

Смагулова М.Т.

Резидент 1-го года обучения, врач – психиатр

(НАО «МУС» г.семей, Республика Казахстан)

Научный руководитель:

к.м.н Молчанов С.Н.,

доктор PhD Прилуцкая М.В.

(НАО «МУС» г.семей, Республика Казахстан)

Особенности психических расстройств в условиях пандемии коронавирусной инфекции (описание серии случаев)

Введение. Коронавирусная инфекция (COVID-19) — острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи. Патогенетически COVID-19 характеризуется виремией, локальным и системным иммуновоспалительным процессом, гиперактивностью коагуляционного каскада, эндотелиопатией, гипоксией, что приводит к развитию микро- и макротромбозов; протекает от бессимптомных до клинически выраженных форм с интоксикацией, лихорадкой, поражением эндотелия сосудов, легких, сердца, почек, ЖКТ, центральной и периферической нервной систем с риском развития осложнений [1].

Вирусные инфекции имеют широкую распространенность и в ряде случаев могут поражать центральную нервную систему, вызывая различные психоневрологические нарушения, включая когнитивные, аффективные, поведенческие и другие расстройства.

Неотъемлемым атрибутом множества медиа сообщений являются наблюдения страхов, плохого настроения, бессонницы среди населения. В медицинской литературе накоплен ряд упоминаний на головные боли, на онемение рук и ног, исчезновение аппетита у людей, которые находятся в условиях стресса, связанного с риском инфицирования и соблюдением условий различной степени изоляции. Активное обсуждение и поиск патогномоничных симптомов COVID-19, например, таких как потеря обоняния и вкуса, приводит к значительной информационной бомбардировке населения. В результате, люди часто демонстрируют убеждения в наличии таких жалоб у себя даже при отсутствии виремии. Вышеперечисленные факторы обуславливают актуальность нашей работы [2].

Цель данной работы – рассмотреть на клинических случаях влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье людей, выявить статусно-анамнестические особенности депрессии и стресса в период пандемии.

Описание случаев

Клинический случай № 1:

В начале сентября за медицинской помощью в психиатрическую клинику обратилась пациентка К., с жалобами на: бессонницу, тревогу, беспокойство, необъяснимый страх, сниженное настроение, жжение в спине, неприятные ощущения, дрожь в грудной клетке, слабость, утомляемость. Данная госпитализация вторая в жизни. Впервые состояние изменилось в 2009 году, когда сильно испугал зять, который избивал родных, затем умер родной брат, вскоре сделали операцию на желчном пузыре: резко снизилось настроение, стала чувствовать жжение в груди, перестала спать по ночам, общаться с окружающими, хотела быть в одиночестве, была впервые госпитализирована в психиатрический стационар с ДЗ: Затяжная ситуационная реакция, тревожно-депрессивного типа.

Данное ухудшение состояния в течение 1,5 месяцев, связывает с перенесенной в начале июля ковидной пневмонией. Лечение принимала амбулаторно, получала противовирусную, антибактериальную терапию в

течение 2х недель. С этого времени беспокоит бессонница, тревога, беспокойство, необъяснимый страх, сниженное настроение, жжение в спине, неприятные ощущения, дрожь в грудной клетке, слабость, утомляемость. Прошла обследование у эндокринолога, кардиолога, патологии выявлено не было. Получала амбулаторно по рекомендации участкового психиатра Грандаксин 50 мг х2 раза в день в течение 2х недель, т.к. эффекта не было обратилась по настоянию дочери к участковому психиатру по месту жительства, направлена в дневной стационар ОНР планово.

ЭПИД. АНАМНЕЗ: Анализ на COVID-19 (от 08.09.20-отр.)

Объективные данные: СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: общее состояние удовлетворительное. Среднего роста, достаточного питания, вес- 84кг, рост- 165см. В зеве «спокойно». Кожные покровы обычной окраски, чистые. Т- 36,5С. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД- 130/80 мм.рт.ст., PS- 74 уд. в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Стул и диурез в норме. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: знаков грубого очагового поражения ЦНС не выявлено. В позе Ромберга устойчива. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: ориентирована всесторонне верно. Внешне опрятна. Настроение снижено, выражение лица грустное. Охотно вступает в беседу, медлительна, обстоятельна, подробно описывает свои переживания и ощущения в теле, говорит, что внутри "все дрожит". Напряжена, тревожна. Тяготится бессонницей. Мышление в обычном темпе. Память, интеллект и критика сохранены.

На основании вышеуказанных данных выставлен предварительный диагноз: Астено-депрессивный синдром.

Результаты общеклинических анализов в пределах нормы. Дополнительно прошла консультацию психолога, заключение: По данным опросников и проективных личностных методик есть указание на незначительное снижение настроения, ощущение тревоги, стремление к безопасности и психологическому комфорту. Отмечаются некоторая

замедленность, истощаемость психических процессов; критичность сохранна. В эмоциональном статусе преобладает: сосредоточенность на собственном состоянии, переживаниях, отмечается потребность в прочной привязанности, в понимании, поддержке. Проведена психокоррекционная работа с целью укрепления активных психологических механизмов личности в ее системе противодействия к негативным, травмирующим ситуациям. Таким образом на основании жалоб, анамнеза проведенных исследования сформулирован клинический диагноз: Расстройство приспособительных реакций. Смешанная тревожная и депрессивная реакция. F43.22

За время проведения стационарного лечения общее состояние больной улучшилось, бессонница, страхи и тревога больше не беспокоят. Больная была выписана с соответствующими рекомендациями: 1) Учету у психиатра не подлежит; 2) Амитриптилин 25 мг по 1/4 тх2 раза в день (утро, вечер) №30; Трифтазин 5 мг по 1/4 тх2 раза в день (утро, вечер) №30; 3) Наблюдение у терапевта, по месту жительства.

Клинический случай №2:

Пациент Н., обратился повторно в году в психиатрическую клинику с жалобами на отсутствие чувства сна, тревогу, снижение настроения мрачные мысли о будущем, раздражительность, апатию, нежелание что-либо делать, отсутствие сил, слабость, безразличие к близким. Изменения психического состояния наблюдает с ноября 2015 года, связывает с выходом на пенсию по выслуге: нарушился сон, снизилось настроение, появились мысли о будущем, страх не прожить на малую пенсию. По совету сестры обратился к участковому психиатру, госпитализирован в отделение неврозов. С 2016 год данная госпитализация 5 по счету, предыдущая с 12.08.20 по 19.08.20 с ДЗ: Бессонница неорганической этиологии. Рекомендованное психиатром лечение не принимал. Ухудшение состояния связывает с прекращением приема поддерживающего лечения: нарушился сон, "даже если и сплю", то нет чувства, что выспался, снизилось настроение, появились тревожные мысли о будущем, ослаб, "потерял радость от жизни", стал безразличным к

близким. Обратился к участковому психиатру, направлен в суточный стационар ОНР.

Из анамнеза жизни: наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Находился на лечении в провизорном госпитале с 09.07.20 по 19.07.20 с ДЗ: Внебольничная двухсторонняя н/долевая пневмония средней степени тяжести. ДН-0. Коронавирусная инфекция?

Эпид.анамнез: Анализ (ПЦР) на COVID-19 от 16.09.2020-отрицательно

Объективные данные: СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: общее состояние удовлетворительное. Среднего роста, умеренного питания, вес- 66кг., рост- 169см. В зеве «спокойно». Кожные покровы обычной окраски. Т- 36,5С. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД- 130/80 мм.рт.ст., PS- 78 уд.в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Стул и диурез в норме. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: знаков грубого очагового поражения ЦНС не выявлено. В позе Ромберга устойчив. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: в сознании, ориентирован всесторонне верно. Внешне опрятен. В поведении тревожен, суетлив. Настроение снижено, выражение лица печальное. Во время беседы напряжен, взволнован, говорит, "кажется, что совсем не сплю по ночам, стал безразличным к детям, жене, нет желания что-либо делать". Внимание фиксировано на плохом самочувствии, апатии, нарушении сна. Память достаточна. Интеллект и критика сохранены.

Заключительный диагноз: (F51.0) Бессонница неорганической этиологии.

Результаты общеклинических исследования в пределах нормы. Инструментальные исследования флюорография органов грудной клетки от 07.08 2020- без патологии. Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) (22.09.2020 23:04) Заключение: Синусовый ритм ЧСС 62 в минуту. ЭОС - нормальная. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Изменения в миокарде.

Проведена психокоррекционная работа с целью укрепления активных психологических механизмов защиты личности в ее системе противодействия негативным, травмирующим ситуациям

Состояние при выписке: Жалоб на момент осмотра нет предъявляет. Тревога, мрачные мысли о будущем, раздражительность, апатия, нежелание что-либо делать, отсутствие сил, слабость, безразличие к близким потеряли свою актуальность, не беспокоят. Сон, аппетит достаточны. Общее состояние удовлетворительное. Внешне опрятен. В поведении упорядочен. В беседе спокоен, доброжелателен, благодарит за лечение. Фон настроения стабильный. Эмоции ровные. Мышление в обычном темпе. Активной психопатологии нет. Критичен к своему состоянию. Выписывается из отделения с улучшением.

Клинический случай №3

Пациентка Д., обратилась в психиатрическую клинику в начале декабря, с жалобами на ощущение сдавливания и "пережатия" в носу, ощущение перекатывания чего-то в носу, посторонние запахи, чувство нехватки воздуха, слабость, нарушение сна, сниженное настроение. Поступает в плановом порядке, впервые в жизни.

Ухудшение состояния отмечает с июля 2020 года, после перенесенной КВИ: ослабла, появилось неприятное ощущение в носу, в виде сдавливания и пережатия, во время сна перекатывания из одной ноздри в другую, ухудшение аппетита, чувство нехватки воздуха, тревогу. 04.11.20 обратилась к невропатологу, выставлен ДЗ: Вегетососудистая дистония, назначен адаптол, от которого отмечала ухудшение. Повторно неделю назад обратилась к неврологу, назначен хлорпротиксен, рекомендовано лечение у психиатра. Обратилась к участковому психиатру, госпитализирована в дневной стационар отделения невротических расстройств.

ЭПИД. АНАМНЕЗ: Анализ на COVID-19 (ПЦР) от 01.12.20 - отрицательно.

Объективные данные СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: общее состояние удовлетворительное. Среднего роста, умеренного питания, вес- 60кг., рост- 172см. В зеве «спокойно». Кожные покровы обычной окраски. Т- 36,5С. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД- 110/80 мм.рт.ст., PS- 72уд.в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Стул и диурез в норме. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: знаков грубого очагового поражения ЦНС не выявлено. В позе Ромберга устойчива. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: ориентирована всесторонне верно. Внешний вид опрятный. Настроение снижено, выражение лица грустное. В поведении беспокойна, суетлива, громко дышит. В беседе многоречива, подробно описывает свои ощущения в носу, тяготеет к ним, испытывает тревогу, не может найти себе места. Внимание фиксировано на плохом самочувствии. Интеллект соответствует полученному образованию. Критика к своему состоянию сохранена.

Дополнительно прошла консультацию у психолога: по результатам отмечается неопределенный уровень невротизации, при котором может наблюдаться эмоциональная возбудимость, вызывающая различные негативные состояния (тревожность, напряженность) у личности с такими ведущими особенностями как: активно-оборонительная позиция с потребностью в отстаивании собственных установок, упорством, которые носят защитный характер. Состояние характеризуется ориентировкой на собственное мнение с сопротивлением внешне-средовым воздействиям.

Проведена психокоррекционная работа с целью укрепления активных психологических механизмов личности в ее системе противодействия негативным, травмирующим ситуациям.

Обсуждение. Таким образом, из выше описанных случаев можно сделать вывод о факторах риска, клиники, течения и исхода лечения психиатрических расстройств, возникших вследствие воздействия пандемии коронавируса.

Что касается факторов риска развития депрессии и тревоги на фоне пандемии COVID-19, то большинство из них хорошо известны – это женский пол, наличие хронических заболеваний и связанное с этим плохое состояние здоровья. Однако пандемия добавляет такой аспект, как изоляция, который также является установленным фактором риска с психологическим воздействием. Это касается, например, беспокойства о семье, друзьях и знакомых в связи с их возможным заражением [3].

Психические расстройства в период пандемии коронавируса, по предварительным данным, кардинально не отличаются от расстройств при других эпидемиях или воздействии чрезвычайных факторов. Однако большое патогенное значение при данной пандемии приобрели длительная изоляция людей и пространные объяснения ее необходимости, что может вызывать стойкую тревогу и истощение механизмов психологической защиты.

Приведенные случаи, конечно, не могут исчерпывать всех психопатологических нарушений (отклонений от психической нормы) и их особенностей в период пандемии новой коронавирусной инфекции. Сложности их уточнения обусловлены и значительным влиянием отношения общества к психиатрии в целом, и возможностями контакта изолированных людей с психиатром.

Представленные случаи психопатологических нарушений (отклонений от психической нормы) в период пандемии коронавируса иллюстрируют их возможное феноменологическое многообразие. Уточнение предикторов психических расстройств в таких ситуациях представляется актуальным. Патогенное значение при данной эпидемии наряду с другими факторами приобрели длительная изоляция людей и пространные объяснения ее необходимости, что могло вызывать длительную тревогу и истощение механизмов психологической защиты [4].

Также нарастают и суицидальные мысли среди населения. Причинами увеличения суицидов во время пандемии служит то, что люди находятся в

длительной самоизоляции, сужается круг общения, не с кем разделить мысли о страхе за свое здоровье. Многие лишаются работы из-за введения ограничительных мер. Как следствие возникает страх перед тем, что не человек не может обеспечить себя и свою семью, что также толкает людей на суицид. Возрастает категория людей, которые начинают употреблять алкоголь в больших количествах, что так же ведет к необдуманным поступкам [5].

Выводы: Многообразие клинических симптомов, которые касаются ментальной сферы в период пандемии COVID-19, требует от специалистов расширения возможности по лечению, профилактики и психологической поддержке. Расстройства психической сферы включают в себя как последствия инфекционного процесса с энцефалопатией интоксикационного генеза, так и вторичные психогенные наслоения. Острота развития симптомов также имеет значительную вариативность. Необходимо обеспечивать население информационными материалами, в том числе за счет наращивания мощности дистанционного консультирования и сопровождения специалистов. Стоит уделить внимание качеству подаваемой информации и прогнозировать ее значение для разных групп населения, в том числе людей с ментальными расстройствами.

Список литературы:

1. <https://www.journalpsychiatry.com/jour/article/view/510/457>
2. Клинический протокол диагностики и лечения «Коронавирусная инфекция COVID-19»
3. <http://alla-astakhova.ru/kovidnye-stradaniya/comment-page-1/>
4. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>
5. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_russian.pdf