

Выводы

Исходя из полученной информации, наиболее часто симптоматика в дебюте РС представлена поражением пирамидной системы. Вторым и третьим по частоте симптомами стали стволово-мозжечковые и чувствительные нарушения. Наличие феномена Утхоффа выявлено у половины опрошенных пациентов. Наличие редких симптомов РС, таких как поражение лицевого и тройничного нервов, поражение вегетативной нервной системы, экстрапирамидной системы и психической сферы, не имело большой диагностической значимости. Однако стоит отметить, что они могут приводить к трудностям диагностики РС и удлинению сроков постановки верного диагноза. Учитывая эти особенности, для распознавания РС требуется более детальный сбор анамнеза с множеством уточняющих вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнов, В. С. Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 2. — С. 52–60.
2. Vitamin D / M. Holick [et al.] // Deficiency and Possible Role in Multiple Sclerosis European Neurological Review. — 2015. — Vol. 10(2). — P. 131–138. — doi.org / 10.17925 / ENR. 2015. 10. 02. 131.
3. Завалишин, И. А. Рассеянный склероз: современная концепция патогенеза и патогенетического лечения / И. А. Завалишин, А. В. Переседова // Журн. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 32–46.

УДК 616.89-02 [616.98:578.834.1]

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Толканец С. В.

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Эпидемия новой коронавирусной инфекции в 2020 г. оказалась сопряжена с различными факторами, способствующими развитию панической тревоги, возникновению реактивных и (или) индуцированных психических расстройств и обострению уже имевшихся. Патогенное значение приобретает длительная социальная изоляция и постоянные объяснения ее необходимости, что могло вызывать длительную тревогу и истощение механизмов психологической защиты. Представляется целесообразным рассматривать эпидемию коронавирусной инфекции как медико-социальное явление, требующее комплексного психолого-психиатрического изучения [3]. Резко возросло число случаев гетерогенных психических расстройств (депрессивных, тревожных, посттравматических стрессовых расстройств и др.) почти у 1/3 населения и 2/5–1/2 медицинских работников в очагах заражения [2].

Цель

Изучить характер нервно-психических расстройств у лиц с перенесенной коронаинфекцией либо и психически опосредование опасности заражения.

Материал и методы исследования

Из массива консультативного осмотра отделения пограничных состояний ГОКПБ выбраны 10 пациентов. Метод — клинический, психопатологический. При анализе учитывались характер преморбида, учет соматической патологии, инициальных проявлений и развертывания клинической картины, ведущего синдрома, характера отдельных симптомов (астении, тревоги, аффекта, когний), идеаций связанных с перенесенным КОВИДом.

Результаты исследования и их обсуждение

5 из 10 случаев представлены психореактивными расстройствами., гл.о. расстройствами адаптации по МКБ-10.

Пример 1. Пациентка Ш., 35 лет. Преморбид эмотивный, сублильный. В детстве болела ангинами, определяли хронический тонзиллит. Заболела полгода т.н. в ситуации информационной ковидной экспансии. Была в напряжении, переживала за детей. Утверждает, что были позитивные тесты на ковид, но без клиники. Специально не лечилась. Убеждена, что заболела вследствие переживаний по поводу вирусной инфекцией. На высоте расстройств опасения стали генерализованными, приняли навязчивый характер, особенно в контексте «страха за детей», отчего «можно было сойти с ума». Расстроился сон, выступили патологические телесные ощущения («спазмы головы, жжения в руках и голове»), бессонница, выраженная слабость. Потеряла в весе 10 кг. При осмотре исходная тревога поблекла, но остается в соматическом выражении. Выступила слабость, бессилие, рассеянность. Последняя — по типу вследствие тревожной дезорганизации. Интеллект достаточный. Внутренняя картина болезни представлена гнетущим влиянием инфекционного окружения, риском инфицирования.

Заключение: реакция адаптации (социогения), пролонгированная тревожно-депрессивная реакция. В отсутствие объективных данных представляется сомнительным факт перенесенной вирусной инфекции. Очевидна травматическая роль информационного, социально-стрессового фактора [1].

Пример 2. Атв. (ж.), 54 года. Преморбид тревожно-мнительный, но всегда адаптивная. Высшее образование. Экономист. В анамнезе тревожная реакция на риск утраты зрения у сына с психосоматозом в форме язвенной болезни желудка. Заболела месяц т. н. после плановой гинекологической операции, которую в целом перенесла удовлетворительно. Развивается вегетативная дисфункция с субъективным представлением об артериальной гипертензии (в диапазоне систолического в пределах 150 мм рт. ст.), генерализация тревожных опасений инсульта («набрала в голову»), чем была деморализована. На седьмом эпизоде бригадой скорой помощи была доставлена в ТМО и помещена в ковидное отделение. Предположения о пневмонии не подтвердились при КТ-исследовании. Выписана на 5 суток, без подтверждения коронаинфекции. Состояние усугубилось предписанным 2-недельным режимом самоизоляции. На высоте тревоги выступили паникоподобные состояния с «бешеной нехваткой воздуха», боязнь болезни сердца. За последние недели потеряла в весе 15 кг. Жалобы на давящие головные боли, «затылку», тревогу, «сердцебиения», бессонницу, слабость. Тревожна, фиксирована на телесных ощущениях. Идиосинкратический характер вегетативных дисфункций. Доминируют тревожно-ипохондрические опасения. Денотат болезни представлен болезненными ощущениями, а внутренняя картина болезни поражением внутренних органов. Ситуация скомпроментирована помещением в ковидное отделение, но представления о ковидной инфекции уступают таковым от соматической патологии.

Заключение: расстройство адаптации сложного характера (иатрогенного, преимущественно нозогенного) с полиморфными тревожными симптомами (нозофобии, соматическая тревога, паникоподобные состояния, ипохондрия). В данном случае развитие тревоги и ипохондрии обусловлено нозогенными представлениями и коронафобией.

Пример 3. Н-в, 75 лет. Из перенесенных болезней — оперативное лечение грыжи и аппендицита. Преморбид эмотивный, «уступчивый, мягкий», но всегда адаптирован в широком диапазоне. Служил 3 года в пограничных войсках. Брак гармоничный. Успешен в делах, продвигался по службе. История болезни составляет более 2 месяцев. Переживал за болезнь супруги и за общую эпидемиологическую ситуацию. «Стал нервничать, всего бояться». На высоте пережи-

ваний случился вегетососудистый криз с фиксацией на соматике. Обсуждалась артериальная гипертензия, исключалась ИБС. В ноябре 2020 г. лечился в стационаре. Там же установлено инфицирование коронаинфекцией (без данных о симптомах). Эскалация тревоги привела к страху. На высоте паники перенес эпизод диспноэ, что пережил сквозь призму скорой смерти. Зафиксировались ипохондрические идеации. Ко времени осмотра отстроился («осталось 10 % от болезни»). Выглядит синтонным, с широким диапазоном эмоций. Настроение ровное с налетом озабоченности. Остаются резидуальные диспнотические симптомы. Соотносит остаточные ощущения «жжатости в носу с коронаинфекцией. Внутреннюю картину болезни составляют представления о перенесенной инфекции. Интеллект достаточный. Субъективно отмечает остающуюся «неловкость соображения» без иных признаков психоорганики.

Заключение: сочетанная (социально-стрессовая, нозогенная) тревожно-ипохондрическая реакция (в рамках расстройств адаптации) с резидуальной постинфекционной астенией. В данном примере усматриваются как исходные предпосылки — боязнь заражения, так и ипохондрическая индоктринация (заболевания ковидом) на высоте паникоподобного эпизода, денотат представлений о последствиях коронаинфекции.

Пример 4. Г-ко, 55 лет. Ничем серьезным ранее не болела. Преморбид тревожно-мнительный, но по жизни адаптирована. Характеризует себя исполнительной, ответственной, щепетильной. Имеет средне-специальное образование. Продолжительно работала воспитателем в детском саду. В последние годы выявлена миома матки. Наряду с основной работой (секретарь учреждения) подрабатывает. Много трудится на огороде. Ведет активный образ жизни, передвигается на велосипеде. Перенесла ковид в легкой форме, без фиксации на инфекции. С января 2021 г., на фоне постинфекционной астении расстроился сон, выступила нервозность, озабоченность состоянием здоровья. Считает себя больной после вегетативно-сосудистой манифестации с паникой. Жалобы на тревогу, беспокойство за здоровье. Усматривается декомпенсация тревожного преморбида. При осмотре напряжена, тревожна. Сосредоточена на телесных ощущениях. Субъективно представляет расстройство вследствие соматической патологии, от «давления». В динамике — тревожная манифестация, с симптоматикой невротической ипохондрии в рамках нозогенной реакции.

Заключение: расстройство адаптации, тревожно-ипохондрический вариант.

Пример 5. В-ко, 42 года. Преморбид активный, с признаками сомато-перцептивной акцентуации в виде соматотонии. После ПТУ (столяр) работал в электросетях. Заочно учился в ВУЗе (экономика и управление). За качества продвигался по карьере. Болен три месяца, когда после перенесенного в легкой форме (амбулаторно) коронавирусной инфекции развился приступ по типу вегетососудистого с последующей генерализацией тревоги. Выдавал соматические жалобы (стучало в ушах, головокружение, приступы «тахикардии», жжение в груди). Был крайне обеспокоен повышением систолического артериального давления до 200 мм рт. ст.) Последовательно лечился в трех стационарах (терапевтическом отделении ЦРБ, кардиологическом, в специализированной областной больнице — реконвалесцент перенесенной COVID-19 инфекции, инфекционно-токсическая нефропатия). Квалифицирована артериальная гипертензия. Жалобы при поступлении на тревогу, упадок сил, нарушение сна. При осмотре тревожен, взбудоражен. Фиксирован на сенсопатиях. Первично полагал, что «все от вируса». В настоящее время внутренняя картина болезни представлена болезнями сердца, почек, гипертонией. Охвачен патологическими ощущениями, «живу в болезни». Исказилось обоняние, «как запах хлорки». Ко времени осмотра доминирует астения, вялость к вечеру, «хожу как пьяный». За жалобами на память выступает церебрастения, с «какой-то заторможенностью, трудностью принятия

решений»), симптомами «ментальной слабости» [4]. Денотат переживаний — за соматическую патологию.

Заключение: тревожно-ипохондрическое расстройство ассоциированное с постковидным синдромом. В данном наблюдении имеет место преимущественно нозогенное, так и иатрогенное происхождение с картиной ипохондрического невроза.

Пример 6. Г-ва 45 лет. Образование средне-специальное, фельдшер. Преморбид subtilный. Признаки сомато-перцептивной акцентуации по типу соматотонии. Ничем серьезным ранее не болела. Всегда отличалась худощавостью, в пределах 40 кг, с редкими подъемами веса тела до 50 кг. В 2020 г. Обращалась к психотерапевту. В документации значится шифр F45. Настоящему ухудшению предшествовали физическое перенапряжение на работе (дезинфектор) — «таскала мешки, устала, мышцы болят». Несмотря на режимные обстоятельства (ковид) работала без маски. Перенесла наркоз при обследовании (исключалась гинекологическая онкология). 2 месяца тому назад выступили слабость, истощаемость, тревожные опасения за здоровье. В жалобах главенствует «физическая усталость». В статусе астения, раздражительная слабость, диффузные аллопатии, ипохондрические идеации. Отношение к ковидной проблематике игнорирующее. Внутренняя картина болезни представлена переутомлением, истощением.

Заключение: Неврастения. Особенность данного случая состоит в субъективном игнорировании инфекционной опасности при работе в противоэпидемиологическом режиме.

Пример 7. В-ская, 22 г. Нервная анорексия. Преморбид subtilный, хрупкий. Больна с 12 лет. Заболевание протекает по закономерностям развития нервной анорексии. Накануне обследована в РНПЦ РМ и экологии: нейрогенная рвота, психогенная анорексия (ДЖВП, реконвалесцент COVID-19 с ретроспективной констатацией инфекции, ассоциированная пневмония, мальнутриция, дефицит массы тела ИМТ 14,5). Жалобы на приступы рвоты. При осмотре признаки заострения преморбида в виде болезненной впечатлительности и стыдливости. Личностная реакция на перенесенный ковид отсутствует.

Заключение: Нервная анорексия, ипохондрическое развитие. Ассоциированных с ковидом нервно-психических расстройств не выявлено.

Пример 8. М-к А. 20 лет. Образование неполное высшее. В детстве и юности гармоничный личностный склад с любознательностью, увлеченностью). С 15 лет отмечаются аутохтонные эпизоды астении, принявшей стойкий характер с марта 2020 г. с нарастанием симптомов апато-абулии. Консультирован — шизотипическое расстройство. На протяжении года принимает rispoleпт. В марте 2020 г. Перенес COVID-19 с последующим постковидным синдромом (субфебрильные и тензионные колебания), развитием тромбоза нижней полой вены, стационарным лечением в сентябре 2020 г. Жалоб не формулирует. Выглядит аспонтанным, вялым. Мысленный строй отличается пустым рассуждательством. Снижение интенций, ослабление концентрации внимания. Когнитивная сфера определяется признаками мысленной атаксии. В динамике (за 4 года) выступает снижение энергетики, устремленности, элементы интрапсихической атаксии.

Заключение: шизотипическое расстройство. В данном наблюдении определяется аутохтонное развитие и процессуальная динамика. Несмотря на соматические последствия ковид-инфекции (находился в реанимации) личностная реакция на ковид отсутствует, в переживаниях не отражается.

Пример 9. К-ва С., 66 лет. Средне-специальное образование. Преморбид — хрупкий, ранимый, но по жизни адаптивная. Продолжительно, до выхода на пенсию, работала редактором районной газеты. В последние годы определяют артериальную гипертензию, дисциркуляторную энцефалопатию. Считает, что стала нервной с началом климакса. Лечилась неоднократно в отделении по-

граничных состояний. Последние 10 лет стали очерченными аффективные расстройства с сезонными ухудшениями. 3 года принимает Велаксин с результирующим ослаблении аффективных проявлений. Настоящее ухудшение с осени 2020 г. Состояние существенно ухудшилось после перенесенного ковида с последующей астенизацией. Была оперирована несколько раз в связи с гинекологической патологией, дважды перенесла наркоз. Прогрессировала астенизация. Компьютерная томография головного мозга — наметились гидроцефально-субатрофические изменения свидетельствующие о давней эволюции. Жалобы на безрадостность, боль в груди, ощущение распирания в эпигастральной области. В статусе угнетенность, девитализация, сенестоалгии, с заторможенностью в утренние часы, опасения за здоровье. Денотат переживаний — наличие у себя ковид-инфекции, опасения утраты зрения (из-за катаракты). В возрастной динамике отмечается заострение преморбиды (с началом климакса), становление фазного течения с девитализацией. Ухудшение состояния в период очередного болезненного депрессивного эпизода, с наложением астенизирующих факторов на депрессивную фазу (коронавирусная инфекция, соматогенная астенизация после оперативных вмешательств).

Заключение: органическое депрессивное расстройство ассоциированное с постинфекционной и соматогенной астенизацией. Ковидная тематика субъективно допускается, при актуальности соматической патологии.

Пример 10. Ц-в, 5 лет. Ранний анамнез не полон. Детство в неблагоприятной атмосфере из-за алкоголизации отца. Усматривается психастенический преморбид. Тем не менее отслужил в 3 года в морфлоте. Выучился на автомеханика. Не удержался после поступления в вузе. Трудился на разных работах. Усматривается давняя деморализация, постоянная «унылость», рефлексия по несложившейся жизни. Признает компенсаторный прием алкоголя с исключением эксцессов. Поступил из городской больницы, где 18 дней лечился в связи с ковидной пневмонией и заключением психиатра о депрессии. При поступлении жаловался на нарушение сна, утомляемость. Отмечает давний характер «унылости». Выглядит безрадостным, но настроения не формулирует. Денотат виновности не подтверждается. Когнитивный строй нормативный. В динамике определенно выступает астенизация. Помимо матовой гипотимии иных аффективных эквивалентов не выявлено. В ближайшей ретроспективе выступает модус невротической депрессии.

Заключение: дистимия у психастенической личности на фоне постинфекционной астении. В данном наблюдении ковидная тематика сопряжена с пневмонией и постинфекционной астенией. Отсутствует личностная реакция на перенесенную инфекцию. Определяется логика течения дистимии с наложением симптомов постинфекционной астении.

Заключение

Описана вероятность развития коронафобии вследствие информационной экспансии, в отсутствие данных о перенесенной инфекции (в примере 1). Это иллюстрирует социальное опосредование пандемии. «Даже не столкнувшиеся лично с инфекцией люди могут переживать критические последствия социальных ограничений» [5]. Парадоксальным примером личностного игнорирования риска выглядит наблюдение шестое, в условиях высокой вирусной нагрузки, без соблюдения мер защиты. У большинства пациентов с психореактивными расстройствами коронаинфекция протекала в легкой форме. У всех пациентов этой подгруппы определялась акцентуация личности (в 2-х из них в виде соматоперцептивной акцентуации). Дебюту болезни предшествовал постинфекционный астенический фон. В 3-х случаях усматривается нозогенный механизм развития. В одном случае (пример 3) ковидная тематика достигала степени доминанты. В примере шестом очевидна иатрогения с ошибочной диагностикой ко-

вида. Лишь у одного пациента (пример 5) с ипохондрической симптоматикой выявлялись резидуальные когнитивные симптомы по типу «ментальной слабости». У пациентов с аффективной, прогрессивной симптоматикой и анорексией симптоматика соответствовала патогенезу, без личностного опосредования ковида, даже при соматических осложнениях коронаинфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский, Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1992. — № 2. — С. 3–12.
2. Медведев, В. Э. Психическое здоровье в условиях пандемии COVID-19: первые итоги / В. Э. Медведев // Клинический разбор в общей медицине. — 2020. — № 1. — С. 22–28.
3. Осколкова, С. Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19 / С. Н. Осколкова // Психиатрия. — 2020. — № 18(3). — С. 49–57.
4. Софронов, А. Г. Влияние коронавируса на психику / А. Г. Софронов // Режим доступа: Koronavirus.center>news..peterburga — sofronov/825507. — Дата доступа: 08.10.2021.
5. Med SciMonit / L. Lei [et al.]. — 2020. — Режим доступа: 26:e924609. — Дата доступа: 08.10.2021.

УДК 616.98:578.834.1]-008.6-036.8

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: РЕЗУЛЬТАТ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Усова Н. Н.¹, Данильченко В. В.², Скачкова Е. С.²,
Ключинская О. А.², Копытко А. С.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь
инвалидов Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Коронавирусная инфекция является актуальной медико-социальной проблемой современности в виду массовости, разнообразия клинических вариантов и проявлений болезни, возможных осложнений, в том числе наличия отдаленных постковидных последствий после перенесенной инфекции [1].

Данные последствия чаще наблюдаются в сердечно-сосудистой, нервной и дыхательной системах. К возможным проявлениям постковидного синдрома относятся боли в теле, слабость, повышенная температура, одышка, кашель, потеря обоняния и вкуса, головные боли и головокружения, нарушения внимания и памяти, ухудшение зрения [2].

Пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию и имеющих постковидный синдром, необходимо обследовать, в последующем проводить соответствующие лечебные и реабилитационные мероприятия с целью улучшения состояния здоровья и качества жизни данных пациентов [3].

Цель

Изучить возможные проявления постковидного синдрома после перенесенной инфекции с целью определения дальнейших подходов к лечению и достижения успешных результатов реабилитации.

Материал и методы исследования

Опрошено 64 пациента через 6–8 месяцев после перенесенной ими ковид-инфекции, находившихся на лечении на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» в период с мая по июль 2020 г. Средний возраст пациентов $59 \pm 11,5$ лет, из них 32 женщины и 32 мужчины. При этом у 41 % пациентов присутствуют проявления постковидного синдрома, оставшиеся 59 % пациентов жалоб не предъявляют.

Исследование проводилось на основе телефонного опроса данных пациентов.