

**Д.М. МЕНДЕЛЕВИЧ**

Казанский государственный медицинский университет

616.89-008

Психические расстройства в работе врача первичного звена

Менделевич Давыд Моисеевичдоктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии
420012, г. Казань, ул. Волкова, д. 80, тел. (843) 238-13-88

В лекции описаны основные проявления психических расстройств, знание которых необходимо врачу первичного звена. Основной упор сделан на начальные проявления психических заболеваний, когда пациенты или их родственники обращаются к участковому врачу, а не психиатру. В разделе, посвященном тревожным расстройствам, кроме клинической картины даются некоторые рекомендации по их лечению. Предлагается современная классификация психосоматических заболеваний и их диагностика, а также тактика участкового врача при их лечении.

Ключевые слова: психические расстройства, классификация, ранняя диагностика.

D.M. MENDELEVICH

Kazan State Medical University

Mental insanity in primary care physicians

The lecture describes the main manifestations of mental disorders, knowledge of which should be necessary primary care physicians. The emphasis is placed on the initial manifestations of mental illness, when patients or their relatives are turning to a local doctor, not a psychiatrist. In the section on anxiety disorders, but the clinical picture provides some recommendations for their treatment. It is proposed current classification of psychosomatic disorders and their diagnosis, as well as the tactics of the local doctor for their treatment.

Keywords: mental disorders, classification, early diagnosis.

В лекции представлены основные направления деятельности врача первичного звена и некоторые рекомендации по предупреждению и лечению встречающихся психических расстройств.

Современные представления о биопсихосоциальной концепции болезни соответствуют положениям, высказанным В.М. Бехтеревым в начале XX века. Позднее Р.А. Лурия писал о том, что «по существу, вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиологию и патогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. Нет только психических и только соматических болезней, отмечает автор, есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую стороны болезни.

Но сначала несколько определений о взаимоотношении психического и соматического в болезни. В практике врача-

интерниста может встречаться несколько вариантов психических нарушений, так или иначе связанных с соматической патологией.

1. Соматические и психические болезни сосуществуют (коморбидны). Психические больные могут обращаться к врачам по поводу различных соматических болезней. В этих случаях при назначении лечения врач должен учитывать и психическое состояние пациента, и психофармакотерапию, которую он пользуется, дабы избежать возможных осложнений.

2. Соматоформные расстройства — соматические маски психических заболеваний. Психические расстройства психогенного характера, или эндогенные депрессии, часто сопровождаются различными соматовегетативными нарушениями, которые, выступая на передний план или доминируя в клинической картине болезни, маскируют психические расстройства и, в частности, депрессию. Типичным признаком соматоформного расстройства является то, что предъявляемые



пациентами жалобы соматического характера не подтверждаются данными соответствующих исследований, отсутствует объективная картина болезни. Несмотря на это, пациенты часто не успокаиваются и требуют дополнительных обследований и консультаций. Задача врача увидеть за соматическим фасадом (болевого синдром, вегетативная дисфункция) депрессию, невротическое или ипохондрическое расстройство и рекомендовать соответствующую терапию или обращение к психиатрам.

3. Психосоматические заболевания — соматическая болезнь развивается в условиях эмоционального стресса. Возникновение и дальнейшее течение многих соматических заболеваний зависит от психического состояния человека. Эмоциональный стресс может выступать в качестве фактора, который запускает наследственно детерминированный патогенетический механизм болезни. Чтобы правильно понять сущность психосоматического заболевания, а следовательно, назначить адекватную психотерапию и фармакотерапию, необходимо проанализировать целый ряд факторов: наследственность, условия развития в детском возрасте, важные жизненные события, ситуацию возникновения болезни, структуру личности, чтобы установить возможные формы психологической защиты и психосоматического реагирования. Дело в том, что в результате возникновения внутриличностного конфликта в трудноразрешимых или неразрешимых ситуациях доминирующие отрицательные эмоции могут трансформироваться в соматические симптомы (психосоматизация). Например, на основе таких эмоций, как подавленность, угнетенность, тревога, страх, безысходность, развиваются язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, онкологическая патология, кожные болезни и т.д. Стресс не только провоцирует начало болезни, но и способствует возникновению различных осложнений даже при наличии адекватной терапии соматического заболевания и видимого благополучия в здоровье.

4. Соматопсихические нарушения. Это психические расстройства при соматических заболеваниях. Психические расстройства могут возникать как следствие различных соматических болезней. Наиболее типичными являются два варианта. При первом варианте психические расстройства патогенетически связаны с основным заболеванием в рамках так называемого экзогенного типа реакции. При этом патологический процесс так или иначе затрагивает ЦНС. Это может быть непосредственное поражение мозговой ткани (опухоль, воспаление, инсульт, черепно-мозговая травма) или опосредованное, как следствие заболеваний других органов и систем, вызывающих нарушение метаболических процессов (интоксикация, гипоксия и т.д.). При втором варианте соматическая болезнь, представляющая угрозу жизни пациента, его семейному и социальному статусу, сама по себе представляет психическую травму, на которую больной реагирует отрицательными эмоциями. В этом случае говорят о соматогенных (нозогенных) расстройствах. Очень частым соматогенным расстройством является депрессия. Особенно часто депрессивная симптоматика наблюдается при онкологических заболеваниях, у больных, перенесших инфаркт миокарда или мозговой инсульт, при тяжелых формах течения других соматических заболеваний. Обычно развитие депрессии вследствие тяжелой соматической болезни врачи рассматривают как закономерную реакцию и не проводят таким пациентам антидепрессивной терапии. Однако следует помнить, что развившаяся у таких больных депрессия крайне отрицательно влияет на исход заболевания в целом.

С какими конкретно синдромами психических расстройств встречается врач первичного звена? Наиболее частыми из них являются:

А) Астенический синдром. Клинически он проявляется снижением работоспособности, вялостью, общей слабостью, повышенной истощаемостью и отвлекаемостью внимания, эмоциональной лабильностью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям. Астенический синдром тесно переплетается с вегетативными расстройствами: повышенной потливостью, приступами учащенного сердцебиения и удушья, нарушением сна, аппетита, колебаниями артериального давления. Во всех разновидностях психосоматических расстройств астенический синдром встречается обязательно, хотя и в разной степени выраженности.

Б) Депрессивный синдром. Его наличие мы всегда обнаружим при соматогенных, психосоматических и соматопсихических расстройствах. Классическая триада депрессивного синдрома включает в себя:

Список А (основные симптомы):

1. Сниженное настроение, несвойственное для больного, наблюдающееся большую часть дня практически ежедневно в течение двух недель и мало меняющееся из-за внешних обстоятельств.

2. Выраженная утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая обычно их доставляет.

3. Снижение энергичности, которое может приводить к уменьшению активности и повышенной утомляемости.

При психосоматических расстройствах эта триада встречается относительно редко. Ее наличие может указывать на эндогенную природу заболевания и требует несомненного участия психиатра в лечении. Более часты в психосоматической медицине так называемые дополнительные симптомы депрессии (*список Б*), к которым относятся:

4. Снижение самооценки и чувства уверенности в себе.

5. Беспочвенные идеи самоуничтожения и вины.

6. Повторяющиеся мысли о смерти или суициде.

7. Сниженная способность к концентрации внимания.

8. Мрачное и пессимистическое видение будущего.

9. Нарушение сна.

10. Снижение аппетита.

Но существуют и специфические, соматические признаки депрессии (*список В*):

а) Недостаток чувствительности (эмоциональной реактивности) к окружающему и происходящим событиям.

б) Пробуждение по утрам на два или больше часов раньше обычного времени.

в) Утяжеление депрессивных переживаний в утренние часы.

г) Потеря в весе тела (снижение более чем на 5% веса тела в течение последнего месяца).

д) Снижение полового влечения.

Депрессия несомненна при наличии двух симптомов из списка А и двух симптомов из списка Б. Но даже если присутствуют только симптомы из списка В, то депрессия может быть диагностирована, если 4 признака из «соматической» группы выявляются у данного пациента. Такая «легкая» депрессия не требует специального лечения у психиатров. Врач первичного звена самостоятельно может к лечению основного заболевания добавить небольшие дозы антидепрессантов — азафен, пиразидол, эглонил, тианептин (у последнего в качестве осложнения возможно привыкание).

Очень часто в практике врача-интерниста может встречаться **ипохондрический синдром** — это ложная убежден-



ность пациента в том, что он страдает каким-либо тяжелым заболеванием или переоценивает тяжесть существующих симптомов.

Мы предлагаем все ипохондрические идеи разделить на 4 группы:

1. Изолированный ипохондрический синдром, в котором ипохондрические идеи являются ведущим или даже единственным проявлением болезни.

2. Ипохондрические идеи проявляются в рамках иных психопатологических синдромов, т.е. в их сочетании.

3. Ипохондрические идеи возникают как этап течения психического расстройства.

4. Ипохондрические идеи существуют в структуре соматического заболевания.

Последняя группа является наиболее многочисленной, а ипохондрические идеи в ней не носят самостоятельного характера, являясь чаще всего симптомами основного соматического заболевания.

Нам думается, что каждый врач, а не только психиатр, обязан знать, что при, например, гипертонической болезни встречается большое количество тягостных неприятных ощущений, на которые больной упорно жалуется врачу. Надо знать, что при заболеваниях щитовидной железы, особенно при тиреотоксикозе, многочисленные ипохондрические жалобы являются не самостоятельными, а лишь симптомами основного соматического заболевания. То же самое мы наблюдаем и при многих других соматических заболеваниях (сосудистых, гастроэнтерологических, кардиологических, гинекологических и при прочих других). В настоящее время широко изучаются эти проблемы и возникают новые направления в науке и практике (психокардиология, дерматопсихиатрия и т.п.).

Отсюда важный вывод — врачи первичного звена должны не только разбираться в этих вопросах, но и уметь самостоятельно их лечить. К психиатрам интернисты нередко направляют на лечение больных «с ипохондрическим синдромом», хотя у пациента никакого психического заболевания не обнаруживается. Этим направлением наносится серьезная вредная трудноизлечиваемая травма больному.

Следует учесть, что наиболее частыми ошибками врачей первичного звена являются либо недооценка, либо переоценка жалоб больного. При этом направление к психиатру — это, по существу, отказ от углубленного соматического обследования и лечения этой группы пациентов. Но иногда это может быть скрытое течение нейроинфекции, онкологического заболевания, другой малосимптомной патологии внутренних органов. Необходимо тщательно обследовать больного, несмотря на, казалось бы, слишком яркую, а иногда и необычную манеру высказывать жалобы.

В группе психосоматических нарушений и как самостоятельная нозологическая единица выделяются тревожные расстройства. В общем виде тревога в отечественной литературе определяется как отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий».

В данном определении хотелось бы обратить внимание врачей на параметр «дефицита информации». Пациент, обращаясь к врачу с жалобами, очень надеется получить в первую очередь максимально исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, и врач обязан эти данные ему предоставить. Скрытие от больного диагноза, каков бы он ни был, лишь усиливает тревогу любого соматического больного. У него возникают мысли о большей тяжести своего заболева-

ния, чем это есть на самом деле, либо о низкой квалификации врача.

Важно знать, что тревога бывает личностной (то есть чертой характера данного человека) и реактивной (то есть вызванной реальным соматическим или невротическим расстройством). В последнем случае она должна отвечать ряду свойств, описанных Ясперсом: 1) вызываться психической травмой; 2) обнаруживать тесную связь тревоги и других невротических расстройств с психотравмой («подходить как ключ к замку»); 3) с исчезновением психической травмы или с течением времени невротические симптомы должны исчезать.

За последние несколько десятилетий в систематику психических заболеваний включены тревожные расстройства как самостоятельная нозологическая единица. Хотя разделение на личностную и реактивную тревогу в отечественной литературе сохраняется, однако большинство исследователей считает, что конкретная причина тревоги до сих пор не раскрыта. Авторы склоняются к положению, что тревога является результатом комбинации факторов, включающих как изменения в мозге, так и окружающие стрессы (включая реакцию личности на любое соматическое заболевание).

Каковы внешние проявления тревоги? Они достаточно неспецифичны и включают в себя как физические, так и эмоциональные симптомы.

Физические симптомы тревоги:

- Нервная дрожь
- Стеснение в груди
- Одышка и учащенное сердцебиение
- Головокружение
- Потливость, холодные и влажные ладони
- Сухость во рту, тошнота
- Учащенное мочеиспускание
- Проблемы со сном — трудность засыпания, ранее пробуждение, кошмары или беспокойный сон, не приносящий отдыха

Эмоциональные симптомы тревоги:

- Нетерпеливость, раздражительность
- Чрезмерное беспокойство
- Постоянные воспоминания, проигрывание неприятной ситуации
- Повторяющиеся действия, такие как мытье рук и т.д.
- Мрачные предчувствия, ощущение неминуемой беды
- Паника и страх
- Невозможность сконцентрироваться, пустота в голове

Наличие хотя бы трех симптомов из каждой группы, сохраняющихся на протяжении не менее 3 месяцев, может быть достаточным основанием для диагностики тревожного расстройства. Наиболее часто встречающимися разновидностями этого страдания являются следующие:

1. Адаптивное расстройство с тревожным настроением.

Диагноз ставится на основании описанных выше симптомов тревоги, при переживании больным типичных следующих психосоциальных стрессов:

- Острое или хроническое соматическое заболевание
- Хирургические или нехирургические вмешательства
- Диагностические процедуры
- Госпитализация
- Межличностные кризисы
- Супружеская ссора, развод
- Трудности на работе или в учебе
- Денежные затруднения
- Столкновения с законом



В случае реакции на стресс возможна госпитализация (длительность лечения в стационаре 30 дней).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- бензодиазепиновые транквилизаторы (симптоматическая коррекция расстройств);
- антидепрессанты с седативным действием — миансерин, тразодон (предпочтительны малые дозы);
- антидепрессанты сбалансированного действия — тиа-нептин, пипофезин;
- карбамазепин — 100-400 мг/сут;
- нейролептики — тиоридазин, алимемазин, хлорпро-тиксен.

Психотерапия:

- релаксационные методы;
- когнитивно-бихевиоральная терапия;
- семейная и групповая психотерапия.

2. Генерализованное тревожное расстройство. Характеризуется осознанной тревогой, сочетающейся с соматическими симптомами. Ведущим нарушением является постоянное беспокойное настроение, не определяемое другим психическим заболеванием. Беспокойное настроение длится по меньшей мере 6 месяцев, включая в себя шесть или более из нижеперечисленных симптомов:

- Раздражительность
- Трудности засыпания
- Трудности концентрации внимания
- Одышка, сердцебиение или головокружение
- Потливость, приливы жара или сухость во рту
- Частое мочеиспускание, тошнота, понос
- Боли или напряжение в мышцах
- Неусидчивость или тремор
- Утомляемость или трудности расслабления

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- бензодиазепиновые транквилизаторы показаны лишь в качестве неотложной помощи как наиболее быстро действующие препараты при выраженной тревоге и страхе, в виде кратковременного курса (не более 2 месяцев): феназепам, клоназепам, алпразолам, диазепам, хлордиазепоксид;
- зопиклон, золпидем, дономил — при нарушениях сна;
- бета-адреноблокаторы — обзидан, атенолол, в 3-4 приема в течение суток;
- трициклические антидепрессанты — имипрамин, преимущественно в/в капельно (эффект наступает постепенно, в течение 2 недель, поэтому назначается в комбинации с транквилизаторами), амитриптилин, кломипрамин, преимущественно в/в капельно;
- миансерин;
- тразодон;
- карбамазепин — 100-600 мг/сут;
- СИОЗС — циталопрам, сертралин, флувоксамин, флуоксетин и пароксетин — целесообразно сочетать с транквилизаторами первые 2-3 недели;
- нейролептики — хлорпро-тиксен, сульпирид, алимемазин, левомепромазин, в том числе парентерально — при неэффективности выше указанных средств.

Психотерапия:

- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная психодинамическая;
- релаксационные методы — аутогенная тренировка, саморегуляция с биологически обратной связью.

Наряду с индивидуальными рекомендуются групповые методы работы. Длительность лечения — от 4 до 6 месяцев.

3. Обсессивно-компульсивное расстройство. Характерной чертой этого заболевания является наличие навязчивых мыслей или движений, выраженных достаточно сильно, чтобы причинить явные страдания больному, занимать у него более одного часа в день или значительно нарушать обычную повседневную деятельность или отношения с другими людьми. Напомним, что обсессиями называются повторяющиеся навязчивые тягостные мысли, размышления или импульсы, причем описываются они больными как бессмысленные, противные, отталкивающие или даже ужасающие. Обычно обсессии включают в себя повторяющиеся идеи насилия, загрязнения или сомнения. Обсессии обычно провоцируют тревогу, которая в свою очередь приводит к компульсивным ритуалам.

Компульсиями называются поступки, которые при кажущейся целесообразности совершаются больными в виде ритуалов. Последние представляют собой физические или психические действия, выполняемые стереотипно или в соответствии с правилами ради снижения или даже нейтрализации тревоги, связанной с обсессиями. Компульсиями могут быть мытье рук, перепроверка собственных действий (запер ли дверь, выключил ли газ, утюг), счет этажей и т.п.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- трициклические антидепрессанты — наиболее эффективен кломипрамин, в средних и высоких дозах при преимущественно парентеральном введении;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (при отсутствии выраженной тревоги);
- комбинации селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и «мягких» нейролептиков (хлорпро-тиксена, тиоридазина, алимемазина);
- бензодиазепиновые транквилизаторы — клоназепам, алпразолам, хлордиазепоксид и др. (целесообразно кратковременное применение с целью купирования выраженной тревоги).

Психотерапия:

- краткосрочная психодинамическая.

4. Паническое расстройство с агорафобией. Оно характеризуется неожиданными приступами тревоги, сопровождающейся когнитивными и соматическими расстройствами. Симптоматика достигает высшей точки в течение 10 минут после начала приступа и постепенно ослабевает в течение часа. Частота приступов примерно 2-4 в неделю.

Для диагностики приступа паники необходимо наличие по меньшей мере четырех из следующих симптомов:

- Одышка (диспноэ) или ощущение нехватки воздуха
- Головокружение, ощущение неустойчивости или дурноты
- Тахикардия
- Тремор
- Потливость
- Удушье
- Тошнота или абдоминальный дистресс
- Деперсонализация или дереализация
- Ощущение онемения или покалывания (парестезии)
- Приливы жара или озноб
- Боль или неудобство в груди
- Страх смерти
- Страх сойти с ума или потерять самообладание



Приступы паники часто сочетаются с агорафобией. При последней возникает страх и избегание мест, где в случае неожиданного ухудшения состояния здоровья, трудно получить помощь или которые трудно быстро покинуть (мосты, туннели, рестораны, магазины, общественный транспорт, в особенности метро и самолет).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

— транквилизаторы — алпразолам, диазепам, феназепам, клоназепам; для купирования панических приступов предпочтительно парентеральное введение клоназепама;

— трициклические антидепрессанты — имипрамин (предпочтительно в/в), кломирамин (предпочтительно в/в), amitриптилин (предпочтительно в/в);

— миансерин — начало курса с минимальных доз 7,5 мг (1/4 т.) и постепенным увеличением до средних терапевтических доз;

— тразодон — начало курса с минимальных доз (50 мг) с последующим увеличением доз;

— ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности пароксетин — при неэффективности других антидепрессантов;

— карбамазепин — 100-400 мг/сут;

— ноотропы с вегетостабилизирующим и антипароксизмальным действием — пантогам, фенибут;

— бета-адреноблокаторы — обзидан, атенолол и др., используются в комбинации с антидепрессантами.

Психотерапия:

— когнитивно-бихевиоральная;

— краткосрочная психодинамическая.

Длительность лечения — 6-12 месяцев.

5. Посттравматическое стрессовое расстройство. Может развиваться вслед за травмирующими событиями, которые сопряжены с реальной угрозой для жизни или при физическом насилии (несчастные случаи, природные катастрофы, нападения, изнасилования, участие в военных действиях, террористические акты и т.п.). Клинически проявляется двумя и более из следующих симптомов:

- Нарушения сна
- Социальная отчужденность
- Изменения поведения, включая взрывчатость, раздражительность
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками
- Антисоциальное поведение или противоправные действия
- Депрессия, суицидальные мысли или покушение на самоубийство
- Тревожная напряженность или эмоциональная неустойчивость
- Неспецифические соматические жалобы (головная боль и т.п.)

Принципы терапии

Фармакотерапия:

— трициклические антидепрессанты;

— тианептин, пипофезин, обратимые ингибиторы MAO (моклобемид) — при снижении активности, проявлениях апатии;

— миансерин, тразидон — при выраженности или частых эпизодах тревоги (в том числе на ночь при нарушениях сна);

— селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС);

— карбамазепин;

— соли лития;

— нейролептики — тиоридазин, алимемазин, другие — только при наличии психотических симптомов;

— бензодиазепиновые транквилизаторы — кратковременно, для купирования тревоги.

Психотерапия:

— релаксационные методы;

— когнитивно-бихевиоральная;

— семейное консультирование;

— социальная поддержка в виде семейной и групповой психотерапии.

Длительность лечения — 6-12 месяцев.

6. Социальные и простые фобии. Характеризуются эпизодами выраженной тревоги, связанной с реальными или предполагаемыми социальными ситуациями — страх перед публичными выступлениями, приемом пищи или записи на бумаге на глазах у других, физиологическими отправлениями в общественных туалетах и т.п. Главным при социальных фобиях является страх оказаться в центре внимания окружающих, проявив себя неловко, неуклюже, вызвав ироничное, снисходительное или иное негативное их отношение.

При простых фобиях наблюдается страх и избегание конкретных ситуаций, предметов или существ (животных, насекомых, вида крови, иголок, авиапутешествий и т.п.).

Клинически фобии проявляются покраснением лица и шеи, тахикардией, тремором рук, потливостью, затруднением дыхания, другими кратковременными вегетативными нарушениями.

Принципы терапии

Фармакотерапия:

— обратимые ингибиторы моноаминоксидазы — моклобемид (предпочтительнее высокие дозы);

— селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — первые 2-3 недели в комбинации с транквилизаторами;

— бензодиазепиновые транквилизаторы обычно малоэффективны, за исключением клоназепама;

— бета-адреноблокаторы используются кратковременно, преимущественно для купирования выраженных тревожных состояний;

Психотерапия:

— когнитивно-бихевиоральная;

— групповые формы работы.

Длительность лечения — 6-12 месяцев.

В проблеме тревожных расстройств, выявленных врачом первичного звена, очень важным является ранее начало лечения. Как пишет L. Susman в образовательном курсе по тревоге для семейных врачей (2005 год), «...мы имеем право начинать лечение тревожных расстройств, располагая только предположительным диагнозом... Можно нанести куда больший вред, не назначая адекватную терапию на ранней стадии заболевания».

Работая на участке, врач первичного звена, несомненно, встречается с психическими больными, находящимися в разной стадии заболевания. Большинство таких пациентов уже лечится или лечилось у психиатра, у которого они продолжают наблюдаться. Однако очень важно знать начальные признаки психических расстройств, с которыми ни сам больной, ни его родственники даже не думают обращаться к психиатрам, а идут со своими жалобами к семейному врачу. Самая большая трудность заключается в том, что очень серьезные и тяжелые психические заболевания начинаются с неспецифических признаков. Так, шизофрения может начинаться не только с появле-



ния бреда и/или галлюцинаций. Значительно чаще она может начаться со следующих симптомов и синдромов:

1. Неврозоподобный синдром. Все выглядит практически так же, как при невротических расстройствах — астения, навязчивые состояния, ипохондрические идеи. Однако можно выявить и некоторые особенности. Так, астения при шизофрении характеризуется легким возникновением нарушения мышления даже при незначительном умственном напряжении. У школьника снижается успеваемость, он жалуется, что ему «трудно думать, тяжело соображать». При шизофренической астении отсутствуют признаки физической астении и аффективно-гиперестетической слабости.

Особенность навязчивых состояний при шизофрении проявляется в том, что они возникают немотивированно, вне связи с обстановкой. При них отсутствует внутренняя борьба, которая заменяется ритуальными формами поведения — «навязчивости от навязчивостей». Обсессии сочетаются с амбивалентностью мышления и резонерством, переходят в бредовые синдромы с потерей критики, протекают на фоне пониженной аффективности.

Ипохондрические идеи при шизофрении характеризуются причудливостью ощущений, трудностью их описания, монотонностью жалоб. Больные не только констатируют у себя грубые нарушения в организме, но и стараются объяснить механизм возникновения болезни, причем часто бредово трактуют появление патологических симптомов. Особенностью шизофренической ипохондрии также являются ослабление страха и тревоги, их неадекватность, двойственные отношения к лечению, проявляющиеся, с одной стороны, в упорной обращаемости к врачам, с другой — недоверием, отказом от предлагаемого лечения с поиском своих, иногда нелепых методов лечения.

2. Шизофрения может начинаться с психопатоподобного синдрома. Чаще это проявляется в подростковом возрасте. Клинически выявляются возбудимые, тормозимые или истероидные черты личности. Дифференциальную диагностику надо проводить с пубертатным кризом, с неправильным воспитанием.

3. Шизофрения может начинаться с дисморфоманического синдрома, который включает в себя: а) убежденность пациента в наличии у него тяжелого физического дефекта; б) уверенность, что этот дефект виден всем окружающим и им он неприятен; в) стремление любыми способами избавиться от этого дефекта; г) депрессивное настроение нередко с суицидальными мыслями и попытками.

В отечественной психиатрии описывается более десятка типов начальных проявлений шизофрении. В американской систематике выделены следующие диагностические критерии шизофренической продромальной фазы:

1. Социальная изоляция (замкнутость, аутизм).
2. Ухудшение в психическом функционировании, т.е. недостатка в нормальном выполнении обязанностей.
3. Бросающееся в глаза странное поведение.
4. Нарушение правил личной гигиены, явная невозможность ухода за самим собой.
5. Неадекватный аффект, усложненные или неуместные эмоциональные реакции.
6. Специфические нарушения речи. Она становится странной, расплывчатой, детализированной или метафорической.
7. Влияющие на поведение странные убеждения, не соответствующие культуральным нормам.
8. Необычные эпизоды ощущений, иллюзий, постороннего воздействия.

9. Снижение инициативы, интересов, энергии.

Для констатации продромальной фазы считается необходимым наличие, по крайней мере, двух из девяти перечисленных симптомов.

Врачу первичного звена нет необходимости проводить лечение подобных больных. Ему важно заподозрить у пациента начало психического заболевания и своевременно направить к психиатру. Надо помнить, что длительность начального этапа шизофрении крайне вариабельна — от нескольких лет до нескольких дней или даже часов, что требует от врача срочных мер.

Важным разделом психиатрии, с которым нередко может сталкиваться в своей практике врач первичного звена, является наличие у пациентов или их родственников особенностей личности, нарушающих нормальное функционирование семьи. Это так называемые специфические расстройства личности, ранее обозначавшиеся как психопатии.

Выделяют несколько типов расстройств личности, но наиболее важной в контексте нашей лекции является диссоциальное расстройство (возбудимая психопатия). Каковы же диагностические критерии этого вида заболевания?

Они следующие:

А. Грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными нормами.

Б. Наличие по крайней мере трех из перечисленных характерологических признаков:

1. Бессердечное равнодушие к чувствам других.
 2. Грубая, стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правами и обязанностями.
 3. Неспособность поддерживать взаимоотношения с окружающими.
 4. Крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие.
 5. Неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания.
 6. Выраженная склонность обвинять окружающих во всех возникающих конфликтах или выдвигать благовидные объяснения своему поведению.
- В качестве дополнительного признака может иметь место постоянная раздражительность.

Для диссоциального расстройства характерны следующие типы реакций:

а) реакция смещенного аффекта («реакция мимо»). Например, разряд гнева или даже агрессии направлен на близких родственников в связи с неприятностями на работе.

б) реакция протеста («назло»). Совершать действия в противовес просьбам окружающих. Возможно совершение деструктивных поступков из зависти («комплекс Каина»).

в) реакция короткого замыкания. Часто приступы злости, ярости, агрессии возникают неожиданно, без видимых внешних причин.

Расстройства личности и поведения наиболее часто являются врожденными и обнаруживаются уже в детском возрасте, сохраняясь у пациента в течение всей жизни. Однако подобные особенности личности могут и приобретаться в результате неправильного воспитания (патохарактерологическое расстройство), органического поражения мозга (органическое изменение личности), длительного соматического заболевания (психосоматическое расстройство личности) и т.п. В отличие от первой группы расстройств, названных ядерными, вторую группу называют краевыми или нажитыми нарушениями личностного функционирования.



Независимо от происхождения расстройств личности можно рекомендовать лечение таких пациентов корректорами поведения: неулептилом, пропразином, сульпиридом (эглонилом), тиапридом, карбонатом лития.

Злоупотребление алкоголем начинается, как правило, со случайного или эпизодического пьянства. При этом потребляются такие дозы алкогольных напитков, которые вызывают выраженное состояние опьянения, но это происходит эпизодически, а в периоды воздержания влечение к алкоголю отсутствует. Однако уже при этой форме злоупотребления алкоголем постепенно нарастает толерантность к нему. Прежние дозы спиртных напитков не вызывают заметного опьянения, поэтому для получения желаемого эффекта пьющий начинает повышать дозы. В большинстве случаев уже в этой стадии имеет место переход к употреблению преимущественно крепких спиртных напитков. Меняется характер опьянения, возникают первые признаки влечения к алкоголю, проявляющиеся в том, что пьющий начинает искать повод для очередной выпивки.

С социальной точки зрения эпизодическое пьянство не менее опасно, чем другие формы злоупотребления алкоголем, так как приводит к нарушению общественного порядка и преступлениям, является причиной травм и тяжелых расстройств здоровья.

За эпизодическим или случайным пьянством следует систематическое или привычное пьянство, во время которого формируются основные симптомы алкоголизма. Для привычного пьянства наиболее характерно усиление влечения к алкоголю, вследствие чего пьющему становится трудно воздерживаться от употребления спиртных напитков. Он сам активно ищет повод для выпивки. В период вынужденного воздержания от алкоголя у привычного пьяницы возникают расстройства настроения, у него появляется такое чувство, как будто «чего-то не хватает», «все не по себе». Прием очередной дозы алкоголя снимает эти ощущения. Привычный пьяница употребляет спиртные напитки часто, при каждой возможности, как правило, не реже 1-2 раз в неделю, а в ряде случаев и ежедневно. Однако в отличие от больного алкоголизмом привычный пьяница сохраняет контроль за количеством потребляемого алкоголя.

Постепенно формируются симптомы, свидетельствующие о переходе привычного пьянства в алкоголизм. За этот переход говорят следующие признаки:

1. Повышение толерантности к алкоголю с утратой защитного рвотного рефлекса. Поскольку индивидуальная чувствительность к алкоголю различна, трудно назвать дозу, которая бы свидетельствовала о наличии толерантности к алкоголю, однако сам пьющий всегда может заметить, что дозы спиртных напитков, которые раньше всегда вызывали опьянение, перестают действовать и приходится увеличивать дозу в 2-3 раза. Одновременно исчезает защитный рвотный рефлекс: даже очень большая, обычно сильно опьяняющая доза не вызывает рвоты.

Повышение толерантности и исчезновение рвотного рефлекса являются самыми ранними и наиболее распространенными признаками привыкания к алкоголю. При употреблении крепких спиртных напитков (водка, коньяк, виски) повышение толерантности происходит значительно быстрее, чем при употреблении слабых спиртных напитков (вино, пиво).

2. Потеря контроля за количеством выпиваемых спиртных напитков.

Этот важный признак тесно связан с повышением толерантности: первая принятая доза алкоголя не опьяняет, а лишь

вызывает неудержимое желание пить еще. Поэтому пьющий продолжает пить до тех пор, пока не наступит глубокое опьянение, и, таким образом, лишается возможности «пить умеренно». Здесь пьянство принимает злокачественный характер — частым становится тяжелое опьянение, сопровождающееся антисоциальным поведением.

Потеря количественного контроля является очень стойким признаком алкоголизма. Возникнув, он не исчезает и после многих лет воздержания от алкоголя, чем в значительной степени обусловлена невозможность перейти к умеренному потреблению алкоголя после лечения и воздержания, а всякая попытка возобновить прием спиртных напитков неминуемо ведет к рецидиву алкоголизма.

Проявляется потеря контроля в большой жадности к спиртным напиткам, а в ряде случаев — в стремлении пить в одиночестве. Сами больные отрицают потерю контроля, говорят, что они «могут сами не пить», что их напоили, или находят другое оправдание своего пьянства.

3. Изменение характера опьянения, появление амнестических форм.

Этот признак алкоголизма является следствием двух предшествующих: чтобы привести себя в состояние опьянения больной алкоголизмом принимает буквально токсическую дозу алкоголя. Опьянение от таких доз сопровождается злобностью, агрессивностью, склонностью к антисоциальным поступкам. Характерны «провалы памяти» на отдельные периоды опьянения. После протрезвления больной алкоголизмом не помнит, как дошел домой, как скандалил с соседями и женой. Он искренне считает, что не мог вести себя так, как ему об этом рассказывают, и что его ложно обвиняют.

4. Возникновение непреодолимого, болезненного влечения к алкоголю. В начальной стадии алкоголизма усиливается влечение к алкоголю. Пьянство превращается в основной жизненный интерес; и работа и отдых — все подчинено одному: выпивке. Больной алкоголизмом стремится к пьянству, несмотря на отсутствие денег, семейные конфликты, служебные неприятности и многое другое. В отличие от привычного пьянства здесь влечение к алкоголю принимает непреодолимый компульсивный характер. Больной не хочет противостоять этому влечению, а если и хочет, то уже, как правило, не может справиться с ним без врачебной помощи.

5. В начальной стадии алкоголизма появляются характерологические изменения личности больного, как правило, тесно связанные с влечением к алкоголю: лживость, бесцеремонность, хвастливость, настойчивость и изобретательность, когда нужно достать деньги на выпивку, снижение моральных и этических норм поведения.

Все перечисленные выше признаки составляют так называемую **преклиническую стадию алкоголизма**, которая может протекать в форме эпизодического (прерывистого) или постоянного (непрерывного) пьянства.

Таким образом, **для диагностики начальной стадии алкоголизма необходимо наличие следующих признаков: достаточного устойчивого влечения к алкоголю, повышенной толерантности с потерей чувства контроля, утратой защитного рвотного рефлекса и изменением характера опьянения. Абстинентный синдром отсутствует или выражен незначительно, непостоянно. Его появление указывает на переход ко второй, развернутой стадии хронического алкоголизма.**

Врач первичного звена должен не только объяснить пациенту серьезность его положения, но и уговорить его обратиться в специализированное учреждение, пока болезнь не зашла

слишком далеко. Эта сложная работа семейного врача требует, возможно, неоднократных бесед с пациентом.

Еще более трудная задача стоит перед врачом первичного звена при обращении к нему родителей, желающих знать, не принимает ли их ребенок наркотики. Следует им объяснить, каковы скрытые признаки употребления наркотиков. Здесь важно все — и внешний вид ребенка (при склонности к наркотизации обнаруживается бледность кожи, расширенные или суженные зрачки, покрасневшие или мутные глаза, замедленная речь), и такие очевидные, но косвенные признаки, как появление у ребенка следов уколов, порезов, синяков, обнаружение в карманах неизвестных таблеток, порошков, капсул, маленьких ложечек, свернутых в трубочку бумажек, фольги. Можно обнаружить и изменения в поведении. С одной стороны, это нарастающее безразличие, бессонница, чередующаяся с сонливостью, высказывания о бессмысленности жизни, ухудшение памяти, невозможность сосредоточиться, уходы из дома и прогулы в школе. С другой, болезненная реакция на критику, агрессивность, частая смена настроения. Родители должны обратить внимание на возможную пропажу из дома ценностей, книг, одежды, частые необъяснимые телефонные звонки, даже

в неурочное время, неожиданное желание выгуливать собаку поздним вечером и т.п.

Все эти признаки должны насторожить родственников и вызвать подозрение в приеме наркотиков. Врач может порекомендовать родителям еще до обращения к наркологу анонимно провести домашние экспресс-тесты для выявления наркотических веществ в моче ребенка. Такие тесты безрецептурно можно приобрести в любой аптеке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов В.Н., Гурович И.Я. (редакторы). Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. — М., 1999. — 224 с.
2. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: Медпресс-информ, 2002. — 607 с.
3. Мосолов С.Н. (редактор). Психофармакологические и противозипилептические препараты, разрешенные к применению в России. — М., 2004. — 301 с.
4. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М.: Астрафармсервис, 2009.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

ВЕСТНИК Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

www.mfvf.ru | mfvf@mfvf.ru

- официальная и нормативная информация
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки).
- научно-практические материалы от ведущих специалистов в области медицины, обзоры конференций, круглых столов, съездов.
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты.

**420012, Казань, ул. Щапова, 26,
корп. Д, офис 200, а/я 142
многоканальный телефон (843) 267-60-96**

ОПЕРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ЗАЛОГ ВАШЕГО УСПЕХА!

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

