

## НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД COVID-19 ПАНДЕМИИ. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

М.А. Самушия, С.М. Крыжановский\*, В.И. Шмырев, Т.З. Беришвили  
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва

## NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIA. A CLINICAL LECTURE

M.A. Samuchia, S.M. Kryzhanovskiy, V.I. Shmirev, T.Z. Berishvili  
Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: smk@inbox.ru

### Аннотация

В настоящее время мир переживает пандемию новой коронавирусной инфекции. Если предположить, что очень большое число людей будет инфицировано SARS-CoV-2, то непосредственные последствия для психического здоровья могут быть значительными. Более чем у трети пациентов с COVID-19 развиваются нервно-психические симптомы, включая головную боль, парестезии и нарушение сознания, аффективные расстройства. Пандемии, предшествовавшие гриппу, сопровождались долгосрочными нервно-психическими последствиями, и поэтому вполне возможно, что другие крупномасштабные вирусные инфекции могут вызывать устойчивую психическую заболеваемость. В связи с этим клиницисты должны знать о возможности возникновения психоэмоциональных расстройств и неврологических осложнений в последующем. В данной лекции представлен обзор нейропсихиатрических последствий COVID-19, наблюдавшихся в период предыдущих и текущих пандемий. Обзор основан на эпидемиологических, патофизиологических и клинических исследованиях. Приводятся сведения об эффективных терапевтических вмешательствах, которые помогут клиницистам ориентироваться в курации больных с психоэмоциональными расстройствами.

**Ключевые слова:** COVID-19, коронавирусная инфекция, пандемия, неврологические осложнения.

### Abstract

Currently, the world is experiencing a pandemic of a new coronavirus infection. If to assume that a very large number of people will be infected with SARS-CoV-2, immediate mental health consequences would be significant. More than a third of patients with COVID-19 develops neuropsychiatric symptoms including headache, paresthesia, impaired consciousness and affective disorders. The pandemics that had preceded influenza were accompanied by long-term neuropsychiatric consequences, and therefore, it is quite reasonable to suggest that other large-scale viral infections may cause persistent mental problems. In this regard, clinicians should be aware of possible psychoemotional disorders and neurological complications in future. This lecture provides an overview of the neuropsychiatric consequences of COVID-19 based on the epidemiological, pathophysiological, and clinical findings obtained in previous and current pandemic events. It also discusses effective therapeutic interventions which will help clinicians to navigate the management of patients with emotional disorders.

**Key words:** COVID-19, coronavirus infection, pandemic, neurological complication.

*Ссылка для цитирования: Самушия М.А., Крыжановский С.М., Шмырев В.И., Беришвили Т.З. Нейропсихические расстройства в период covid-19 пандемии. Клиническая лекция. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021; 1: 72-81.*

В 2020 г. была объявлена пандемия новой коронавирусной инфекции. Масштабы пандемии позволяют предположить, что большая часть населения земного шара будет инфицирована вирусом. Коронавирусы относятся к семейству РНК-вирусов, включающему до 40 подвидов. Коронавирусы вызвали две заметные эпидемии: тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) и ближневосточный респираторный синдром (БВРС) соответственно в 2002 и 2012 гг.

Первоначальные клинические описания новой коронавирусной инфекции содержали в основном описание респираторных симптомов. Позднее были получены свидетельства, что вирус обладает нейроинвазивными свойствами и может вызывать целый спектр неврологических и психических нарушений. При этом нарушения могут развиваться и в результате иммунного ответа. Спектр психоневрологических рас-

стройств широк и охватывает когнитивные, аффективные, поведенческие и очаговые неврологические расстройства. Данные о симптомах указывают на то, что делирий характерен для острых стадий ОРВИ, БВРС и COVID-19. Психические расстройства, такие как депрессия, тревожные расстройства, усталость и посттравматическое стрессовое расстройство, были выявлены после острых стадий эпидемий, вызванных коронавирусами.

Наряду с этим сама по себе пандемия стала сильным стрессорным фактором для населения и оказала влияние на все социальные и экономические аспекты жизни. Предыдущие пандемические события свидетельствуют о том, что неврологические и психические симптомы проявляются при острой вирусной инфекции или через различные периоды времени после заражения. Нейропсихиатрические симптомы, такие как бессонница, тревога, депрессия, мания, психоз, суицидальное поведение и бред, отмечали во время пандемий гриппа в 18-19 веках. Связь между прогрессирующим распространением новых случаев COVID-19 и психиатрическими последствиями уже установлена. Это в основном связано с широким социальным воздействием пандемической ситуации и ответными мерами правительства, такими как социальное дистанцирование и карантин. Инфицированные и неинфицированные популяции могут быть подвержены к генерализованной тревоге и стрессу в ответ на определенные переживания. Другие переживания могут быть специфичны для людей, инфицированных вирусом, среди них озабоченность прогнозом своей болезни, стигматизация или травматические воспоминания о серьезных заболеваниях. Страхи болезни, смерти и неуверенность в завтрашнем дне являются значительными психологическими стрессорами для населения, а социальная изоляция, возникающая в результате потери структурированной образовательной и трудовой деятельности, также угрожает ухудшением общественного психического здоровья. Эта пандемия является потенциальным источником прямой и косвенной травмы для всех, что только еще больше подчеркивается тревожными сообщениями о случаях самоубийств, связанных со страхом заражения или распространения COVID-19.

Распространённость психических расстройств у пациентов с COVID-19 оценивается в пределах от 20 до 40%, спектр представлен как тревожно-депрессивными расстройствами, которые можно квалифицировать в рамках **нозогенный** — психогенных расстройств, манифестирующих в связи с диагностикой острой респиратор-

ной вирусной инфекции, **соматогений** (соматогенные депрессии, симптоматические психозы и эндогенноморфный психоз) — психопатологических состояний, возникающих в результате патологического воздействия на центральную нервную систему соматических вредностей (как результат непосредственного поражения ЦНС вирусом, так и опосредованно в связи с формированием полиорганной недостаточности), **неврологических осложнений COVID-19**, протекающих с психическими расстройствами (энцефалопатии/энцефалит и др.), и **ятрогений** - психических расстройств, манифестирующих в связи с приемом медикаментов, вызывающих психические нарушения.

Однако практически у всех пациентов с COVID-19 выявляется астенический симптомокомплекс. Он обнаруживается на всех этапах болезни, резко нарастая по мере развития заболевания и медленно регрессируя в дальнейшем. Это расстройство может пройти и без вмешательства психиатра или невролога, но требует обязательного учета при клинико-психопатологическом анализе и дифференциальной диагностике с другими психическими нарушениями. **Астенический симптомокомплекс** включает в себя физическую и психическую слабость, быстрое истощение, наступающее порой даже после незначительных усилий, эмоциональную неустойчивость (лабильность) с легким возникновением реакций слабодушия, раздражения, обиды, отчаяния, подавленности, беспокойства, паники. Как правило, выявляются и связаны с истощением легкие когнитивные расстройства, преимущественно динамического характера — нарушения внимания (невозможность сосредоточения вследствие повышенной отвлекаемости, невозможности его привлечь и направить на что-то определенное), ослабление памяти (запоминания и быстрого воспроизведения нужной информации), дефицит поведенческого, идеаторного и эмоционального контроля. Изменяется и общая чувствительность, отмечаются гиперестетические явления, в частности, гиперпатия и гиперакузия. Реже, при прогрессировании заболевания, гиперестезия сменяется гипостезией с пониженной реакцией на внешние раздражители. В рамках астенического симптомокомплекса можно рассматривать и весьма распространенную при COVID-19 диссомнию, с затруднением засыпания, прерывистым сном, наступление которого перестает соответствовать времени суток. В происхождении диссомнии играют роль и гиперестетические явления, и тревожные реакции с неуправляемыми «наплывами мыслей» (ментизмом).

Основные факторы риска развития и общий диагностические критерии нозогенных (психогенные) реакций

Факторы риска
<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие витальной угрозы от соматической патологии: распространенные среди населения представления о возможном смертельном исходе заболевания, неопределенном инкубационном периоде вирусной инфекции, ее возможной бессимптомной передаче, и т.п.;</li> <li>Чувство утраты контроля над происходящими событиями: субъективно тяжелые проявления заболевания, недостаточно разработанные методы лечения, отсутствие способов контроля своего состояния доступных для самого больного и т.п.;</li> <li>Особая обстановка в стационаре: пространственное деление «чистой» и «грязной» зоны, невозможность покинуть красную зону (отсутствие прогулок, социальная изоляция), окружение медицинскими сотрудниками, одетыми в средства индивидуальной защиты, что затрудняет привычную коммуникацию с врачом и средним/младшим медперсоналом (отсутствие эмоционального, физического контакта, невозможность «считывания» эмоциональных реакций медицинского работника и т.п.);</li> <li>Факторы, связанные с повышением уровня стигматизации и дискриминации пациентов с COVID-19: опасение нарушения своих личных прав в рамках борьбы с вспышкой инфекции;</li> </ul>
Диагностические критерии
<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие временной связи между началом психических расстройств и факторами риска (манifestация в пределах нескольких суток);</li> <li>Содержание переживаний связано с актуальным соматическим заболеванием;</li> <li>Продолжительность не более 6 мес.;</li> <li>Формирование неадекватных представлений в отношении заболевания и лечения, нарушение комплаентности к терапии, сужении возможностей реабилитации, так и в сторону снижения значимости соматического состояния либо уверенности в ошибочности тяжести установленного диагноза и отсутствии угрозы для жизни;</li> </ul>

**Нозогении** — психогенные расстройства, манифестирующие в связи с диагностикой острой респираторной вирусной инфекции (провоцирующие факторы: семантика, клинические проявления, особые условия нахождения в стационаре, стигматизация и др.). В таблице представлены факторы риска развития, а также общие диагностические критерии нозогенных реакций, которые можно разделить на:

- тревожно-фобические ипохондрические реакции;
- тревожно-диссоциативные реакции;
- тревожно-депрессивная реакция.

#### **Тревожно-фобические ипохондрические нозогенные реакции**

Диагностические критерии:

- Общие критерии нозогенных реакций (см. выше).
- Преобладание в статусе утрированной и стойкой тревоги о здоровье с ипохондрической настороженностью, интрузивными мыслями и представлениями, связанными с COVID-19, страхом смерти.
- Субсиндромальные аффективные расстройства (сниженный фон настроения, раздражительность, эмоциональная лабильность).
- Расстройства сна.
- Лабильность тревоги и сопутствующих проявлений сниженного настроения в зависимости от смены обстоятельств течения респираторной инфекции (явления психосоматического параллелизма).
- Патологическая восприимчивость к телесным ощущениям, обостренное самонаблюдение,

тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия.

7. Гипертрофированная озабоченность побочными симптомами лекарственных средств.

8. Соматовегетативная симптоматика (лабильность артериального давления и ЧСС, головокружения), конверсионная симптоматика (явления астазии-абазии, афонии, гипостезии по типу «носков» и «перчаток», истералгий, «кома в горле» и др.) и органо-невротические проявления (признаки «поведенческой одышки», кардионевроза, абдоминалгии и другие жалобы при отсутствии верифицированной соматической патологии).

9. Активное участие пациента в ходе лечебного процесса с контролем за всеми медицинскими манипуляциями.

10. Нарушение приверженности к терапии: комплаентное поведение лабильно — от первичной «симбиотической» связи с врачом до разочарования в компетентности врача, возможной самостоятельной коррекции терапии, поиска новых (часто нетрадиционных) способов лечения.

#### **Тревожно-диссоциативные нозогенные реакции**

Диагностические критерии:

- Общие критерии нозогенных реакций (см. выше).
- Отсутствие осознанности собственного соматического состояния; уверенность в ошибочности тяжести установленного диагноза и отсутствии угрозы для жизни.
- Бравада, демонстративно-пренебрежительное отношение к вопросам прогноза заболевания.

4. Признаки маскированной тревоги (разнообразные телесные сенсации и вегетативные расстройства, имитирующие соматическую патологию, органоневротические расстройства).

5. Снижение комплаентности на фоне недостаточности оценки тяжести и прогноза заболевания, пренебрежительное отношение к режиму самоизоляции, соматическому неблагополучию и лечению.

6. Игнорирование субъективно не удовлетворяющих форм диагностики и терапии с формальным соблюдением рекомендаций врача и недостаточный субъективный контроль за лечебным процессом.

7. Позднее обращение за помощью в связи с продолжительным игнорированием соматической симптоматики.

### **Тревожно-депрессивная нозогенная реакция**

Диагностические критерии:

1. Сниженный фон настроения с подавленностью, тоской (неопределенное, диффузное ощущение, чаще в форме непереносимого гнета в груди или эпигастрии) с унынием, безнадежностью.

2. На фоне сниженного настроения доминируют симптомы тревоги, связанные с COVID-19.

3. Отсутствие психомоторной заторможенности.

Психические состояния, связанные со стрессом, включая расстройства настроения и употребление психоактивных веществ, связаны с суицидальным поведением. Выжившие после COVID-19 также могут быть подвержены повышенному риску самоубийства. Кризис COVID-19 может привести к увеличению числа самоубийств во время и после пандемии. Последствия кризиса COVID-19 для психического здоровья, включая суицидальное поведение, вероятно, будут присутствовать в течение длительного времени и достигнут пика позже, чем фактическая пандемия. Чтобы уменьшить количество самоубийств во время кризиса COVID-19, крайне важно уменьшить стресс, тревогу, страхи и одиночество среди населения в целом и повысить настроенность специалистов здравоохранения в отношении выявления суицидальной активности.

Общие принципы диагностики суицидальных мыслей у больных с депрессией

- Наличие суицидальных мыслей/действий следует выяснять у каждого пациента с депрессией перед началом лечения.

- Расспрос о наличии суицидальных мыслей безопасен и не повышает риск совершения самоубийства.

- Абсолютное большинство пациентов с суицидальными мыслями ищут помощи и готовы делиться своими переживаниями с врачом.

- Более эффективным является неформальный расспрос, вопрос о наличии суицидальных мыслей должен закономерно следовать из контекста беседы.

- Примеры вопросов о суицидальных мыслях:

- «бывает ли так, что хочется заснуть и не просыпаться?»

- «появляются ли мысли, что Вы только обуза для близких, а ваша смерть принесет им облегчение?»

- «есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?»

Вопрос о наличии суицидальных мыслей можно повторить в переформулированном виде в конце беседы после установления более доверительных отношений с пациентом.

### **Предикторы суицидального риска**

*Социодемографические:*

1. Мужской пол.
2. Подростковый или пожилой возраст.
3. Социальная изоляция.
4. Утрата близких родственников.
5. Жизненный крах (утрата работы, места жительства).
6. Злоупотребление алкоголем/наркотиками.
7. Доступность средств суицида.

*Наследственные и анамнестические:*

1. Суицидальные мысли, действия или самоповреждения в анамнезе
2. Завершенный суицид или склонность к суицидальному шантажу у кровных родственников.

*Связанные с клинической структурой депрессии:*

1. Идеи виновности, собственной греховности, бессмысленности лечения.
2. Стойкая бессонница.
3. Дисфорический аффект (раздражительность).
4. Генерализованная тревога.

*Связанные с особенностями сопутствующего соматического заболевания:*

1. Недавно установленный диагноз тяжелого заболевания (тяжелое течение COVID-19, проявления стигматизации в связи с инфекционным заболеванием, другие тяжелые сопутствующие соматические заболевания, например, злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция и др.).

2. Наличие мучительных неконтролируемых симптомов (стойкие боли, нарушения дыхания, глотания, утрата контроля за тазовыми функциями).

### **Соматогении и неврологические расстройства, формирующиеся в связи с повреждением ЦНС COVID-19**

В литературе рассматривается несколько причин поражения нервной системы MERS-CoV, SARS-CoV и SARS-CoV-2: прямое избирательное воздействие вируса на краниальные нервы и ткань мозга; выработка вирусом нейротоксинов; активация вирусом нейромедиаторов воспаления; перемещение вируса в эндотелий церебральных сосудов, внедрение в структуры мозга; вторичное повреждение вследствие развития острого, подострого аутоиммунного процесса. Спектр психоневрологических нарушений при COVID-19 весьма широк — от легких психических нарушений в виде астении с эмоциональной лабильностью (см. выше) до выраженных экзогенно-органических расстройств, в том числе соматогенных психозов или состояний с преобладанием неврологических нарушений, ранжированных от краниальных мононевропатий, клинически проявляющихся в виде аносмии, агевзии/дисгевзии и др., до острой воспалительной полинейропатии Гийена–Барре и тяжелых поражений головного и спинного мозга в виде острой геморрагической некротизирующей энцефалопатии, нарушения мозгового кровообращения и миелопатий.

Факторы риска:

- метаболические нарушения как результат полиорганной недостаточности;
- прямое повреждение ЦНС;
- социальные и психологические факторы: важным фактором, способствующим возникновению делирия в отделении интенсивной терапии во время вспышки SARS-CoV-2, является социальная изоляция, что может быть особенно сложно для пожилых людей, которые менее склонны прибегать к виртуальным или электронным методам межличностного общения;
- ятрогенные факторы: лекарственные средства преимущественно с холинолитической активностью. Длительная механическая вентиляция и иммобилизация также в значительной степени способствуют увеличению риска делирия в отделении интенсивной терапии;
- соматическая отягощенность (сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, органические заболевания ЦНС и др.)

**Соматогенная депрессия** — аффективное расстройство, формирующееся как реакция ЦНС на биохимические и физиологические изменения в связи с тяжелым течением COVID-19.

Диагностические критерии:

1. Параллелизм динамики аффективных нарушений и соматического состояния.
2. Выраженный астенический симптомокомплекс с непереносимостью нагрузок, преобладанием утомляемости, раздражительной слабости, гиподинамией, головных болей напряжения.
3. Дневная сонливость с явлениями ранней инсомнии (трудностями засыпания).
4. Когнитивные нарушения (снижение памяти, ограниченная способность к осмыслению происходящего, ухудшение запоминания новой информации, нарушения концентрации внимания).
5. В структуре депрессивного эпизода преобладание раздражительности, апатии, плаксивости при минимальных проявлениях витальной тоски, идей самоуничтожения, суицидальных мыслей).

### **Соматогенные психозы (СП)**

*Клиническая характеристика и типологическая дифференциация:* соматогенные психозы (СП) представляют группу клинически гетерогенных состояний. Их гетерогенность связана с полиморфизмом этиологических и патогенетических факторов, участвующих в их развитии.

В зависимости от основной причины манифестации СП при COVID-19 выделяются следующие варианты:

1. Инфекционный СП.
2. Фармакогенный СП (как осложнение фармакотерапии основного заболевания).
3. СП, связанный с ухудшением органического заболевания ЦНС на фоне течения COVID-19 (атрофические заболевания головного мозга, цереброваскулярная патология и пр.).
4. СП без очевидного ведущего этиологического фактора.

В соответствии с клинической картиной симптоматический психоз представлен делирием, острым галлюцинозом, аменцией.

Делирий — наиболее распространенный тип соматогенного психоза. Клиническая картина делирия включает нарушения сознания с полной или частичной дезориентировкой в окружающем, обманы восприятия (наплывы ярких чувственных парейдолий, зрительных галлюцинаций), острый чувственный (галлюцинаторный) бред, психомоторные расстройства (преимущественно выраженное двигательное возбуждение, в некоторых случаях — стойкая заторможенность, так называемый гипоактивный делирий). В ряду аффективных нарушений преобладают явления растерянности с чувством тревоги,

страха. В отдельных случаях отмечаются эпизоды тревожно-злобного возбуждения с агрессивными действиями в отношении окружающих, включая медицинский персонал.

Для делирия характерен суточный ритм с нарастанием тяжести нарушений сознания и других психопатологических расстройств в вечерние и ночные часы. Если в первой половине дня отмечается состояние сомноленции или оглушения с моторной заторможенностью, частичной дезориентировкой в месте и времени, то к вечеру (особенно в первой половине ночи) наблюдается усугубление явлений помрачения сознания, галлюцинаторных и бредовых расстройств с развитием психомоторного возбуждения.

Динамика делирия обнаруживает отчетливый параллелизм с общим соматическим состоянием пациента. Нормализация функций основных систем, как правило, сопровождается обратным развитием психоза. Неблагоприятная динамика реализуется нарастанием глубины помрачения сознания, вплоть до развития сопора и комы.

По завершении делирия выявляются признаки полной или (реже) частичной ретроградной амнезии (утрата воспоминаний, связанных с симптомами делирия). В отдельных случаях возможна антероградная амнезия на события нескольких дней после разрешения психоза. Память на реальные события восстанавливается в течение нескольких дней или даже недель после окончания делирия. На протяжении 5-7 дней после редукции психопатологической симптоматики сохраняется неустойчивость настроения со склонностью к подавленности, а также астения с явлениями гиперестезии (повышенная утомляемость/истощаемость, капризность, обидчивость).

Данные анамнеза, указывающие на повышенный риск развития делирия:

- Злоупотребление/зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ
- Органические заболевания головного мозга любого генеза

Диагностические критерии делирия:

1. Связь манифестации с объективно тяжелым изменением в соматическом состоянии.
2. Параллелизм выраженности психопатологической симптоматики и тяжести соматического состояния.
3. Нарушения сознания с дезориентировкой в пространстве и времени, но сохранной ориентировкой в собственной личности. (Для уточнения наличия/глубины расстройств сознания могут использоваться простые вопросы, касающиеся текущей даты, месяца, года, специализации

отделения, названия и местоположения клиники, в которой находится пациент и пр.).

4. Обманы восприятия (иллюзии и галлюцинации, включая зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные).
5. Галлюцинаторный бред.
6. Эмоциональные/аффективные расстройства (тревога, страх, лабильность аффекта).
7. Психомоторные нарушения (возбуждение, заторможенность).

В зависимости от тяжести психопатологических расстройств выделяются развернутый и abortивный подтипы делирия. Критерии abortивного делирия:

- кратковременность (продолжительность не более 1 сут.);
- неглубокие изменения уровня сознания (частичная сохранность ориентировки в месте и/или времени) в форме преходящей спутанности в вечерние и/или ночные часы;
- ограниченное число и незначительная тяжесть обманов восприятия;
- бредовые расстройства отсутствуют или рудиментарны (недоверие, подозрительность, опасения).
- психомоторные нарушения рудиментарны.
- ретроградная амнезия отсутствует или минимальна.

Для оценки возбуждения - седации в отделениях ОПИТ может быть использована шкала RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) и в случае, если RASS больше или равен 3, используется шкала CAM-ICU для диагностики делирия.

**Острый галлюциноз.** Встречается реже, чем делирий. Описывается преимущественно в связи с тяжелой интоксикацией. В первые сутки возможны типичные симптомы делирия с последующим видоизменением клинической картины психоза. Соответствует всем критериям симптоматического психоза, кроме пункта 3 — нарушения сознания.

*Отличительные критерии (дифференцирующие признаки)*

1. Сохранность как аутопсихической, так и аллопсихической ориентировки.
2. Доминирование в клинической картине истинных вербальных галлюцинаций, определяющих поведение больного (от полиморфных акоазмов<sup>1</sup> и фонем<sup>2</sup> до непрерывных, множе-

<sup>1</sup> Речевые элементарные обманы слуха: шум, свист, стук и т.д.

<sup>2</sup> Речевые элементарные и простые обманы слуха в виде определенных звуков, слогов, отдельных слов (стоны, крики, окрики, невнятное бормотание)

ственных, исходящих от различных лиц словесных галлюцинаций - поливокальный галлюциноз в виде последовательно сменяющих друг друга сцен на высоте психоза, связанных единством темы).

**Онейроид.** Онейроидный соматогенный психоз характеризуется помрачением сознания с сенсомоторной диссоциацией: интенсивные, яркие, образные нарушения чувственного восприятия (сценopodobные галлюцинации, нередко связанные общим сюжетом), не отражающиеся в мимике, высказываниях и поведении пациента и сочетающиеся с обездвиженностью, застывшим выражением лица, кататонopodobными (преимущественно ступорозными – по типу восковой гибкости) явлениями.

*Отличительные критерии (дифференцирующие признаки)*

1. «Двойная» аутопсихическая ориентировка (пациент одновременно воспринимает себя в роли больного и стороннего наблюдателя).

2. «Двойная» аллопсихическая ориентировка (пациент воспринимает себя одновременно в реальной ситуации и в мире галлюцинаторных образов).

3. Массивные, сценopodobные галлюцинаторные расстройства.

4. Психомоторные расстройства в форме заторможенности, отрешенности, кататонподобных расстройств.

**Аменция.** Аменция (в сравнении с делирием, галлюцинозом и онейроидом) представляет собой более тяжелую форму соматогенных психозов, может манифестировать самостоятельно или как следствие неблагоприятной динамики других (более легких) соматогенных психозов.

Аментивный синдром в структуре соматогенного психоза возникает обычно при условии дополнительных неблагоприятных факторов (острое соматическое заболевание или интоксикация на фоне предварительного ослабления организма - голодание, крайнее физическое и психическое истощение, предшествующее хроническое заболевание). Аментивный психоз может быть самостоятельной формой соматогенного психоза или следствием неблагоприятной динамики делирия. В связи с особенностями клинической картины обозначается как «астеническая спутанность»: сочетание растерянности с выраженной истошаемостью и непоследовательностью мышления. Характерны бессвязность высказываний вплоть до бормотания, отсутствие целенаправленного поведения, хаотичность движений, вплоть до обирания, быстрая смена и неадекватность эмоций.

*Отличительные критерии (дифференцирующие признаки):*

Постоянные и быстрые изменения глубины помрачения сознания, преимущественно в зависимости от утомления или отдыха. Регистрируется в ходе обследования на основании нарастающего числа неправильных ответов на вопросы и усугубления эмоциональной лабильности с частичным восстановлением внимания и ориентировки после периода покоя.

К неврологическим осложнениям COVID-19, протекающего с психическими нарушениями можно отнести острую некротизирующую энцефалопатию (ОНЭ) и цереброваскулярные события.

Диагностическими критериями ОНЭ являются:

1. Клинические проявления: головная боль, поведенческие нарушения (дезориентировка, двигательное беспокойство, непонимание и игнорирование речи окружающих), потеря сознания, гиперкинезы, судороги.

2. Явления гипосмии/аносмии (регистрируются в 50-70% случаев).

3. Очаговые и оболочечные симптомы – редко.

4. При нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) выявляется симметричное распространное или ограниченное поражение белого вещества височной доли, островка, базальных ганглиев, таламуса с признаками кровоизлияния (от множественных рассеянных микрогеморрагий до сливных), размягчение мозга, что типично для некротической энцефалопатии. Реже страдают ствол мозга, мозжечок. В отдельных зонах повреждения наблюдается накопление контрастного препарата в коре, арахноидальных оболочках, по ходу извилин, в паренхиме полушарий мозга в виде кольца.

Цереброваскулярные осложнения COVID-19 проявлялись транзиторной ишемической атакой, ишемическим и геморрагическим инсультом. Нарушения мозгового кровообращения развиваются внезапно (в течение нескольких минут, реже часов) и характеризуются появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательные, речевые, чувствительные, координаторные, зрительные и другие нарушения) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, возбуждение, рвота и др.), и менингеальной неврологической симптоматики. Транзиторные ишемические атаки (ТИА) – переходящее нарушение мозгового кровообращения с очаговой симптоматикой, развившейся вследствие кратковременной локальной ишемии моз-

га и подвергающейся полному регрессу за период менее 24 ч.

Наиболее часто психическими нарушениями сопровождаются инсульты, локализующиеся в правом полушарии головного мозга, острота и скорость ухудшения состояния пациента, появление других неврологических знаков могут помочь в дифференциальном диагнозе психических нарушений.

**Ятрогении** — медикаментозно спровоцированные психические расстройства, которые возникают в связи с осложнениями лекарственной терапии COVID-19.

Факторы риска развития ятрогении:

- полипрагмазия;
- назначение высоких доз препаратов длительными курсами;
- быстрое или парентеральное введение лекарственных средств;
- малый разрыв между терапевтической и токсической дозой.

Лекарственные средства, применяемые при лечении COVID-19, обладающие депрессогенными свойствами и другими побочными эффектами, связанными с изменением психического состояния:

**Антибиотики:** фторхинолоны III поколения; макролиды; противогрибковые антибиотики.

**Противомаларийные средства:** производное 4-аминохинолина.

**Противовирусные:** фавипиравир; лопинавир + ритонавир.

**Гормональные средства:** глюкокортикоиды.

**Биотехнологические средства:** интерфероны; блокаторы ИЛ-6.

**Гипотензивные:** симпатолитики; препараты, стимулирующие центральные  $\alpha_2$ -адренорецепторы;  $\beta$ -адреноблокаторы; блокаторы кальциевых каналов.

**Антиаритмические:** сердечные гликозиды; антиаритмические препараты I класса (мембраностабилизирующие средства).

**Гиполипидемические:** препараты, препятствующие всасыванию холестерина в кишечнике; ингибиторы синтеза холестерина.

### Общие подходы к терапии психических расстройств у больных с COVID-19

При лечении психических нарушений, возникших в условиях многопрофильной больницы, специализированной клиники или поликлинической сети, используются традиционно применяемые в психиатрии методы биологической терапии и психотерапевтических интервенций. Арсенал средств психофармакотерапии, востре-

бованных при лечении описанных выше психических расстройств, возникающих у больных с COVID-19, включает препараты основных психофармакологических классов: анксиолитики (противотревожные), антидепрессанты, антипсихотики, нейрометаболические средства.

**Общие принципы терапии психических расстройств у пациентов с COVID-19:**

1. Приоритет препаратов современных генераций.
2. Предпочтительность монотерапии.
3. Учёт лекарственных взаимодействий средств психофармакотерапии и соматотропной терапии.
4. Назначение средств психофармакотерапии в минимальных дозах с постепенной титрацией до среднетерапевтических.
5. Адекватная продолжительность лечения, которая определяется не только динамикой психического расстройства, но и течением соматического заболевания, способного спровоцировать психопатологические нарушения и способствовать их хронизации.

**Психофармакотерапия выраженных проявлений астенического симптомокомплекса**

Направленное фармакологическое лечение проявлений астенического симптомокомплекса должно начинаться в случае выраженных его проявлений, препятствующих лечебному или реабилитационному процессу. Основой являются нейрометаболические средства. К нейрометаболической терапии могут быть подключены транквилизирующие или снотворные препараты (ГАМК-ергические: зопиклон, золпидем, залеплон, а также мелатонинсодержащие и/или антигистаминные средства), в отдельных случаях — малые дозы нейролептиков, применяемых преимущественно при пограничных психических расстройствах (алимемазин в суточных дозах от 5 до 20 мг, перфеназин — от 2 до 8 мг, перициазин в каплях — от 2 до 10 мг в сутки).

**Психофармакотерапия нестойких (до нескольких дней) тревожно-фобических ипохондрических нозогенных реакций.**

Нозогенные реакции, протекающие в форме нестойких, эпизодически манифестирующих ипохондрических опасений, как правило, купируются анксиолитиками бензодиазепиновых и других групп.

**Психофармакотерапия стойких нозогенных реакций**

При клинически значимых и стойких (более 1-2 нед.) тревожных, тревожно-депрессивных нозогениях показано лечение антидепрессантами. Среди антидепрессантов предпочтительны

препараты новых поколений из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), агонистов мелатониновых и антагонистов серотониновых рецепторов, антидепрессанты с мультимодальным действием.

При подборе антидепрессанта для пациента с новой коронавирусной инфекцией следует обязательно учитывать их возможные побочные эффекты. В связи с этим у больных с COVID-19 рекомендуется:

- избегать назначения трициклических антидепрессантов и ингибиторов MAO (в случае, если пациент получал трициклический антидепрессант до заболевания, показан перевод на СИОЗС или антидепрессант с мультимодальным действием);
- назначать антидепрессанты только по абсолютным показаниям, по возможности придерживаться монотерапии;
- использовать минимальные эффективные дозы препаратов под контролем ЭКГ и показателей свертывания крови.

#### **Психофармакотерапия соматогенных психозов**

Основные принципы терапии:

1. Уточнение этиологии психоза.
2. Применение адекватного лечения сопутствующих расстройств.
3. Тщательное наблюдение и обеспечение безопасности больного и медицинского персонала.

#### **Делирий**

Лечение в большинстве случаев ограничивается кратковременным (1-3 дня) курсом купирующей терапии без последующего поддерживающего лечения. Применяются инъекционные формы антипсихотиков, предпочтительно атипичных (оланзапин, рисперидон и др.). Традиционные нейролептики (галоперидол и др.) должны использоваться с осторожностью из-за потенциально неблагоприятного действия на дыхательные мышцы. При необходимости дополнительной седации парентерально вводятся бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, феназепам) с обязательным постоянным контролем функции дыхания.

#### **Психофармакотерапия органического галлюциноза, онейроида, аменции**

Выбор антипсихотиков осуществляется по тем же принципам, которые заложены в основу фармакотерапии делирия. При остаточных признаках галлюциноза, онейроида, включая эмоционально нейтральные обманы восприятия без вспышек возбуждения, с учетом неврологической или тяжелой соматической патологии пред-

почтительны антипсихотики с минимальными токсическими свойствами: атипичные — рисперидон (до 2 мг/сут), оланзапин (до 5 мг/сут), кветиапин (до 200 мг/сут); традиционные (типичные) — алимемазин (до 10-15 мг/сут), перфеназин (4-10 мг/сут), галоперидол (до 2 мг/сут).

#### **Психотерапия тревожно-депрессивных расстройств**

Наиболее эффективным направлением психотерапии тревожно-депрессивных расстройств, позволяющим добиться устойчивых результатов не только в краткосрочной, но и в отдаленной перспективе, считается когнитивно-поведенческая психотерапия.

**Основными мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии тревоги невротического уровня являются:**

1. Установки и убеждения в отношении собственной тревоги (например, «моя тревога — признак сумасшествия», «моя тревога опасна», «мне нужно перестать тревожиться», «моя тревога выходит из-под контроля» и т.д.).
2. Желание тотального контроля и вследствие этого низкая толерантность к неопределенности.
3. Эмоциональная аргументация и возведение опасности в степень катастрофы.
4. Избегание и бегство от провоцирующих тревогу ситуаций, что приводит к появлению защитных моделей поведения.
5. Страх изменений и недостаточная мотивация к решению проблем.

**Основными мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии депрессии невротического уровня являются:**

1. Когнитивные ошибки и негативные автоматические мысли (например, необоснованная уверенность в «знании» мыслей окружающих, навешивание ярлыков на себя и других людей, фиксация на негативе и обесценивание позитивных моментов ситуации и т.д.).
2. Иррациональные установки и убеждения (например, «если я не успешен, как другие, значит я ущербен», «если человек просит помощи, это признак его слабости» и т.д.).
3. Депрессивное (негативное) мышление (в том числе сверхобобщение воспоминаний, руминации, самокритика, перфекционизм и т.п.).
4. Слабая мотивация к изменениям и отсутствие веры в успех терапии.

Наиболее эффективная последовательная проработка перечисленных мишеней возможна в паре с психотерапевтом, так как самостоятельно осознать иррациональные установки и когнитивные искажения и изменить их чаще всего непро-

сто (особенно с учетом сопротивления изменениям из-за слабой мотивации и веры в успех, отрицания и других психологических защит, а также неосознаваемых вторичных выгод болезненного состояния).

С целью быстрой разрядки тревоги и редукции эмоционального напряжения в когнитивно-поведенческой психотерапии используют телесные и дыхательные техники. Эффективность техник активной и пассивной мышечной релаксации связана с реципрокными корково-мышечными связями: расслабление мышц создает условия для торможения в очагах избыточного возбуждения клеток коры головного мозга. В частности, пациент может быть обучен технике прогрессирующей мышечной релаксации по Э. Джекобсону (1929).

Механизм противотревожного действия дыхательных техник когнитивно-поведенческой психотерапии связан с изменением газового со-

става крови за счет изменения глубины, частоты и типа дыхания. Наиболее часто используемыми методиками могут быть глубокое дыхание «низом» живота и непрерывное дыхание.

В заключение следует отметить, что спектр неврологических и психических расстройств, которые регистрируются в период пандемии у населения, широк. Независимо от того, обусловлены они прямым воздействием на организм пациента или вызваны социальными факторами, нейропсихические симптомы требуют внимания врачей и их коррекции как медикаментозными, так и немедикаментозными методами. В обязательном порядке должна присутствовать настороженность в отношении угрозы суицидальных проявлений.

---