышла статья известных в стране организаторов здравоохранения и ученых В.И. Стародубова и

В.О. Флека по проблемам и перспективам финансирования российского здравоохранения [1]. В этой работе нас заинтересовали показатели совокупных расходов на здравоохранение из государственных и личных средств населения, а также показатели реализации Территориальной Программы государственных гарантий (ТПГГ) по объемам и финансовому обеспечению

Таблица 1

Совокупные расходы на здравоохранение из государственных средств и средств населения по субъектам ДВФО в 2005 г.* [1]

Субъекты ДВФО	Государственные расходы (по распорядителям финансирования), млн. руб.					Полушевые расходы государства, руб.	Расходы населения (по данным Федеральной службы госстатистики), млн. руб.				
	Всего (гр.2+гр.3+гр.4+гр.5)	в том числе:					Всего (гр.8+ гр.9+ гр.10)	в том числе:			
		Консолидированные бюджеты субъектов РФ	Федеральный бюджет	Федеральный фонд ОМС *)	Фонд социального страхования			На платные медицинские услуги	На санаторно-курортные услуги	На приобретение медикаментов и ИМН	Полушевые расходы населения, руб.
Российская Федерация	656046,7	288017,0	93915,9	262317,2	11796,6	4570,4	352763,6	109732,9	36119,7	206911,0	2469,5
Дальневосточный ФО	41303,9	20100,6	4753,3	15989,7	460,3	6264,8	16397,4	4884,6	1264,4	10248,4	2490,3
Республика Саха (Якутия)	7952,8	4146,2	359,5	3348,2	98,9	8365,2	2367,1	466,0	213,3	1687,8	2490,1
Приморский край	8517,0	3178,7	1638,6	3563,1	136,6	4183,6	5573,9	1409,1	264,9	3899,9	2741,2
Хабаровский край	8609,4	4028,1	1110,0	3386,7	84,6	6062,1	3512,0	1226,7	295,1	1990,2	2475,9
Амурская область	4783,1	2335,0	365,8	2021,1	61,2	5388,8	875,9	314,7	68,6	492,6	988,4
Камчатская область	3218,8	1458,2	618,4	1125,5	16,7	9141,7	594,5	210,2	83,1	301,2	1691,6
в том числе: Корякский АО	402,9	317,6	11,4	71,3	2,6	16928,6	21,3	1,6	...	19,7	895,7
Магаданская область	1853,6	1228,6	103,1	509,1	12,8	10610,2	366,2	144,6	19,1	202,5	2104,9
Сахалинская область	4279,8	2825,1	413,8	1009,7	31,2	8038,7	2622,5	1008,8	194,4	1419,3	4939,2
Еврейская автономная область	874,4	363,7	71,7	423,5	15,5	4631,4	374,0	58,8	125,5	189,7	1987,0
Чукотский автономный округ	1215,0	537,0	72,4	602,8	2,8	23964,5	111,3	45,7	0,4	65,2	2196,9

*) В это число входят поступления из Федерального бюджета и Пенсионного фонда.

ТИМОФЕЕВ Леонид Федорович – д.м.н., зам. директора ФГНУ «Институт здоровья».