

Е. В. Солодкая, И. П. Логинов

К ПРОБЛЕМЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-6-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

Обзор литературы посвящен важной проблеме современности – расстройствам депрессивного спектра у подростков. Показано, что проблема депрессивных расстройств подросткового периода сохраняет свою актуальность в настоящее время. Отмечается, что подростковые депрессии являются нозологически неспецифичными и одними из наиболее частых проявлений психической патологии у подростков. Прослеживается тенденция к возрастанию числа стёртых, атипичных и маскированных форм депрессий, вызывающих трудности диагностики и проведения адекватной терапии. Аффективные расстройства могут выступать изолированно или в сочетании с другими психопатологическими проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы, а их прогноз в большей степени зависит от того в рамках какой нозологии они реализуются, от психологических и личностных составляющих. В имеющихся литературных источниках нет четкого клинического описания симптомов данного расстройства, поскольку аффективная патология представляет собой гетерогенную группу расстройств. Это вносит определённые трудности в понимание процесса и структуры развития заболевания.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, суицид, депрессия.

E. V. Solodkaya, I. P. Loginov

DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS (REVIEW OF THE LITERATURE)

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

This review of the literature covers the important issue of our time. These are depressive disorders in adolescents. This article shows that the problem of depressive disorders in adolescents is very important today. Moreover, depressive disorders are not specific and they may be one of the most common clinical manifestations of psychopathology in adolescents. There is a tendency toward increasing the number of vague, atypical and masked forms of depression, causing difficulties in diagnostics and adequate treatment. Affective disorders may act alone or in combination with other psychopathology manifestations. Different mechanisms are involved in the formation of these states, and the prognosis depends on the kind of nosology in which they are realized, from psychological and personality components. There are no clear clinical descriptions of symptoms of this disorder, in the available literature sources, because affective pathology is a heterogeneous group of disorders. This problem introduces some difficulties in understanding the process and structure development of pathology.

Key words: depressive disorders, suicidal behaviour, suicide, depression.

Актуальность проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, определяется, прежде всего, широкой распространенностью этих расстройств, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском [2, 3, 6, 14, 18, 19, 44].

Пики суицидальной активности приходятся на возраст от 15 до 22 лет (так называемый «пик молодости») и на возраст старше 45 лет («пик инволюции»), причем в молодом возрасте преобладают суицидальные попытки, а в инволюционном – самоубийства [8, 27, 38]. Хотя на сегодняшний день не существует единой общепринятой классификации возрастных периодов, однако с учетом соматического, психологического и социального созревания можно согласиться с оптимальным предложением экспертов ВОЗ считать возраст подростков от 10 до 20 лет, как это принято сейчас в большинстве стран мира [17, 43]. Этот возраст является чрезвычайно важным для дальнейшего развития человека, поскольку в этот период завершается психическое, телесное и половое становление, вырабатываются и закрепляются особенности поведе-

ния; недаром его называют критическим. От того, как пройдет развитие в подростковом возрасте, зависит и здоровье, и качество последующей жизни личности. В течение подросткового периода ломаются и перестраиваются многие прежние отношения, приводящие к перманентным конфликтам. А если индивид пребывает в состоянии перманентного конфликта – конфликта между актуализированными потребностями и невозможностью их удовлетворения, то наиболее вероятными формами психического реагирования на фрустрирующую ситуацию будут депрессивные реакции. У подростков в качестве перманентно-фрустрирующей ситуации выступают с одной стороны – многие притязания на чувство взрослости, а с другой – неизменная социальная ситуация, он по-прежнему остается учащимся. Данный хронический конфликт может стать причиной психических заболеваний, в том числе, очень часто может провоцировать психические расстройства, относящиеся к категории аффективных расстройств настроения [5, 18].

Согласно М. В. Keller с совт., средний возраст больных к началу депрессии – 14 лет [31]. По мнению W. M. Reynolds и H. F. Johnston 10-20% подростков мо-

гут испытывать серьёзные депрессивные расстройства, однако нередко они остаются нераспознанными [41]. Распространённость подобного рода нарушений на протяжении прожитой жизни составляет 20,4%, а на момент осмотра депрессия была выявлена лишь у 2,9% подростков [36]. Приведенные цифры свидетельствуют о возрастании частоты депрессивных, в частности непсихотических, расстройств у подростков в последние десятилетия [11, 19, 22]. Однако, некоторым авторами высказываются серьёзные сомнения относительно возможности развития депрессии в подростковом возрасте. Их убеждения основаны на том, что все обычные подростки испытывают резкие перепады настроения и самочувствия, но это – не признаки психопатологии: выраженные перепады настроения, социальная отстранённость, когнитивные искажения и конфликты с ровесниками и семьёй отнюдь не обязательны и типичны для подростков, а скорее указывают на психическое нездоровье [32, 43, 45].

В 1976 году была опубликована эпидемиологическая работа М. Rutter с коллегами, исследовавших 2303 детей в препубертатном возрасте (10-11 лет) и несколькими годами позже тех же подростков после 13 лет. Авторы выявили, что у 13% из них обнаруживалось подавленное настроение, а 9% были «озабочены депрессивными темами». В последующем, в 14-15 лет, уже 40% признались в депрессивных переживаниях, 20% выразили идеи самоуничтожения, а 7-8% – суицидальные чувства. С возрастом (от детского к подростковому) склонность к развитию депрессии увеличивается [49]. Подобные тенденции – увеличение числа депрессивных состояний с возрастом и резкий скачок показателей распространённости депрессивных расстройств после периода полового созревания – отмечаются и многими другими исследователями [30, 36, 41, 42].

С возрастом также изменяется и тендерная пропорция. Считается, что до периода полового созревания соотношение страдающих депрессией мальчиков и девочек одинаково, а в подростковом возрасте начинают преобладать девочки [36]. Двукратное преобладание мальчиков среди госпитализированных депрессивных пациентов детского и препубертатного возраста отмечено в недавно опубликованной работе Т. И. Ивановой [6]. Тем не менее, согласно эпидемиологическим исследованиям начала 80-х годов среди депрессивных больных не препубертатного, а юношеского возраста отмечался перевес в сторону лиц мужского пола, особенно в случаях маскированных непсихотических депрессий [22, 24]. Таким образом, можно видеть, что заболеваемость депрессиями увеличивается с возрастом – от детского к юношескому, но единой точки зрения на гендерное соотношение в разных возрастных группах до настоящего времени не сформировано.

Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [7, 8, 45]. В первую очередь, депрессивные состояния в подростковом возрасте сопряжены с суицидальным поведением [12, 35].

В отечественной литературе, посвященной суицидальному поведению, приоритет уделяется преимущественно суицидальным действиям (попыткам и завершённым самоубийствам). Когда речь идет о так называемых внутренних формах суицидального поведения, то здесь нет четкого понимания и разделения этих форм. Используются термины – суицидальные мысли, суицидальные идеи, тенденции и т.д. без их четкого определения и клинического описания [3, 5, 9]. Суицидальное поведение – это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. При рассмотрении стадий формирования суицидального поведения условно можно выделить следующие: анти-витальные переживания, пассивные суицидальные мысли, замыслы, намерения и реализация последних в виде попыток [6]. Примерное соотношение суицидальных мыслей, попыток и завершённых суицидов составляет 100:10:1 [4]. Как правило, большинство суицидальных действий направлено не на самоуничтожение, а на восстановление социальных связей с окружающими [9]; иногда суицидальное поведение определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации [14].

В динамике социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, выделяют две фазы: предриспозитивную и суицидальную, а решающее значение для перехода предриспозитивной фазы дезадаптации в суицидальную имеет конфликт. «Острый суицид» проявляется в редких случаях среди взрослых, но наблюдается у подростков «по типу подражания» в случае самоубийства их кумира и др. Термин «суицидальное поведение» «объединяет все проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения». Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, «когда суицидальные проявления отличаются многообразием». Авторы указывают на определенную связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. По их мнению, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. Суицидальные действия у подростков часто носят «несерьезный», демонстративный характер, могут приобретать черты «суицидального шантажа». К числу наиболее частых причин суицидов относятся: семейные, сексуальные, школьные проблемы [16, 19, 22, 32].

Наиболее трагичным последствием депрессивного расстройства является суицид. По данным ВОЗ, суициды среди лиц в возрасте 15-20 лет за последние 15 лет возросли в 2 раза и среди причин смертности во многих экономически развитых странах занимают 2-3-е место. Ежегодно в мире лишают себя жизни свыше полумиллиона молодых людей, то есть более 1 000 человек в день [29, 39, 45].

В России за последнее десятилетие частота суицидов среди подростков выросла в 3 раза и ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств в этой возрастной группе будет расти быстрее всего [14, 29]. В аспекте внутриличностного конфликта подростка, суицидальное поведение может быть рассмотрено как способ мести, как результат актуализации враждебности, направленной на себя. При нарушении взаимо-

отношений между людьми возникает невротический конфликт и возникает тревога в результате отсутствия чувства безопасности в межличностных отношениях [25, 34]. Как правило, большинство суицидальных действий направлено не на самоуничтожение, а на восстановление социальных связей с окружающими [35], иногда суицидальное поведение определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации [11].

Согласно результатам отечественных авторов [4, 13, 26, 31] и исследователей Европы и США [38, 43], подростки, совершающие суицидальные попытки наиболее часто прибегают к отравлению медикаментозными препаратами – более 60% (характерно больше для лиц женского пола) и к самопорезам – более 30% (характерно в большей степени для лиц мужского пола). Реже отмечается такой способ, как повешение – более 2%.

В учебно-трудовой сфере установлено преобладание лиц, дезадаптированных в данном процессе. Сезонное распределение частоты покушений на самоубийство показало, что наибольшее число попыток приходится на весну и осень. Большинство подростков совершают суицидальные попытки во второй половине дня и в вечернее время.

Проблема самоубийств среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, т.к. суицид является третьей по значимости причиной смерти среди молодых людей (ВОЗ, 2001). D. Wasserman с коллегами изучала показатели самоубийств в группе подростков в возрасте 15-19 лет в разных странах мира с использованием сведений, взятых из базы данных о смертности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В 90 изученных странах самоубийство занимало четвертое место в перечне причин смерти среди подростков мужского пола и третье – среди женского. В 13 странах показатели самоубийств в 1,5 раза и более превышали средний, среди них Шри-Ланка с самым высоким показателем, далее – Литва, Россия и Казахстан [45].

Особое внимание также стоит уделить проблеме профилактики суицидального поведения среди подростков, поскольку «суицидальная молодежь редко хочет умереть; она желает уйти от обстоятельств, которые считает невыносимыми». Было выяснено, что в большинстве случаев подростковых суицидов, дефицит общения был важным фактором в их желании покончить с собой. Становится очевидным, что улучшение взаимоотношений в семье, может снизить частоту самоубийств. Кроме того, существуют такие виды суицида как индуцированный и групповой, «иммитационное поведение играет определенную роль в провокации самоубийств, особенно среди подростков» [12].

В последние годы появились данные о том, что состояния депрессии и тревоги сопровождаются значительными изменениями восприятия и переработки поступающей информации. Одним из проявлений этих изменений является специфическая избирательность познавательных процессов в виде неосознанного предпочтения одного рода информации за счет игнорирования информации другого рода. В условиях стресса депрессивные и тревожные личности воспринимают и оценивают происходящие события искаженно, что ведет к развитию состояний нервно-психической де-

задаптации и усилению переживаний депрессивного и суицидального характера [39]. Депрессия является наиболее типичным предсуицидальным состоянием, стимулом которой выступает стрессовая ситуация [27]. К депрессии приводит большое число различных факторов: изменение отношений со сверстниками (например, потеря друга или подруги, исключение из компании сверстников и т.д.), влияние семьи (отсутствие общения, ссоры между родителями), заниженная самооценка, плохая успеваемость в школе, отсутствие надежд на будущее. Подростки предъявляют жалобы на головные боли, боли в спине или животе, изменение привычек, нарушение сна, снижение уровня активности; наблюдаются перепады настроения (беспокойство, уменьшение способности к ежедневной работе, самоутверждение в форме насилия, употребление наркотиков, создание рискованных ситуаций). Анализ содержания психотравмирующих ситуаций среди подростков показал следующее – в большинстве случаев к покушению на самоубийство приводят семейные конфликты – более 50%, значительно реже с одинаковой частотой – конфликты со сверстниками и любовные конфликты – около 13%, школьные конфликты предшествуют парасуицидам – более 8% [6].

Согласно данным недавно проведенного исследования И.О. Калачевой и соавт., показатели смертности от самоубийства в РФ представляют довольно значимые величины в возрастных группах 10–14 лет и 15–19 лет, при этом они выше в 6 раз в группе 15–19 лет у лиц обоего пола по сравнению с 10–14-летними. Установлена существенная роль в формировании суицидального поведения психогенных факторов (ранняя психическая депривация, микросоциальная запущенность), приводящих к депрессивным расстройствам и патологическому формированию личности. В развитии суицидального поведения у девушек дополнительными факторами риска являются склонность к депрессии и личностные особенности (истерические, эксплозивные, неустойчивые, наличие психического инфантилизма) [10]. Иногда желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка рассматриваются как два разных феномена. Суицидальные мысли у подростков, по мнению авторов, могут появляться вместе с развитием «эго-структуры». Желание же умереть заложено в конституциональную депрессивную структуру в результате ранней эмоциональной депривации со стороны матери. Поэтому внешне одинаковое суицидальное поведение может быть основано на двух принципиально разных психологических механизмах из чего следует необходимость дифференциации психотерапевтической помощи таким подросткам. Вместе с тем депрессивные состояния часто оказываются своевременно не распознанными, так по данным М.Г. Усова, почти одна пятая часть подростков с депрессией совершают суицидальные попытки на догоспитальном этапе [20]. Суицидальное поведение нередко служит первым признаком, который привлекает внимание к психическому состоянию подростка [23].

Выявление депрессивных состояний у подростков составляет важную и до настоящего времени ещё не решённую проблему. Трудность своевременной диагностики зачастую бывает обусловлена не-

достаточной синдромологической очерченностью депрессивных состояний в этом возрастном периоде [16, 17]. В пубертатной фазе, когда «рушатся относительное совершенство и гармония детства» и происходит «расширение эмоционального горизонта», отмечается склонность к беспричинным колебаниям настроения, свойственная подросткам «аффективная подвижность» указывает на нарушение психического равновесия и характеризует процесс психологического развития в этом возрастном интервале. Однако стёртая аффективная симптоматика может скрываться под «маской» пубертатных проявлений, создавая дополнительные диагностические трудности. Подспудное изменение аффективного фона обычно приводит к усилению эмоциональной лабильности и снижению порога эмоциональной выносливости с готовностью к кратковременным ситуационно спровоцированным эпизодам сниженного настроения [8, 20]. Предполагается, что наряду с клинически очерченными эпизодами часть неглубоких депрессий – чисто психологические реакции. Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством – вопрос клинической оценки, но критерии для такой оценки недостаточно точны, чтобы привести различных клиницистов к единому мнению [22, 25, 39, 45]. Эти исследования, по существу, подтверждают наблюдения Э. Крепелина, что аффективные расстройства вначале

могут быть невыраженными, проявляясь в виде лёгких малозаметных колебаний настроения, продолжающихся в течение нескольких лет до тех пор, пока не сформируется развёрнутый депрессивный синдром. Из этого следует, что дифференциация клинических проявлений пубертатной депрессии и свойственной подросткам эмоциональной лабильности, своевременная фиксация признаков риска последующего развития аффективного заболевания представляется сложной и до конца не решённой проблемой.

Таким образом, из вышесказанного следует, что депрессивные расстройства у подростков представляют собой гетерогенную группу. Имеющиеся научные работы, посвященные проблеме подростковых депрессий, указывают на значительный клинический полиморфизм и атипичность данных состояний. Депрессивные расстройства могут выступать изолированно или в сочетании с другими психопатологическими проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы, а их прогноз в большей степени зависит от того в рамках какой нозологии они реализуются, от психологических и личностных составляющих. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения клинико-динамических характеристик депрессивных расстройств у подростков с целью оптимизации диагностики и терапии.

Литература

1. Виноградова И.Ю. Обобщение работы по профилактике суицидов несовершеннолетних в Республике Коми // *Здоровье человека на Севере*. – 2008. – № 1. – С. 38-40.
2. Ворсина О.П., Дианова С.В., Белькова Т.Ю. Особенности суицидального поведения детей и подростков в Иркутске // *Журн. Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 68. – С. 23.
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Чита, 2008. – 178 с.
4. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // *Суицидология: прошлое и настоящее*. – М., 2001. – С. 270-352.
5. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. – Москва : Академия, 2013. – 272 с.
6. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. – Волгоград. 24-26 апреля 2007 г. – Волгоград: ВолгГМУ, 2007. – С. 87-88.
7. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Распространённость и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1998. – № 9. – С. 33-36.
8. Иовчук Н.М., Северный А.А. «Дидактогенные» депрессии у детей. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. – Волгоград. 24-26 апреля 2007 г. – Волгоград: ВолгГМУ, 2007. – С. 170-175.
9. Исаев Д.С., Шерстнёв К.В. Психология суицидального поведения: методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология». – Самара, 2000. – 27 с.
10. Калачева И.О., Карнаухова Е.Н., Мазур А.Г. Психогенные расстройства у детей и подростков (вопросы диагностики и реабилитации) // *Психиатрия и психофармакотерапия* 2003. – № 1. – С. 23-25.
11. Кравченко Н.Е. Непсихотические депрессивные расстройства у подростков психоневрологического диспансера: материалы XIV съезда психиатров России (15-18 ноября 2005 г.). – С. 205-206.
12. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А. Об одном из вариантов пубертатной декомпенсации психопатии. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. – Волгоград. 24-26 апреля 2007 г. – Волгоград: ВолгГМУ, 2007. – С. 101-102.
13. Курпатов А.В. Депрессия: от реакции до болезни (пособие для врачей общей практики). – М.: 2003. – 78 с.
14. Мягков А.Ю., Ерофеев С.В. Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов // *Социологический журнал*, 2007. – № 2. – С. 37-38.
15. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.
16. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. – СПб.: Питер, 2004. – 202 с.

17. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста // пер. с английского В. Квиткевича, Ю. Мирончика. – Изд. Питер, 2011. – 816 с.
18. Семке В.Я., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. – Томск, 2004. – 49 с.
19. Суходолова Г.Н., Скрылёва Л.П., Страхов С.И., Калянова Н.А. Психическое здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты): материалы Всерос. научно-практ. конф. – М.; Ижевск, 1994. – С. 151-152.
20. Усов М.Г. Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессий у подростков: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 33 с.
21. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суцидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 255-270.
22. Шир Е. Суцидальное поведение у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1984. – № 10. – С. 1556-1559.
23. Aalto-Setälä T., Marttunen M., Tuulio-Henriksson A., et al. Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depressive Disorders and Maladjustment // Am. J. Psychiatry. – Vol. 2. – P. 2002.
24. Angst J., Dobler-Mikola A., Binder J. The Zurich Study – a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 1984. – 234. – P. 13-20.
25. Apter A., Ofek H. Personality constellations and suicidal behavior // K.V. Heeringen Understanding Suicidal Behavior: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention. – New York: Wiley. – 2003. – P. 94-120.
26. Boyd J.H., Weissman M.M. Epidemiology of affective disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1981. – Vol. 38. – P. 1039-1046.
27. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. **Аномальная психология.** – 11-е изд. СПб.: Питер. – 2004. – С. 1167.
28. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // Journal of the Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Vol. 45. – P. 1350-1362.
29. Holinger P.C. Epidemiological issues in youth suicide // Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1989. – P. 41-62.
30. Kaplan S.L., Hong G.K., Weinhold C. Epidemiology of depressive symptomatology // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1984. – Vol. 23. – P. 91-98.
31. Keller M.B. Course outcome and impact on the community // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1994. – Vol. 89. – P. 24-34.
32. Mash E.J., Wolf D.A. (Beautrais, 2000) Детская психопатология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
33. McClure G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998; British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 469-474.
34. Mufson L., Moreau D., Weissman M., Klerman G.L. **Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия** / пер. с англ. Е. Хромовой. – М.: Эксмо, 2003. – 320 с.
35. Neulinger K. De Leo D. Suicide in Elderly and Youth Population – How Do They Differ? // Suicide and Euthanasia in Older Adults: A Transcultural Journey. – Hogrefe and Huber Publishers, 2001. – P. 216.
36. Offer D. Adolescent turmoil. In The Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys. New York: Basic Books. – 1969. – P. 174-193.
37. Oldehinkel A.J., Wittchen H.U. and Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents // Psychological Medicine. – 1999. – Vol. 29. – P. 655-668.
38. Pattison E.M., et al. A psychosocial kinship model for family therapy // Am. J. Psychiatry. – 1975. – Vol. 1. – P. 32.
39. Pommereau X., Delorme M., Druot J.M., Têdo Ph.P. Conduites suicidaires à l'adolescence // Psychiatrie Française. – 1996. – Vol. XXVI. – P. 50-59.
40. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum. – 1994. – P. 178.
41. Rutter M., Graham P., Chadwick F.D., Yule W. Adolescent turmoil: Fact of fiction // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1976. – Vol. 17: 35. – P. 56.
42. Ryan N.D., Puig-Antich J., Cooper T., et al. Imipramine in adolescent major depression in children and adolescents // Archives of General Psychiatry. – 1986. – Vol. 44. – P. 854-861.
43. Sartorius N. Depressiya: the world aspects of a problem // Bulletin on a depression. – 2003. – Vol. 6: 25. – P. 3-4.
44. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people ages 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – P. 114-120.
45. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., et al. Depressed adolescents grown up // Journal of American Medical Association. – 1999. – Vol. 281: 18. – P. 1707-1713.

Literature

1. Vinogradova I.Y. A summary of efforts undertaken to prevent suicides among minors in Komi Republic // Human health on the North. – 2008. – № 1. – P. 38-40.
2. Vorsina O.P., Dianova S.V., Belkova T.Y. Special aspects of suicidal behavior in children and adolescents in Irkutsk // Journal Siberian bulletin of psychiatry and narcology. – 2011. – № 68. – P. 23.
3. Govorin N.V., Sakharov A.V. Suicidal behavior: typology and factorial causality. – Chita, 2008. – P. 178.
4. Grollman E. Suicide: prevention, intervention, postvention // Suicidology: past and present. – М., 2001. – P. 270-352.
5. Zveryeva N.V., Goryacheva T.G. Clinical psychology of children and adolescents. – Academy, Moscow, 2013. – P. 272.
6. Ivanova T.I. Suicidal behavior in children with depressive disorders. Current issues of mental health care in children. Problems of diagnosis, therapy and instrumental

- examinations in pediatric psychiatry. – Volgograd, April 24-26, 2007. – Volgograd: VolgSMU, 2007. – P. 87-88.
7. Iovchuk N.M., Batygina G.Z. Prevalence and clinical manifestations of depression in school adolescent population // S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. – 1998. – № 9. – P. 33-36.
 8. Iovchuk N.M., Severnyi A.A. Didactogenic depressions in children. Current issues of mental health care in children. Problems of diagnosis, therapy and instrumental examinations in pediatric psychiatry. – Volgograd, April 24-26, 2007. – Volgograd: VolgSMU, 2007. – P. 170-175.
 9. Isayev D.S., Sherstnev K.V. Psychology of suicidal behavior: methodological recommendations for students in relation to a special course on suicidology. – Samara, 2000. – P. 27.
 10. Kalacheva I.O., Karnaukhova E.N., Mazur A.G. Psychogenic disorders in children and adolescents (issues of diagnosis and rehabilitation) // Psychiatry and psychopharmacotherapy. – 2003. – № 1. – P. 23-25.
 11. Kravchenko N.E. Non-psychotic depressive disorders in adolescents undergoing treatment at a psychoneurologic dispensary: Materials of the XIV Congress of Russian Psychiatrists (November 15-18, 2005). – P. 205-206.
 12. Krylova E.S., Beburishvili A.A. On one of the variants of pubertal decompensation of psychopathy. Current issues of mental health care in children. Problems of diagnosis, therapy and instrumental examinations in pediatric psychiatry. – Volgograd, April 24-26, 2007. – Volgograd: VolgSMU, 2007. – P. 101-102.
 13. Kurpatov A.V. Depression: from reaction to disease (guidelines for general practitioners). – M.: 2003. – P. 78.
 14. Myagkov A.Y., Erofeev S.V. Suicides in Ivanovo region: analysis of temporal trends // Sociological Journal. – 2007. – № 2. – P. 37-38.
 15. Nuller Y.L., Mikhaleiko I.N. Affective psychoses. – Medicine, 1988. – P. 264.
 16. Podolskiy A.I., Idobayeva O.A., Kheimans P. Diagnosis of adolescent depressiveness. Theory and practice. – Spb: Piter, 2004. – P. 202.
 17. Rice P., Dolgin K. Adolescent psychology / Translated from English by V. Kvitkevich and Y. Mironchik. – Pub Piter, 2011. – P. 816.
 18. Semke V.Y., Schastnyi E.D., Simutkin G.G. Affective disorders. Regional aspect. – Tomsk, 2004. – P. 49.
 19. Sudokhodova G.N., Skryleva L.P., Strakhov S.I., Kalyanova N.A. Mental health of the Russian population (social and epidemic aspects): materials of All-Russian scientific-practical conference – M.; Izhevsk, 1994. – P. 151-152.
 20. Usov M.G. Clinical presentation, early diagnosis and prognosis of depressions in adolescents. Synopsis of thesis ... Doctor of Medical Science. – Tomsk, 1996. – P. 33.
 21. Freud Z. Mourning and melancholia // Suicidology: past and present. – M., 2001. – P. 255-270.
 22. Sheer E. Suicidal behavior in adolescents // Journal of Neuropathology and psychiatry. – 1984. – № 10. – P. 1556-1559.
 23. Aalto-Setälä T., Marttunen M., Tuulio-Henriksson A., et al. Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depressive Disorders and Maladjustment // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 2.
 24. Angst J., Dobler-Mikola A., Binder J. The Zurich Study – a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 1984. – 234. – P. 13-20.
 25. Apter A., Ofek H. Personality constellations and suicidal behavior // K.V. Heeringen Understanding Suicidal Behavior: The Suicidal Process Approach to Research, Threat and Prevention. – New York: Wiley. – 2003. – P. 94-120.
 26. Boyd J.H., Weissman M.M. Epidemiology of affective disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1981. – Vol. 38. – P. 1039-1046.
 27. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. Abnormal psychology. – 11-th prod. SPb.: Piter. – 2004. – C. 1167.
 28. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // Journal of the Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Vol. 45. – P. 1350-1362.
 29. Holinger P.C. Epidemiological issues in youth suicide // Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention. – Washington, DC: American Psychiatric Association. – 1989. – P. 41-62.
 30. Kaplan S.L., Hong G.K., Weinhold C. Epidemiology of depressive symptomatology // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1984. – Vol. 23. – P. 91-98.
 31. Keller M.B. Course outcome and impact on the community // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1994. – Vol. 89. – P. 24-34.
 32. Mash E.J., Wolf D.A. (Beautrais, 2000) Children's psychopathology. Violations of mentality of the child. – СПб.: Прайм-ЕБРОЗНАК, 2003. – 384 с.
 33. McClure G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998; British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 469-474.
 34. Neulinger K. De Leo D. Suicide in Elderly and Youth Population – How Do They Differ? // Suicide and Euthanasia in Older Adults: A Transcultural Journey. – Hogrefe and Huber Publishers, 2001. – P. 216.
 35. Offer D. Adolescent turmoil. In The Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys. – New York: Basic Books, 1969. – P. 174-193.
 36. Oldehinkel A.J., Wittchen H.U., Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents // Psychological Medicine. – 1999. – Vol. 29. – P. 655-668.
 37. Mufson L., Moreau D., Weissman M., Klerman G.L. Teenager and depression. Interpersonal psychotherapy. – M.: Eksmo, 2003. – 320 с.
 38. Pattison E.M., et al. A psychosocial kinship model for family therapy // Am. J. Psychiatry. – 1975. – Vol. 1. – P. 32.
 39. Pommereau X., Delorme M., Druot J.M., Têdo Ph. P. Conduites suicidaire sal'ado lescence // Psychiatrie Française. – 1996. – Vol. XXVI. – P. 50-59.
 40. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression in children and adolescents. – New York: Plenum. – 1994. – P. 178.
 41. Rutter M., Graham P., Chadwick F.D., Yule W. Adolescent turmoil: Fact of fiction // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1976. – Vol. 17. – P. 56.

42. Ryan N.D., Puig-Antich J., Cooper T., Ambrosini P., et al. Imipramini in adolescent major depression in children and adolescents // Archives of General Psychiatry. – 1986. – Vol. 44. – P. 854-861.

43. Sartorius N. Depression: global aspects of the problem // Bulletin on Depression. – 2003. – Vol. 6. – P. 3-4.

44. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people ages 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – P. 114-120.

45. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., Morean D., Adams P., et al. Depressed adolescents grown up // Journal of American Medical Association. – 1999. – Vol. 281. – P. 1707-1713.

Координаты для связи с авторами: Солодкая Евгения Валерьевна – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ДВГМУ, e-mail: solodka@nm.ru; Логинов Игорь Павлович – д-р мед. наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ДВГМУ, e-mail: log-i-p1954@mail.ru.



УДК 618.15-002-078-084:615.3 (048.8)

Ю. В. Воронова

ДИСБИОЗ ВЛАГАЛИЩА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В обзоре представлены причины и частота встречаемости бактериального вагиноза. Описаны микроорганизмы, являющиеся представителями нормальной вагинальной микрофлоры, а также ассоциированные с бактериальным вагинозом. Проанализированы механизмы биологической защиты, которые формируют устойчивость половых органов к возможному воздействию инфекционных агентов. Перечислены гипотезы изменения вагинальной экосистемы. Представлены данные по эпидемиологии и особенностях клинического течения дисбиоза влагалища. Приведены современные методы и критерии клинической и лабораторной диагностики бактериального вагиноза. Дана характеристика новому методу диагностики БВ, основанному на ПЦР, но с возможностью определения качественного и количественного состава вагинальной микрофлоры в режиме реального времени. Рассмотрены аспекты тактики ведения пациенток при вагинальном дисбиозе. Подчеркнута роль поэтапной терапии данной патологии, включающей антибактериальные, антисептические, рН-снижающие препараты, пробиотики, а также коррекцию сопутствующей патологии. Учитывая роль бактериального вагиноза в увеличении частоты акушерских осложнений и отсутствие тенденции к снижению заболеваемости, поиск достоверных диагностических методов и эффективных методов лечения остается актуальной проблемой современной медицины.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, дисбиоз влагалища, критерии Амсея, нормальная вагинальная микрофлора, нормоценоз, полимеразная цепная реакция в режиме реального времени (ПЦР RealTime), Atopobium vaginae.

Yu.V. Voronova

VAGINAL DISBIOSIS: CURRENT ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The review presents the cause and incidence rate of bacterial vaginosis. It also describes the microorganisms that comprise a normal vaginal flora associated with bacterial vaginosis. The authors analyzed the mechanisms of a biological defense forming sexual organs resistance to potential pathogenic agents. Hypotheses explaining vaginal ecosystem changes are presented. There are data on epidemiology and clinical course peculiarities of bacterial vaginosis. Current methods and criteria for a clinical and laboratory diagnostics are analyzed. The author focuses attention on the new method of bacterial vaginosis based on PCR that gives a possibility to determine quantitative and qualitative content of vaginal microflora under a real time line regimen. Tactics of patients' management with bacterial vaginosis are analyzed. The author emphasizes the role of therapy staging including antibacterial, antiseptic, pH-lowering medications, probiotics and accompanying pathology correction. Taking into consideration a significant role of vaginosis in obstetrical complications and absence of a positive tendency to the disease decline, a search for a reliable diagnostic and effective treatment methods remains a serious problem in healthcare.

Key words: bacterial vaginosis, vaginal disbiosis, Amsel criteria, normal vaginal microflora, normocenosis, RealTime, Atopobium vaginae.