

На правах рукописи



Высокова Виктория Олеговна

**Клинические особенности психических нарушений в период эпидемии новой
коронавирусной инфекции**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Тювина Нина Аркадьевна

Официальные оппоненты:

Медведев Владимир Эрнстович - кандидат медицинских наук, доцент, Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Медицинский Институт, факультет непрерывного медицинского образования, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, заведующий кафедрой

Новиков Владимир Владимирович - доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего медицинского образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, факультет дополнительного профессионального образования, кафедра психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии, профессор кафедры

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «20» марта 2024 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д.11, стр.1 (Клиника нервных болезней имени А.Я. Кожевникова)

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>.

Автореферат разослан « » 2024 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.24
доктор медицинских наук, профессор



Зиновьева Ольга Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В декабре 2019 года в городе Ухань, Китай, были зарегистрированы первые случаи пневмонии, вызванной новым коронавирусом – COVID-19. 11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила COVID-19 пандемией [ВОЗ, 2020]. Пандемия продолжается более трех лет, появляются все новые штаммы вируса и, несмотря на разработку вакцин и проводимых противоэпидемических мероприятий, проблема остается нерешенной, количество инфицированных и летальных исходов нарастает. По данным ВОЗ по состоянию на 23 мая 2023 года в мире выявлено 766 895 075 заразившихся и 6 935 889 подтвержденных случаев смерти больных, инфицированных новой коронавирусной инфекцией [ВОЗ, 2023]. В Российской Федерации – 18 379 583 случая заражения, подтвержденных смертей – 380 076 [ВОЗ. Новый коронавирус (2019-nCoV): обзор ситуации по состоянию на 21 апреля 2023 года]

С самого начала эпидемии проводились исследования воздействия вируса на организм человека в целом и на отдельные органы и системы, в том числе на центральную нервную систему и психическое состояние [Ozamiz-Etxebarria, et al, 2020]. Согласно мнению большинства исследователей, эпидемия вызывает психические нарушения через воздействие двух основных факторных групп. Первая группа связана с психогенными аспектами, такими как ограничительные меры, изменения в экономике, информационный поток в СМИ и переход к удаленному общению в различных сферах жизни, что влечет за собой кардинальные изменения в повседневной деятельности. Вторая группа включает новую коронавирусную инфекцию, непосредственно влияющую на головной мозг, и вызванные перенесенной инфекцией различные соматические осложнения, в том числе так называемый «постковидный синдром» [Петрова, 2021; Dubey, et al, 2020; Mao, et al, 2020; Özdin, 2020; Lakeman, Crighton, 2021]. В литературе достаточно подробно представлено влияние этих факторов на популяцию, однако недостаточно данных о воздействии их на людей с уже диагностированными психическими заболеваниями. В начале эпидемии из-за недостаточной информации о опасности новой коронавирусной инфекции и применяемых ограничительных мерах, исследования в основном проводились в удаленном режиме с использованием опросников для определения степени распространения и конкретных симптомов психических расстройств [Li, et al, 2020]. Исследования показывали значительное увеличение тревожных и депрессивных нарушений, обусловленных воздействием различных факторов и обстоятельств, связанных с пандемией [Rodgers, et al, 2020], а также возникновение психотических симптомов в остром периоде инфекции у людей без диагностированных психических заболеваний [Петрова, и др,

2021; Guo, et al, 2020]. Появились данные о последствиях перенесенной коронавирусной инфекции COVID – 19, квалифицируемых как постковидный синдром, включающий соматоневрологические нарушения и связанные с ними психопатологические проявления [Dubey, et al, 2020]. С другой стороны, встречаются отдельные работы, в которых показана реакция пациентов, страдающих психическими заболеваниями, на пандемию. При этом одни авторы указывают на обострение имеющихся симптомов болезни [Özdin, 2020], а другие – даже на облегчение симптоматики [Мао, et al, 2020]. Практически нет клинических исследований, касающихся влияния новой коронавирусной инфекции на психопатологическую картину и течение психических расстройств. Отсутствуют данные о том, какие нарушения чаще возникают или обостряются психогенно, какие – вследствие перенесенной инфекции и какое влияние оказывает на психическое состояние вакцинация.

Степень разработанности темы исследования

Имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют об увеличении первичной обращаемости по поводу появления симптомов психических расстройств в период пандемии, но нет достаточных сведений о влиянии пандемии на течение уже диагностированных психических расстройств. Также в литературе нет достаточной информации о клинических особенностях психических расстройств в период пандемии, причин и предикторов их возникновения. Недостаточно дифференцированных данных как о роли самой коронавирусной инфекции SARS- CoV-2, так и сопутствующих пандемии обстоятельств и факторов в возникновении психических расстройств впервые в жизни и влиянии на клинику и течение уже имеющихся психических заболеваний.

Цель исследования

Изучение и анализ клинических особенностей психических нарушений во время пандемии коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 у пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью, и с ранее диагностированными психическими заболеваниями.

Задачи исследования

1. Определить факторы, влияющие на развитие психических заболеваний у пациентов, впервые обратившихся к психиатру в период пандемии COVID-19.

2. Установить факторы, влияющие на ухудшение психического состояния в период пандемии COVID-19 у пациентов с ранее диагностированными психическими заболеваниями.
3. Изучить клинические особенности психических нарушений, возникших в период пандемии COVID-19 у пациентов, впервые обратившихся к психиатру.
4. Изучить клинические особенности психических нарушений, возникших в период пандемии COVID-19 у пациентов с ранее диагностированными психическими заболеваниями.
5. Определить роль COVID-19 в возникновении нарушений у пациентов, впервые обратившихся к психиатру, и с ранее диагностированными психическими заболеваниями.

Научная новизна

Впервые изучены клинические особенности психических нарушений, развившихся впервые в период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Изучены особенности обострений на фоне пандемии уже имеющихся психических заболеваний с учетом перенесенной инфекции, влияния факторов, связанных с пандемией, и проведенной вакцинации.

Изучены факторы, провоцирующие ухудшение психического состояния у больных с ранее диагностированными и впервые развившимися в период пандемии психическими расстройствами. Проведен сравнительный анализ клинических и социо-демографических характеристик у пациентов, перенесших и не перенесших COVID-19. Впервые выявлены различия в психопатологической симптоматике у больных, перенесших и не перенесших коронавирусную инфекцию. Описаны острые психотические состояния, развившиеся после перенесенной инфекции SARS-CoV-2.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты исследования позволили выявить клинические особенности психических расстройств, развившихся в период пандемии COVID-19, а также отличия в клинической картине обострений уже имеющихся психических заболеваний. Установлено, что в период пандемии впервые развивались психические расстройства преимущественно невротического уровня – депрессивные и тревожные расстройства. Выявлено, что на развитие или обострение психических расстройств влияли психогенные факторы, ассоциированные с пандемией COVID-19, или фактор перенесенной коронавирусной инфекции. Полученные данные могут

способствовать оптимизации профилактических мер, направленных на предотвращение развития психических заболеваний в период эпидемий.

Выявлены отличия в клинической картине психических расстройств в группах пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию и без COVID-19. Определение клинических особенностей психических нарушений в зависимости от наличия перенесенной инфекции могут быть использованы для более точной диагностики и подбора адекватной терапии. Результаты исследования могут использоваться в амбулаторной и стационарной психиатрической практике, а также в процессе обучения студентов, клинических ординаторов, врачей-психиатров в системе послевузовского профессионального образования.

Методология и методы исследования

В основу работы положен клинико-психопатологический метод, дополненный данными психометрических шкал (HAM-A, MADRS), позволяющих объективизировать полученные данные. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью StatTech v. 2.8.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Положения, выносимые на защиту

1. Впервые развившиеся в период пандемии COVID-19 психические расстройства наиболее часто были представлены депрессивным эпизодом, генерализованным тревожным расстройством, соматоформным расстройством. Реже причинами обращения к психиатру являлись: смешанное тревожно-депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, эмоционально неустойчивое расстройство личности. У 4-х человек после перенесенного COVID-19 развились острые психотические состояния. Пациенты с установленным до пандемии диагнозом психического заболевания наиболее часто обращались к психиатру в связи с обострением биполярного аффективного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства и шизофрении.
2. Более половины пациентов, переболевших COVID-19, связывали развитие или обострение психического заболевания с перенесенной коронавирусной инфекцией.
3. Психогенные факторы, способствующие развитию или обострению психических расстройств, также преимущественно были представлены объективными обстоятельствами или субъективными переживаниями, ассоциированными с пандемией COVID-19: карантинные мероприятия, информация в СМИ, опасения за здоровье родных, финансовые потери.

4. Фактор перенесенного коронавирусного заболевания влиял на различия в клинической картине психических расстройств, как развившихся впервые, так и обострившихся в период пандемии. Депрессивные и тревожные расстройства, развившиеся или обострившиеся после перенесенного COVID-19, характеризовались более выраженными когнитивными нарушениями, большей тяжестью депрессивной симптоматики. Для тревожных и депрессивных расстройств в группе пациентов, не болевших COVID-19, были характерны выраженные тревожные переживания, вплоть до ажитации, навязчивые мысли о возможном заражении и опасности инфекции, панические атаки, ипохондрические включения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности – 3.1.17. Психиатрия и наркология. Полученные результаты соответствуют области исследования специальности, тема и результаты данной работы соотносятся с 4 пунктом областей исследований специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, а именно клиника, диагностика, терапия расстройств и реабилитация психически больных.

Степень достоверности и апробация результатов

Автором была произведена точная регистрация анамнестических и клинических данных пациентов в полном объеме. Было выполнено сопоставление результатов автора с информацией, полученной в предыдущих исследованиях, как национальных, так и зарубежных, в пределах изучаемой тематики. Методы исследования являются информативными, дизайн исследования соответствует поставленным цели и задачам. Достоверность результатов подтверждается достаточным объемом полученных клинических данных, применением адекватных методов статистического анализа.

Результаты диссертации были представлены на научно-практической конференции «Новые подходы к терапии основных психических расстройств» кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, 26 апреля 2023 г.).

Диссертационная работа была апробирована на заседании кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол №11 от 28 августа 2023 г.

Внедрение результатов исследования в практику

Полученные данные о клинических особенностях психических расстройств, развившихся на фоне пандемии, их факторах риска используются в лечебной работе Клиники психиатрии имени С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет). Теоретические положения применяются в учебно-педагогическом процессе на кафедре психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет).

Личный вклад автора

Вклад автора определяется ее активным участием в различных аспектах исследования. Это включает выбор направления исследования, анализ и суммирование имеющихся данных литературы, постановку целей и задач, а также разработку дизайна исследования. Лично автором проведен отбор пациентов, выполнено клиническое и психопатологическое обследование, а также клинико-катамнестическое исследование. Автор обобщила и проанализировала полученные результаты. Кроме того, автор подготовила основные публикации по теме исследования, что свидетельствует о ее значительном вкладе и погруженности в процесс исследования.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 5 статей в изданиях, индексируемых в международной базе данных Scopus, из них 2 обзора.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 149 страницах и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка сокращений и условных обозначений, указателя использованной литературы, состоящего из 150 источников, из которых – 34 отечественные, 116 – зарубежные. В тексте диссертации представлены 12 таблиц, 39 рисунков, 3 клинические иллюстрации с анализом.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы исследования

Исследование проводилось в период с 2020 по 2022 г. в Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) в условиях амбулаторного и стационарного приема.

В соответствии с поставленными задачами критерии включения больных в исследование были следующими: возраст пациентов 18–65 лет; впервые возникшие в период пандемии COVID19 психические расстройства; обострение психических заболеваний, диагностированных до пандемии. Критериями невключения являлись: наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний; злоупотребление алкоголем и другими ПАВ; тяжелые органические поражения головного мозга; нежелание или неспособность пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; беременность, кормление грудью.

Клиническим и клинико-катамнестическим методами были обследованы 100 больных: 50 пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью (далее первая группа) и 50 пациентов с обострением психического заболевания на фоне пандемии (далее вторая группа). На момент включения в исследование средний возраст первой группы пациентов составил 34,0 [27,0; 43] года, второй — 37,0 [27; 45] лет ($p > 0,05$).

При первом осмотре и далее в динамике состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами. С целью объективизации полученных результатов были использованы психометрические шкалы: для оценки степени тяжести депрессии – шкала Монтгомери – Асберга (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale), выраженности тревоги – шкала HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale).

Все необходимые данные регистрировались в специально разработанной регистрационной карте обследования, в которую включались социально-демографические характеристики больных, диагноз в соответствии с критериями МКБ-10, анамнез жизни и заболевания, изменения состояния на фоне продолжения эпидемии, сведения о наличии в преморбиде изменений в психическом состоянии (для первой группы пациентов), прежних эпизодах обострения (у повторно обращающихся пациентов); психический, соматический и неврологический статусы пациента до начала лечения, данные лабораторных и инструментальных обследований пациентов; данные о перенесенной инфекции, ее тяжести, сведения о вакцинации; клиническая и психометрическая оценка состояния пациента в начале исследования и в динамике на фоне терапии амбулаторно и в отделении.

В начальной стадии исследования проводился сравнительный анализ социально-демографических показателей, возможных факторов риска и причин начала психического расстройства или обострения уже имеющегося психического заболевания.

На втором этапе сравнивались клинико-психопатологические особенности психических нарушений у пациентов обеих групп в целом и в зависимости от перенесенной коронавирусной инфекции.

В обеих группах преобладают пациенты молодого возраста, около половины не состояли в браке, более половины не имели детей. Однако группы пациентов значительно отличались по уровню образования и трудовому статусу: в первой группе было больше пациентов с высшим образованием и работающих на момент обследования в то же время во второй группе 10% пациентов имели инвалидность по психическому заболеванию. Эти различия можно объяснить тем, что психически больные, особенно с хроническими психическими заболеваниями, начавшимися в раннем возрасте, менее адаптированы в социальном плане.

Общая социально-демографическая характеристика выборки представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Социально-демографические показатели

| Показатель | Категории | Первая группа (n = 50) | Вторая группа (n = 50) | Уровень P |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|
| Гендерный состав, n (%) | Женщины | 23 (46,0) | 25 (50,0) | 0.689 |
| | Мужчины | 27 (54,0) | 25 (50,0) | |
| Возраст пациентов на момент включения в исследование, Me (Q1–Q3) | | 34 (27–43) | 37 (27–45) | 0.332 |
| Семейный статус, n (%) | Холостые и незамужние | 26 (52,0) | 23 (46,0) | 0.548 |
| | Состоящие в браке | 21 (42,0) | 19 (38,0) | 0.683 |
| | Разведенные и вдовцы | 3 (6,0) | 8 (16,0) | 0.200 |
| Образование, n (%) | Среднее | 0 (0,0) | 2 (4,0) | 0.154 |
| | Среднее профессиональное* | 4 (8,0) | 14 (28,0) | 0.010 (<0,05) |
| | Высшее* | 41 (82,0) | 26 (52,0) | 0.002 (<0,05) |
| | Студенты | 5 (10,0) | 8 (16,0) | 0.373 |

Продолжение таблицы 1

| | | | | |
|-------------------------------|---------------|-----------|-----------|----------------------|
| Трудовой статус, <i>n</i> (%) | Не работающие | 10 (20,0) | 15 (30,0) | 0.249 |
| | Работающие* | 36 (72,0) | 20 (40,0) | 0.002 ($<0,05$) |
| | Студенты | 3 (6,0) | 5 (10,0) | 0.461 |
| | Пенсионеры | 1 (2,0) | 5 (10,0) | 0.093 |
| | Инвалиды* | 0 (0,0) | 5 (10,0) | 0.022 ($<0,05$) |
| * $p < 0,05$. | | | | |

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительный анализ клинико-анамнестических характеристик (таблица 2) показал, что группы статистически значимо отличаются по наличию психических расстройств в семейном анамнезе. Наследственная отягощенность была более выражена во второй группе пациентов (54% против 32% – $p = 0,027$), преимущественно за счет шизофрении.

В структуре преморбидных личностных особенностей у обследованных встречались демонстративные, психастенические, сенситивные, циклотимные и шизоидные черты. В 1-й группе пациентов обращает на себя внимание значительное превосходство психастенического преморбида, во 2-й группе значимо больше демонстративных черт, хотя внутри самой группы демонстративных меньше, чем психастенических, циклотимных и шизоидных.

Таблица 2 – Наследственность и преморбид в первой и второй группе пациентов

| Показатель | Категории | Первая группа (<i>n</i> =50) | Вторая группа (<i>n</i> =50) | Уровень <i>P</i> |
|------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------|
| Наследственность | Отягощена* | 16 (32,0) | 27 (54,0) | 0.027 |
| | Аддиктивные р-ва | 10 (20,0) | 11 (22,0) | 0.807 |
| | Шизофрения* | 0 (0,0) | 11 (22,0) | <0.001 |
| | Аффективные | 4 (8,0) | 3 (6,0) | 0.696 |
| | Обсессивно-фобические | 2 (4,0) | 2 (4,0) | 1.000 |
| Преморбид | Демонстративный* | 2 (4,0) | 8 (16,0) | 0.046 |
| | Психастенический* | 27 (54,0) | 14 (28,0) | 0.009 |
| | Сенситивный | 7 (14,0) | 6 (12,0) | 0.767 |
| | Циклотимный | 8 (16,0) | 11 (22,0) | 0.445 |
| | Шизоидный | 6 (12,0) | 11 (22,0) | 0.184 |
| * $p < 0,05$ | | | | |

Влияние психогенных факторов на развитие психических расстройств

Влияние психогенных факторов, способствующих возникновению психических расстройств в период пандемии, показало их различную роль в первой и второй группах пациентов (таблица 3).

Таблица 3 – Психогенные факторы, связанные с эпидемией, влияющие на развитие психических нарушений

| Показатель | Первая группа (n=50) | Вторая группа (n=50) | Уровень <i>p</i> |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| СМИ, <i>n</i> (%)* | 31 (62,0) | 16 (32,0) | 0.003 |
| Экономические изменения, <i>n</i> (%) | 39 (78,0) | 34 (68,0) | 0.934 |
| Карантин, <i>n</i> (%)* | 38 (76,0) | 24 (48,0) | 0.004 |
| COVID у родных, <i>n</i> (%) | 12 (24,0) | 13 (26,0) | 0.818 |
| Группа риска (больной), <i>n</i> (%) | 10 (20,0) | 14 (28,0) | 0.349 |
| Группа риска (родные), <i>n</i> (%)* | 17 (34,0) | 27 (54,0) | 0.044 |
| * <i>p</i> < 0,05. | | | |

В первой группе обследуемых значимо больше пациентов (62%) ощутили воздействие СМИ на свое состояние, в то время как во второй группе этот показатель составил всего лишь 32% (ОШ = 0,288; 95% ДИ: 0,127 – 0,658, *p* < 0,05). Влияние карантина и связанных с ним обстоятельств на свое психическое состояние также в большей степени отметили пациенты из 1-й группы: 76% по сравнению с 48% пациентов 2-й группы (ОШ = 0,291; 95% ДИ: 0,124 – 0,685, *p* < 0,05). Нахождение в группе повышенного риска заражения коронавирусной инфекцией близких родственников значимо больше волновало пациентов второй группы: 54% пациентов во второй группе против 34% пациентов в первой (95% ДИ: 1,017 – 5,108, *p* < 0,05). Пациенты обеих групп указывали на ухудшение психического состояния из-за экономических проблем (ОШ 0,599; 95% ДИ 0,245 – 1,467).

Влияние перенесенной инфекции на развитие психических расстройств

При исследовании непосредственного влияния вируса и вакцинации на состояние исследуемых пациентов было установлено, что на момент обращения большинство пациентов перенесли коронавирусную инфекцию, преимущественно в легкой форме (60% пациентов – в первой группе и 38% – во второй, 95% ДИ: 1,038 – 2,348). При этом во второй группе значимо выше процент не болевших – 46% против 20% первой группы (95% ДИ: 0,292 – 0,883, *p* <

0,05). У значительной части пациентов (46% – в первой группе, 36% – во второй, 95% ДИ: 0,830 – 1,805) психическое состояние ухудшалось в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией. Количество привившихся в группе психически больных было меньше в 1,6 раза по сравнению с впервые обратившимися, что является статистически значимым показателем (ОШ = 0,341; 95% ДИ: 0,150 – 0,772, $p < 0,05$). После вакцинации психическое состояние улучшилось лишь у 18% пациентов второй группы и у 28% – первой. Данные показатели статистически значимо не отличались (ОШ = 0,564; 95% ДИ: 0,218 – 1,459, $p < 0,05$).

Соотношение диагнозов и причинных факторов в группах пациентов

Спектр психических расстройств в первой и второй группе значительно различался. Среди впервые заболевших наиболее частыми диагнозами были депрессивный эпизод (36%) и генерализованное тревожное расстройство (26%), также отмечались соматоформные расстройства (12%), Тревожно-депрессивное расстройство (10%) (таблица 4). Большинство пациентов переболели коронавирусной инфекцией, однако ухудшение своего психического состояния пациенты связывали не только с перенесенной инфекцией, но и с воздействием психогенных факторов, связанных с эпидемией.

Таблица 4 – Психогенные факторы, связанные с эпидемией, влияющие на развитие психических нарушений

| Диагноз | Влияние психогенных факторов | Последствия перенесенной инфекции | Сочетание факторов |
|---|------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство, <i>n</i> (%) | 0 (0,0) | 4 (16,7) | 0 (0,0) |
| F32.1 Депрессивный эпизод, <i>n</i> (%) | 4 (21,1) | 13 (54,2) | 1 (14,3) |
| F41.1 ГТР, <i>n</i> (%) | 7 (36,8) | 3 (12,5) | 3 (42,9) |
| F41.2 СТДР, <i>n</i> (%) | 0 (0,0) | 2 (8,3) | 3 (42,9) |
| F42.0 ОКР, <i>n</i> (%) | 2 (10,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| F45.0 Соматоформное расстройство, <i>n</i> (%) | 4 (21) | 2 (8,3) | 0 (0,0) |
| F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i> (%) | 2 (10,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Итого | 19 (100) | 24 (100) | 7(100) |

В результате воздействия психогенных факторов чаще возникали тревожные (36,8%) и депрессивные (21,1%) расстройства. После перенесенной коронавирусной инфекции на первом месте отмечались депрессивные расстройства (54,2%), затем – острые психотические состояния (16,7%). Более половины случаев депрессии (72,2%) развивались в результате перенесенной инфекции.

Также был проведен многофакторный анализ влияния перенесенной инфекции и психогенных факторов на состояние пациентов. Путем оценки влияния факторов путем построения ROC-кривых были получены следующие результаты. Статистически значимые зависимости от психогенных факторов наблюдались в случае генерализованного тревожного расстройства; от перенесенной инфекции – острого психотического расстройства, депрессивного эпизода. От сочетания факторов значимо зависела постановка диагноза смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

У пациентов второй группы имело место обострение уже имеющегося психического заболевания на фоне эпидемии, причиной которого в большинстве случаев был COVID-19 или сочетание инфекции и психогенных факторов. Наиболее частыми диагнозами были биполярное аффективное расстройство (БАР – 24%), рекуррентное депрессивное расстройство (РДР – 20%) и шизофрения (20%). При этом все больные БАР и большинство пациентов с РДР перенесли COVID-19, но ни один больной ГТР и ОКР не болел коронавирусной инфекцией. Во второй группе также были выявлены корреляции между причинными факторами ухудшения состояния и диагнозами (таблица 5).

Таблица 5 – Диагнозы и этиологические факторы во второй группе пациентов

| Диагноз | Влияние психогенных факторов | Последствия перенесенной инфекции | Сочетание факторов |
|--|------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| F 21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, <i>n</i> (%) | 2 (10,5) | 2 (10,5) | 2 (16,7) |
| F20.0 Параноидная шизофрения, <i>n</i> (%) | 0 (0,0) | 2 (10,5) | 2 (16,7) |
| F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод, <i>n</i> (%) | 2 (10,5) | 7 (36,8) | 1 (8,3) |
| F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера, <i>n</i> (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (16,7) |
| F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, <i>n</i> (%) | 1 (5,3) | 6 (31,6) | 3 (25,0) |
| F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, <i>n</i> (%) | 5 (26,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| F41.2 Смешанное тревожное и депрессивноерасстройство, <i>n</i> (%) | 3 (15,8) | 1 (5,3) | 0 (0,0) |
| F42.0, Обсессивно-компульсивное расстройство, <i>n</i> (%) | 1 (5,3) | 0 (0,0) | 1 (8,3) |
| F45.0 Соматоформные расстройства, <i>n</i> (%) | 3 (15,8) | 1 (5,3) | 0 (0,0) |
| F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i> (%) | 2 (10,5) | 0 (0,0) | 1 (8,3) |
| Итого | 19 (100) | 19 (100) | 12 (100) |

Также был проведен многофакторный анализ влияния перенесенной инфекции и психогенных факторов на состояние пациентов. Статистически значимые зависимости от психогенных факторов наблюдались в случае генерализованного тревожного расстройства, от перенесенной инфекции – биполярного аффективного расстройства, депрессивного эпизода. От сочетания факторов значимо зависела постановка диагноза биполярного аффективного расстройства, эпизода смешанного характера.

Клинические особенности психических нарушений у пациентов, перенесших и не перенесших инфекцию COVID-19

Оценка клинической картины заболеваний у пациентов, перенесших и не перенесших инфекцию, выявила целый ряд психических нарушений, связанных с SARS-CoV-2.

Так в первой группе пациентов у 4 человек впервые было диагностировано острое бредовое психотическое расстройство. Во всех случаях симптомы расстройства проявлялись в среднем спустя 2 недели после перенесенной инфекции. Все пациенты были молодого возраста (29–38 лет), трое мужчин и одна женщина. В 3 случаях тематика бредовых переживаний была связана с инфекцией. В одном случае инфекция являлась триггером в манифестации психического расстройства, фабула бреда которого не была обусловлена эпидемией. В трех других случаях бред формировался по реактивному механизму и содержание бредовых переживаний было связано с заболеванием и эпидемической обстановкой. Все пациенты проходили лечение в психиатрическом стационаре от 10 дней до месяца. У первых трех больных наступило выздоровление, а у пациента с бредом преследования через 3 месяца возник рецидив.

Анализ клинических проявлений депрессивных расстройств у пациентов показал определенные различия в психопатологической симптоматике в зависимости от перенесенной коронавирусной инфекции (таблица 6).

Таблица 6 – Клинические особенности депрессивных расстройств у перенесших и не перенесших инфекцию пациентов.

| Заболевания Симптомы | F32.1 ДЭ средней степени (N = 18) | | F31.3 БАР, депр. эпизод | F33.1 РДР (N = 10) | | Итого (N = 40) | |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| | Был COVID N = 15, N (%) | Нет COVID N = 3, N (%) | Был COVID N = 12, N (%) | Был COVID N = 8, N (%) | Нет COVID N = 2, N (%) | Был COVID N = 35, N (%) | Нет COVID N = 5, N (%) |
| Снижение настроения | 15 (100,0) | 3 (100,0) | 12 (100,0) | 8 (100,0) | 2 (100,0) | 35 (100,0) | 5 (100,0) |
| Ангедония | 12 (80,0) | 3 (100,0) | 11 (91,6) | 7 (87,5) | 2 (100,0) | 30 (85,7)* | 5 (100,)* |
| Идеаторная заторможен-ть | 13 (86,6) | 2 (66,6) | 9 (75,0) | 7 (87,5) | 0 | 29 (82,8) | 2 (40,0) |
| Моторная заторможен-ть | 8 (53,3) | 1 (33,3) | 9 (75,0) | 6 (75,0)* | 0* | 23 (65,7)* | 1 (20,0)* |
| Идеи самообвинения | 3 (20,0) | 2 (66,6) | 3 (25,0) | 4 (50,0) | 1 (50,0) | 10 (28,5) | 3 (60,0) |
| Нарушения сна | 11 (73,3) | 2 (66,6) | 11 (91,6) | 6 (75,0) | 2 (100,0) | 28 (80,0) | 4 (80,0) |
| • трудность засыпания | 6 (40,0) | 1 (33,3) | 6 (50,0) | 6 (75,0) | 1 (50,0) | 18 (51,4) | 2 (40,0) |
| • ранние пробуждения | 5 (33,3)* | 0* | 0 (0) | 6 (75,0) | 2 (100,0) | 11 (31,4) | 2 (40,0) |
| • частые пробуждения | 2 (13,3) | 1 (33,3) | 2 (16,6) | 2 (25,0) | 0 | 6 (17,1) | 1 (20,0) |
| • отсутствие чувства сна | 4 (26,6)* | 0* | 2 (16,6) | 4 (50,0)* | 0* | 10 (28,5)* | 0* |
| • гиперсомния | 3 (20,0) | 0 | 9 (75,0) | 1 (12,5) | 0 | 13 (37,1)* | 0* |
| Нарушение аппетита | 12 (80,0) | 2 (66,6) | 9 (75,0) | 6 (75,0) | 2 (100,0) | 27 (77,1) | 4 (80,0) |
| • снижение аппетита | 1 (6,6) | 0 | 0 | 6 (75,0) | 1 (50,0) | 7 (20,0) | 1 (20,0) |
| • повышение аппетита | 11 (73,3) | 2 (66,6) | 9 (75,0) | 0 | 1 (50,0) | 21 (60,0) | 3 (60,0) |

Продолжение таблицы 6

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|---------------|----------|-----------|---------------|------------|---------------|
| Раздражит-ть | 7 (46,6)* | 3 (100,0)* | 8 (66,6) | 2 (25,0)* | 2 (100,0)* | 17 (48,5)* | 5 (100,0)* |
| Апатия | 14 (93,3)* | 0 * | 8 (66,6) | 7 (87,5)* | 0* | 31 (88,5)* | 0* |
| Утомляемость | 12 (80,0)* | 0* | 7 (58,3) | 7 (87,5) | 1 (50,0) | 26 (74,2)* | 1 (20,0)* |
| Тревога | 5 (33,3)* | 3 (100,0)* | 2 (16,6) | 1 (12,5)* | 2 (100,0)* | 8 (22,8)* | 5 (100,0)* |
| Плаксивость | 10 (66,6) | 1 (33,3) | 8 (66,6) | 5 (62,5)* | 0* | 23 (65,7)* | 1 (20,0)* |
| Панические атаки | 2 (13,3) | 1 (33,3) | 2 (16,6) | 0 | 0 | 4 (11,4) | 1 (20,0) |
| Суточные колебания настроения | 9 (60,0) | 2 (66,6) | 6 (50,0) | 2 (25,0)* | 2 (100,0)* | 17 (48,5) | 4 (80,0) |
| Ипохондр. включения | 6 (40,0) | 2 (66,6) | 2 (16,6) | 1 (12,5)* | 2 (100,0)* | 9 (25,7)* | 4 (80,0)* |
| Соматические жалобы | 2 (13,3) | 2 (66,6) | 4 (33,3) | 0* | 2 (100,0)* | 8 (22,8)* | 4 (80,0)* |
| Когнитивные нарушения | 10 (66,6)* | 0* | 8 (66,6) | 5 (62,5)* | 0* | 23 (65,7)* | 0* |
| * $p < 0,05$. | | | | | | | |

Оценка на шкале депрессии MADRS в группе пациентов с впервые возникшим депрессивным эпизодом составила в среднем 27 [25,0 – 29,0] баллов, что соответствует депрессивному эпизоду средней степени тяжести. В то же время, на шкале тревоги Гамильтона балл был ниже, чем в других группах – 13 [11,0 – 16,0] баллов. Клиническая картина депрессии отличалась выраженной заторможенностью, ранними пробуждениями, отсутствием чувства сна, сонливостью в дневные часы, апатией, утомляемостью и когнитивными жалобами. Анализ состояния пациентов, не болевших COVID-19, показал, что структура депрессивного эпизода у них имела отличительные особенности в виде тревоги, раздражительности, соматических жалоб. Оценка тяжести депрессии по шкале MADRS составляла 26 [23,0 – 29,0] баллов, а по шкале тревоги – 18 [15,0 – 23,0] баллов.

Во второй группе пациентов с БАП было отмечено, что депрессивный эпизод часто возникал в связи с перенесенным COVID-19. Оценка тяжести депрессии по шкале MADRS в среднем составляла 25 [23,0 – 27,0] баллов, что указывает на среднюю степень выраженности депрессивного эпизода. Психопатологическая симптоматика характеризовалась наряду с идеаторной и моторной заторможенностью, ангедонией, нарушениями сна атипичными проявлениями в виде сонливости в дневные часы, повышения аппетита, утомляемости и когнитивных нарушений. Тревожные симптомы также были средней степени тяжести и оценивались по шкале Гамильтона в среднем на 17 [7,0 – 20,0] баллов.

Большинство пациентов с РДР отмечали связь между текущим депрессивным эпизодом и предшествующей инфекцией. Депрессия чаще всего возникала в течение двух недель после заболевания и отличалась более тяжелым течением по сравнению с предыдущими эпизодами. Показатели на шкале депрессии MADRS были самыми высокими и составляли 32 [28,0 – 35,0] балла, что указывает на наличие большого депрессивного эпизода. По шкале тревоги баллы составляли 18 [16,0 – 20,0], что указывает на среднюю степень выраженности тревожных симптомов. Клинически была выражена заторможенность, нарушения сна с отсутствием чувства сна, апатия, утомляемость, плаксивость, когнитивные нарушения. Среди пациентов с РДР, которые не перенесли инфекцию, многие связывали ухудшение своего состояния с мерами самоизоляции. Оценка тяжести депрессии по шкале MADRS составляла в среднем 28 [25,0 – 31,0] баллов, а по шкале тревоги – 21 [16,0 – 26,0] балл. Клинически депрессия отличалась наличием тревоги, раздражительности, соматических жалоб и ипохондрических включений.

При сравнении симптомов тревожных расстройств у пациентов с наличием и отсутствием инфекции в анамнезе также были установлены определенные различия (таблица 7).

Таблица 7 – Клинические особенности тревожных расстройств у перенесших и не перенесших инфекцию пациентов

| Заболевания Симптомы | F41.1 ГТР (N = 18) | | F41.2 СТДР (N = 9) | | F45.0 СР (N = 10) | | Итого (включая ОКР)(N = 41) | |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| | Был COVID N = 6, N (%) | Нет COVID N = 12, N (%) | Был COVID N = 3, N (%) | Нет COVID N = 6, N (%) | Был COVID N = 3, N (%) | Нет COVID N = 7, N (%) | Был COVID N = 14, N (%) | Нет COVID N = 27, N (%) |
| Тревога | 6 (100,0) | 12 (100,0) | 3 (100,0) | 6 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 14 (100,0) | 27 (100,0) |
| Ажитация | 2 (33,3)* | 11 (91,6)* | 1 (33,3) | 6 (100,0) | 0* | 5 (71,4)* | 4 (28,5)* | 22 (81,4)* |
| Нарушения сна | 4 (66,6) | 8 (66,6) | 2 (66,6) | 3 (50,0) | 1 (33,3) | 5 (71,4) | 9 (64,2) | 16 (59,2) |
| • трудность засыпания | 3 (50,0) | 6 (50,0) | 1 (33,3) | 2 (33,3) | 1 (33,3) | 3 (42,8) | 5 (35,7) | 11 (40,7) |
| • ранние пробуждения | 0* | 5 (41,6)* | 1 (33,3) | 2 (33,3) | 1 (33,3) | 1 (14,2) | 2 (14,2) | 8 (29,6) |
| • частые пробуждения | 1 (16,6)* | 8 (66,6)* | 0 | 2 (33,3) | 0* | 4 (57,1)* | 2 (14,4)* | 14 (51,8)* |
| • отсутствие чувства сна | 1 (16,6) | 2 (16,6) | 2 (66,6) | 1 (16,6) | 1 (33,3) | 3 (42,8) | 5 (35,7) | 6 (22,2) |

Продолжение таблицы 7

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|-------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------------------|--------------|---------------|
| Нарушение аппетита | 3 (50,0) | 11 (91,6) | 1 (66,6) | 4 (66,6) | 1 (33,3) | 6 (85,7) | 6 (42,8)* | 23 (85,1)* |
| • Снижение аппетита | 1 (16,6) | 1 (8,3) 10 (83,3) | 1 (66,6) | 0 | 1 (33,3) | 1 (14,2) 5 (71,4)* | 2 (14,2) | 3 (11,1) |
| • Повышение аппетита | 2 (33,3) | | 0 | 4 (66,6) | 0* | | 7 (50,0) | 20 (74,1) |
| Раздражит-ть | 2 (33,3)* | 11 (91,6)* | 0* | 6 (100,0)* | 0 | 3 (42,8) | 3 (21,4)* | 21 (77,7)* |
| Навязчивые мысли | 3(50,0) | 8 (66,6) | 3 (100,0) | 5 (83,3) | 3 (100,0) | 5 (71,4) | 11 (78,5) | 20 (74,1) |
| Навязчивые действия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 (14,2) | 2 (7,4) |
| Панические атаки | 4 (66,6) | 9 (75,0) | 2 (66,6) | 4 (66,6) | 2 (33,3) | 4 (57,1) | 9 (64,2) | 15 (55,5) |
| Ипохондрич-кие включения | 3(50,0) | 8 (66,6) | 2 (66,6) | 3 (50,0) | 3 (100,0) | 6 (85,7) | 10 (71,4) | 19 (70,3) |
| Соматические жалобы | 2 (33,3) | 7 (58,3) | 0* | 5 (83,3)* | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 5 (35,7)* | 19 (70,3)* |
| Когнитивные нарушения | 4 (66,6)* | 0* | 1 (33,3) | 0 | 0 | 0 | 6 (42,8)* | 0* |
| * $p < 0,05$. | | | | | | | | |

У пациентов с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), которые перенесли инфекцию, помимо тревожных симптомов, панических атак и соматических жалоб, также отмечались жалобы на нарушения памяти и трудности сосредоточить внимание. Выраженность тревоги оценивалась в среднем в 27 [19,0 – 35,0] баллов, а депрессии – 20 [15,0 – 26,0] баллов. Среди пациентов, не перенесших COVID-19, было замечено более высокое проявление тревожности в структуре генерализованного тревожного расстройства. По шкале депрессии MADRS среднее значение было относительно низким (19 [17,0 – 23,0] баллов), что указывает на отсутствие клинически значимого депрессивного эпизода. Однако, тяжесть тревоги, измеренная по шкале Гамильтона, была немного выше, чем у первой группы пациентов, составляя 28 [26,0 – 30,0] баллов. В клинической картине тревога сопровождалась ажитацией, наблюдался поверхностный ночной сон с частыми пробуждениями, повышение аппетита, раздражительность, панические атаки и соматические жалобы.

В случае смешанного тревожного и депрессивного расстройства (СТДР) у пациентов, перенесших инфекцию, наблюдалась особая клиническая картина, отличающаяся от

типичных проявлений у данных пациентов и характеризующаяся выраженной тревогой, снижением аппетита, отсутствием чувства сна, навязчивыми мыслями о тяжелых последствиях перенесенного COVID-19, соматическими жалобами и присоединением когнитивных нарушений. По шкале депрессии MADRS, средняя тяжесть депрессии составляла 20 [17,0 – 23,0] баллов, что указывает на отсутствие клинически значимого депрессивного эпизода у большинства пациентов. Однако, по шкале тревоги Гамильтона, симптомы тревожного расстройства были умеренно выражены и оценивались в 26 [22,0 – 30,0] баллов.

В случаях СТДР у пациентов без перенесенной инфекции в анамнезе, была отмечена высокая степень тревоги с раздражительностью, навязчивыми страхами заражения, соматическими жалобами. По шкале MADRS, у большинства пациентов не наблюдалось клинически значимых признаков депрессивного эпизода, тяжесть депрессии составляла 18 [16,0 – 22,0] баллов. По шкале тревоги Гамильтона, симптомы тревожного расстройства были средне выраженными и составляли 27 [22,0 – 31,0] баллов.

При соматоформных расстройствах, возникших в результате перенесенного COVID-19 в легкой форме, пациенты выражали глубокие опасения относительно возможных осложнений и развития постковидного синдрома, что неизбежно приводило к чрезмерной заботе о своем здоровье. Среди пациентов, которые не перенесли инфекцию, наблюдались симптомы ипохондрического синдрома, которые сопровождались настойчивыми мыслями о наличии заболевания, возникающей тревогой и сложностью отвлечься от них.

У двух пациентов, которые перенесли COVID-19 в легкой форме, было обнаружено обсессивно-компульсивное расстройство. Они испытывали навязчивый страх заражения и неустанно соблюдали меры индивидуальной защиты, такие как постоянное мытье рук, обработка поверхностей дезинфицирующими средствами и ношение средств индивидуальной защиты.

У двух других пациентов обострение обсессивно-компульсивного расстройства произошло на фоне пандемии COVID-19. Они отметили появление новых симптомов: навязчивых мыслей о заражении, необоснованного и утрированного использования средств индивидуальной защиты и требования соблюдения этих мер от своих близких.

При неврозоподобной психозфрении у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, наблюдались новые ипохондрические идеи, связанные с возможными осложнениями заболевания. У пациентов, страдающих психозфренией, но не перенесших COVID-19, психогенные факторы, связанные с эпидемией, привели к обострению навязчивых мыслей, ипохондрических переживаний, увеличению ритуалов и аутизации, страху заражения.

ВЫВОДЫ

1. В период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 у впервые обратившихся к психиатру пациентов наиболее часто диагностировали депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, соматоформное расстройство. Наиболее частыми причинами обращения к психиатру пациентов с уже имеющимися психическими заболеваниями были обострения в рамках биполярного аффективного расстройства (депрессивная фаза, смешанное состояние), рекуррентного депрессивного расстройства и шизофрении.

1.1. Пациенты с впервые развившимися в период пандемии психическими расстройствами в отличие от пациентов, уже имевших психиатрический диагноз, статистически значимо чаще имели высшее образование, были трудоустроены и не имели инвалидности.

2. Факторы, способствующие развитию или обострению психических нарушений в период пандемии, можно разделить на психогенные и ассоциированные с заболеванием COVID-19.

2.1. К психогенным факторам, обусловленным пандемией, относятся: влияние средств массовой информации, экономические изменения, социальная изоляция, ограничительные меры и карантин, а также наличие инфекции SARS COV-2 и отягчающих факторов риска у родных. Впервые заболевшие чаще реагировали на информацию в СМИ, карантин, изоляцию, а пациенты с имеющимися психическими заболеваниями чаще испытывали страх и переживания за родных и их здоровье, опасаясь остаться без покровительства. Экономические потрясения повлияли на обе группы примерно в равной степени.

3. Пациенты с впервые развившимися психическими расстройствами по сравнению с пациентами с уже имеющимися психическими заболеваниями на момент обращения к психиатру значимо чаще имели в анамнезе факт перенесенного COVID-19. При этом значительная часть пациентов (60% от перенесших COVID-19 в первой группе и 70% во второй) связывали ухудшение психического состояния с перенесенной коронавирусной инфекцией.

4. Соотношение диагнозов и факторов, оказавших влияние на возникновение или обострение психического расстройства, различалось в исследуемых группах пациентов.

4.1. У пациентов, впервые обратившихся к психиатру, под действием психогенных факторов чаще возникало генерализованное тревожное расстройство, в результате перенесенной коронавирусной инфекции – депрессивный эпизод и острое психотическое расстройство, при сочетании факторов – смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

4.2. В группе пациентов, имевших ранее диагноз психического расстройства, обострение заболевания под влиянием психогенных факторов наблюдалось при генерализованном

тревожном расстройстве, после перенесенной инфекции – при биполярном аффективном расстройстве (текущий депрессивный эпизод), рекуррентном депрессивном расстройстве. При воздействии сочетания факторов возникал эпизод смешанного характера у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

5. Клиническая картина психических расстройств, развившихся или обострившихся на фоне пандемии, отличалась в зависимости от факта перенесенного COVID-19:

5.1. У большинства пациентов, перенесших инфекцию, отмечались когнитивные нарушения: нарушение запоминания, снижение концентрации внимания и понимания, выпадение из памяти отдельных слов.

5.2. Депрессивные расстройства в группе пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, характеризовались моторной и идеаторной заторможенностью, апатией, плаксивостью, когнитивными нарушениями. В группе пациентов, не болевших COVID-19, выраженность депрессивных переживаний была преимущественно легкая, более характерны были жалобы на тревогу, раздражительность, панические атаки, ипохондрические включения.

5.3. Тревожные расстройства у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, характеризовались наличием раздражительности, соматических жалоб, нарушений сна и аппетита, панических атак, когнитивных нарушений. Для тревожных состояний у пациентов, не перенесших COVID-19, характерны были симптомы ажитации, ипохондрические включения, навязчивые мысли о возможном заражении и опасности инфекции.

5.4. У 4 больных, впервые обратившихся за психиатрической помощью через 2 недели после перенесенной коронавирусной инфекции, были диагностированы острые бредовые расстройства. В 3 случаях тематика бредовых переживаний была связана с инфекцией и эпидемической обстановкой, бред формировался по реактивному механизму; в одном случае был выявлен бред преследования, спровоцированный перенесенной инфекцией SARS-CoV-2. В последнем случае инфекция являлась триггером в манифестации психического расстройства, фабула бреда которого не была обусловлена пандемией.

5.5. Обострения шизофрении у пациентов, не болевших COVID-19, характеризовались усилением навязчивых страхов заражения коронавирусной инфекцией, ритуалов, ипохондрических переживаний и аутизации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая риск развития депрессивных и тревожных расстройств, психотических состояний после перенесенного COVID-19, переболевшим пациентам следует проводить

оценку и катamnестическое наблюдение за психическим состоянием для своевременного выявления и предупреждения развития психических расстройств.

2. У пациентов с текущими психическими заболеваниями психогенные факторы и перенесенное инфекционное заболевание могут провоцировать обострение, что требует повышенного внимания данному контингенту пациентов, регулярного наблюдения врачом-психиатром с целью как можно более раннего распознавания начинающегося обострения.

3. При диагностике и оценке тяжести психических расстройств, ассоциированных с COVID-19, необходимо учитывать влияние инфекционного заболевания на психопатологическую структуру психического заболевания. Пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию, чаще жалуются на когнитивные нарушения, у них выше тяжесть депрессии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Высокова В.О.** Обсессивно-компульсивное расстройство в период пандемии sARS-CoV-2 (клиническое наблюдение) / Н. А. Тювина, Т. Н. Максимова, С. В. Прохорова, В. О. Высокова // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2021. – Т. 13, No 5. – С. 134– 139. [Scopus].

2. **Высокова В.О.** Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: причины и предрасполагающие факторы / Н. А. Тювина, В. О. Высокова, Е. Н. Ефремова, О. В. Лавриненко // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2022. – Т. 14. – No 6. – С. 33–39. [Scopus].

3. **Высокова В.О.** Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: клинические особенности / В. О. Высокова, Н. А. Тювина, Т. Н. Максимова, С. В. Прохорова // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2023. – Т. 15. – No 3. – С. 60–67. [Scopus].

4. **Высокова В.О.** Клинические особенности психических нарушений в период эпидемии новой коронавирусной инфекции / В. О. Высокова, Н. А. Тювина // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы всероссийской научно-практической конференции, Чита, 10–11 июня 2021 года. – Чита, 2021. – С. 33–35.

5. **Высокова В.О.** Причины и предикторы психических нарушений в период пандемии COVID-19 / Н. А. Тювина, В. О. Высокова, Т. Н. Максимова, С. В. Прохорова // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2021. – Т. 13. – No 6. – С. 85–90. [Scopus].

6. **Высокова В.О.** Клинические особенности психических нарушений в период пандемии новой коронавирусной инфекции / Н. А. Тювина, В. О. Высокова, Е. Н. Ефремова, О. В. Лавриненко // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2022. – Т. 14. – No 4. – С. 75– 81. [Scopus].

7. **Высокова В.О.** Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 /В. О. Высокова, Е. Н. Ефремова //Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и медицинской психологии : Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора А.В. Погосова (с использованием дистанционных технологий), Курск, 16–17 мая 2022 года/ под ред. В. А. Липатова. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022.–С. 61–65.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БАР – биполярное аффективное расстройство.

ГТР – генерализованное тревожное расстройство.

ДЭ – депрессивный эпизод.

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство.

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция.

ПАВ – психоактивные вещества.

ПРЛ – пограничное расстройство личности.

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство.

РДР – рекуррентное депрессивное расстройство.

СР – соматоформное расстройство

ЭЭГ – электроэнцефалография (электроэнцефалограмма).

MADRS (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale) – шкала Монтгомери – Асберга для оценки депрессии.

HARS/Ham-A (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS/Ham-A) - Шкала Гамильтона для оценки тревоги - клиническая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств.