

Б.В. Михайлов, д.м.н., профессор, кафедра психотерапії Харківської медичної академії післядипломного образования

Медико-психологическое сопровождение гинекологической практики

Проблема психопрофилактики, психологического консультирования и психокоррекции у женщин, которые подвергаются травматичным гинекологическим вмешательствам, в том числе до и после выполнения медицинского аборта, до настоящего времени не решена. Для любых хирургических вмешательств в гинекологической практике характерно субъективное реагирование пациенток, характер и степень выраженности которого зависит от многих факторов.

К их числу относятся личностно-характерологические, социокультурные особенности пациенток, уровень образования и степень информированности о своем состоянии, характер и объем предстоящего вмешательства и другие.

Наиболее распространены реакции тревожно-фобического характера, чаще на фоне астении с соматовегетативными компонентами. В зависимости от выраженности и длительности они могут быть абортными, фрагментарными или достигают нозосиндромальной очерченности в рамках невротических расстройств. Исходя из этого должен формироваться объем психопрофилактических, психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий.

Кроме того, в зависимости от состояния и характера вмешательства выделяют три типа личностного реагирования пациенток:

- **Агностический (гипогностический)** — характеризуется полным или частичным игнорированием необходимости диагностических процедур. Тип отношений с врачом — конфронтирующий или подчеркнуто-безразличный.

- **Нормогностический** — характеризуется адекватным, позитивным, настроенным на сотрудничество отношением к медицинским процедурам. Женщины охотно, даже несмотря на профессиональную или бытовую занятость, соблюдают время диагностических и лечебных процедур, посещений врача, выполняют рекомендации и назначения. Тип отношений с врачом — адекватный, конгруэнтный, обеспечивающий комплаенс.

- **Гипергностический** — характеризуется повышенным, неадекватным, настороженным интересом к состоянию собственного здоровья. Женщины гораздо чаще, чем необходимо, беспокоят персонал, обращаются по поводу диагностических и лечебных процедур, подчеркнуто скрупулезно выполняют рекомендации и назначения, требуют дополнительных «новейших» препаратов и лечебных методов. Часто прибегают к самолечению. Тип отношений с врачом — требовательный, рентный, неконгруэнтный.

При выполнении медицинского аборта наиболее распространены эмоциональные расстройства в виде тревожно-фобической симптоматики в структуре ситуационных невротических реакций или расстройств. В предоперационном периоде обычно формируется так называемый синдром тревожного ожидания, в послеоперационном — иногда могут наблюдаться случаи кратковременного психотического состояния как осложнения после внутривенного наркоза, которые, как правило, купируются самостоятельно. Чаще встречаются вторичные невротические состояния в виде неврастеноподобных, истероформных, сенесто-ипохондрических проявлений.

Женщины становятся плаксивыми, тревожными, неуверенными, порой подозрительными. Нередко у них нарушается сон: он становится беспокойным, переполнен неприятными тревожными или кошмарными сновидениями, неоднократно прерывается. Перед засыпанием больных раздражает масса сменяющихся, бегущих друг за другом картин, появляющихся в поле зрения, как только закрываются глаза, беспорядочный поток мыслей.

Иногда наблюдается раздражительность в общении с близкими, тогда как на работе женщины находят в себе силы сдерживаться. Такая несдержанность, вспыльчивость, раздражительность, иногда переходящая в гнев и возбуждение с плачем, ощущением нестерпимой обиды, пациенткам кажется непонятной, неестественной, чуждой их характеру. Работоспособность больных снижается: они быстро утомляются и к концу рабочего дня работу выполняют механически, допуская ошибки.

В большинстве случаев преобладают астенические признаки, но наряду с этим иногда наблюдаются различные патологические ощущения, например глубокие и поверхностные парестезии и сенестопатии. Если в течение длительного времени они сохраняются или часто возобновляются, то могут стать основой для ипохондрической фиксации (особенно у женщин с определенным психическим складом). Иногда эти состояния возникают непосредственно после аборта, характеризуясь чувством жара в гипогастриальной области, неприятными ощущениями в пояснице, спине, конечностях, особенно ногах. Через некоторое время могут появиться неприятные ощущения и боль (чаще колющая) в области сердца, сердцебиение, а также ряд других ощущений с неопределенной, часто меняющейся локализацией. Периодически могут появляться вазомоторные нарушения в виде климактерических «приливов», обычно сопутствующие сенестопатии: иногда женщины жалуются, что их бросает то в жар, то в холод, это, как правило, сопровождается сердцебиением, неприятными ощущениями в области сердца, а иногда чувством «дурноты», головокружения и т. п. Отмечаются зуд, покалывание в области грудных желез, неприятные ощущения в области гениталий. Возможно снижение либидо с изменением характера месячных (гипо- и олигоменорея, иногда аменорея).

Вместе с развитием ипохондрически-сенестопатических расстройств у больных появляется тревожность, недоверчивость, необоснованные страхи не только за собственное здоровье, но и близких, иногда беспокойство бывает безотчетным, немотивированным. Этому сопутствует развитие капризности, придирчивости, что в сочетании с ипохондричностью создает впечатление демонстративности, «истеричности». Иногда пациентки чувствуют себя настолько больными, что бросают работу, пренебрегают домашними обязанностями. Чаще это касается женщин, которые и до болезни были достаточно неуравновешенными, впечатлительными и тревожными.

В некоторых случаях в клинической картине наблюдаются признаки навязчивых идей. Значительное место занимает симптоматика депрессии — подавленное настроение, тоска, пониженный жизненный тонус, вялость, легкая заторможенность, внутренняя скованность, разбитость, безразличие и другие.

При лечении невротических расстройств на фоне аборта основное внимание следует уделять психотерапии (индивидуальной и групповой) в сочетании с фармакотерапией. При этом важнейшим компонентом является апелляция к личности пациенток.

Активирование личности больных принимается и реализуется по следующим

направлениям — мобилизация эмоционально-волевой устойчивости, дезактуализация высокого уровня тревоги, ожидания неудачи и страха. В предоперационном периоде показана рациональная психотерапия, которую следует продолжить и после операции. При необходимости проводят ауто-тренинг, а при наличии депрессивной симптоматики — когнитивно-поведенческую психотерапию.

В качестве фармакологической терапии в предоперационном периоде целесообразно использование бензодиазепинового анксиолитика — гидазепама в минимальной терапевтической дозе 20 мг. При развитии невротических расстройств в послеоперационном периоде прием гидазепама можно продлить до 7-10 дней или заменить на небензодиазепиновый анксиолитик — афобазол в дозе 10 мг. При необходимости афобазол применяют от 2-3 недель до 1,5-2 месяцев. При развитии клинически значимой депрессивной симптоматики показана терапия антидепрессантами. В клинической практике, особенно в первичном звене, до сих пор наиболее распространено назначение трициклических антидепрессантов (ТЦА), применение которых сопряжено с рядом побочных эффектов, связанных с их холинергическими свойствами: устойчивая тахикардия, экстрасистолия, повышение артериального давления, головокружение, запоры, тремор, увеличение массы тела и другие.

Кроме того, назначение ТЦА требует индивидуального подбора дозы до появления терапевтического эффекта. Опасность применения ТЦА в общесоматической практике обусловлена тем, что диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозами у них небольшой, что требует осторожности при подборе препарата.

В связи с этим в настоящее время средствами первого выбора при лечении депрессивных расстройств, особенно соматизированных, симптоматических и коморбидных вариантов, становятся антидепрессанты нового поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — пароксетин в дозе 10-20 мг, сертралин — 5-100 мг, флуоксетин — 20 мг, флувоксамин — 50-100 мг, циталопрам — 20-40 мг. Длительность терапии составляет до 2-3 месяцев.

Препараты этой группы обладают высокой степенью конформизма при их сочетании с другими лекарственными средствами.

К преимуществам СИОЗС относится отсутствие седативного эффекта и снижения когнитивных функций, а также самостоятельное психостимулирующее действие. При наличии тревожных компонентов в течение первой недели лечения показана терапия транквилизаторами бензодиазепинового ряда, что позволяет достичь быстрого седативного эффекта без осложнений, свойственных ТЦА.

При наличии выраженного тревожного компонента более обосновано использование антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, милнаципран, тразодон). При наличии в структуре соматизированной депрессии диссомнических расстройств, вплоть до агрипнии, показан антидепрессант новой группы — мелатонинэргического ряда — агомелатин.

Новости

Психотический опыт у молодого поколения и его связь со стрессом и симптомами депрессии

Исследования, проведенные на локальных выборках населения, показывают, что симптомы, подобные психотическим, очень распространены в общей популяции. Высказывается мнение, что психотоподобный опыт может отражать варианты личностных особенностей человека или указывать на склонность к развитию психотических расстройств. Итальянские психиатры провели исследование, целью которого было определить структуру психотических явлений в выборке лиц подросткового и юношеского возраста, а также выяснить, связаны ли определенные варианты психотоподобного опыта с психосоциальными проблемами: стрессом, депрессией и неудовлетворенностью состоянием здоровья. В многоцентровом перекрестном исследовании участвовали 1882 студента высших учебных заведений. Они заполняли опросник по выявлению психотического опыта (Positive Scale of the Community Assessment of Psychic Experiences, CAPE), подшкалы стресса и депрессии (CAPE Depression and Distress Subscales), а также опросник общего состояния здоровья General Health Questionnaire-12.

В результате опроса и статистической обработки данных были определены четыре подтипа психотических явлений: экстравагантность поведения, аномалии восприятия, идеи преследования и величия. Случайные, единичные психотоподобные проявления были более распространены в обследованной выборке, чем частые. Поведенческие отклонения и идеи преследования четко коррелировали со стрессовыми воздействиями, депрессией и неудовлетворенностью состоянием здоровья. В меньшей степени прослежена связь с психосоциальными проблемами аномалий восприятия и идей величия.

Авторы исследования заключили, что его результаты согласуются с полученными ранее: психотоподобный опыт не является однородным, в обследованной выборке обнаружены различные его подтипы, которые, по всей вероятности, имеют разное психопатологическое значение и могут указывать на степень риска развития психотических расстройств.

Armando M., Nelson B., Yung A.R., Ross M., Birchwood M., Girardi P., Nastro P.F. Schizophr Res. 2010 Mar 25.

Психологические аспекты болевого синдрома при остеоартрозе

Американские авторы исследовали связь между состоянием психического здоровья и выраженностью болевого синдрома у пациентов с остеоартрозом (ОА). 266 пациентов с ОА коленных или тазобедренных суставов (191 женщина и 75 мужчин, средний возраст 65 лет, средний индекс массы тела 31,5), которые участвовали в исследовании LEAP (Longitudinal Examination of Arthritis Pain), еженедельно в течение 12 недель обследовались с применением болевой подшкалы опросника WOMAC и опросника общего состояния психического здоровья MHI-5 (5-item Mental Health Inventory). Изучались корреляции между динамикой оценки по MHI-5 и выраженностью болевого синдрома по шкале WOMAC (через 1 нед после оценки по MHI-5) с учетом возраста, пола, индекса массы тела и применявшегося медикаментозного лечения.

В результате статистической обработки полученных результатов причинно-следственная связь психологических проблем пациентов с усилением боли полностью подтвердилась. На основании оценки по MHI-5 пациенты были распределены на кварталы. Средний результат по болевой подшкале WOMAC составил 2,93 в квартале высших результатов по MHI-5 против 4,57 в квартале больных с худшим профилем психологического состояния ($p < 0,001$ между двумя кварталами). Кроме того, анализ случай-контроль, в который включили 91 пациента, показал, что периоды ухудшения результатов психологического тестирования влекли за собой усугубление болевого синдрома в 2,1 раза по сравнению с периодами психологического комфорта ($p < 0,001$).

Таким образом, коррекция психологического состояния больных может стать мощным фактором влияния на выраженность болевого синдрома при ОА.

Wise B., Niu J., Zhang Y., Wang N., Jordan J., Choy E., Hunter D.J. Osteoarthritis Cartilage. 2010 Mar 23.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**