

30. La Vecchia A., Belogni F., Bazzola L. et al. //Clin. Cardiol. –1996.– V.19.– P.45-50.
31. Lee D.C., Johnson R.A., Bingham J.B. et al.// N.Engl.J.Med. –1982. –V.306. –P.699-705.
32. Mercadier J.J., Hhatem S., Schwartz K.// Heart Failure. –1993. –V.3. –P.112-120.
33. Om A., Hess S. //Clin. Cardiol. –1993.– V.16.– P.5-14.
34. Packer M. //Am. Coll. Cardiol. – 1988.– V.12.– P.1299-1317.
35. Packer M. // Lancet.–1992.– V.340.– P.92-95.
36. Pfeffer M.A., Braunwald E., Moye L.A. et al.// N. Engl. J. Med. –1992.– V.327.– P.669-677.
37. Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. //Heart Failure. –1987.– V.3.– P.198-209.
38. Stevenson L.W., Pfeffer M.A. //Heart Failure. –1995.– V.11.– P.78-86.
39. The SOLVD Investigators. //N. Engl. J. Med. –1991.– V.325.– P. 293-302.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.Р.Палеев, Н.К.Черейская, Л.А.Подрезова
МОНИКИ

Среди многочисленных проблем современной медицины, пожалуй, одна в наибольшей степени объединяет специалистов разных профессий. Это психические расстройства, которые нередко выявляются у больных с различными соматическими заболеваниями.

Проблема сомато-психических нарушений не нова. В истории отечественной медицины можно проследить несколько этапов взлетов и падений интереса к этой проблеме. Наиболее значимым был период с начала 50-х до конца 60-х гг., когда многие исследователи занимались изучением психических расстройств в клинике внутренних болезней. Одним из ведущих специалистов в этой области был Е.К. Краснушкин (1950), работы которого не утратили своей актуальности и до настоящего времени. Он писал: «...Совершенно необходимо участие врача-терапевта в жизни психиатрической клиники: проблемы, которые встают перед психиатром, все больше сливаются с проблемами общемедицинскими» и далее: «...Психиатрия имеет гораздо большее отношение к внутренней медицине, чем к неврологии».

Однако после 60-х годов интерес к этой теме угас, что, по нашему мнению, можно связать с широко распространившейся в стране концепцией вялотекущей шизофрении, которая поглотила многие формы пограничных нервно-психических расстройств, в том числе и наблюдавшихся при соматических заболеваниях.

В настоящее время вновь наметилась тенденция обращения к этой проблеме [1,2,4,5,6]. Психическое здоровье населения в последние годы вызывает серьезную тревогу, растет число пограничных нервно-психических расстройств. Статистика свидетельствует, что в России в 1994 г. заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами по сравнению с 1991 г. выросла на 28,8%. Каждый 40-й гражданин официально обращался в психиатрические учреждения, число же лиц, пользующихся услугами платных лечебных учреждений и частнопрактикующих врачей, пока не поддается учету.

Рост психических нарушений обусловлен многочисленными факторами, среди которых ведущими в нашей стране в настоящее время

являются социальные. Социальные перемены, происходящие в обществе, изменение образа жизни различных групп населения, нарушение традиционной системы медицинской помощи, вынужденное ослабление внимания людей к своему здоровью привели к хроническому психосоциальному стрессу огромные массы людей.

Статистические исследования подтверждают наблюдаемую в практике отчетливую тенденцию к росту и хронизации соматических заболеваний, увеличение сочетанной соматической и психической патологии. Отмечаются также изменения в течении пограничных психических расстройств. Это проявляется в их соматизации с увеличением удельного веса соматоформных клинических проявлений, росте соматических заболеваний, протекающих с различной степенью выраженности психическими нарушениями. Все это делает необходимым проведение глубоких научно-практических исследований по ранней диагностике, дифференциации и терапии психических нарушений в клинике внутренних болезней.

Вызывает все большую озабоченность растущая заболеваемость бронхиальной астмой (БА) и хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ). Причины этого весьма разнообразны: загрязнение окружающей среды, увеличение воздействия на человека неблагоприятных факторов, аллергизация населения, увеличение числа курильщиков, изменение свойств возбудителей инфекционных заболеваний и т.д.

Практика показывает, что при этих заболеваниях у подавляющего числа больных выявляются разнообразные психические нарушения, требующие коррекции. Этот факт известен давно, и не случайно на протяжении многих лет БА относили к психосоматическим заболеваниям.

Являясь хроническим заболеванием, БА становится тяжким испытанием для больного, значительно снижая качество его жизни. И если здоровье человека в широком его понимании определяется не только физическим состоянием, но психологическим и социально-экономическим комфортом, то БА во многом нарушает все аспекты жизнедеятельности [3].

В связи с актуальностью данной проблемы с 1991 г. на базе кардиопульмонологического отделения МОНИКИ совместно с Московским НИИ психиатрии проводятся комплексные исследования, посвященные раннему выявлению непсихотических психических расстройств при ряде соматических заболеваний.

Обследовано 125 человек с БА, ХОБ или их сочетанием.

Всем больным, согласно профилю болезни, проводились клиничко-функциональные, лабораторные, рентгенологические исследования, принятые в терапевтических стационарах. Психиатрическое обследование включало ЭЭГ, ЭхоКГ, РЭГ исследование, а также данные психометрического метода с использованием оценочных шкал Гамильтона для депрессии и тревоги, самоопросников депрессии Бека, тревоги Тейлора, ситуационной и личностной тревожности Спилберга. Когнитивные функции изучались при помощи теста Векслера, таблиц Шульца, методики «расстановки чисел», корректурной пробы. Использовался вопросник Айзенка для оценки факторов экстраверсии и невротизма.

Изучение психических нарушений у больных БА выявило широкий спектр психопатологических расстройств непсихотического уровня, от неспецифических невротических феноменов до оформленных психопатологических синдромов. Психические нарушения полиморфны, тесно связаны с соматическим состоянием больных и в большой степени определяются психогенными влияниями.

Анализ преморбидных особенностей больных БА обнаруживает, что среди них чаще встречались лица, у которых в детстве наблюдались повышенные общая и вегетативная возбудимость, невротические реакции, тики, заикания, ночной энурез, соматовегетативные расстройства (обмороки, головные боли, головокружения, нарушения сна).

Среди обследованных преобладали лица с астеническими, психастеническими, эмоционально-лабильными и истерическими чертами характера, которые у части больных выходили за рамки акцентуации и могли рассматриваться как патохарактерологические особенности, осложняющие течение заболевания.

Для астенических личностей были характерны повышенная утомляемость, истощаемость, склонность к фиксации на различных неприятных ощущениях, нарушения сна, раздражительность. Психастенические личности характеризовались чрезмерной мнительностью, впечатлительностью, ранимостью, неуверенностью в себе, будущем. Эмоционально-лабильные личности отличались повышенной возбудимостью, неустойчивостью настроения, слабым развитием волевых процессов, склонностью к истерическим реакциям, демонстративным формам поведения. Истерические были демонстративны, манерны, склонны к театральности, к бурным аффективным реакциям. Следует сказать, что среди больных БА чаще встречались «зависимые» личности, не способные самостоятельно принимать решения без советов и подбадривания других лиц, чрезмерно податливые.

Исследование показало, что преморбидные особенности личности оказывали существенное влияние на развитие и структуру психопатологических расстройств. Развитие психических нарушений во многом определялось остротой начала болезни, темпом ее развития. При тяжелом приступе удушья, как правило, отмечалось двигательное возбуждение, эмоциональное напряжение с переживанием витального страха. После купирования приступа больные раздражительны, быстро истощаемы, отмечается гиперестезия с непереносимостью любого, даже незначительного эмоционального напряжения. В случае, если больному не была оказана необходимая помощь, как медицинская, так и психологическая, возникали тревожные опасения, страх, что очередной приступ удушья застанет его врасплох. У некоторых больных такие опасения и страхи приобретали характер фобии.

При медленном прогрессировании БА и начале ее с так называемого «астматического бронхита» больные длительно, иногда многие годы не испытывали выраженного удушья, однако постепенно дыхательный дискомфорт, вынужденное изменение привычного образа жизни, изменение толерантности к физическим нагрузкам создавали стойкий отрицательный фон. Это в значительной степени отражалось

на межличностных отношениях, приводя к конфликтным ситуациям как на работе, так и в семье.

Попытки больного в силу ряда причин скрывать перед окружающими факт своей болезни не только усугубляют ее течение, но и становятся источником дополнительных психогенных переживаний.

Наряду с вышеуказанным, причиной психотравмирующих переживаний может стать сам факт установления пугающего больного диагноза, необходимость применения ингаляторов с лекарствами, в том числе в общественных местах, транспорте, назначение гормональных препаратов, а также недостаточная эффективность терапии. Все это формирует у больных определенный пессимизм в отношении перспектив своего состояния.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о многообразии факторов, которые могут влиять на формирование психопатологических феноменов при БА.

Среди выявляемых при БА психопатологических расстройств, по нашим данным, на первом месте стоят астенические проявления, которые на начальных этапах развития заболевания носят чаще всего преходящий характер. Астенические реакции проявляются жалобами на слабость, повышенную утомляемость, неустойчивость настроения, раздражительность, расстройства сна. Отмечаются вазовегетативные расстройства в виде головных болей, головокружений, иногда диэнцефальных кризов. Именно эти расстройства часто служили поводом обращения больных к врачу. Выраженные вегетативные нарушения при нетипичном дебюте, так называемом «кашлевом» варианте астмы могут маскировать проявления как основной болезни, так и начальные проявления психических расстройств. В этих случаях первичным диагнозом может оказаться вегетососудистая дистония, вертебробазилярная недостаточность.

На втором месте по частоте были депрессивные реакции, характеризующиеся подавленным настроением, склонностью к слезам, бессоннице, тревожным сном с кошмарными сновидениями.

У больных с тревожно-мнительными чертами характера чаще возникали депрессивно-ипохондрические реакции с многочисленными соматическими жалобами, объективно не соответствующими основному заболеванию, тревожными опасениями по поводу своего здоровья, навязчивыми страхами о возможном повторении приступа удушья.

Истерические реакции были нечастыми и проявлялись «уходом в болезнь», фиксацией на разнообразных телесных ощущениях, демонстративностью поведения.

В случае прогрессирующего течения заболевания и присоединения дополнительных стрессорных факторов, снижающих витальный тонус больного и усугубляющих течение болезни, происходило усиление астенических расстройств с формированием стойкого астенического синдрома, который нередко сочетался с депрессивными и ипохондрическими переживаниями.

При астено-депрессивном синдроме наблюдались стойкое снижение настроения, фобические расстройства, приобретающие нередко навязчивый характер. В ряде случаев депрессивная симптоматика

постепенно занимала ведущее место, вытесняя астенические проявления на второй план. Больные были подавлены, испытывали чувство безрадостности, неверия не только в возможность выздоровления, но и в возможность улучшения состояния.

В наиболее тяжелых случаях на фоне астенической симптоматики мы нередко наблюдали формирование астеноипохондрического синдрома. Больные становились тревожными, были поглощены ощущениями, связанными с болезнью. Нередко эти опасения принимали навязчивый характер.

Ограничение или потеря трудоспособности и связанное с этим изменение социального статуса больного, усиление физических страданий служили дополнительными факторами для развития аффективных расстройств, преимущественно депрессивного круга.

В группе хронических болезней органов дыхания с прогностически неблагоприятным течением выделяется хронический обструктивный бронхит (ХОБ). Сущность болезни и тяжесть ее последствий определяются нарастающей бронхообструкцией, эмфиземой и прогрессированием дыхательной недостаточности. Развивающаяся гипоксемия, дисметаболические нарушения, нарушения гемодинамики могут осложняться органическими изменениями во всех структурах головного мозга. Тяжесть этих нарушений, их прогрессирование усугубляются наличием в ряде случаев органически неполноценной почвы, влиянием дополнительных экзогенных вредностей, а также присоединением в среднем и пожилом возрасте атеросклеротических поражений сосудов.

Изучение особенностей газового и кислотно-основного состава крови, данных ЭЭГ, РЭГ у этих больных подтвердило, что в патогенезе психоорганического синдрома ведущую роль играет гипоксемия, электролитный дисбаланс, нарушения гемодинамики с дисциркуляторными расстройствами в системе сосудов головного мозга.

Анализ преморбидных особенностей больных ХОБ показал, что среди них, так же как и среди больных БА, чаще встречались астенические, психастенические, эмоционально-лабильные личности. Вместе с тем, наличие у многих больных с раннего детства органически неполноценной почвы приводило к формированию таких черт характера, как повышенная возбудимость или тормозимость, эпилептоидность, склонность к истерическим формам реагирования.

При обследовании в терапевтическом стационаре у них выявлялись существенные нарушения психической деятельности, которые соответствовали тяжести соматической патологии и проявлялись различными вариантами психоорганического синдрома.

Наиболее часто встречались следующие варианты: церебрастенический, дистимический, эксплозивный, эйфорический и апатический.

Для больных с церебрастеническим синдромом характерно сочетание астенической симптоматики с выраженной психической истощаемостью, аффективной лабильностью, явлениями раздражительной слабости, гиперестезией. Значительно выражены аффективные нарушения, которые могут проявляться либо пониженным, либо благодушным настроением. Нередко наблюдается легкая смена на-

строения, которая определяется различными внешними обстоятельствами, от раздражительности, слезливости, сниженного фона настроения к повышенному с явлениями благодушия, необоснованного оптимизма. При этом выявляются умеренно выраженные, но стойкие интеллектуально-мнестические нарушения, выходящие за рамки умственной истощаемости.

У больных с дистимическим вариантом отмечался пониженный фон настроения, чаще с дисфорическим оттенком, они были капризны, раздражительны, назойливы с жалобами, требовательны. По любым незначительным поводам давали выраженные аффективные реакции с раздражительностью, которые обычно были кратковременны и заканчивались слезами, состоянием физической и психической слабости.

Эксплозивный вариант психоорганического синдрома проявлялся крайней раздражительностью, склонностью к неожиданным и грубым аффективным разрядам с нередкой попыткой агрессивных действий. Часто у них формируются сверхценные образования, кверулянтские тенденции. Этому варианту присущи нарушения мышления по типу ригидности, тугоподвижности.

У больных с крайней степенью тяжести течения ХОБ возможно развитие эйфорического варианта. Он выражается повышенным фоном настроения с оттенком благодушия и эйфории, снижением критических способностей. Часты расстройства влечений в сторону их повышения. Больные бестолковы, с трудом осмысливают происходящее, беспомощны в решении практических вопросов, легко дают реакции гнева, раздражения, сменяющиеся слезами.

Апатический вариант отличается непродуктивностью, утратой желаний, побуждений.

Таким образом, для больных с психоорганическим синдромом характерно развитие интеллектуально-мнестических и волевых нарушений, степень которых может быть различной: от легких нарушений концентрации внимания, снижения памяти, до выраженных нарушений мышления с утратой критических способностей, невозможностью волевого контроля аффективно окрашенных поведенческих реакций.

Анализируя причины, приводящие к развитию психических нарушений у обследованных больных, мы пришли к заключению, что в их генезе и развитии имеют значение следующие факторы: возраст начала и длительность соматического заболевания, характер и тяжесть течения; своевременность и правильность диагностики, адекватность терапии; наличие осложнений основного соматического заболевания, сопутствующие болезни; побочные эффекты и осложнения фармакотерапии; ятрогении; преморбидное состояние больного; этно-культуральные факторы, уровень образования; микросоциальное окружение и материальное обеспечение.

Наша практика показала, что выделение ведущего фактора среди указанных представляло в большинстве случаев определенные сложности. Мы объясняем это тем, что на разных этапах болезни их роль может меняться.

Данное положение указывает на необходимость постоянного участия психиатра в работе соматического отделения. При этом следует неукоснительно соблюдать принципы добровольности и согласия пациента на психиатрическое обследование и при необходимости лечение психофармакологическими средствами. Наш совместный опыт показал, что все еще бытующее в нашей стране отрицательное отношение к психиатрии, проявляющееся на первых порах у большинства больных, при постоянном общении с врачом-психиатром быстро исчезало. Этому в значительной мере способствовало сотрудничество психиатра с лечащим врачом-терапевтом.

Эффективность психиатрической помощи (как психотерапевтической так и психофармакологической) определяется тем, в какой степени врач-психиатр знаком с сущностью основного соматического заболевания, сопутствующей патологии и основных патогенетических механизмов болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акшулакова В.Г. // Нетрадиционные методы диагностики и лечения. – Алма-Ата, 1989. – С.17-19.
2. Богомолова Л.Д. // Тр. XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С.242-243.
3. Краснушкин Е.К. // Тр. Московского областного научно-исследовательского клинического института. – Вып. I, М., 1950. – С.152-163.
4. Подрезова Л.А., Черейская Н.К., Мартынова Н.В. // Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии: Материалы респ. науч. практ. конференции. – Кисловодск, 1994.
5. Borak J. // Pneumol. Pol. – 1989. – V.57, №6. – P.346-350.
6. Woller W., Jung K., Alberty L. et al. // Pneumologie. – 1990. – V.44 – Suppl. I. – P.114-115.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ

Э.Л.Петровская, Х.Х.Ханий
МОНИКИ

Феохромоцитома является причиной высокого артериального давления в 0,2-2,0% случаев среди больных, страдающих гипертензией [2]. Так как в настоящее время нет альтернативы хирургическому лечению данного заболевания, своевременное установление диагноза и раннее оперативное лечение являются основой благоприятного исхода. Известно, что клиническое течение феохромоцитомы, как правило, очень тяжелое и даже при редко встречающихся бессимптомных формах может закончиться внезапной смертью [3]. Тяжесть течения обусловлена сложной структурой артериальной гипертензии, связанной с изменениями в различных звеньях эндокринной системы [4,5,11], которые обязательно углубляются во время операции при неправильном выборе препаратов и тактики ведения анестезии. На современном этапе развития анестезиологии методом выбора при операциях по поводу феохромоцитомы являются нейролептаналгезия и атаралгезия, однако и эти методы анестезии не предотвращают критических изменений функции сердечно-сосудистой системы [6,7,9]. В то же время, известны возможности эпидуральной