

Н. А. КОСЕНКО¹, Б. Д. ЦЫГАНКОВ², В. Г. КОСЕНКО¹,
М. И. АГЕЕВ¹, Г. Т. КРАСИЛЬНИКОВ¹, Е. Ф. ЧЕБАГИНА¹

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ

¹Кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ГБОУ ВПО МГМСУ Минздрава России,
Россия, г. Москва, ул. 8 Марта, 1. E-mail: natakos73@mail.ru

В настоящей статье представлен литературный обзор сложной современной клинической проблемы психических нарушений при эндокринопатиях. После введения в тему описываются краткая история развития психоэндокринологии и предполагаемые механизмы патогенеза развития психических расстройств, обусловленных эндокринными дисфункциями. Излагаются основные клинические формы этих психических расстройств, а также анализируются закономерности их клинической динамики. Отмечаются особенности клинических проявлений, обусловленных как неспецифическим воздействием эндокринных дисфункций, так и специфическими особенностями, для каждой отдельной эндокринопатии. В заключение дается описание комплексного подхода для терапии и реабилитации больных с данными формами патологии. С учетом распространенности эндокринопатий и частых их сочетаний с психическими расстройствами информация по этой проблеме профессионально необходима для врачей всех специальностей.

Ключевые слова: психонейроэндокринная регуляция, эндокринопатии, психоэндокринный синдром, психические нарушения.

N. A. KOSENKO¹, B. D. TSYGANKOV², V. G. KOSENKO¹,
M. I. AGEEV¹, G. T. KRASIL'NIKOV¹, E. F. CHEBAGINA¹

MENTAL DISORDERS IN ENDOCRINOPATHIES

¹Department of psychiatry, faculty of training and retraining of primary
state educational institution of higher education Kuban state medical university Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street; 4;

²department of psychiatry, addiction and psychotherapy Moscow state university
of medicine and dentistry Russian Ministry of health,
Russia, Moscow, 8 Marta street; 1. E-mail: natakos73@mail.ru

This article presents a literature review of today's challenging clinical problem of mental disorders in endocrinopathy. After an introduction to the topic describes a brief history of the development of psychoendocrinology and putative mechanisms of the pathogenesis of mental disorders caused by endocrine dysfunction. Outlines the main clinical forms of mental disorders, as well as analyzes the patterns of their clinical dynamics. Marked clinical manifestations caused by a non-specific impact of endocrine dysfunction, as well as the specific features of each individual endocrinopathy. In conclusion, describes an integrated approach for the treatment and rehabilitation of patients with these forms of pathology. Given the prevalence of endocrinopathies and frequent combinations thereof with mental disorders information on this issue is needed for professional doctors of all specialties.

Key words: psihoneyroendokrinnaya regulation, endocrinopathy psihoendokrinnny syndrome, mental disorders.

Введение

Эндокринные заболевания являются достаточно распространенной формой патологии, что объясняется как накоплением современного экологического неблагополучия, так и наследственной отягощенностью [10]. Нарушения деятельности эндокринных желез могут вызвать все известные в патологии факторы: социальные, информационные, психогенные, биологические, химические и физические, причем они оказывают

на эндокринные структуры как прямое, так и опосредованное повреждающее действие:

– нервно-психические, особенно сильные и длительно действующие личностно значимые, имеющие отрицательное биологическое значение дистресс-факторы;

– механическая, токсическая, инфекционная и ионизирующая травматизация различных структур головного мозга, лимбических структур, ретикулярной формации ствола мозга, таламуса, коры

больших полушарий, но, особенно, гипоталамуса, гипофиза и периферических эндокринных желез;
– нехватка в пище и в воде субстратов, необходимых для синтеза гормонов.

Согласно современным представлениям в железах внутренней секреции выделяют центральное звено эндокринной системы (эпителиальный гипоталамус, гипофиз) и его периферическое звено, представленное железами, зависимыми от передней доли гипофиза. В сохранении гомеостаза, в том числе психического, наряду с центральной и вегетативной нервной системой принимает участие и эндокринная система. По механизмам обратной связи гормоны оказывают влияние на мозговую, а тем самым и на психическую деятельность. Таким образом, нервная и эндокринная системы выступают как единая регулирующая нейроэндокринная система, оказывающая существенное влияние на психические функции и поведение. При нарушении эндокринных функций нет прямой взаимосвязи между выраженностью этих нарушений и психическими расстройствами. Возникающие при эндокринных дисфункциях психические нарушения отличаются изменчивостью, индивидуальной вариабельностью и могут возникать как при избытке гормонов (гиперфункция), так и при гормональном дефиците (эндокринная гиподисфункция).

Все они нередко сопровождаются психическими или поведенческими расстройствами, которые на определенном этапе заболевания могут выступать дебютными симптомами и маскировать клинику основного соматического (эндокринного) заболевания. Поэтому для современного врача любой специальности важно ориентироваться в данной проблеме психоэндокринных взаимосвязей и взаимоотношений.

Из истории психоэндокринологии. Еще на самом начальном этапе развития эндокринологии, в середине XIX века, медики отмечали влияние эндокринных желез на психику человека (каннабих). Уже с первых описаний эндокринных заболеваний наряду с другими симптомами упоминались и изменения психики и характера больных. Так, Э. Крепелин в последнем издании (1920) своего руководства по психиатрии выделил группу психических заболеваний при «эндокринных отравлениях» в разделе «Эндогенные отравления». Однако систематическое изучение изменений психики при разнообразных эндокринных заболеваниях было начато в 40-х годах прошлого века сотрудниками Цюрихской клиники во главе с Манфредом Блейлером. В 1954 году вышла его известная монография «Эндокринологическая психиатрия», а в 1964-м под таким же названием в руководстве «Современная психиатрия» был опубликован большой раздел. Так

психоэндокринология как научная дисциплина возникла в середине XX века наряду с другими биоповеденческими дисциплинами – психофизиологией, нейробиологией, нейропсихологией, психофармакологией и социобиологией. Было установлено, что гормоны играют весьма важную роль в определении разнообразных форм поведения у людей и животных, что доказано на основании накопленных за многие десятилетия активных исследований в данной области надёжных экспериментальных и клинических данных. Последнее обстоятельство превратило психоэндокринологию в перспективное и динамично развивающееся направление современной медицины. К настоящему времени складываются системные представления о процессах нейроэндокринной регуляции человеческого организма с помощью концепций теории информации и рассмотрения гормонов (в первую очередь нейропептидных) в качестве связанных с различными аспектами психической деятельности человека детерминант, несущих определённый код наряду с тремя другими известными из литературы кодами (нейродинамическим, бихевиорально-экспрессивным и речевым), связанными с психикой человека. Установлено, что гормоны не выступают прямыми причинами поведения. Они влияют на поведение косвенно, действуя на ЦНС, обмен веществ, сенсорные рецепторы, мышцы и неэндокринные (экзокринные) железы. Наиболее важным, безусловно, является их действие на ЦНС. Экспериментальные и клинические данные ясно показывают, что эндокринная система в целом чрезвычайно чувствительна к психологическим стимулам и состояниям, таким как эмоции, а также к некоторым видам деятельности и опыта, хотя каждая из эндокринных желез обладает разной чувствительностью к таким воздействиям. Гормонально-поведенческие взаимосвязи имеют глубокий и всеобъемлющий характер. Причины изменений психики нельзя рассматривать как следствие одного лишь изолированного эндокринного заболевания, так как психические нарушения при эндокринных или других заболеваниях являются следствием стечения целого ряда различных вредностей, попадающих на особую индивидуальную лабильность центральной нервной системы.

Предполагаемые механизмы патогенеза. Психические нарушения при эндокринопатиях обусловлены расстройствами гуморальной регуляции, возникающими при нарушении функции желез внутренней секреции. Современная парадигма биопсихосоциального единства человека предполагает как психосоматические, так и соматопсихические взаимосвязи и взаимоотношения [1, 4, 7]. Большое значение имели работы Н. Selye о стрессе, открытие феномена нейро-

секреции в гипоталамусе (рилизинг-факторов), психотропной активности андрогенов и других гормонов, а также действие гормонов на ДНК и геномные функции. Нейрофизиологическими исследованиями установлено, что при эндокринопатиях поражаются глубокие структуры мозга, которые ответственны за эмоциональные и психические реакции. Нарушение этих неспецифических структур мозга (ретикулярной формации, гипоталамуса, таламуса), блокирование их активирующих влияний обуславливает появление ведущих сквозных синдромов психических нарушений: астенических состояний, расстройства эмоций и влечений [3, 5, 9, 13].

Эндокринные инкреты оказывают на мозг системное воздействие, т. е. изменения в одной из них вызывают определенную перестройку во всей психогенной системе [3, 5, 12]. Именно поэтому неспецифические изменения психики часто перекрывают специфику мозгового ответа на определенные эндокринные заболевания. Данные неспецифические закономерности выражаются в следующем. Психические нарушения начинаются с астенического синдрома, являющегося канвой для развития других психопатологических синдромов. При прогрессирующем течении заболевания нарастают психопатоподобные, т. е. органические, личностные нарушения – так называемый эндокринный психосиндром. В случаях утяжеления заболевания этот синдром перерастает в органическое слабоумие. На фоне такой прогрессивной психопатологической динамики могут развиваться при осложнениях эндокринопатии острые или затяжные психозы [2, 5, 7, 8, 12].

Психосоматические влияния также находят отражение в клинической психогенной эндокринологии. Установлено, что эмоциональные кризисы и расстройства неизбежно приводят к изменениям гормональных функций, и если такое функциональное расстройство является чрезмерно интенсивным или продолжительным, то может сформироваться необратимое изменение деятельности эндокринных желез, например, так называемый «стрессовый диабет» или тиреотоксикоз [1, 4, 5, 8].

Клиника. При диагностической квалификации психогенные расстройства относятся, по МКБ-10, в раздел F02.8 – F07.0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», в соответствии с идентифицированными синдромами органических личностных, невротических, психотических или дементных расстройств.

Эндокринный психосиндром, описанный швейцарским психиатром Манфредом Блейлером в 1954 году как неспецифический синдром при различных эндокринопатиях, близок к органическому

психосиндрому и структурно представлен астенией, аффективными расстройствами, нарушениями влечений и инстинктов.

Астения выражается уменьшением психической и физической активности, повышенной утомляемостью, снижением функции памяти при полной интеллектуальной сохранности. При углублении астении у больных снижаются инициативность, спонтанность, сужается круг интересов и увлечений. Обычно расстраивается сон, он становится поверхностным, с тревожными сновидениями, с повышенной сонливостью или упорной бессонницей.

Нарушения настроения характеризуются смешанными состояниями. Это либо аффективная лабильность с явлениями раздражительной слабости, либо депрессивно сниженное настроение окрашивается или дисфорической раздражительностью и недовольством всем окружающим, или чувством астенической истощаемости, или апатическим безразличием. Нарушения влечений и инстинктов касаются как их интенсивности, так и качественных изменений. Они могут выражаться в понижении, усилении или извращении полового влечения (либидо). При этом, однако, преобладают количественные, а не качественные нарушения сексуальности, поэтому достаточно редко встречаются эндокринно обусловленные сексуальные девиации: повышение, понижение или извращение аппетита и жажды. Например, аппетит может быть чрезвычайно высоким, вплоть до булимии, либо совсем отсутствовать. Возможно извращение вкуса, как при беременности. Возможно изменение температурной зоны комфорта с появлением чувства физического благополучия при неестественно низкой или, напротив, высокой температуре внешней среды. Встречаются случаи возникновения склонности к активным перемещениям в пространстве, в обстановке, вплоть до бродяжничества (дромомании), или, напротив, страх перед пространственными перемещениями, патологическое стремление к постоянному пребыванию в определенном месте. Характерной особенностью подобных нарушений являются диссоциация и неравномерность их проявлений [8, 9, 11].

Органический психосиндром, амнестический органический синдром возникает при длительном и тяжелом течении эндокринных заболеваний, когда поражаются все стороны личности, грубо нивелируются индивидуальные особенности. Клиника синдрома характеризуется триадой симптомов: нарушения памяти, интеллекта и аффективно-вегетативные расстройства. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов можно выделить следующие синдромальные варианты: дисамнестическое слабоумие, амнестический Корсаковский синдром, тотальное слабоумие («псевдопаралитический синдром»).

Психозы при эндокринопатиях могут протекать в различных клинических формах. Острые психозы протекают, как правило, с расстройством сознания («экзогенный тип реакции» – оглушение, сумеречное помрачение сознания, делирий, аменция и др.). Затяжные психозы («эндогенный тип реагирования») проявляются депрессивными, маниакально-подобными, депрессивно-параноидными, галлюцинаторно-параноидными или иными синдромами. Психозы могут возникнуть на любом этапе течения эндокринопатии. Острые психозы чаще обуславливаются резкими ухудшениями основного заболевания (адреналовый криз, гипертонический криз при заболевании Иценко-Кушинга, обменные, вегетативные и иные нарушения) на фоне формирующегося эндокринного психопатоподобного или органического психосиндрома. Психозы по эндогенному типу с аффективными и шизофреноподобными синдромами часто возникают без видимых причин, т. е. при отсутствии соматических осложнений. Эти психозы нередко приобретают затяжной или рецидивирующий характер.

Психопатология при отдельных эндокринопатиях. Несмотря на преобладание неспецифической, общей для эндокринных расстройств симптоматики, при каждом эндокринном заболевании эти общие нарушения выражаются по-разному, обладают определенной специфичностью в различной степени и различных сочетаниях.

Заболевания щитовидной железы. Гиперфункция – тиреотоксикоз (базедова болезнь, болезнь Грейвса). Расстройства психики занимают одно из первых мест в общей клинической картине, обусловленной отравлением тироксином. В неспецифическом психозэндокринном синдроме преобладают эмоционально-волевые расстройства, прежде всего в виде эмоциональной лабильности. Повышена аффективная возбудимость, дистимический фон настроения с оттенком недовольства и раздражительности. Характерны взрывчатость, крайняя несдержанность, склонность к бурным аффективным вспышкам, которые быстро истощаются. У больных постоянное чувство внутреннего напряжения, беспокойства, потребность в постоянном движении. Отмечаются ускорение мышления, быстрая истощаемость, страдает активное внимание, снижается работоспособность. У большинства пациентов трудности засыпания, частые пробуждения, тревожные сновидения. Характерно пониженное настроение, достигающее до выраженной депрессии с тревожностью, ипохондричностью, дисфорией. Реже встречается эйфоричность со снижением критики к своему состоянию. Могут встречаться и психотические состояния в виде острых и затяжных

психозов с различными синдромами, в том числе с нарушенным сознанием. При затяжном и неблагоприятном течении базедовой болезни возможно развитие интеллектуально-мнестического дефицита.

Гипофункция – гипотиреоз, болезнь Галла. При появлении в раннем возрасте развивается кретинизм с задержкой психического развития различной степени, до глубокого слабоумия, а позднее – эндемический зоб. Выраженная форма гипотиреоза носит название «микседема». Психические нарушения противоположны таковым при тиреотоксикозе. Преобладают медлительность психомоторики, вялость, сонливость, замедленность и персеверация мышления, снижение побуждений и влечений. Могут отмечаться раздражительность, ранимость, эмоциональная лабильность. При микседеме чаще, чем при других эндокринопатиях, развиваются расстройства памяти и интеллекта по органическому типу. Органическое слабоумие обуславливается токсической деструктивной энцефалопатией. Больные апатичны, пассивны, ко всему безразличны, кроме потребности в тепле. Если на первый план выступают не интеллектуально-мнестические нарушения, а апато-адинамические, то такие субступорозные больные становятся похожи на больных шизофренией монотонностью эмоций и поведения. Возможно развитие психозов, хотя и значительно реже, чем при тиреотоксикозе. Встречаются депрессивные и галлюцинаторно-параноидные синдромы. Психозы могут протекать как с психомоторным возбуждением и агрессивностью, так и с состоянием заторможенности. Известны так называемые микседематозные комы, вызванные острым дефицитом тиреоидина. При тяжелом течении встречаются психозы с помрачением сознания с исходом в психоорганический синдром.

Поражения гипофиза. Клиника зависит от нарушения определенной доли гипофиза. Поражение передней доли гипофиза клинически проявляется акромегалией и болезнью Иценко-Кушинга, а поражение задней доли – адипозо-генитальной дистрофией.

Акромегалия (синдром Мари) обусловлена гиперпродукцией гормона роста – соматотропного гормона. Если заболевание начинается до окончания роста, то развивается картина общего гигантизма. Если заболевание возникает у взрослых, то наблюдается увеличение периферических частей тела. Акромегалия чаще встречается у женщин после 30 лет. Преходящая, «физиологическая» акромегалия может проявляться во время беременности. Психические нарушения характеризуются определенной динамикой. Для начального периода типична астеническая симп-

томатика, в которой преобладает физическая астения витального характера, доходящая до адинамии. Больные вялые, сонливые, жалуются на распирающие головные боли и нарушения сна. В последующем развиваются остальные компоненты эндокринного психосиндрома: нарушение настроения и влечений. Астенические изменения часто сочетаются с пассивной самоудовлетворенностью, эйфоричностью и благодушием, что придает синдромальное своеобразие. Аффективные нарушения с развитием болезни выступают все резче: постоянная дистимическая окраска всех эмоциональных проявлений, недовольство и недоброжелательность к окружающим. Нарушение влечений выражается в резких колебаниях аппетита и жажды, повышенной потребности во сне, расстройстве ритма сна, снижении либидо. Психозы при акромегалии встречаются редко. Нет тенденции к развитию органического слабоумия, хотя аспонтанность и отсутствие интересов могут внешне напоминать его. Считается, что появление интеллектуально-мнестических расстройств у данных больных обусловлено не гормональными нарушениями, а общемозговыми влияниями, зависящими от роста опухоли гипофиза, частой причины акромегалии.

Гипофизарный нанизм (карликовость) проявляется приостановкой и задержкой роста и физического развития. Это становится заметным в возрасте 3–5 лет. Детские пропорции тела сохраняются в течение всей последующей жизни. Считается, что психические нарушения для карликов не характерны, а психозы не описаны. Нередко они являются способными людьми, с развитым интеллектом, социально адаптированы, деловиты. Однако обычно отмечаются невысокая физическая и психическая работоспособность, иногда психический инфантилизм, определенные затруднения в общении, психогенное развитие личности как реакция на свою физическую неполноценность.

Болезнь Иценко–Кушинга – сложное полисиндромное заболевание, в основе которого лежит избыточная продукция АКТГ, что вызывает гиперкортицизм (гормоны коры надпочечников) с нарушением функций всех эндокринных желез и обменных процессов. Причина болезни Иценко–Кушинга до сих пор не известна. Это редкое заболевание в 3–8 раз чаще встречается у женщин в возрасте 25–40 лет, но может возникнуть и в детском, и пубертатном возрасте. Внешние проявления болезни выражаются в диспластическом ожирении с преимущественным отложением жира в области лица (круглое лицо багрово-красного цвета), шеи, верхней половины туловища и живота при непропорционально худых конечностях. Синдром Иценко–Кушинга по клиническим проявлениям не отличается от болезни. Его

диагностируют в случаях опухоли надпочечника (доброкачественной или злокачественной) или эктопированной опухоли различных органов (бронхов, тимуса, поджелудочной железы, печени).

Психические нарушения типичны, встречаются чаще, чем при других эндокринных заболеваниях, отличаются разнообразием и богатством симптомов. Рано появляется, еще до соматических симптомов, выраженная физическая и психическая астения с вялостью, подавленностью и безразличием в отличие от акромегалии, где характерен аффект раздражительности и злобности. Расстройства настроения в виде атипичных депрессивных или маниакальных состояний с параноидными симптомами, дисморфоманией, сенестопатиями и ипохондричностью. Нарушения влечений проявляется снижением или полным отсутствием сексуального влечения, усилением аппетита и жажды. Очень типичны нарушения сна: трудности засыпания, поверхностный сон, напоминающий дремоту, сонливость днем и бессонница ночью. Нередки эпилептиформные и дизэнцефальные расстройства. Могут встречаться психогенные реакции как ответ на резкое изменение своей внешности. При длительном течении болезни характерно формирование органического слабоумия, в том числе амнестического Корсаковского синдрома. При синдроме Иценко–Кушинга, который развивается вследствие гиперфункции коры надпочечников или длительного применения гормонов, возникающие психические нарушения напоминают психопатологию при болезни Иценко–Кушинга, но чаще они клинически менее выражены.

Адипозо-генитальная дистрофия обуславливается поражением задней доли гипофиза и гипоталамуса, что сопровождается дефицитом гонадотропных гормонов. Соматические признаки: диспластическое отложение жира в области груди, живота, таза, бедер и лица, сочетающееся с гипогенитализмом. Психические нарушения возникают в такой последовательности: астенические проявления → аффективные состояния и расстройства влечений → психозы → органическая деменция. Уже на ранних этапах течения болезни к астеническим симптомам присоединяются ухудшения памяти. Аффективным нарушениям свойственны безмятежный фон настроения, благодушная эйфоричность с нарастанием апатии и вялости эмоций. Расстройства влечений выражаются в повышении аппетита, а иногда и жажды, резком снижении сексуального влечения и потенции. При прогрессировании заболевания формируется органическая деменция, где к мнестико-интеллектуальным расстройствам добавляются аспонтанность поведения, безразличие, невозмутимость. Описаны при этом заболевании

также эпилептические синдромы, психозы с картиной делирия, аффективных и шизофреноподобных синдромов. В случаях роста опухоли гипоталамической области (одной из возможных причин данного заболевания) развиваются грубо-органические синдромы: припадки, Корсаковский синдром, паралитический синдром, расстройства сознания [5, 7, 8, 12].

Сахарный диабет возникает при абсолютной или относительной недостаточности инсулина. Современные психиатры и эндокринологи придерживаются мнения, что у большинства больных с благоприятным течением диабета, которые выполняют все врачебные рекомендации по лечению и диете, психических нарушений не отмечается, и пациенты сохраняют трудоспособность и оптимальное качество жизни. Однако при неблагоприятном течении болезни или/и неполном выполнении медицинских рекомендаций психические изменения могут быть значительными. Например, при тяжелом и раннем возникновении заболевания может отмечаться задержка психического развития. Сахарный диабет у взрослых, по данным М. Блейлера, сопровождается астенией, но редко приводит к психическим нарушениям. По наблюдениям других авторов, отклонения психики у больных диабетом встречаются нередко. Постоянное соблюдение диеты и режимные ограничения вызывают понятное заострение преморбидных черт личности, различным образом определяющих реакцию на болезнь. В одних случаях преобладает тревожная мнительность, в других – обстоятельность и чрезмерная педантичность в отношении к режиму, в третьих, напротив, недостаточно серьезное, легкое отношение к болезни. У ряда больных выявляется страх перед едой с последующим отвращением к ней – психогенная анорексия. Типична астеническая симптоматика с повышенной утомляемостью и сниженной работоспособностью, нарушениями сна, головной болью, эмоциональной лабильностью. Нередко вялость сочетается со сниженным настроением, подавленностью и угнетенностью.

Психические нарушения наиболее выражены при длительном течении заболевания с гипогликемическими и гипергликемическими коматозными состояниями. При подобных нарушениях сознания могут возникать состояния возбуждения, эпилептиформные припадки. Повторные комы способствуют развитию острой или хронической энцефалопатии с нарастанием органической деменции и стойких эпилептиформных проявлений, уже не зависящих от коматозных состояний.

Нарушение функции половых желез. Препубертатный гипогонадизм у женщин протекает

менее выражено, отмечаются нарушение или прекращение менструального цикла, выкидыши, бесплодие, отсутствие либидо или даже отвращение к половому акту. У мужчин – евнухоидизм. Соматические признаки – гипоплазия полового аппарата, импотенция, аменорея, слабая выраженность или отсутствие вторичных половых признаков, евнухоидное телосложение. Психические нарушения охватывают астеническую симптоматику: повышенную утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, вегетативные изменения в виде головокружений, потливости, тахикардии и т. п. Личностные и характерологические особенности евнухов неоднозначны: у одних преобладают астенические черты с повышенной эмоциональной чувствительностью, робостью, повышенной внушаемостью, склонностью к фантазированию и признаками психического инфантилизма; у других – эгоцентризм, склонность к аффективным взрывам, злопамятность, дисфоричность; у третьих – истерические проявления. Выраженность отмеченных нарушений может очень различаться и в большинстве случаев существенно не отражается на трудоспособности и социальной адаптации пациентов. Современные наблюдения за психическими особенностями при евнухоидизме существенно отличаются от описаний в старой психиатрической и художественной литературе (явления слабоумия, эпилептические припадки, жестокость, истерические реакции, коварство и т. п.). Подобное отличие может найти объяснение как в патоморфозе данного заболевания, обусловленного современными возможностями гормональной терапии, так и в казуистике наблюдений, на которых основывались классические описания.

Предменструальный синдром описан в XIX веке немецким психиатром Франком как синдром предменструального напряжения. Его проявления: за 1–3 дня до начала менструации у некоторых женщин наступают транзиторные психоэмоциональные сдвиги. Это эмоциональная неустойчивость, раздражительность, слезливость, беспокойство, тревожность, сниженное настроение. Отмечаются головные боли, расстройства сна в виде сонливости или бессонницы, снижение аппетита. Работоспособность в эти дни снижается или утрачивается. В предменструальный период может наступать резкое ухудшение состояния больных с психозами, например, шизофренией или аффективным расстройством. В период предменструального напряжения возрастает число суицидальных актов и криминальных случаев. Также в этот период обостряются личностные особенности женщин в плане проявления истерического поведения, или ипохондричности, или других черт.

Постпубертатный гипогонадизм (кастрационный синдром). Характерна сохранность полового влечения и потенции, хотя и на сниженном уровне. Из психических нарушений обычно отмечаются астенические проявления с раздражительностью, неуравновешенностью, склонностью к невротическим реакциям. При искусственно вызванном климактерии в связи с овариэктомией или гистерэктомией (кастрационный синдром) типично появление астенических, дистимических или ипохондрических расстройств. Развившиеся неврозоподобные и психопатоподобные нарушения длятся в среднем несколько лет с постепенной редукцией, а в ряде случаев принимают затяжной характер.

Климактерический синдром определяется физиологическим снижением и выключением функции половых желез, что обычно отмечается у женщин в возрасте 45–55 лет, а у мужчин – в более позднем возрасте и в менее очерченных проявлениях. При этом происходит функциональная перестройка во всем организме, обусловленная изменениями во всей эндокринной системе. У женщин с климактерическим синдромом частота психических нарушений составляет около 30% случаев. Психические нарушения многообразны и неспецифичны, по клинической симптоматике сходны у мужчин и женщин, но у последних встречаются значительно чаще и выраженнее, что, наверное, и служит основанием для распространенного мнения об отсутствии климактерических расстройств у мужчин. Особенности эндокринного психосиндрома инволюционного периода является крайняя лабильность настроения, влечений, умственной работоспособности и висцеровегетативных функций, протекающих на астеническом фоне. Преобладает неустойчивость настроения с немотивированными резкими и интенсивными колебаниями. Колеблется и психическая активность, которая может быть то нормальной, то внезапно наступает чувство усталости и бессилия с невозможностью выполнять простую умственную нагрузку. Расстройства сна с повышенной сонливостью или, напротив, бессонницей. Колебания аппетита: то повышение, то понижение, то необычные пищевые предпочтения. Половое влечение может быть или обычным, или снижаться, или резко усиливаться. Иногда может возникать особая чувствительность к изменениям температуры внешней среды. В добавление к массивным вегетативным сдвигам возможно развитие сенестопатических и ипохондрических нарушений. Нередко наблюдается изменение характерологических и личностных черт, обычно с появлением истерических форм реагирования (капризность, требование повышенного внимания к себе, сентиментальность, преувеличение и театральность эмоциональной экспрессии, манипулятивное отношение к окружающим). Иногда

могут заостряться такие черты, как психическая ригидность, педантизм в выполнении служебных и семейных обязанностей. Принципиально важно отличать психозендокринный климактерический синдром от психогенных реакций женщин на «катастрофическое постарение» и связанных с этим переживаний о последствиях в личной и социальной жизни и соматическом здоровье. Известна сексуальная паника у женщин «перед закрытием ворот», которая отсутствует у мужчин и не связана непосредственно с гормональной перестройкой.

Лечение. Эндокринные нарушения, вызывающие психические расстройства, обуславливаются различными причинами: наследственные заболевания, патология эмбрионального периода, инфекции, интоксикации, травмы, опухоли и др. Поэтому лечение подобных больных психиатры должны проводить совместно с терапевтами и эндокринологами. Лечение психопатологии симптоматическое, прогноз обычно зависит от основного заболевания – эндокринопатии. Другие виды лечения – лучевая терапия, хирургическое лечение, гормональная терапия – проводятся соответствующими специалистами. Назначение психотропных средств и их сочетаний определяется клиникой психических нарушений и соматическим состоянием больного [6, 8]. Кроме того, важно учитывать их взаимодействие с гормональными и другими препаратами, которые входят в комплекс терапии основного заболевания [2, 6]. При бредовых, галлюцинаторных состояниях и поведенческих нарушениях целесообразно назначение нейролептиков. Следует учитывать повышенную чувствительность некоторых эндокринных больных к нейролептикам и отставленный характер действия препаратов, что может обусловить развитие токсической энцефалопатии при неосторожном применении классических нейролептиков [2, 6, 7, 12]. Поэтому предпочтительнее применение атипичных нейролептиков (рисполепт, оланзапин, сероквель) в индивидуально подобранных дозировках, т. к. они имеют минимум побочных действий. При депрессивных состояниях показано применение антидепрессантов типа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Если депрессия сочетается с психотическими симптомами, то эффективна комбинация атипичного антипсихотика с антидепрессантами из группы СИОЗС. При неврозоподобных расстройствах применяются транквилизаторы и (или) малые дозы атипичных антипсихотиков, а также ноотропные препараты. Наряду с психотропной терапией необходима коррекция физиологических отклонений в рамках соматотропной терапии, которая осуществляется совместно с эндокринологом и

терапевтом. С учетом сложных соматопсихических и психосоматических взаимосвязей при эндокринопатиях и роли эмоционально-стрессовых влияний в их развитии и течении необходима психотерапевтическая коррекция и помощь. Роль психотерапии возрастает при климактерически обусловленной психопатологии и при тех эндокринопатиях, которые сопровождаются психотравмирующими изменениями внешности больных (акромегалия, болезнь Кушинга, гипопизарный нанизм). Большое значение для социальной реабилитации подобных пациентов имеет адекватная оценка их трудоспособности, которая нередко бывает сниженной.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. – М., 2002.
2. *Белкин А. И.* Психосоматические эффекты гормонов // Клиническая психозендокринология. – М., 1985. – С. 5–16.
3. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. – Пер. с нем. – М., 1999. – 376 с.
4. *Добржанская А. К.* Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. – М., 1973. – 191 с.
5. *Добровольский А. В.* Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями // Журн. неврол. и психиатр. – 1997. – № 7. – С. 53–62; № 8. – С. 57–65.
6. *Коркина М. В.* Психические нарушения при эндокринных заболеваниях // Психиатрия. – М., 2004. – 3-е изд. – С. 316–327.
7. *Орловская Д. Д.* Эндокринный психический синдром // БМЭ. – М., 1986. – 3-е изд. – Т. 28. – С. 503–508.
8. *Пятницкий Н. Ю.* Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 10–13.
9. *Розен В. Б.* Основы эндокринологии. – М., 1997.
10. *Ясперс К.* Общая психопатология / Пер. с нем. Л. О. Аюяна. — Москва: Практика, 1997. — 1056 с.
11. *Hellhammer D. H., Pirke K. M.* Neuroendokrinologische Grundlagen. – Gottingen: Hofrefe, 2004. – 387 p.
12. *Hoyle L.* Cerebral effects of endocrine disease // Principles and practice of endocrinology and metabolism. – Lippincott: Williams & Wilkins, 2001. – P. 1834–2477.
13. *William A. P., Christine A. A.* The encyclopedia of endocrine diseases and disorders. – New York: Infobase Publishing, 2005. – 353 p.

Поступила 12.11.2014