

литературе подобные феномены описывают как депсихопатизация и деновротизация, характерные для онкологических больных (Семке В.Я., 1991; Зотов П.Б., 2005 и др.).

Следующим по частоте регистрируется судорожный синдром, который обычно носит парциальный характер и достаточной хорошо контролируется диазепамом и/или бензоналом. Лишь в единичных случаях судорожные припадки носят стойкий, длительный характер.

В целом, клинические проявления при метастатическом поражении головного мозга у больных раком молочной железы достаточно многообразны. Поэтому для своевременной диагностики этих нарушений важное внимание врачей общей практики, наблюдающих этих женщин в 3 клинической группе выявление жалоб психопатологического круга и признаков органического поражения ЦНС должно входить в перечень активно выявляемых проявлений.

С учетом особенностей контингента нами обоснован и разработан алгоритм обследования с указанием вида и частоты используемых методов диагностики («психоорганический» анамнез, физикальное обследование, КТ/МРТ головного мозга; изотопная скintiграфия; краниография и др.).

Более широкое внедрение данного подхода в работу врачей общей практики, онкологов амбулаторного звена будет способствовать своевременной диагностике метастатического поражения мозга у больных РМЖ и улучшению результатов лечения.

СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.С. Плотникова

Тюменская ГМА

Исследование проводилось на базе хирургического отделения. Всего было обследовано 40 человек, проходивших оперативное лечение в плановом порядке. Из них мужчин было 22,5%, женщин - 77,5%. Средний возраст обследованных пациентов 38,2±1,3 лет. Сопутствующую патологию (ИБС, артериальная гипертензия, СД, ожирение) имели 25 человек в разных сочетаниях. Наркоз газовыми анестетиками применялся у 62,5% пациентов, внутривенная анестезия с миоплегией и искусственной вентиляцией легких – у 37,5%. Клинико-психопатологический метод исследования дополнялся рядом клинических шкал (выраженность психопатической симптоматики (SCL-90-R), госпитальная шкала тревоги

и депрессии, шкала субъективной оценки астении (MFI-20)), а также психологической методики Спилбергера-Ханина для исследования эмоциональной сфер больных.

Клинико-психопатологическое обследование больных в дооперационном периоде выявило наличие у них психических расстройств разной степени выраженности. Фобические расстройства наблюдались у 87,5%, тревожные нарушения – у 82,5%, астенические – у 12,0%, депрессивные – у 10,0%, ипохондрические – у 10,0%. Чаще отмечались структурно-сложные состояния, тревожно-фобические расстройства, в меньшей степени астено-депрессивные. Тревожно-фобические расстройства проявлялись жалобами на разнообразные страхи у 87,5% обследованных, «душевный дискомфорт» (82,5%), в том числе волнение (50,0%), тревогу (32,5%), наличие навязчивых мыслей (25,0%), нарушение сна (22,5%), чувство телесного напряжения (17,5%). Большинство обследованных (87,5%) предъявляли жалобы на разнообразные страхи (оперативного вмешательства и его последствий – 37,5%, проблем в процессе выхода из наркоза – 27,5%, беспомощности – 10,0%, повторения прошлого негативного опыта операции – 10,0%, смерти во время операции – 5,0%, а также страх проснуться раньше времени – 2,5%). Больные отмечали у себя высокий уровень тревоги (32,5%), снижение настроения (22,5%), нарушение сна (22,5%) и снижение аппетита (7,5%). Также, повышение уровня тревожности вызывала «реакция ожидания» предстоящей операции, зависимость от других, неизвестность, опасения последствий операции, исхода восстановительного периода. Это подтверждается данными теста Спилбергера-Ханина: у пациентов в дооперационном периоде выявлена преимущественно высокая реактивная тревожность (76,7%), высокая личностная тревожность в дооперационном периоде обнаруживалась у 60,0% больных.

Пациенты с астено-депрессивными расстройствами предъявляли жалобы на слабость, «измотанность» (30,0%), снижение работоспособности, увеличение времени для выполнения обычных дел (20,0%), «плохое» настроение, тяжесть в голове, трудность сосредоточиться, чувство скованности. Кроме того, существенное влияние на психологическое состояние пациентов оказывала ситуация необычной обстановки нахождения в стационаре, отрыв от друзей, родных, изменение привычного режима, потеря «личного пространства». Дискомфорт от нахождения в больнице (различные процедуры, обстановка в операционной, реанимационной палате, необходимость пребывания в обнаженном виде и др.), особенно часто отмечался у женщин. Чувство телесной незащищенности, повышенная душевная ранимость вызывала высокое напряжение, чувство «натянутой струны», взвинчен-

ность, внутреннюю тревогу. Все вышеперечисленное в большинстве случаев порождало высокую претенциозность со стороны пациентов по отношению к медицинскому персоналу, родственникам. У них выявлена погруженность в себя, концентрация на своем состоянии, телесном самочувствии. Они часто с трудом говорили о своих чувствах, плохо были способны их описать. В процессе обследования был выявлен органический фон, который проявлялся в жалобах на снижение памяти у 25,0% пациентов, метеолабильности - у 20,0%, трудности в усвоении инструкций - у 10,0%, головокружений - у 2,5%.

Таким образом, в послеоперационном периоде у четверти пациентов общехирургического отделения обнаружены депрессивно-ипохондрические и тревожно-депрессивные нарушения, определяющие необходимость проведения больным психофармако- и психотерапии.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т.С. Раев

Тюменская ОКПБ

Целью настоящей работы явилось изучение депрессивных расстройств у больных шизофренией.

Материал и метод исследования: исследование проводилось на базе женского отделения областной клинической психиатрической больницы. Было обследовано 40 больных в возрасте от 20 до 65 лет, средний возраст составил $37,3 \pm 1,2$ лет. Длительность заболевания варьировала от 2-5 лет, средняя продолжительность 3,5 года. Среди обследованных 60% больных имели высшее образование, 50% состояли в браке, 15% были в разводе, 35% никогда в браке не состояли. Все больные на момент осмотра не работали. Использовались клинико-психопатологический и психологический методы исследования (шкала депрессии Бека).

Результаты исследования:

Симптомы депрессии были выявлены у большинства обследованных больных (95%), преимущественно с шубообразным типом течения шизофрении. При оценке тяжести депрессии по шкале Бека были получены следующие результаты: лёгкая депрессия (от 10 до 15 баллов) у 5%; умеренная депрессия (от 16 до 19 баллов) у 25%; выраженная депрессия (от 20 до 29 баллов) у 50%; тяжёлая депрессия (от 30 до 63 баллов) у 20%. У 65% больных преобладала когнитивно-аффективная субшкала.

Структура депрессивных расстройств была полиморфной, нередко одновременно присутствовали апатический, тревожный и тоскливый

компоненты. Наиболее часто у больных встречалась тревожно-тоскливая депрессия - 40%. Главной особенностью этой депрессии явилось беспричинное и необъяснимое снижение настроения с чувством тоски, витальности. Больные отмечали печаль, грусть, снижение работоспособности, суточные колебания настроения, чувство стеснения в груди, угасание интересов и побуждений. У таких больных отмечались стойкие нарушения сна, резкое снижение аппетита, похудание, запоры.

Астеническая депрессия встречалась в 15% случаев, и характеризовалась снижением настроения, уровня побуждений и интересов. Больные жаловались на отсутствие сил и энергии, общую слабость, чувство усталости возникало даже при незначительных усилиях, все представлялось сложным, трудным, бесперспективным, безнадежным и безрадостным. Пациенты жалели себя, жаловались на судьбу, отмечали своеобразную зависть ко всем окружающим, у которых хорошее настроение.

Тревожная депрессия была обнаружена у 20% обследованных женщин. В структуре депрессии имели место тревожные и соматовегетативные расстройства (нарушения сна, перебои в работе сердца, колебания цифр АД, снижение аппетита, обильное потоотделение), сенестопатии, фобические нарушения, которые проявлялись чувством внутреннего беспокойства, состоянием страха за собственное здоровье, здоровье и благополучие близких, в сочетании с бредовыми идеями, и псевдогаллюцинациями. Такие больные были раздражительны, суетливы, предъявляли жалобы на плохие предчувствия, ожидание беды ("какая-то угроза нависла на нас", "что-то страшное должно произойти"), реально угрожающего несчастья, неуверенности в завтрашнем дне, боялись неожиданных, непредвиденных событий. По мере усиления тревоги объективно нейтральные события приобретали в сознании больных значимость надвигающейся катастрофы, что сопровождалось растерянностью, чувством безысходности, неспособностью найти позитивный выход из кажущихся неразрешимыми ситуаций. Такое состояние развивалось на фоне стойкой мучительной бессонницы, особенно депрессия усиливалась в утренние часы.

Апатическая депрессия составила 25%. Она характеризовалась преобладанием явлений негативной аффективности, полным безразличием к окружающему миру и собственной личности, исчезновением побуждений к деятельности, заторможенностью, отсутствием интересов и желаний, общей угнетённостью, бледностью мимики, монотонностью речи, замедленными движениями. Больные на протяжении всего дня были вялые, безынициативные, предпочитали проводить время в постели, предъявляли жалобы на ощущение внутреннего дискомфорта, нара-