
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психиатрии и наркологии

П. Ю. Мучник, Е. А. Романова

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, ХИРУРГИЧЕСКОЙ
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2015**

УДК 616.89-06

ББК 56.14

М92

Мучник П. Ю.

М92 Психические расстройства в терапевтической, хирургической и гинекологической практике: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, Е. А. Романова.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 40 с.

Авторы:

ассистент кафедры психиатрии СЗГМУ им. И. И. Мечникова **П. Ю. Мучник**;
врач-терапевт СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца» **Е. А. Романова**.

Рецензент:

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» канд. мед. наук, доцент **С. В. Гречаный**.

В учебно-методическом пособии рассматриваются психические расстройства в терапевтической, хирургической и гинекологической практике, встречающиеся у пациентов общемедицинской сети. Выявление и распознавание описанных расстройств у пациентов для оказания им своевременной помощи необходимо врачам любой специальности.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Ученым советом ГБОУ ВПО
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
протокол № 6 от 26 июня 2015 г.

© П. Ю. Мучник, Е. А. Романова, 2015
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	7
Психические расстройства при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	7
Психические нарушения при инфаркте миокарда	10
Психические расстройства при бронхиальной астме	14
Психические расстройства при заболеваниях печени	15
Синдром раздраженного кишечника	17
Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита	18
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	20
Психические расстройства в клинике пластической хирургии...20	
Психические нарушения при операциях	21
Онкологические заболевания	23
Психические расстройства при ожогах	25
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	29
Психические расстройства при беременности	29
Психические нарушения при гинекологических операциях	30
Психические нарушения после аборта	30
Послеродовые психозы.....	32
ЛИТЕРАТУРА	34
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	35
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности психических расстройств, особенно среди пациентов поликлиник и стационаров.

Несмотря на клиническую значимость, психические расстройства в общемедицинской сети в большинстве случаев не выявляются и не лечатся адекватно. Такое положение во многом обусловлено недостаточной информированностью интернистов о психической патологии.

Следует отметить большую гетерогенность психических расстройств среди пациентов, обращающихся за помощью к специалистам соматических специальностей. Для внесения некоторой упорядоченности в дальнейшее изложение представляется целесообразным допустить небольшое отступление и разобраться с механизмами формирования этих расстройств.

История изучения психических расстройств, появляющихся одновременно с соматическим заболеванием, развивалась по двум противоположным направлениям: соматоцентрическому (причинно-следственный вектор направлен от «соматической» составляющей заболевания к «психической») и психоцентрическому (причинно-следственный вектор направлен от «психической» составляющей к «соматической»). В настоящее время первое направление нашло свое выражение в концепции соматогенных психических расстройств (соматопсихиатрии), а второе представлено психогенными соматическими заболеваниями (психосоматикой).

В рамках *соматопсихиатрии* следует выделить два самостоятельных механизма развития.

Первый механизм — развитие по биологическим механизмам, при которых действующий соматический фактор приводит к изменению

гомеостаза организма и выступает как экзогенный этиологический фактор развития психических расстройств.

К такому развитию приводят тяжелые соматические заболевания (сосудистые, эндокринные, инфекционные) с метаболическими нарушениями, интоксикациями, оказывающие биологическое влияние на нервную систему, вызывающие повреждение и гибель нейронов и формирование органических психических расстройств.

Второй механизм — развитие вследствие реакции личности на факт наличия острого или хронического соматического заболевания.

Наиболее часто к такому механизму развития психических расстройств приводит осознание пациентом наличия у него тяжелого, калечащего, инвалидизирующего либо неизлечимого заболевания, приводящего к снижению качества жизни и социального функционирования. Примерами таких заболеваний могут быть неизлечимые вирусные инфекции (гепатиты, ВИЧ и пр.), хронические дерматологические заболевания, калечащие хирургические вмешательства (ампутации), онкологические заболевания и пр.

В рамках изучения *психосоматических* расстройств также можно выделить два механизма развития.

Первый — соматизация по преимущественно биологическим механизмам. В рамках этого пути рассматриваются так называемые «психосоматозы» — хронические соматические расстройства, в течении которых симптоматическую (пусковую, подталкивающую, триггерную), но не основную роль играют психогенные влияния и психовегетативные расстройства или соматоформные вегетативные дисфункции (СВД).

В 30-х годах прошлого века врач и психоаналитик Ф. Александер предложил обширную теорию объяснения психосоматических связей. Он выделил группу «психосоматических» болезненных состояний (семь заболеваний, в дальнейшем обозначенных как «Holy seven»), в которую входят язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальная гипертензия, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальная астма. Схема развития этих заболеваний, по Ф. Александеру, следующая: бессознательные конфликты порождают хроническое эмоциональное напряжение, которое приводит к хроническому напряжению вегетативной нервной системы, которое, в свою очередь, приводит

к функциональным, а затем и необратимым изменениям внутренних органов.

Наиболее типичным примером СВД может служить синдром раздраженного кишечника, который будет более подробно описан в разделе расстройств в терапевтической практике.

Второй механизм — соматизация преимущественно по клиничко-психологическим и психопатологическим механизмам. Сюда относятся психические расстройства в собственном смысле слова, для которых характерны псевдосоматические проявления, при отсутствии каких-либо очевидных взаимосвязей между психической и соматической сферами. Здесь можно отметить две сферы клинических проявлений — функциональные нарушения в двигательной и сенсорной сферах (в рамках конверсионных расстройств) и соматоформные симптомокомплексы (патологические телесные ощущения и представления, лишенные реальной соматической основы). В действующей классификации МКБ-10 такие расстройства находятся в разделе F45 «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Однако, помимо этого, соматоформные расстройства являются частыми спутниками депрессивных, тревожно-депрессивных, тревожных расстройств, посттравматического стрессового расстройства и тревожно-фобических расстройств, поэтому в рамках рубрики F45 должны рассматриваться только те расстройства, которые не относятся в вышеперечисленным категориям.

Таким образом, обсудив основные механизмы формирования сочетанных психических и соматических расстройств, можно перейти к их обсуждению применительно к практической деятельности врачей терапевтического, хирургического и гинекологического профиля. В последующей части данного методического пособия будут освещены некоторые психические расстройства, встречающиеся при наиболее частых терапевтических, хирургических и гинекологических заболеваниях. Целью данного руководства является не предоставление исчерпывающего списка возможных психических нарушений при всех известных соматических заболеваниях, а формирование общего понимания принципов возникновения психических расстройств на наиболее типичных примерах.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди всех внутренних болезней, что определяет особое отношение пациентов и врачей к заболеваниям сердца и сосудов.

Практически важно, что у большинства пациентов с периодически возникающими болезненными ощущениями в области сердца развивается и нередко закрепляется разной степени выраженности страх смерти либо от остановки, либо от «разрыва сердца», либо от инфаркта миокарда.

Особенно часто формирование страха смерти отмечается в связи с приступами психогенной аритмии — брадикардии (урежение сердечных сокращений), тахикардии (учащение сердечных сокращений) и экстрасистолии (ощущение дополнительных ударов сердца). Именно мучительный страх смерти оказывается ведущим клиническим проявлением так называемых кардионеврозов, которые следует рассматривать как психосоматические расстройства.

Под *кардионеврозами* понимают функциональные нарушения сердечного ритма. Функциональные расстройства сердечного ритма проявляются следующими симптомами: увеличением числа сердечных сокращений (тахикардия) с одновременным ощущением пациентом учащенного сердцебиения, спазмами в области сердца и непродолжительными расстройствами сердечного ритма (аритмии). Нередко пациенты предъявляют жалобы на ощущение онемения,

зуда, покалывания, жжения, холода, ползания мурашек и т. п. в различных участках тела (парестезии), чувство давления в области сердца в сочетании с одышкой. Характерными жалобами являются страх удушья и страх развития инфаркта миокарда.

Кардиалгия является симптомом очень большого числа самых различных заболеваний. Принципиально важно отметить, что боль в области сердца не обязательно связана с патологией сердца. Более того, за исключением стенокардии и инфаркта миокарда, боль в области сердца, как правило, не представляет опасности для здоровья и жизни.

Все кардиалгии можно разделить на две большие группы: кардиалгии сердечного и внесердечного (внекардиального) происхождения.

Внесердечные кардиалгии могут развиваться при заболеваниях периферической нервной системы и мышц плечевого пояса, патологии ребер, заболеваниях органов брюшной полости, в том числе при болезнях пищеварительного тракта, заболеваниях легких и (или) плевры, у больных хроническим тонзиллитом, при алкоголизме.

Сердечные кардиалгии могут быть обусловлены органическими изменениями (ишемическая болезнь сердца как проявление атеросклероза коронарных артерий), например стенокардией.

В то же время давно отмечено, что такие чувства, как тоска, страх, печаль, и некоторые другие способны вызывать разнообразные неприятные ощущения или в левой половине грудной клетки, или непосредственно в области сердца.

Эти ощущения нередко возникают на фоне депрессивного состояния или ожидания тревоги. По продолжительности данные ощущения могут быть практически мгновенными, например связанными с кратковременным нарушением ритма сердца; в других случаях они могут носить приступообразный характер продолжительностью от 15–30 мин до 2–3 ч и более. Реже приступы бывают весьма длительными, практически постоянными — в течение многих дней или даже месяцев. Частота таких приступов колеблется в достаточно широких пределах: от 1–5 в день до 1–2 в год.

Локализация и характер неприятных ощущений в области сердца отличаются чрезвычайным разнообразием. Это может быть практически постоянная, иногда пульсирующая боль с повышением кожной чувствительности в области верхушки сердца или левого соска.

В других случаях это тупое давление, тяжесть, стеснение, покалывание, сжатие в области сердца или ниже его; также возможны острое сжимание, сдавливание, напряженность, «заложенность», чувство жжения в области сердца или в области левого подреберья и даже по всей верхней части живота, а также чувство распирания или, наоборот, ощущение пустоты в грудной клетке. Такие разнообразные ощущения могут распространяться из области сердца не только по всей передней поверхности грудной клетки, но и захватывать также правую ее половину, иррадиировать в шею, лопатки, позвоночник на любом его уровне вплоть до поясничной области и даже в нижние конечности и половые органы. С другой стороны, некоторые пациенты очень точно определяют область кардиалгии, указывая на основную болевую точку кончиком пальца.

Значительные диагностические и психологические сложности и для врача, и для пациента возникают в тех случаях, когда классические жалобы на приступы боли за грудиной или в области сердца с иррадиацией в левое плечо и (или) левую лопатку (на высоте отрицательных эмоций или — значительно реже — при физическом напряжении) действительно имитируют жалобы больных с хронической коронарной недостаточностью. Серьезные диагностические трудности возникают в том случае, если возраст пациента больше 40 лет. Термин «сердечная мимикрия» применяют в тех случаях, когда человек ощущает боль психогенного характера в области сердца, подобную той, которую испытывал кто-либо из его близких или знакомых или сведения о которой он получил при чтении художественной или популярной литературы.

При тщательном обследовании пациента обычно удается отличить кардиалгию психосоматического происхождения от классической стенокардии, представляющей серьезную медицинскую проблему и угрозу для здоровья пациента. Для психосоматической кардиалгии типична очень выраженная изменчивость проявлений, чрезвычайно непродолжительный, летучий, меняющийся характер остроты, интенсивности, локализации и распространенности болевых ощущений. Жалобы, высказываемые пациентом, неоднократно меняются не только на протяжении одного дня, но и на протяжении беседы с врачом. Характерна и невротическая фиксация пациента только на кардиалгии определенного типа, когда он жалуется, например, только на жжение или распирание. Но чаще отмечается

лабильность проявлений, когда сердце то сжимает, то покалывает, то простреливает, то «огнем горит». Также лабильны характер и локализация боли: боль то тупая, то острая или пронизывающая, она появляется то с одной стороны, то с другой.

Характерна миграция боли: из области сердца она перемещается то под левую лопатку, то по ходу позвоночника, то в левое или правое подреберье, то целиком заполняет левую или правую половину грудной клетки или даже всю грудную клетку, то снова фиксируется в области сердца.

Для пациентов, страдающих синдромом психосоматической кардиалгии, характерны суточные колебания не столько состояния, сколько самочувствия. Больные чувствуют себя хуже обычно или при бессоннице, или по утрам, на фоне наплыва тревожных мыслей сразу после пробуждения. Характер неприятных ощущений в грудной клетке больные очень часто определяют как щемящие, грызущие, изматывающие, изнуряющие боли. Типично при этом, что данные ощущения не столько болезненные, сколько тягостные и мучительные. Весьма типичными могут быть жалобы на чувство тревоги и тяжести в области сердца или в левой половине грудной клетки в сочетании с беспричинными подташниванием, слабостью и угнетенным настроением, особенно по утрам или в связи с приближением ночи.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Продромальный и острый периоды. Наиболее резко выраженным в клинической картине инфаркта миокарда в продромальном и остром периодах является болевой синдром. Он отмечается у большинства больных и имеет различные степени интенсивности. Боли могут носить приступообразный характер или быть постоянными и периодически усиливаться. Острые приступы болей характеризуются больными как «сжатие в области сердца и за грудиной», резкое стягивание грудной клетки, ощущение, что «внутри все горит», «от сердца в обе руки идут иголки, которые временами выгибаются» и т. п. Нередко приступ начинается с тупых, ноющих болей, интенсивность которых все нарастает. Характерна иррадиация боли в левую руку, лопатку, шею. Некоторые больные отмечают боли в подложечной области, опоясывающие боли, боли в ногах, ломоту во всем

теле. Одновременно с появлением болей, сосудистых и вегетативных расстройств, а иногда еще и до этого меняется психическое состояние больных. У большинства пациентов отмечаются те или иные изменения со стороны эмоциональной сферы.

В остром, а иногда и в продромальном периоде заболевания, иногда еще до наступления болей, у ряда больных появляется страх — безотчетный страх смерти, который особенно резко был выражен при болях. Возникает чрезвычайно тягостное чувство — ожидание «неминуемой гибели». Этот страх зачастую сопровождается сильной тревогой, тоской, беспокойством. В это время появляются симптомы гиперестезии — малейший шум, разговор, даже шепот раздражает пациентов. Тревога может проявляться картиной как тревожного ступора, так и тревожного возбуждения.

Подавленное настроение тоже различно по своему характеру. Одни больные не могут объяснить причины тоски, другие связывают ее с сознанием тяжести болезни, потери трудоспособности. Поведение больных при этом различно. Одни из них неподвижны, молчаливы, лежат с закрытыми глазами, отвечают тихим голосом, не только потому, что сознательно щадят свои силы, но и по тому, что не в состоянии сделать более сильное напряжение. Свое состояние заторможенности, расслабленности впоследствии больные стараются объяснить сознанием необходимости полного покоя, но фактически их заторможенность является следствием временного снижения или отсутствия побуждений.

Если одни больные, страдающие инфарктом миокарда, переживают очень остро свое болезненное состояние и у них в связи с опасениями за свою жизнь и сознанием тяжести заболевания развивается тревожно-депрессивное состояние, то другие явно недооценивают своего состояния, относятся к своей болезни беспечно, а у некоторых вообще отсутствует сознание болезни. Несмотря на объективно тяжелое состояние, настроение у таких больных повышенное, у них появляется довольно выраженная эйфория. Они не соблюдают режим, не верят, что у них инфаркт, заявляют, что они прекрасно себя чувствуют, проявляют усиленную деятельность, много суетятся, строят новые планы, дают массу распоряжений, требуют их выписать, настаивают на том, чтобы их пустили на работу и т. д. Эйфория является показателем более тяжелого состояния, чем страх, депрессия и тревога, так как она обуславливается

определенной степени гипоксемии. Депрессия, страх, тревога — это более благоприятные симптомы, указывающие на сохранившуюся в определенной степени реактивность. Динамика психического состояния в ряде случаев сигнализирует об изменениях в соматическом состоянии больных. Там, где на смену повышенному настроению с нескритичностью возникает тревожно-депрессивное состояние, удается часто констатировать улучшение соматического состояния.

В самом начале инфаркта, а иногда через 3–5 дней после начала заболевания, у некоторых больных могут отмечаться психотические состояния, протекающие на фоне расстройства сознания, делириозного, делириозно-онейроидного или аментивного характера. Несколько чаще отмечается «профессиональный» делирий, который обычно сочетается с выраженным оглушением и протекает с относительно малой продукцией. Возникновение психических нарушений коррелирует с тяжестью общего состояния и обуславливается сочетанием накопления токсичных продуктов в крови и нарушением гемодинамики головного мозга.

Подострый период — период консолидации (репарации) инфаркта. В этом периоде больной заметно успокаивается. Постепенно улучшается его состояние и самочувствие. Наиболее типичным для этого периода является астения с явлениями раздражительной слабости и необычно резким повышением всех видов чувствительности, чрезвычайной впечатлительностью, крайне быстрой истощаемостью и слабодушием. Больные жалуются на необыкновенную раздражительность. Их раздражает не только громкий разговор и шум в отделении, в палате, но даже обычный разговор, любой шорох, прикосновение к кровати, хождение персонала по палате, яркий свет и др. Они не могут спокойно говорить, во время беседы часто волнуются, раздражаются. При каждом волнении усиливаются боли в области сердца, боли в других частях тела, появляется чувство стеснения в груди, удушье. Такое астеническое состояние с общей гипестезией и раздражительной слабостью длится 2–3 недели, а иногда и больше.

У некоторых больных, особенно у тех, у которых инфаркт был не очень тяжелым, появляется хорошее, даже несколько повышенное настроение, развивающееся как бы в ответ на улучшение состояния, на то, что «опасность миновала». Больные просят разрешить им вставать, что-либо делать, а иногда даже настаивают на выписке из

больницы, хотя состояние их еще нельзя считать вполне удовлетворительным,

В некоторых случаях подострый период принимает затяжной характер, больные очень медленно поправляются, а нередко состояние их не только не улучшается, но даже ухудшается. Появляются различные осложнения со стороны сердечной деятельности. Начинают появляться психотические состояния, которые возникают или вследствие присоединившегося к инфаркту миокарда тромбоза мозговых сосудов, или вследствие выраженного атеросклероза, в том числе и сосудов головного мозга, особенно у лиц пожилого возраста, или в связи с наступающим осложнением со стороны соматической сферы — явления сердечной декомпенсации, нарушение сердечного ритма типа мерцательной аритмии, пароксизмальной аритмии и др. Могут отмечаться явления спутанного состояния сознания, элементы анозогнозии, иногда стереогностические галлюцинации. При появлении экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии отмечался немотивированный страх, тревога, суетливость и др. В отдельных случаях у пожилых людей при наличии атеросклероза сосудов головного мозга, особенно если эти больные до инфаркта миокарда страдали гипертонической болезнью, отмечаются мнестические расстройства типа Корсаковского синдрома, помрачение сознания по типу спутанного с дезориентировкой или двойной ориентировкой.

Период выздоровления также проходит по-разному у разных больных и во многом зависит как от тяжести перенесенного инфаркта, так и от особенностей личности. Почти у всех больных в этом стадии продолжается еще астеническое состояние, правда, не столь резко выраженное, как в подостром периоде. Больные все еще быстро утомляются и истощаются как от ничтожной физической, так и умственной нагрузки. У некоторых отмечается повышенная сонливость, однако выраженной гиперестезии к различным раздражителям, как это отмечалось в подостром периоде, нет. Больные становятся спокойнее, у них исчезает подавленность, тревога. У некоторых больных появляется несколько повышенное настроение, переоценка своих возможностей. Они считают себя вполне здоровыми и способными к работе. Несколько повышенное настроение возникает в этих случаях реактивно в связи с улучшением состояния и выходом из тяжелого болезненного состояния.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Психические расстройства при бронхиальной астме наблюдаются часто и выступают в виде реактивных личностных образований в связи с переживанием болезни, невротоподобных расстройств, обусловленных соматическими факторами, аномального (психопатического) развития личности. По механизму возникновения они относятся к соматопсихическим нарушениям, развивающимся в основном по психологическим механизмам, но при более тяжелом течении присоединяется развитие и по биологическому пути.

Невротоподобные расстройства при бронхиальной астме проявляются в форме реакций пациента на приступ либо в особенностях субъективного переживания болезни. По своей структуре они близки ситуационным, адекватным реакциям личности на возникшее заболевание. Однако ни в одном случае они не служат основанием для постановки диагноза невроза. Эти реакции усложняют клиническую картину, привнося в нее черты ипохондричности, болезненной тревоги и опасений, вызывая негативистические установки по отношению к лечению и порождая недоверие к врачу.

Астенодепрессивные расстройства (пониженное настроение с мыслями о безысходности существования, неизлечимости болезни) обнаруживаются у половины всех больных. Пациенты при этом бывают молчаливыми, задумчивыми, жалуются на однообразные мысли об «утраченном здоровье», неопределенном, безрадостном будущем. Такие мысли особенно беспокоят их перед засыпанием. Больные продолжают выполнять повседневные обязанности, но без прежней активности. У некоторых больных отмечаются ипохондрические проявления, они полагают, что «легкие раздуты», «не дышат», беспокоятся, что на самом деле у них не астма, а рак легких или туберкулез; прислушиваясь к себе, находят все новые, меняющиеся ощущения, преувеличивают тяжесть болезни. При фобической структуре реакции больные испытывают неотвязный страх, тревогу, беспокойство. Такое состояние, как правило, в последующем полностью редуцировалось и сменялось ровным настроением с установкой на выздоровление. В случаях ухудшения оно могло смениться затяжным астенодепрессивным синдромом.

Следует отметить, что психические нарушения при разных степенях тяжести бронхиальной астмы также различны:

При легкой форме астмы неврозоподобные расстройства являются обычно стертыми, выступают, как правило, в виде легкой физической астении.

При астме средней тяжести возникают реактивные состояния с неврозоподобными расстройствами, которые отличаются многообразием и глубиной. На высоте физической астении появляются одышка, гипервентиляция. При легкой нагрузке возникают ощущения слабости, разбитости, недомогания. При прогрессировании болезни возникает смешанное состояние (тревожное ожидание несчастья, беспокойство). Могут появляться циркулярные расстройства настроения, сверхценные ипохондрические опасения, невротическое ожидание повторных приступов.

При тяжелом течении астмы реактивные образования, как правило, являются вторичными, ведущими же оказываются неврозоподобные расстройства с массивными явлениями физической и психической астении, вегетативно-сосудистыми нарушениями. При улучшении соматического состояния вначале исчезают симптомы психической, затем физической астении. При хроническом течении бронхиальной астмы заметно меняется и личностная структура.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Хронические, длительно протекающие заболевания печени (гепатиты, циррозы), как правило, сопровождаются определенными личностными изменениями, на первый план из которых выступают астенические расстройства с дисфорическими включениями в виде злобности, раздражительности, патологической пунктуальности, угнетенности, требования к себе повышенного внимания. Кроме того, отмечаются вегетативные расстройства с приступами сердцебиения, потливости, колебаний артериального давления, выраженным покраснением кожных покровов при эмоциональных переживаниях. Характерны также кожный зуд, бессонница, чувство онемения конечностей.

Длительно существующие поражения печени приводят к развитию печеночной энцефалопатии, при которой нейропсихическая симптоматика может манифестировать остро (возникает делирий с нарушением сознания, дезориентацией и галлюцинациями), но чаще течение нейропсихических расстройств приобретает хрониче-

ский характер, при котором отмечаются периодические обострения с прогрессивным (нарастающим) изменением личности и снижением интеллектуально-мнестических функций.

Психопатологическая картина подобных расстройств многосимптомна и соответствует картине других органических реакций в отношении изменений личности, интеллекта, а также нарушений настроения. Симптоматика изменчива и соответствует течению основного заболевания. В период ухудшения выраженными становятся характерологические нарушения, которые удается выявить еще в период ремиссии. Больные дружелюбны, большей частью слишком толерантны к себе и окружающим, часто эйфоричны и даже пуэрильны. Они теряют чувство ответственности в отношении семьи и окружающего мира. Интеллектуальные нарушения имеют размах от незначительного ограничения умственных способностей до глубокой деменции. Так, некоторые больные не способны повторять определенные действия, особенно если они касаются ориентации в пространстве. Больной не может повторить показанный ему способ сложения фигуры. Он не может также повторить услышанную простую историю, разумно увязать отдельные события. Почерк становится беспорядочным, неуверенным, дрожащим, пишущий не придерживается строки. Некоторые больные не могут утром одеться, путая очередность надевания отдельных предметов туалета, они принимают одни предметы за другие. В этом случае больные часто мочатся в палате в обувь других пациентов и т. д. Иногда возникают сексуальные нарушения с эксгибиционистскими тенденциями. Эти симптомы, однако, в большинстве случаев преходящи. Они могут появляться также в предкоматозный период, протекающий со значительным нарушением сознания и расстройствами речи (речь характерная — смазанная и невыразительная). Наблюдаются также персеверация и произнесение не связанных друг с другом фраз. Нередко наступают ранние нарушения ритма сна (бессонные ночи), тремор в течение дня. Встречаются двоение в глазах и галлюцинации, а также нарушения восприятия с макropsией. Лицо больного часто маскообразно, а взгляд характерно устремлен вдаль.

Почти всегда при этом определяются неврологические симптомы, особенно характерное дрожание, напоминающее трепетание

крыльев. Почти во всех случаях имеются выраженные изменения ЭЭГ. При токсической дистрофии печени развивается коматозное состояние. Токсическая дистрофия является гепатоцеребральной патологией, и при коматозном состоянии (например, острой желтой атрофии печени при вирусном гепатите А) вначале возникают головные боли, потливость, приступы удушья, рвота, нарушается сон. В дальнейшем на фоне общего оглушения развиваются приступы психомоторного возбуждения, делириозно-аментивные расстройства с бессвязностью речи, отрывочными галлюцинаторными и бредовыми явлениями. Возможны эпилептиформные припадки. Утяжеление соматического состояния сопровождается усилением оглушения, затем наступает сопор, а в последующем — кома с возможным летальным исходом.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В МКБ-10 СРК кодируется по двум разделам: как гастроэнтерологическое заболевание — сюда включаются: СРК с преобладанием диареи (код К 58.0), СРК без диареи (шифр К 58.9) и СРК с преобладанием запоров (шифр К 59.0). Как самостоятельное психическое расстройство оно отнесено к категориям соматоформной вегетативной дисфункции (F 45.3). Клинические проявления СРК (так называемые «римские критерии»): боль внизу живота, проходящая после дефекации; учащение стула, возникающее с началом приступа боли; появление жидкого стула с началом приступа боли; видимое вздутие живота; выделение слизи с калом; чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Как видно из описания клинической картины, существенное место в ней занимает болевой синдром, по интенсивности и зоне проявлений обычно не соответствующий морфологическому субстрату заболевания. Наибольшая встречаемость данной патологии отмечается в крупных мегаполисах и столицах, где очень высок уровень стрессогенных факторов, гораздо реже страдают этим заболеванием жители небольших городов, и практически не встречается СРК у сельских жителей. Синдром раздраженного кишечника является своего рода эталоном психосоматической патологии, поскольку соматические симптомы возникают и протекают на основе и в тесной связи с психопатологическими проявлениями,

что признается в настоящее время большинством исследователей. Согласно современным представлениям основным патогенетическим механизмом формирования СРК считается нарушение механизма восприятия боли.

При СРК психосоциальные стрессы и аффективные расстройства формируют повышенную чувствительность ноцицепторов («болевых» рецепторов) в абдоминальной области. Клинически периферическая сенситизация выражается в гипералгезии, т. е. выраженном болевомощущении при легком болевом раздражении и аллодинии — возникновении болевого ощущения при неболевых (например, тактильных) раздражениях. У пациентов возникает снижение порога восприятия боли или более интенсивное ощущение боли при нормальном пороге ее восприятия диффузно на всем протяжении кишечника. Показано, что реакции организма на влияние фактора сенсбилизации и дальнейшего течения патологических процессов в кишечнике могут быть наследственно обусловлены. При продолжительной болевой стимуляции происходит перевозбуждение нормальных сенсорных нейронов, что приводит к выделению в нервных окончаниях нейропептидов, скоплению и дегрануляции тучных клеток с высвобождением серотонина и гистамина и как следствие — к возникновению нейрогенного воспаления в стенках кишечника.

Дисфункция кишечника и аффективная патология обнаруживают непосредственные взаимосвязи в клинических проявлениях и течении (при углублении аффективных расстройств усугубляются проявления соматической патологии, в первую очередь болевого синдрома). Лечение аффективных нарушений — назначение антидепрессантов в таких случаях приводит к редукции не только собственно психопатологических расстройств, но и клинических проявлений соматической патологии.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

СПИД — заболевание, передающееся медленным ретровирусом (Т-клеточный лимфотрофический вирус), который обладает лимфотропными и нейротропными свойствами и, следовательно, может непосредственно поражать нервную систему, вызывая разнообразные неврологические (миелопатия, невралгия) и психиче-

ские расстройства (аффективные и психопатоподобные нарушения, деменция, психозы). ВИЧ обнаруживается в крови, сперме, слезах, цервикальных и вагинальных выделениях, слюне и спинномозговой жидкости, грудном молоке заболевших и носителей.

Среди развивающихся при СПИДе психических расстройствах выделяются расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом, психические расстройства в результате органического поражения головного мозга, и психические расстройства, связанные с побочным действием антиретровирусной терапии, к которым относятся аффективные и астенические проявления, а также диссомнические расстройства.

Реакция на заболевание. Первой психологической проблемой, с которой сталкиваются больные СПИДом, является их социальная изоляция. У них распадаются семьи, от них отказываются родственники и друзья, их часто необоснованно увольняют с работы.

Даже в больнице в специализированном отделении они чувствуют барьер между собой и окружающими: врачи и медицинский персонал разговаривают с ними на расстоянии вытянутой руки, стараются к ним не прикасаться, иногда откровенно выражают свою брезгливость, отказываются выполнять им необходимые медицинские манипуляции.

Психические расстройства, связанные с реакцией личности на болезнь, отличаются атипичностью вследствие одновременно развивающегося органического поражения головного мозга. К ним относят реактивные состояния широкого диапазона: от психологической дезорганизации и аффективных и личностных расстройств до истерических, ипохондрических и параноидных психозов.

Прогрессирование заболевания примерно у половины больных вызывает развитие органических поражений головного мозга, которые проявляются снижением памяти, трудностями сосредоточения, апатией, физической и психической астенией. У больных сужается круг общения, появляются постоянная сонливость (летаргия), прогрессирующие головные боли.

Эти проявления психоорганического синдрома возникают часто задолго до развития манифестных признаков ВИЧ-инфекции — лихорадки, обильного ночного пота, диареи, лимфаденопатии, пневмонии и т. д. Первым признаком СПИДа в 40% случаев бывает депрессия. Часто именно по поводу депрессивных нарушений больные

обращаются в психиатрические учреждения, где у них и выявляются признаки СПИДа.

Основными в рамках органического поражения головного мозга являются аффективные нарушения, среди которых преобладают тревога и депрессия. Тревога сопровождается ажитацией, паникой, бессонницей, идеями самообвинения или чувством безысходности и гнева, направленного на врачей и связанного с их беспомощностью в плане лечения заболевания. Это особенно характерно для больных, находящихся на длительном лечении в стационаре. Нередко отмечаются суицидальные мысли, выраженные ипохондрические тенденции. Характерными являются обсессивно-компульсивные расстройства.

Навязчивые опасения касаются и возможности случайного заражения родственников бытовым путем. Возможны случаи гомофобии и венерофобии.

Известны случаи шизофреноподобных, острых параноидных и депрессивных психозов, стойких гипоманиакальных и маниакальных состояний, делириозных нарушений. Подобные психотические состояния могут длиться годами и непосредственно предшествуют признакам органического поражения головного мозга, так характерного для СПИДа.

Развитие органического поражения головного мозга в течение нескольких недель или месяцев заканчивается развитием слабоумия с психомоторной ретардацией, судорожными припадками, нарушениями сознания, недержанием мочи и кала, комой.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Значительная часть пациентов, обратившихся к пластическому хирургу, изначально имеют те или иные проявления психической патологии. В проведенном в Санкт-Петербурге исследовании частота встречаемости психических расстройств среди пациентов клиники пластической хирургии достигала 87%. Среди них преобладали

тревожные расстройства (до 40%), расстройства личности (до 23%) и дисморфофобические расстройства (до 17%). В большинстве случаев, несмотря на временное улучшение социального функционирования и повышение самооценки, дисморфофобические нарушения и после пластической операции сохраняют свою актуальность и находят новую «точку приложения» через какое-то время после исправления «дефекта». В ряде случаев данные нарушения могут быть проявлением и эндогенных заболеваний (в том числе шизофрении).

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ

Острые психические нарушения, развивающиеся обычно в раннем послеоперационном периоде, находятся в непосредственной связи с произведенной хирургической операцией. Послеоперационные психические расстройства развиваются в связи с изменением гомеостаза, выступающего в качестве экзогенно-органического фактора по отношению к головному мозгу, на который оказывают влияние как особенности соматического заболевания (инфекция, травма, общее истощение), так и специфика хирургического вмешательства (кровопотеря, удаление органа или его части, объем вмешательства), последствия перенесенного наркоза и пр. Таким образом, данные расстройства по своему механизму развития следует относить к соматопсихиатрическим расстройствам.

Послеоперационные психозы в узком смысле — явление нечастое (встречаются у 0,2–1,6% больных, перенесших полостные операции).

Психозы развиваются на вторые-девятые сутки после операции, длятся от нескольких часов до 1–2 недель и чаще заканчиваются полным психическим выздоровлением. На фоне выраженной физической и психической астении с преобладанием явлений раздражительной слабости наиболее часто развиваются такие синдромы нарушенного сознания, как делирий (часто гипнагогический), делириозно-онейроидный, аментивный, оглушение, реже — сумеречное помрачение сознания. Возможны амнестические расстройства, а также судорожный синдром. Прогностически неблагоприятным является аментивный синдром. Сравнительно нечасто синдромы нарушенного сознания сменяют такие синдромы, как кататоноподобный, галлюцинаторно-параноидный, маниакальное состояние с эйфорией, депрессивный синдром, нарушения сенсорного синтеза в виде яв-

лений дереализации, переживаний уже виденного (*deja vu*) и никогда не виденного (*jamais vu*), а также расстройств схемы тела. После купирования психоза длительно сохраняется астенический синдром.

Отмечаются некоторые особенности частоты возникновения и клиники послеоперационных психозов в зависимости от характера соматического заболевания и от того, на каком органе производится операция. Так, при операциях на сердце послеоперационные психозы встречаются в два раза чаще, чем при других полостных хирургических вмешательствах.

Они развиваются чаще в виде тревожно-депрессивного состояния, реже — в виде синдромов нарушенного сознания — делириозного, делириозно-онейроидного, аментивного. Типичны кардиофобические явления, витальный страх, дереализационные расстройства, слуховые галлюцинации. Психические расстройства сопровождаются преходящей или более стойкой неврологической симптоматикой, иногда нарушениями памяти.

При операциях на желудочно-кишечном тракте чаще возникает острый параноид, реже — синдромы нарушенного сознания.

Послеоперационные психозы следует дифференцировать от обострений или манифестации эндогенных психозов, алкогольного делирия.

Осложненный раневой процесс также может сопровождаться различными психическими нарушениями. К осложняющим факторам относятся: остро и хронически протекающая раневая инфекция, остеомиелит. Острые раневые психозы развиваются в первые 2–3 недели после ранения на фоне остро протекающей раневой инфекции с нагноительными процессами мягких тканей и костей.

Клиническая картина исчерпывается преимущественно синдромами нарушенного сознания. Психозу предшествует астеническая симптоматика, особенностью которой являются выраженные нарушения сна и гипнагогические галлюцинации. Из синдромов помраченного сознания чаще всего встречается делирий, при этом зрительные галлюцинации отражают содержание пережитых военных событий. В более тяжелых случаях развивается аменция, чаще с двигательным возбуждением, реже — ступором. Возможно также развитие сумеречного помрачения сознания.

Острые раневые психозы длятся несколько дней и заканчиваются неглубокой астенией. Более сложную клиническую картину и

затяжное течение аментивный психоз имеет при осложнении инфекционного раневого процесса явлениями остеомиелита. В этих случаях вслед за аменцией могут развиваться галлюцинаторно-параноидный и депрессивно-параноидный синдромы. Психоз, как обычно, заканчивается астенией, которая сопровождается ипохондрическими и истерическими расстройствами.

Затяжные раневые психозы развиваются на фоне хронической раневой инфекции через 2–4 месяца после ранения. Их клиническая картина определяется такими синдромами, как депрессия, депрессивно-параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдромы с бредом самообвинения, ипохондрическими расстройствами, апатическим ступором и состояниями с эйфорией и дурашливостью. Состояния помрачения сознания возникают значительно реже, в форме эпизодов. Прогностически неблагоприятными являются апатический ступор, состояние эйфории, а также тревожно-тоскливое состояние с безотчетной тревогой, тоской, страхом, явлениями агитации и суицидальными попытками. Эти расстройства развиваются на фоне раневого истощения при наличии выраженных дистрофических сдвигов. Затяжные раневые психозы заканчиваются более глубокой астенией с нарастанием в неблагоприятных случаях психоорганического синдрома. Наиболее часто раневые психозы возникают при ранениях нижних и верхних конечностей, грудной клетки и челюстно-лицевой области. Кроме того, при осложнениях раневого процесса при ранениях черепа чаще наблюдаются синдромы нарушенного сознания. В клинической картине психических нарушений, развивающихся после ампутации, ведущее место занимает ипохондрическая симптоматика.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Одним из наиболее мощных стрессовых факторов, влияющих на психику пациента, является установление диагноза онкологического заболевания. Почти ни одна другая болезнь не оказывает такого выраженного психологического воздействия, как онкология. Заболевание злокачественными новообразованиями в массовом сознании является синонимом «приговора к смерти без указания срока», поэтому неудивительно, что у онкологических больных

описан широкий спектр психогенных реакций, обладающих, вместе с тем, общими динамическими закономерностями.

Вспоминая механизмы формирования соматопсихиатрических расстройств, можно отметить, что в этом случае могут сочетаться оба механизма — влияние болезни и как органического и как психогенного фактора. Например, на начальных стадиях онкологического заболевания, на этапе установления диагноза, развивающиеся у пациента психические расстройства имеют исключительно психогенную (нозогенную) природу, в дальнейшем к ним могут присоединяться соматогенные влияния в виде последствий оперативных вмешательств, общего наркоза, химиотерапии. В случае прогрессирования или рецидива заболевания соматогенные влияния обусловлены метастазированием опухоли, сопровождающейся раковой интоксикацией и выраженной астенизацией пациентов. В то же время, даже на терминальных этапах заболевания субъективные проблемы этой категории больных носят почти исключительно психолого-психиатрический характер. Основу психопатологии онкологических больных составляют пограничные психические расстройства. В формировании невротических расстройств при онкологической патологии немаловажная роль отводится и личностному фактору, определяющему ответ индивидуума на стрессовые влияния. В число наиболее часто встречающихся расстройств входят диссоциативные расстройства, встречаемость которых по данным разных исследователей достигает 38% среди пациентов онкологических отделений.

В соответствии с классификацией А. Б. Смулевича и соавт. (2007) диссоциативные реакции ранжируются в зависимости от степени тяжести расстройств самосознания и сопряженных с ними аномальных изменений поведения на три подтипа:

- 1) легкая (синдром прекрасного равнодушия);
- 2) умеренная (синдром множественной личности);
- 3) тяжелая (синдром псевдодеменции).

При этом по мере нарастания тяжести нозогении усугубляются расстройства самосознания вплоть до тотальной диссоциации с отрицанием факта онкологического заболевания. Откладывание обращения за медицинской помощью по поводу первых отчетливых симптомов рака, т. е. на ранних стадиях онкологического заболевания, когда возможна наиболее эффективная терапия, а также нарушение

режима противоопухолевой терапии, а также другие аномальные формы поведения в условиях онкологического стационара, столь характерные для диссоциативных реакций средней и тяжелой степени, приводят к выраженному ухудшению прогноза заболевания, снижению качества жизни и даже существенному сокращению сроков выживания.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОЖОГАХ

Ожоговая болезнь, как и онкологические заболевания, является примером соматопсихиатрических расстройств, при которых патологический фактор (полученная психотравма и проявления ожоговой болезни) выступает как психогенная и соматогенная причина.

В течении ожоговой болезни обычно выделяют четыре периода: шок (продолжительностью от 1 до 3 сут), период токсемии и септикотоксемии (продолжительность которых зависит от сроков существования ожоговых ран) и период реконвалесценции (продолжительность которого также различна и связана с обратным развитием психопатологических нарушений, присущих ожоговой болезни).

В каждом из этих периодов могут наблюдаться как психотические, так и непсихотические расстройства, усложняющие клиническую картину заболевания и его течения, а также создающие дополнительные трудности для содержания больных, ухода за ними и проведения лечебных мероприятий.

В периоде шока у большинства больных имеются аффективные и психопатоподобные расстройства, а также отдельные психотические включения. Спасатели, оказывающие первую помощь обожженному, могут столкнуться со своеобразной «реакцией паники» у пострадавшего. Она выражается в нелепом поведении, моторном возбуждении, крике. Эти состояния непродолжительны (15–20 мин), но могут приводить к тому, что вместо избегания опасности пораженный устремляется туда, где опасность наиболее велика. Возможны и другие проявления аффективно-шоковых реакций (состояния «тихой паники» со ступором, растерянностью и кажущимся безразличием к происходящему), также мешающими обожженному быстро покинуть опасную зону. Ретроспективный анализ переживаний, имевших место в этот период, показывает наличие сильного чувства страха.

К моменту поступления в стационар и после выхода из шока у большинства больных наблюдается апатическая форма острой реакции на стресс. Типичны головная боль и чувство тяжести в голове, обычно усиливающиеся во второй половине дня. Амнезии редки, но оценка обстоятельств ожога (при упорном расспросе) дается противоречивая (в связи с ослаблением способности осмысливать происходящее). У больных, оказывающихся в условиях сенсорной депривации (помещенных в палаты с ламинарным потоком воздуха), отмечаются своеобразные парейдолии («видения» лиц на перфорированном металлическом потолке) и функциональные галлюцинации (музыка, оклики, слышимые в шуме оборудования). Все эти расстройства носят кратковременный характер.

Одним из вариантов реагирования на стресс является истероформная реакция, когда больные всячески пытаются привлечь к себе внимание окружающих, особенно врачей, задавая им малозначимые вопросы или высказывая оптимистические предположения о скорой выписке. Не сумев привлечь желаемого внимания, они лежат неподвижно, производя впечатление апатичных. На этом фоне нередко могут внезапно развиваться приступы плача, сопровождающегося причитаниями. Различные проявления у больных моторного возбуждения всегда непродолжительны и ограничиваются пределами постели.

В периодах токсемии и септикотоксемии психопатологические нарушения исчерпываются непсихотическими расстройствами невротического уровня. Они подразделяются обычно на две группы: в одной из них астенические расстройства сочетаются с вялодинамической депрессией, в другой — с тревожной депрессией. Определяющим «сквозным» синдромом у всех больных при этом является соматогенная астения. Этот синдром характеризуется повышенной раздражительностью, истощаемостью, снижением порога восприятия (гиперпатией) и гиперестезией. Явления раздражительной слабости возникают по любому поводу (инъекции, введение зонда, громкий звук телевизора); больные быстро устают при беседе, просмотре телепередач, чтении. Отмечаются диссомнические расстройства: трудности засыпания, частые пробуждения, исчезновение чувства сна, реже — истинная бессонница. Контакт с больными возможен не более получаса; разговор с врачом или родственниками скоро начинает вызывать раздражение (необоснованность которого больные

обычно хорошо осознают). Раздражительность резко нарастает при упоминании об эмоционально окрашенных обстоятельствах получения травмы. При расспросе удается выяснить, что большую часть времени больные предаются беспорядочному потоку воспоминаний (астенический ментизм).

В некоторых случаях наблюдается астеновегетативный вариант синдрома с присоединением симпатовагальных пароксизмов. Они возникают волнообразно, продолжаются от нескольких минут до одного часа, сопровождаясь чувством сдавления в горле, одышкой, ощущением внутреннего напряжения и мышечной слабости; побочные пароксизмы способствуют появлению у больных тревоги и беспокойства. Иногда к картине астении присоединяются психопатоподобные расстройства в виде своеобразной инфантилизации поведения: больные становятся плаксивы, капризны, злобны, не выполняют указаний лечащего врача, предъявляют множество жалоб на мелкие обиды, выражают недовольство по любому поводу и т. д.

В половине случаев в клинической картине доминируют проявления адинамической депрессии. Снижение настроения выражено по вечерам, хотя у некоторых больных оно ухудшается и в утренние часы, преимущественно в те дни, когда им предстоит перевязки или операции; на высоте аффекта часто возникает «предсердная» тоска. Большую часть времени эти больные проводят тихо, лежа в постели, пассивно подчиняясь кормлению или занятиям лечебной физкультурой; настойчивость проявляется только в попытках добиться инъекции анальгетика. Контакт с ними обычно затруднен: больные неохотно отвечают на вопросы, односложно и с большими паузами. Если же временами они становятся разговорчивыми, то выражают злобу на истинных или мнимых виновников полученного ими ожога, враждебность к окружающим, обиду на медперсонал. Обращает на себя внимание, что депрессия как бы «окрашивается» анозогнозией. Больные при этом с отчаянием говорят об обезображивании лица, потере сексуальной привлекательности, о ставшей невозможной реализации имевшихся ранее планов. Эти психологически понятные переживания носят обычно кратковременный характер.

В других наблюдениях клиническая картина определяется тревожно-депрессивными расстройствами. Проявления тревоги становятся особенно заметными перед любыми манипуляциями, особенно перед операциями и перевязками. При расспросе отмечается

непоследовательность суждений, резкие переходы с одной темы на другую. Многие больные задают врачам-консультантам, медсестрам и санитаркам вопросы о своем состоянии, избегая спрашивать лечащего врача, «окончательный приговор» которого они боятся услышать. Тревогу можно наблюдать при расспросе о причине слез и напряженности. Нередко больные оценивают новые обследования с применением сложной аппаратуры как «доказательства» особой тяжести состояния.

Нередко отмечаются навязчивые воспоминания об обстоятельствах ожога с мучительными попытками «что-то понять» в происшедшем. Навязчивости характеризуются невозможностью составить целостную картину обстоятельств травмы. Резкий страх появляется при воспроизведении в памяти обжигающего агента (пламени, пара, кислоты и пр.). Постоянным предметом тревожных опасений служат сексуальные расстройства: прекращение менструаций у женщин и спонтанных эрекций у мужчин.

В периоде септикотоксемии возникают расстройства, получившие название ожоговой энцефалопатии. У таких больных отчетливо страдает функция осмысления, внимания, появляется гневливость, в ряде случаев — глубокая апатия. Развиваются очаговые неврологические расстройства: парезы нервов по центральному типу, гипотония, анизорефлексия по гемитипу, а также патологические рефлексы, более отчетливо выраженные на стороне анизорефлексии.

Психопатологические расстройства, развивающиеся в периоде септикотоксемии, протекают сравнительно длительно (до 2–3 мес).

Период реконвалесценции хотя и характеризуется улучшением соматического состояния больного, однако, как правило, сопровождается определенными психологическими трудностями. У большинства больных на этом этапе наблюдается реакция мобилизации. Они стремятся к самостоятельности, строят оптимистические планы на будущее, в том числе планы впоследствии подвергнуться реконструктивным операциям, упорно занимаются лечебной физкультурой. Больные стремятся игнорировать психологические трудности, скрывают имеющийся у них страх перед будущим, несколько отчуждаются от врача. В части случаев наблюдаются ипохондрические реакции, переживания, связанные с мыслями о якобы возможном отторжении пересаженных лоскутов кожи.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Возникновение хронического гинекологического заболевания зачастую оказывается для женщины серьезной психотравмирующей ситуацией. Особенно верно это утверждение для женщин репродуктивного возраста. Но и нормальные, с физиологической точки зрения, изменения в гинекологической сфере, такие как беременность и климакс, также оказывают влияние на психическое функционирование женщин.

Около половины (48%) больных хроническими гинекологическими заболеваниями страдают психическими расстройствами. Больные бесплодием имеют больший риск депрессивных проявлений. Больные с воспалительными заболеваниями — склонность к зависимому поведению и трудности в идентификации и выражении чувств. Больные с гиперпластическими заболеваниями имеют сниженную самооценку, трудности в осознании и выражении своих потребностей, трудности в межличностной и сексуальной сфере, пассивную жизненную позицию и защитное избегающее поведение, наибольший риск психопатологических проявлений.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность является фактором, который может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на состояние женской психики. В первом случае имеется в виду улучшение состояния больных неврозами (в частности, истерией и алкоголизмом), смягчение протекания эндогенной депрессии. Во втором случае чаще обнаруживаются депрессивные состояния с суицидальными тенденциями. Развивающиеся на начальном этапе беременности реактивные депрессии в большинстве наблюдений прекращаются к четвертому-пятому месяцу беременности, даже в тех случаях, когда ситуация остается неразрешенной.

Однако в том случае, когда имеют место выраженные психопатические черты характера, депрессия принимает затяжной характер, продолжаясь до конца беременности. Аффективные расстройства, манифестирующие до родов, чаще всего протекают с преобладанием тревожной симптоматики (опасения по поводу ис-

хода беременности, возможности выкидыша, собственной смерти и т. д.).

Истерические расстройства чаще наблюдаются в первом и третьем триместрах беременности, чем во втором. При нежелательной беременности тревога и депрессия развиваются в первом триместре. В третьем триместре возникают страх перед предстоящими родами и беспокойство, связанное с неуверенностью в нормальном развитии плода.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Гистерэктомия, экстирпация матки (оперативное удаление матки) при гинекологических заболеваниях, при сильных кровотечениях, для профилактики рака или как радикальное противозачаточное мероприятие относится к наиболее частым гинекологическим операциям. Наличие матки и регулярных менструаций имеет большое значение для самосознания многих женщин. Здесь играют роль преувеличенные страхи и представления о кастрации, потере женственности и молодости, а также опасение, что женщина не будет больше привлекательной и потеряет возможность нормальных сексуальных отношений. Неудивительно, что после удаления матки даже при доброкачественных заболеваниях часто встречаются развивающиеся по соматопсихическому механизму жалобы на депрессию, истощение, общее недомогание. Страх потерять сексуальную привлекательность в результате операции возникает у небольшого числа женщин; обычно бывает обеспокоенность потерей способности к деторождению.

В целом же дифференцированные катамнестические наблюдения через три года после операции показывают, что большая часть женщин через несколько месяцев возвращается к прежнему состоянию и прежним установкам. Потребность в общемедицинской или специальной психотерапевтической помощи чрезвычайно мала и касается в основном тех женщин, которые еще до операции были склонны к психическим или психосоматическим жалобам.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ АБОРТА

Известно, что от 15 до 30% (по данным разных авторов) всех беременностей заканчиваются спонтанными абортами. При этом по-

являются симптомы скорби (печаль, потеря аппетита, расстройства сна, возбудимость, снижение общей активности, мысли об умершем ребенке, повторяющиеся сновидения), а также интенсивные проявления злости и враждебности по отношению к медицинскому персоналу, чувство зависти к матерям и беременным женщинам, самоупреки и чувство вины, суицидальные мысли и страх смерти. Особенно явственны напряжение в партнерских отношениях и изменение отношений с уже имеющимися детьми — от пренебрежения ими до сверхзаботливости и тревожности. При выявлении причинных факторов обнаруживается, что значительная часть выкидышей (25–50%) не обусловлена органическими причинами (например, хромосомными отклонениями, инфекциями на ранних сроках беременности, изменениями шейки матки или самой матки при продолжающейся беременности).

Кроме того, оказалось, что при привычных выкидышах (более трех) благодаря усиленному вниманию врачей и во многом независимо от характера применяющегося лечения советы, даваемые врачами, приводят к донашиванию следующей беременности.

Нелегальные, равно как и легальные, медицинские аборт, следствием которых может стать стерильность, часто приводят к тяжелому внутреннему конфликту. Психически не переработанный аборт, особенно если супруг не причастен к нему и не несет за него ответственности, а женщина была вынуждена сделать все сама, приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины со многими сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями, при этом возможны чувство вины перед супругом, ухудшение межличностных и сексуальных отношений.

Спонтанный аборт у 12% женщин приводит к острой или хронической психической травме. У некоторых женщин искусственное прерывание беременности очень часто вызывает чувство сожаления, вины, страха перед последствиями, иногда развивается невроз.

Появление невротических синдромов после аборта связано также с центральными нервными механизмами регуляций эндокринной системы, которая включает оварио-гипофизарно-надпочечниковую группу желез внутренней секреции. Нейроэндокринные и метаболические сдвиги появляются уже при нормальной беременности; появляются они и после аборта. Если же беременность прерывается, происходит перестройка регуляции на прежний лад; это может привести

к декомпенсации, часто в сочетании с психогенией. После аборта может уменьшаться реактивность организма, адаптация нервной системы и пр.

Непредусмотренная бездетность для женщины — чрезвычайная психическая нагрузка, которая, в свою очередь, может стать основой для многих патологических психических и психосоматических реакций. При этом часто наблюдаются длительные депрессии, месяцами длящиеся резкие колебания настроения, сверхценные идеи с аменорейными фазами, которые могут привести к ложной беременности. Больные нуждаются в успокоении, разубеждении; чтобы снять гиперстеничность, а иногда и ложные установки, применяются современные антидепрессанты. Врачебные советы и поддержка могут быть очень полезны, но прежде всего необходимо попытаться отвлечь женщину от овладевшего ею желания иметь ребенка, указав ей на другие задачи и иной смысл жизни.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПСИХОЗЫ

Нарушения настроения после родов. Кратковременные эпизоды раздражительности, эмоциональная лабильность, беспричинные слезы, напряженность — такие явления часто наблюдаются у первые рожавших, у которых отмечалось предменструальное напряжение. Эти расстройства нестойки, проходят спонтанно в течение нескольких дней без специальных медицинских мероприятий.

Однако через 2 недели после родов у 10–15% рожениц появляются утомляемость и тревога, иногда выраженные фобические симптомы. Обычно это длится несколько месяцев, а у 4% — более года.

Частота **послеродовых психозов** составляет один на 500 родов. Чаще встречаются у первородящих, страдавших в прошлом серьезными истерическими расстройствами, при наличии истерических расстройств в семейном анамнезе; у рожавших вне брака послеродовые психозы наблюдались в течение первой и второй недель после родов, реже — в первые 2 дня. Преобладают (80%) аффективные нарушения, к которым относятся маниакальные состояния и послеродовые депрессии. Депрессии значительно варьируют по тяжести — от неглубоких, дистимического уровня (чаще истерических, с раздражительностью, конверсионными расстройствами, нарушением сна) до более тяжелых, соответствующих картине большого депрес-

сивного эпизода. В переживаниях чаще всего встречаются тревожные опасения за жизнь желанного ребенка, реже на первый план выдвигаются ипохондрические фобии, страх за собственное здоровье. В структуре синдрома преобладают явления апатии, психической анестезии, отчуждения эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку), иногда сопровождающиеся суицидальными мыслями. Очень важно выяснить отношение матери к ребенку. При тяжелой депрессии мысли о том, что ребенок неполноценен, приводят к попытке убить младенца, «чтобы избавить его от будущих страданий». Частота рецидивов депрессии составляет после повторных и последующих родов 15–20%. По меньшей мере у половины женщин, страдающих послеродовой депрессией, в дальнейшем развиваются депрессивные расстройства уже вне связи с родами.

Помимо депрессивных, в послеродовом периоде отмечается появление и маниакальных психозов. Больные становятся деятельными, активными, временами беспечными. Отмечаются снижение потребности в сне, повышение аппетита, гиперсексуальность. Пациентки могут пренебрегать уходом за младенцем либо гипертрофированно преувеличивать объем требующихся вмешательств, проводить новорожденному «закаливание», выставляя его на мороз, и пр. В ряде случаев возникновение впервые в жизни послеродовых маниакальных состояний в последующем оказывается манифестацией биполярного аффективного расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.
2. *Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г.* Психиатрия: учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МИА, 2009. — 832 с.
3. *Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.* Психиатрия: учебник. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
4. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000 с.
5. *Сумин С. А.* Неотложные состояния. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — 960 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. Соматогенное психическое расстройство с психологическим механизмом развития:

- А. Реактивная депрессия при онкологическом заболевании
- Б. Синдром раздраженного кишечника
- В. Кардионевроз
- Г. Послеоперационный психоз
- Д. Шизофрения

2. Психосоматическое расстройство, в генезе которого триггерную роль играют психогенные влияния:

- А. Реактивная депрессия при онкологическом заболевании
- Б. Синдром раздраженного кишечника
- В. Кардионевроз
- Г. Послеоперационный психоз
- Д. Циклотимия

3. Среди типичных форм послеродовых психозов преобладают:

- А. Аффективные формы
- Б. Бредовые формы
- В. Состояния нарушенного сознания
- Г. Пароксизмальные состояния
- Д. Приступы сомноленции

4. Для пациентов с онкологическими заболеваниями наиболее характерны психические расстройства:

- А. Астенодепрессивного типа
- Б. Помрачения сознания

- В. Дебют шизофренических расстройств
- Г. Маниакальные состояния
- Д. Паранойяльные развития личности

5. В острейшем периоде черепно-мозговой травмы наиболее характерны психические расстройства:

- А. Галлюцинаторно-бредовые
- Б. Нарушенного сознания
- В. Патохарактерологические реакции
- Г. Маниакальные состояния
- Д. Астенодепрессивные расстройства

6. Кардионевроз — это:

- А. Форма острого инфаркта миокарда
- Б. Одно из отдаленных последствий инфаркта миокарда
- В. Один из симптомов шизофрении
- Г. Психосоматическое заболевание
- Д. Не является болезнью

7. Термин «психосоматическое заболевание» предложил:

- А. З. Фрейд
- Б. И. П. Павлов
- В. Ф. Александер
- Г. В. М. Бехтерев
- Д. К. Г. Юнг

Выберите все правильные ответы.

8. Психические расстройства при инфаркте миокарда включают в себя (выберите несколько ответов):

- А. Астенические состояния
- Б. Маниакальные состояния
- В. Делириозное помрачения сознания
- Г. Сумеречное помрачение сознания
- Д. Тревожно-депрессивные состояния
- Е. Эйфорию

9. В случае осложненного раневого процесса следует ожидать появления следующих расстройств (выберите несколько ответов):

- А. Астенических расстройств
- Б. Параноидных психозов
- В. Состояний нарушенного сознания
- Г. Паранойяльных расстройств
- Д. Апатибулического дефекта

10. К психосоматическим заболеваниям относятся:

- А. Язвенная болезнь
- Б. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- В. Нейродермит
- Г. Бронхиальная астма
- Д. Хронический панкреатит

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. А
2. Б
3. В
4. А
5. Б
6. Г
7. В
8. А, В, Д, Е
9. А, В
10. А, В, Г

Для заметок

П. Ю. Мучник, Е. А. Романова

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ,
ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

*Редактор Т. В. Руксина
Технический редактор Е. Ю. Паллей*

Подписано в печать 27.07.2015 г.
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 1,7. Усл. печ. л. 2,33.
Тираж 500 экз. Заказ № 317.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.