

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница *медицинский вестник* №17 / 2020

Терапевтическое лечение





Валерий Владимирович Бояринцев,
заместитель начальника
Главного медицинского управления
Управления делами
Президента РФ, заведующий
кафедрой скорой медицинской
помощи, неотложной и экстре-
мальной медицины ФГБУ ДПО
«Центральная государственная
медицинская академия».

В ФГБУ «Клиническая больница № 1» внедрена современная система оказания скорой и неотложной медицинской помощи (СМП). На догоспитальном этапе помощь пациентам оказывают сотрудники оперативного отдела медико-информационного и аналитического обеспечения скорой и неотложной медицинской помощи. В их задачи

Скорая терапевтическая помощь

Несомненным достоинством многопрофильного лечебного учреждения является возможность коллегиального участия врачей различных специальностей в лечении больных. Сочетание терапевтических и хирургических подходов в ФГБУ «Клиническая больница № 1» позволяет успешно оказывать помощь самым тяжелым больным.

входит информирование врачей бригад СМП и пациентов о возможности оказания медицинской помощи в определенной многопрофильной клинике. Врачи-специалисты регулярно проходят циклы обучения на кафедре скорой помощи и экстремальной медицины, тем самым повышая уровень своего профессионализма.

Важнейшим направлением деятельности является оказание скорой и неотложной медицинской помощи непосредственно в стационаре, для чего в больнице впервые в стране создано стационарное отделение скорой медицинской помощи, оснащен-

ное современными средствами транспортировки больных, диагностики и экстренного лечения.

Разработанная система меняет тактику работы и требует создания новых принципов восстановительного лечения. Внедрение в последние десятилетия в медицинскую науку и практику инновационных подходов в области нанотехнологий, робототехники, микроэлектроники, делают возможным оказание реабилитационных мероприятий на раннем госпитальном этапе лечения пациентов. Развитие современных высокотехнологичных методов, таких как стентирование брахицефальных и коронарных артерий, каротидная эндартерэктомия, тромболитическое первичное чрескожное коронарное вмешательство при инфарктах миокарда и тромбэкстракция при инсультах в первые часы возникновения болезни, меняют течение этих грозных заболеваний и увеличивают реабилитационный потенциал тяжелых больных. Кроме спасения жизней пациентов эта система предусматривает предупреждение развития осложнений и их лечение, восстановление структуры и функции поврежденных тканей, органов и систем организма. ■





*Сергей Васильевич Стеблецов,
заместитель главного врача по
медицинской части, врач, к.м.н.,
заслуженный врач РФ.*

Ежегодно в ФГБУ «Клиническая больница № 1» лечится 22-23 тысячи больных с различной патологией. Терапевтическая служба представлена общетерапевтическим, кардиологическим отделениями, отделением реанимации и интенсивной терапии. Помощь оказывается при взаимодействии специалистов диагностического и лечебного профилей в содружестве с отделениями рентгеноэндоваскулярной хирургии, функциональной диагностики, лаборатории и других отделений больницы. ■

Единая общетерапевтическая служба

Ряд отделений терапевтического профиля объединены в Единую общетерапевтическую службу ФГБУ «Клиническая больница № 1». В ее составе работают специалисты разных медицинских специальностей, оказывая медицинскую помощь пациентам со сложной сочетанной патологией внутренних органов и систем.

Единая общетерапевтическая служба создает оптимальные условия для реализации принципов кремлевской медицины, когда единые подходы в лечебной тактике и патогенетическая терапия сочетается с реабилитационными мероприятиями, диспансерным и экспертными заключениями. Несомненным достоинством многопрофильной клиники является возможность коллегиального участия врачей различных специальностей для лечения больных.

Терапевтическое отделение

Основную диагностическую и лечебную работу выполняет терапевтическое отделение, в котором ежегодно лечится

более 2 тысяч больных с патологией внутренних органов, с различными формами ИБС, артериальной гипертензией, пороками сердца, миокардитами, с заболеваниями бронхолегочной системы (пневмонии, ХОБЛ, бронхиальная астма, альвеолиты).

В отделениях работают высококвалифицированные врачи, которые активно участвуют в научной работе. Для лечения пациентов формируются группы специалистов, имеющих опыт работы в пульмонологии, нефрологии, гепатологии, гастроэнтерологии.

Тяжелые вирусно-бактериальные пневмонии на сегодняшний





Вячеслав Николаевич Ардашев,
научный руководитель по
терапии, д.м.н., профессор,
заслуженный врач РФ.

день являются причиной неблагоприятных исходов у пациентов с коморбидной патологией. В больнице разработаны схемы интенсивной терапии с активной тактикой вспомогательной вентиляции легких.

Научно-практическая работа врачей отделения направлена на разработку современных технологий использования искусственных дыхательных смесей, включающих ксенон. Лечение нарушений сна ведется не первый год, и врачи отделения имеют хороший научный и практический опыт в этом вопросе.

Новыми направлениями деятельности являются диагностика и подбор терапии пациентам с нарушениями сна, восстановление работоспособности у геронтологических больных с сочетанной терапевтической патологией.

Так, полноценную терапию получают больные с патологией органов желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка, гепатиты, панкреатиты, циррозы печени), с патологией почек (пиелонефрит, различные нефропатии,

почечная недостаточность, ревматологические и системные заболевания соединительной ткани).

Кардиологическое отделение

Основным направлением работы кардиологического отделения является выявление и лечение таких сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальные гипертензии различной этиологии и степени тяжести, нарушения сердечного ритма. Проводится стационарный этап реабилитации больных после инфаркта миокарда, АКШ (аортокоронарного шунтирования), других видов обострения ИБС, в том числе сердечной недостаточности, независимо от причины, вызвавшей её. В отделении также проводится обследование на предмет предрасположенности к развитию сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза и артериальной гипертонии.

Отделение сотрудничает с различными диагностическими и лечебными подразделениями

артерий, экстракорпоральных методов лечения).

Лечебная тактика в большинстве случаев тяжелых поражений сердца обсуждается коллегиально кардиокомандой, в состав которой входят врачи хирурги, реаниматологи, кардиологи.

Согласно рекомендациям Европейского и российского общества кардиологов освоены и активно применяются новые методы лечения ишемической болезни сердца.

Два главных направления в лечении ишемической болезни сердца: реперфузия (восстановление коронарного кровотока) и метаболическая терапия (ограничение зоны инфаркта миокарда и ишемии) активно применяются в ФГБУ «Клиническая больница № 1». Успешное использование современных технологий в лечении острого инфаркта миокарда позволили снизить летальность до 3-4 %.

В комплекс лечения различных заболеваний сердца включены методики по лечебной физкультуре,

«Научно-практическая работа врачей отделения направлена на разработку современных технологий использования искусственных дыхательных смесей, включающих ксенон».

больницы, что обеспечивает своевременное выполнение пациентам сложных диагностических исследований (коронароангиография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радионуклидные исследования, чреспищеводная эхокардиография, нагрузочные пробы, клиничко-лабораторная диагностика), а также проведение высокотехнологичных малоинвазивных вмешательств (баллонная ангиопластика со стентированием коронарных

туре, в том числе водолечение, физиотерапия, спелеотерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, медицинский массаж.

В течение последних лет был внедрен полный спектр самых современных высокотехнологичных методов хирургического лечения всех нарушений ритма сердца. Широко применяется эндокардиальное электрофизиологическое исследование и радиочастотная

абляция тахиаритмий с использованием системы трехмер-

ная хронической сердечной недостаточности 2-4 функцио-

«Лечебная тактика в большинстве тяжелых поражений сердца обсуждается коллегиально кардиокомандой, в состав которой входят врачи хирурги, реаниматологи, кардиологи».

ной навигации при АВ-узловой re-entry тахикардии, синдроме предвозбуждения желудочков (ВПВ), фасцикулярных желудочковых тахикардиях, трепетании предсердий, предсердных и желудочковых эктопиях (экстрасистолиях и тахикардиях), фибрилляции предсердий.

Успешно имплантируются кардиовертеры-дефибрилляторы для профилактики внезапной сердечной смерти и коррекции фатальных нарушений ритма сердца. Внедряются различные типы электрокардиостимуляторов для лечения брадиаритмий. Применяются сложные 3-х камерные электрокардиостимуляторы, ресинхронизирующие устройства для лече-

нального класса, с дилатацией желудочков сердца и фракцией выброса менее 35%. В основе методик лежат положения современной электрофизиологии, подтвержденные дисинхронией, а также событийные мониторы — с целью диагностики редко возникающих или скрытых аритмий на период наблюдения до 3,5 лет.

Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) организовано в первую очередь для оказания специализированной кардиологической помощи больным с острым инфарктом миокарда.

Помимо пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС), в отделении проходят лечение пациенты со сложными нарушениями ритма и проводимости, кардиомиопатиями, тяжелыми пневмониями и тромбоэмболией легочной артерии, острой сердечной, почечной и печеночной недостаточностью, декомпенсацией сахарного диабета.

Отделение рассчитано на 10 коек. Рядом располагается реанимационный зал, куда поступают или переводятся больные, нуждающиеся в проведении реанимационного и анестезиологического пособия, особых методах диагностики и лечения.

Функциональные кровати оснащены централизованной подачей кислорода через увлажнители с дозатором и прикроватными мониторами, позволяющими круглосуточно контролировать основные параметры, характеризующие жизненно важные функции организма (ЭКГ, АД, ЧД, температура, сатурация, пульсоксиметрия) и снабженные звуковой трево-



гой, а также дающие возможность проводить визуальный анализ динамики показателей. Имеется возможность видеонаблюдения во всех палатах.

Внутривенное введение лекарственных препаратов осуществляется с помощью шприцевых дозаторов, имеющих программное обеспечение и автоматическую защиту от тромбирования

на наборами для катетеризации центральных вен, трансвенозной электрокардиостимуляции, интубации, плевральной пункции, перикардиоцентеза, пункции брюшной полости, определения группы крови и резус-фактора, венесекции и трахеотомии.

В ОРИТ используется рентгеновский аппарат с электронно-оптическим преобразователем.

тромболитические препараты при проведении системного тромболизиса при остром инфаркте миокарда и тромбоэмболии лёгочной артерии.

В отделении постоянно ведётся научная работа по исследованию и внедрению новых методик диагностики и лечения больных с острыми формами сердечно-сосудистой патологии, оказания анестезиологического пособия при проведении эндоскопических исследований у больных в острой стадии инфаркта миокарда, ведётся подготовка врачей кардиореаниматологов и среднего медицинского персонала.

«В комплекс лечения различных заболеваний сердца включены методики по лечебной физкультуре, в том числе водолечение, физиотерапия, спелеотерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, медицинский массаж».

сосудов. В палате реанимации находятся аппараты для регистрации ЭКГ, проведения электроимпульсной терапии, искусственной вентиляции лёгких (как инвазивной так и неинвазивной — СРАР-терапия), кардиостимуляторы, позволяющий проводить временную эндокардиальную и чрезпищеводную стимуляцию в различных режимах, монитор для инвазивного контроля гемодинамики, а также реанимационные комплексы. Палата оснаще-

на сложных случаях для установления диагноза используются диагностические методики других отделений: чрезпищеводная ЭХО-кардиография, ФГДС, ФБС, УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, доплерография, рентгенологические (в том числе селективная ангиография, пульмонография, флебография) и лабораторные исследования. Для оказания экстренной помощи используются современные

Отделение функциональной диагностики

Отделение функциональной диагностики работает в тесном контакте с кардиологическим отделением и обеспечивает выполнение современных высокотехнологичных исследований сердца (стресс-эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование уровня артериального давления), сосудов, функции внешнего дыхания.■





*Андрей Владимирович
Наговицын,
заведующий отделением,
врач-терапевт, к.м.н.*

Хроническая обструктивная болезнь легких

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — это воспалительное заболевание воздухоносных путей и легочной ткани, развивающееся под влиянием продолжительного воздействия раздражителей бытового или производственного характера, чаще всего табачного дыма, инфекций дыхательных путей, характеризующееся развитием бронхообструкции (снижением скорости воздушного потока в дыхательных путях), прогрессирующего нарушения легочной вентиляции и газообмена.

До недавнего времени понятие ХОБЛ имело собирательный характер и включало в себя целую группу хронических заболеваний респираторной системы, объединенных вместе благодаря наличию синдрома бронхообструкции (хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, тяжелое течение бронхиальной астмы, посттуберкулезный фиброз, муковисцидоз).

В настоящее время ХОБЛ считается самостоятельным заболеванием, включающим клинические проявления хронического обструктивного бронхита, вторичной эмфиземы легких, пневмосклероза, легочной гипертензии и хронического легочного сердца, отражающих особенности морфологических и функциональных изменений на разных стадиях ХОБЛ.

Статистика

ХОБЛ является одним из самых распространенных заболеваний и одной из ведущих причин смерти во всем мире. Распространенность ХОБЛ в России среди лиц с заболеваниями респираторной системы составля-

ет 21%, а среди всего населения страны – 15%.

Согласно данным ВОЗ, ХОБЛ входит в пятерку лидирующих причин смерти в мире среди людей старше 45 лет, по этой причине ежегодно умирает около 3 млн. человек, и это единственная болезнь, при которой смертность продолжает увеличиваться. Это может объясняться тем, что только у 25% больных это заболевание выявляется своевременно, в остальных случаях диагноз устанавливается на поздних стадиях. ХОБЛ сокращает естественную продолжительность жизни в среднем на 8 лет и приводит к ранней потере трудоспособности.

Факторы риска

Развитию обструктивной болезни легких способствуют как внутренние, так и внешние факторы среды. Основным фактором, влияющим на развитие ХОБЛ является курение табака (80-90%). Среди курильщиков заболевание развивается в 9 раз чаще, чем у некурящих. При этом значимое влияние на смертность имеют возраст, в котором было начато

курение, количество выкуриваемых сигарет и стаж курения. Это особенно актуально для России, которая, согласно мировой статистике, занимает первое место по потреблению табака.

Вторым по значимости фактором риска являются профессиональные вредности, чаще работа на производстве, отягощенном вдыханием пыли (шахтеры, строители, металлурги, железнодорожники, переработчики хлопка и зерна). Не менее важное значение имеет загрязнение городского воздуха выхлопными газами автомобилей и выбросами промышленных предприятий, а также внутреннее состояние жилых помещений (загрязнение, вентиляция, температурных режим).

Третьим фактором риска являются повторные респираторные инфекции. Существенную роль играет наследственная предрасположенность (дефицит α 1-антитрипсина), разного рода иммунные нарушения.

Причины

Таким образом, сочетание врожденного нарушения факторов

местной защиты дыхательных путей, бронхиального секрета, повреждающего действия окружающей среды способствует постепенному формированию болезни.

стадии болезни он отмечается только в утренние часы, при прогрессировании заболевания, может возникать и в дневное, и в ночное время. В большинстве случаев кашлю не придается

Также к частым проявлениям тяжелого течения болезни относится постоянная прогрессирующая усталость, снижение веса, общая тревожность и депрессия.

Диагностика заболевания

На начальных стадиях развития заболевания, с учетом малоинформативности объективных клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования, важную роль играет тщательная оценка жалоб пациента, анализ анамнеза и имеющихся факторов риска. По мере появления признаков бронхообструкции и дыхательной недостаточности, все большее диагностическое значение приобретают данные дополнительных методов диагностики.

ФГБУ «Клиническая больница № 1» оснащена всем необходимым лабораторным и инструментальным оборудованием, необходимым для диагностики заболеваний бронхо-легочной системы с учетом требований современных клинических рекомендаций и протоколов ведения данной категории пациентов.

«Основным фактором, влияющим на развитие ХОБЛ является курение табака (80-90%). Среди курильщиков заболевание развивается в 9 раз чаще, чем у некурящих».

Ведущим и обязательным признаком заболевания является бронхиальная обструкция — сужение просвета дыхательных путей, приводящее к снижению скорости воздушного потока на выдохе. На начальном этапе бронхообструкция носит обратимый характер, так как вызывается в большей степени воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов, гиперсекрецией слизи или спазмом гладкой мускулатуры мелких бронхов. В дальнейшем под влиянием хронического воспаления формируется перибронхиальный фиброз, разрушение структурных элементов альвеол, приводящее к увеличению воздушности легочной ткани и развитию эмфиземы легких, относящейся к финальной стадии заболевания.

должного значения, так как он, по мнению пациентов, считается неотъемлемым следствием курения табака — «кашель курильщика».

Мокрота, обычно вязкая, выделяющаяся в небольших количествах, на начальной стадии заболевания появляется преимущественно только в утренние часы, позднее начинает отходить на протяжении всего дня. Увеличение объема и гнойный характер мокроты свидетельствует о развитии инфекционного осложнения заболевания.

«В большинстве случаев кашлю не придается должного значения, так как он, по мнению пациентов, считается неотъемлемым следствием курения табака — «кашель курильщика».

Симптомы

Основными проявлениями заболевания являются кашель, мокрота и одышка. Наличие ХОБЛ следует подозревать у лиц в возрасте старше 40 лет с одышкой, хроническим кашлем с мокротой, имеющих в анамнезе продолжительное воздействие перечисленных факторов риска развития данного заболевания, с нарушениями бронхиальной проводимости, выявляемыми по результатам исследования функции внешнего дыхания.

Кашель является наиболее ранним симптомом, в начальной

Одышка — основная причина обращения за медицинской помощью и инвалидизации у большей части больных, является основным симптомом ХОБЛ. В начальных стадиях заболевания возникает во время физической нагрузки и зависит от ее интенсивности. По мере прогрессирования заболевания появляется при минимальных нагрузках и даже в состоянии покоя. Для ряда пациентов с тяжелым течением ХОБЛ характерно наличие шумного свистящего дыхания.

В диагностике заболевания в повседневной практике применяются следующие методы диагностики:

- клинико-лабораторные исследования (клиническо-биохимический анализ крови, содержание острофазовых белков, газовый состав крови, бактериологическое исследование мокроты);
- эндоскопические методы диагностики (бронхоскопия с цитологическим, микробиологическим и биохимическим исследованием



бронхо-альвеолярной жидкости, гистологическим исследованием биоптатов);

- исследование функции внешнего дыхания (спирометрия, диффузионная способность легких);
- оценка газового состава крови — пульсовая оксиметрия;
- лучевые методы диагностики — рентгенография, компьютерная томография, современные ультразвуковые методы диагностики;
- полисомнографическое обследование — при подозрении на сопутствующее апноэ во время сна.

Осложнения заболевания

Наиболее влияющими на течение и прогноз заболевания осложнениями являются пневмонии, отличающиеся тяжелым и рецидивирующим течением и устойчивостью к антибактериальной терапии. А также формирующиеся на отдаленных стадиях болезни бронхоэктазы, пневмотораксы, легочная гипертензия и легочное сердце, тром-

боэмболии легочной артерии, прогрессирующая сердечная недостаточность.

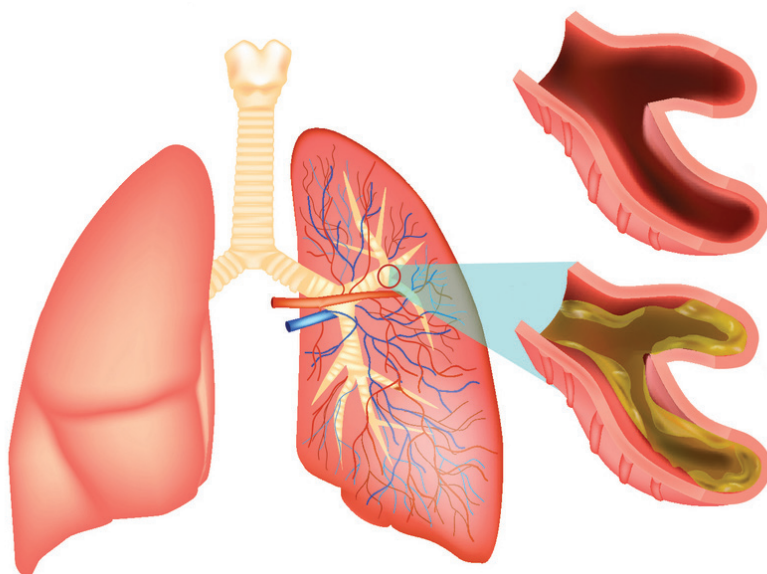
Основные принципы лечения

Высокие показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации способствовали разработке международных и национальных программ по диагностике, лечению и профилактике ХОБЛ. основополагающим в этом вопросе является программный документ GOLD — Global Initiative for chronic obstructive lung disease «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких». Экспертная группа специалистов в сотрудничестве с ВОЗ, Национальным институтом здоровья и Национальным институтом сердца, легких и крови США выпустила в 2001 г. первую версию этого документа, в последующем проводились ежегодные обновления с выпуском новой версии каждые 5 лет. В нашей стране под руководством Российского респираторного общества ежегодно дополняются и каждые

3 года переиздаются клинические рекомендации по диагностике и лечению ХОБЛ, выход очередной версии документа планируется в 2019 г.

Лечение пациентов с обструктивной болезнью в большинстве случаев представляет чрезвычайно сложную задачу. Это обусловлено поздним обращением больных за медицинской помощью, неуклонным прогрессированием бронхообструкции и дыхательной недостаточности, формированием эмфиземы легких.

На стадии развития необратимых изменений ни один из лекарственных препаратов не оказывает значимого положительного влияния на нарушенную функцию легких. Несмотря на это, применение современного комплексного лечения, основанного на принципах доказательной медицины, позволяет замедлить темпы прогрессирования заболевания, уменьшить частоту и продолжительность обострений, повысить работоспособность и толерантность к физической нагрузке и,



как следствие этого, повлиять на повышение качества и продолжительности жизни больных с ХОБЛ.

Исходя из необратимости развивающихся изменений, основными целями лечения заболевания являются: уменьшение выраженности симптомов заболевания, предупреждение прогрессирования, развития осложнений и обострений заболевания, улучшение переносимости физической нагрузки, повышение качества жизни, снижение смертности.

Одним из важнейших мероприятий в профилактике обострений и лечении ХОБЛ является разъяснение больным роли курения в патогенезе ХОБЛ, необходимости обязательного отказа от курения, а также информирование об основных осложнениях заболевания, необходимости вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции.

Фармакотерапия больных с ХОБЛ базируется не только на результатах исследования функции внешнего дыхания, но и на выраженности клинической картины заболевания, частоте его обострений. Программа лечения включает различные группы медикаментозных средств: бронхолитики

(β_2 -агонисты, холинолитики, метилксантины); глюкокортикоидные препараты (системные и ингаляционные); антибиотики; муколитики; антиоксиданты; вакцинацию.

К немедикаментозным методам лечения относятся оксигенотерапия, в том числе применение неинвазивной вентиляции легких при нарушениях дыхания во время сна, коррекция питания, пульмонологическая реабилитация.

На поздних стадиях заболевания и в осложненных случаях могут применяться хирургические методы лечения: буллэктомия, трансплантация легких.

Показания к госпитализации больных с ХОБЛ

При обострении заболевания возрастает роль инфекционных факторов, что определяет необходимость применения антибактериальных средств, прогрессирует дыхательная недостаточность, возрастает риск декомпенсации легочного сердца, хронической сердечной недостаточности, все это определяет выбор методов и места лечения больного с ХОБЛ.

При отсутствии выраженной дыхательной недостаточности

и тяжелых сопутствующих заболеваний, лечение может проводиться в домашних условиях.

Показаниями к госпитализации больных с ХОБЛ является развитие одышки в покое, появление новых проявлений дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности (цианоз, периферические отеки, нарушения сердечного ритма); невозможность самостоятельного купирования обострения заболевания ранее используемыми лекарственными средствами; пожилой возраст больного; невозможность оказания помощи в домашних условиях.

Течение и прогноз

Течение заболевания характеризуется неуклонным прогрессированием бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности.

Наиболее частой причиной неблагоприятного исхода является развитие острой дыхательной недостаточности на фоне обострения ХОБЛ, прогрессирующая сердечная недостаточность, реже — тяжелые пневмонии, пневмоторакс, нарушения ритма сердца, тромбоэмболии.

Факторами, в значительной степени влияющими на прогноз заболевания, являются:

- возраст старше 60 лет;
- длительный стаж курения;
- частые простудные заболевания и обострения ХОБЛ;
- формирование легочного сердца;
- тяжелые сопутствующие заболевания;
- низкий социальный статус больного.

Своевременное начало и адекватное лечение, соблюдение профилактических мероприятий может уменьшить скорость нарастания бронхиальной обструкции и улучшить прогноз. ■



Пневмония

Пневмония — это острое очаговое поражение респираторных отделов легких, инфекционной, преимущественно бактериальной этиологии, сопровождающееся воспалительной реакцией и интоксикацией. Сегодня в материале «Волынского вестника» речь пойдет о внебольничной пневмонии, именно она имеет наибольшее эпидемиологическое значение.

Сезонное воздействие воздушно-капельных инфекций ежегодно приводит к значительному росту возникновения острых воспалительных заболеваний с преимущественной локализацией поражения в верхних и нижних дыхательных путях.

Не смотря на все усилия на федеральном и региональных уровнях, широкой информированностью населения о мерах профилактики респираторных инфекцией, росту иммунизации населения страны, в период сезонной заболеваемости ежедневно в сводках новостей сообщается о новых населенных пунктах с превышенным эпидемиологическим порогом по ре-

спираторным заболеваниям, демонстрируется наступление различных штаммов возбудителей по стране, оценивается экономический и человеческий ущерб.

В структуре респираторной патологии особое место занимает пневмония — острое очаговое поражение респираторных отделов легких, инфекционной, преимущественно бактериальной этиологии, сопровождающаяся воспалительной реакцией и интоксикацией. Выделяют несколько видов пневмоний, к основным относятся внебольничные и внутрибольничные (нозокомиальные), наибольшее эпидемиологическое значение имеет внебольничная пневмо-

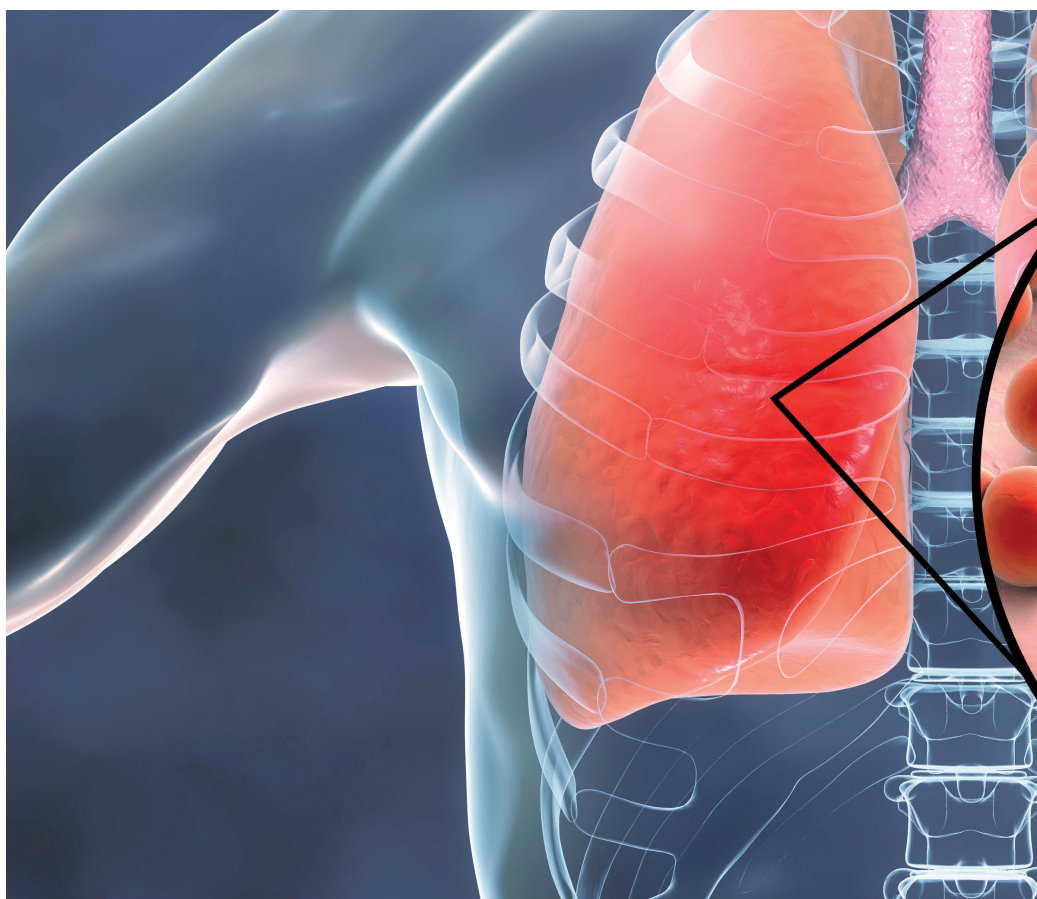
ния, о которой и будет идти речь.

Важнейшей проблемой остается высокая заболеваемость и летальность при пневмонии. По данным официальной статистики заболеваемость пневмонией на протяжении последних лет не имеет достоверных тенденций к изменению и подвержена колебаниям обусловленным динамикой заболеваемости гриппом. Повышенный риск развития и тяжелого течения пневмонии имеют дети до 5 лет и взрослые с хроническими заболеваниями дыхательных путей, печени, сахарным диабетом, а также с избыточным весом. По-прежнему, инфекции нижних дыхательных путей (грипп и пневмония) занимают 3 место

среди ведущих причин смерти, уступая лишь инфарктам и сосудистым катастрофам. Наименьший риск неблагоприятного исхода (1-3%) имеют лица молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. У пациентов старше 65 лет, при наличии тяжелой хронической сопутствующей патологии внутренних органов (обструктивная болезнь легких, неконтролируемый сахарный диабет, алкоголизм, заболевания почек, печени или сердечно-сосудистой системы), а также при двустороннем или тяжелом течении пневмонии, повышается вероятность летального исхода до 30%.

Вакцинация против гриппа не исключает возможность инфицирования привитых людей, но снижает риск развития тяжелых осложнений и летальных исходов. Возросший в последние годы охват населения профилактическими прививками против гриппа, достигший почти 40% от общей численности населения страны и более 50% детей до 17 лет, а также иммунизация против пневмококка пациентов с повышенным риском заболевания, способствуют устойчивому снижению смертности населения от пневмонии.

Основным возбудителем внебольничной (домашней) пнев-



приобрели так называемые атипичные возбудители пневмонии (хламидия, микоплазма, легионелла, клебсиела, синегнойная инфекция), имеющие более тяжелое течение и проявления заболевания, особенности антибактериального лечения. Сохраняющаяся высокая распространенность среди населения вируса гриппа А (H1N1) pdm2009, способного вызывать

непосредственного вирусного поражения нижних дыхательных путей и вторичную бактериальную пневмонию, которая возникает после первичного вирусного поражения легких или является поздним осложнением перенесенного гриппа.

Вид возбудителя пневмонии во многом может различаться в зависимости от возраста пациента, тяжести течения заболевания, предшествующей антибактериальной терапии, сопутствующей патологии: бронхоэктазы, ХОБЛ, алкоголизм, наркомания, вынужденный продолжительный постельный режим (вероятность аспирации желудочного содержимого, гиповентиляция, пролежни), декомпенсация сахарного диабета, а также контакт с кондиционерами.

В нормальных условиях благодаря системе антибактериальной защиты (механизм мукоцилиарного клиренса, активность

«Повышенный риск развития и тяжелого течения пневмонии имеют дети до 5 лет и взрослые с хроническими заболеваниями дыхательных путей, печени, сахарным диабетом, а также с избыточным весом».

мнии является пневмококк, на долю которого приходится около половины случаев заболеваний. Также к типичным возбудителям относятся гемофильная палочка и золотистый стафилококк. Особое значение

первичное поражение легочной ткани с развитием острой дыхательной недостаточности, обуславливает актуальность вирусной пневмонии. Выделяют первичную вирусную пневмонию, развившуюся в результате

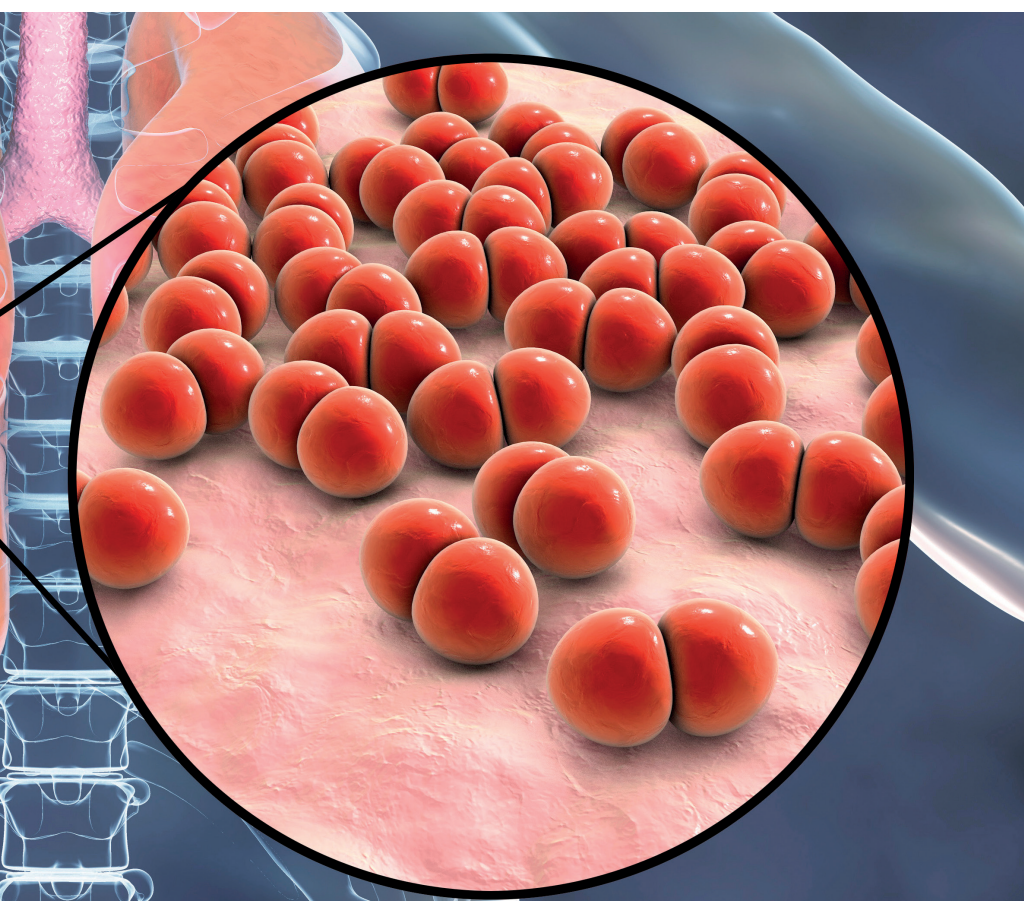


Фото: Shutterstock

альвеолярных макрофагов, секреторных иммуноглобулинов, кашлевой рефлекс), нижние дыхательные пути содержатся стерильными. При развитии респираторной инфекции возникает нарушение функции «самоочищения» и на фоне обильного выделения секрета происходит микроаспирация содержимого ротоглотки вместе с различными микроорганизмами, в том числе и пневмококком, способным колонизировать ротоглотку в нормальных условиях. Большое значение в развитии пневмонии придается массивности дозы микроорганизмов, их вирулентности и устойчивости к воздействию защитных механизмов организма человека.

Подозрение на наличие пневмонии должно возникнуть при появлении кашля, боли в груди при кашле или на высоте вдоха, одышки, мокроты, от скудной (в начале заболевания), до обильной, слизисто-гнойного характера. Частым, а иногда

и единственным проявлением заболевания может являться немотивированная слабость, быстрая утомляемость, выраженное потоотделение во время сна.

Основным методом выявления пневмонии является обзорная рентгенография органов грудной клетки, но данный метод диагностики не обладает абсолютной чувствительностью

в визуализации воспалительных изменений в легких, поэтому в последнее время, с учетом возрастающей технической оснащенности лечебных учреждений, все более востребованным является компьютерная томография легких. Показани-

ями к её проведению являются: тяжелое течение заболевания; отсутствие изменений на рентгенограмме (флюорограмме) у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии; отрицательная динамика на рентгенограмме; затяжное течение пневмонии.

В целях диагностики и определения тяжести течения заболевания проводится ряд диагностических исследований, направленных на оценку выраженности воспаления по данным клинического, биохимического исследования крови, повышения биомаркера воспаления — С-реактивного протеина; насыщения капиллярной крови кислородом, так снижение SaO_2 менее 90% является признаком острой дыхательной недостаточности и показанием для лечения пациента в условиях отделения реанимации; бактериоскопия и культуральное исследование мокроты, плеврального выпота, крови больного, лабораторная диагностика с целью выявления бактериальных возбудителей и респираторных вирусов и их чувствительности к антибактериальным лекарственным средствам.

С учетом частого атипичного течения заболевания особое значение приобретает выбор места лечения. По результатам лабо-

«Основным возбудителем внебольничной (домашней) пневмонии является пневмококк, на долю которого приходится около половины случаев заболеваний».

раторно-инструментального обследования выделяют пневмонию тяжелого и не тяжелого течения. Пациенты с тяжелым течением пневмонии нуждаются в проведении интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения стационара. Крите-

риями, позволяющими считать течение пневмонии как тяжелое являются: частота дыхания более 30 в минуту, снижение сатурации кислорода в капиллярной крови менее 90%; снижение систолического АД менее 90 мм рт. ст.; двустороннее или многодолевое поражение легких; нарушение сознания, снижение гемоглобина менее 100 г/л; острая почечная недостаточность. С этой целью

Основным этиопатогенетическим методом лечения больных пневмонией является антибактериальная терапия. Вид антибактериального средства и путь введения препарата определяется в зависимости от предполагаемого или выявленного, по результатам микробиологического исследования, возбудителя, тяжести состояния, наличия сопутствующей патологии.

щающими дошкольные учреждения.

Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии осуществляется через 48-72 часа после начала лечения. Критериями эффективности лечения являются: нормализация температуры тела, уменьшение выраженности слабости и других симптомов. В случае сохранения или прогрессирования симптоматики, лечение признается неэффективным и производится замена антибактериального средства.

«Подозрение на наличие пневмонии должно возникнуть при появлении кашля, боли в груди при кашле или на высоте вдоха, одышки, мокроты».

проводится комплексная оценка клинических проявлений и результатов лабораторно-инструментальных исследований.

Для улучшения диагностики и исходов лечения пневмонии у взрослых, а также для оптимизации экономических затрат, разработано множество международных и национальных клинических рекомендаций, основная цель которых — предложить врачу наиболее рациональную стратегию ведения пациента в конкретной клинической ситуации с учетом современного уровня медицинских знаний. В 2014 году экспертами Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии

В условиях стационара предпочтительным является парентеральный (внутривенный) путь введения антибактериального средства с последующим переходом на таблетированные формы при стабилизации состояния.

Наибольшее клиническое значение в мире имеет распространенность устойчивости респираторных возбудителей к различным антибактериальным средствам. Профиль устойчивости может отличаться в отдельных регионах, поэтому при выборе препаратов целесообразно руководствоваться местными данными по резистентности, а также учитывать индивидуальные факторы риска резистентно-

Продолжительность антибактериальной терапии варьируется в зависимости от тяжести течения заболевания и вида возбудителя, в среднем составляет 7-10 дней, при атипичном течении — 14 дней. Показателями достаточности антибактериального лечения являются: снижение температуры тела ниже 37,5°C, частота дыхания менее 20 в минуту; количество лейкоцитов менее 10×10⁹/л, снижение С-реактивного белка; отсутствие гнойной мокроты; положительная динамика через 10 дней от начала заболевания, выявленная при рентгенологическом обследовании.

Следует отметить, что сохранение отдельных клинических, лабораторных или инструментальных признаков пневмонии не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной терапии. В подавляющем числе случаев разрешение остаточных явлений происходит самостоятельно или под действием симптоматической терапии. Кроме антибактериальных средств, в лечении пневмонии, в зависимости от конкретной клинической ситуации могут применяться жаропонижающие средства, муколитики, иммуномодуляторы, глюкокортикостероиды, противовирусные средства.■

«Основным этиопатогенетическим методом лечения больных пневмонией является антибактериальная терапия».

и антимикробной химиотерапии были изданы клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике внегоспитальной пневмонии, в 2019 г. планируется выход обновленной версии этих рекомендаций.

сти: возраст старше 65 лет, недавняя (менее 3 месяцев) терапия антибиотиками, алкоголизм, иммунодефицит или иммуносупрессивная терапия, тяжелые хронические заболевания, контакт с детьми, посе-

Артериальная гипертензия

Гипертоническая болезнь — это хроническое заболевание, при котором повышается артериальное давление, что связано с нарушением регуляции тонуса сосудов. При участии академика РАН, президента Российского кардиологического общества Евгения Владимировича Шляхто, были приняты новые клинические рекомендации по ведению больных с артериальной гипертензией.

Многие пациенты не ощущают повышения артериального давления (АД), оно может быть выявлено при посещении врача по разным причинам. Подъем давления может сопровождаться головными болями, тяжестью в височной и затылочной области, иногда внезапным головокружением, шумом в голове и ушах, появлением «мушек», «пелены» перед глазами, повышенным сердцебиением, кровотечением из носа. При длительном повышении АД также может появиться быстрая утомляемость, особенно ближе к вечеру, сни-

жение работоспособности, снижение концентрации внимания и памяти, повышенная раздражительность, беспокойный сон.

Если появляются подобные симптомы, нужно срочно измерить АД. При его повышении необходимо обратиться к кардиологу или терапевту. При стойком и длительном повышении артериального давления поражаются органы-мишени: сердце, почки, головной мозг, глаза. Необходимо помнить, что своевременно начатое лечение может предотвратить серьезные осложнения (такие как



*Ольга Петровна Донецкая,
заслуженный врач РФ,
заведующая кардиологическим
отделением, к.м.н.*

инфаркт миокарда, инсульт), предупредить развитие хронической сердечной и почечной недостаточности.

Гипертоническая болезнь может прогрессировать медленно и хорошо поддаваться лечению, изменения в органах-мишенях в таком случае развиваются постепенно, осложнения появляются не сразу. Но встречается и быстрое или злокаче-

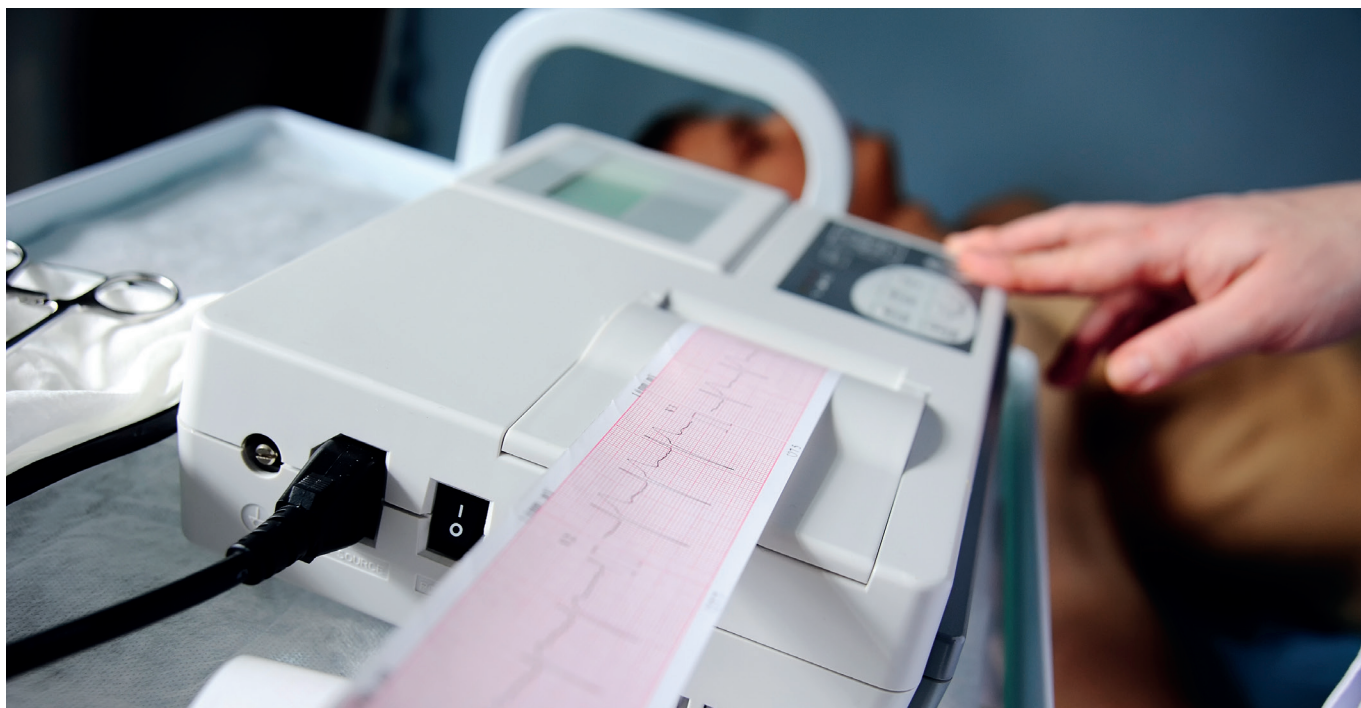


Фото: Shutterstock

ственное течение заболевания. Оно характеризуется высокими цифрами артериального давления, устойчивостью к терапии, достаточно скорым поражением органов-мишеней и возникновением осложнений. Прогноз злокачественной артериальной гипертензии очень серьезен.

Проводится на протяжении всей жизни пациента и направлено на снижение риска возникновения жизненно опасных осложнений и смерти от них.

Принимаются лекарства в одно и то же время. В течение дня артериальное давление может изменяться в за-

президент Российского кардиологического общества Евгений Владимирович Шляхто.

Изменения коснулись всех разделов рекомендаций. Если раньше диагноз выставлялся только по уровню «офисного» артериального давления, то теперь допускается использовать как измерение «офисного», так и «внеофисного» АД с использованием СМАД и/или домашнего самоконтроля.

Рекомендована комбинированная терапия двумя препаратами у большинства пациентов. Стратегия лечения направлена на приём фиксированных комбинаций в качестве стартовой терапии для большинства пациентов. В случае наличия у пациента очень высокого риска за счёт сопутствующих заболеваний, старт терапии рекомендован при высоком нормальном АД (130-139/85-89 мм рт. ст.).

Рекомендуется начинать антигипертензивную терапию у пациентов с I стадией болезни и низким, либо умеренным сердечно-сосудистым риском модификации образа жизни.

Большинству пожилых пациентов старше 65 лет рекомендуется изменение образа жизни и начала гипертензивной те-

«При правильно подобранных дозах препаратов среднесуточные цифры АД должны быть меньше 130/80мм. рт. ст., а у людей с сахарным диабетом — 120/80мм. рт. ст.»

К наиболее распространённым факторам риска развития гипертонической болезни относятся:

- наследственная предрасположенность;
- курение;
- малоподвижный образ жизни;
- сахарный диабет.

Лечение необходимо начинать по рекомендации врача с учетом медикаментозных средств и немедикаментозных методов:

- отказ от курения, снижение избыточной массы тела;
- контроль потребления поваренной соли до 5 г. в день;
- употребление алкоголя в пересчете на этанол: не более 30 г. в день для мужчин и 20 г. — для женщин);
- ограничение продуктов, содержащих большое количество легких углеводов (сладостей), животных жиров, соли;
- увеличение в рационе фруктов и овощей, пищи, богатой кальцием, калием, магнием, а также рыбы и морепродуктов;
- физическая активность — один из важных методов немедикаментозного лечения.

Следует помнить, что лечение артериальной гипертен-

зисимости от физической и эмоциональной нагрузки, может повышаться после еды. При правильно подобранных дозах препаратов среднесуточные цифры АД должны быть меньше 130/80мм. рт. ст., а у людей с сахарным диабетом — 120/80мм. рт. ст.

Первая доза приёма лекарств назначается сразу после утреннего туалета. Лучше всего применять препараты длительного (24-часового) действия, которые можно принимать один раз в день.

В августе 2018 года были приняты новые клинические рекомендации по ведению

«При стойком и длительном повышении артериального давления поражаются органы-мишени: сердце, почки, головной мозг, глаза. Необходимо помнить, что своевременно начатое лечение может предотвратить серьёзные осложнения.»

больных с артериальной гипертензией (предыдущая версия — от 2013 года). Впервые в разработке участвовал наш соотечественник, академик Российской академии наук,

рапии при систолическом АД свыше 140 мм. рт. ст.

Сохраняется ключевое положение, что в качестве первого целевого уровня рекомендует-

ся использовать значения АД < 140/90 мм. рт. ст.

Рекомендовано использовать целевые значения 130/80 мм. рт. ст. у большинства больных.

Для пациентов младше 65 лет рекомендуется снижать АД до уровня 120-129 мм рт. ст.

Пациентам, старше 80 лет, рекомендовано снижать уровень САД до 130-139 мм. рт. ст., если такой уровень артериального давления хорошо переносится (ранее целевые значения были 140-150 при исходном уровне САД свыше 160 мм. рт. ст.)

Диастолическое артериальное давление должно быть менее 80 мм. рт. ст. у всех пациентов с артериальной гипертензией, вне зависимости от степени риска и сопутствующих заболеваний (ранее существовала градация в зависимости от этих показателей).

Что касается начала лекар-

ственной терапии, произошел переход с монотерапии (рекомендовано в 2013 году) на комбинированную терапию из двух и более препаратов, преимущественно в фиксированной комбинации (2018 год). Исключение — артериальная гипертензия 1 степени у моло-

доказательств их безопасности и эффективности.

Таким образом, были изменены подходы к пациентам с артериальной гипертензией: тактика ведения стала более агрессивной, направленная на более жёсткий контроль

«При правильно подобранных дозах препаратов среднесуточные цифры АД должны быть меньше 130/80мм. рт. ст., а у людей с сахарным диабетом — 120/80мм. рт. ст.».

дых больных с низким риском сердечно-сосудистых заболеваний и пожилых ослабленных пациентов.

Отдельно прописано, что проведение инвазивных процедур, в частности денервации почечных артерий или стимуляции барорецепторов не рекомендовано для рутинного применения ввиду недостаточных

уровня артериального давления. Достичь данного пункта планируется с помощью применения комбинации антигипертензивных препаратов и повышения приверженности пациента к терапии, которая будет достигаться в первую очередь за счёт использования фиксированных комбинаций в рамках стратегии «одной таблетки».





Благородные газы в медицине

В лечебной практике ФГБУ «Клиническая больница №1» с успехом используются благородные газы. Ингаляции ксеноно-кислородных и гелий-кислородных смесей используют практически во всех отраслях современной медицины.

Одним из ведущих принципов работы Волынской больницы является развитие и внедрение в клиническую практику передовых научно-медицинских технологий. В течение последнего десятилетия разрабатываются эффективные методики лечения терапевтических больных с применением ингаляций инертных газов. Эти газы называют «благородными» потому, что они практически не образуют связей с другими элементами системы таблицы Менделеева; тогда как другие химические элементы охотно соединяют-

ся друг с другом. Это свойство обеспечивает безопасность их применения — отсутствие аллергических реакций и нежелательных побочных эффектов. Инертный газ во время ингаляции ни с чем не соединяется и выводится из организма в неизменном виде.

Одним из таких газов является ксенон. Он был открыт в 1898 году английскими учеными Уильямом Рамзаем и Морисом Траверсом. Этот газ состоит из одноатомных молекул, не имеет ни запаха, ни цвета, не горит и не поддерживает го-

рение, не взрывоопасен, слабо растворяется в воде. Помимо использования в промышленности, ксенон активно применяется в медицине — долгое время он использовался в качестве наиболее эффективного и безопасного наркоза при операциях. С 2010 года, после долгих исследований было получено разрешение на применение ингаляций ксеноно-кислородной смеси (ксенонотерапии) в терапевтической практике. Этот метод лечения применяют для снятия стрессовых и тревожных и депрессивных расстройств, для купирования

болевого синдрома различного генеза, реабилитации после инфарктов, инсультов и тяжелых оперативных вмешательств.

Медицинский ксенон используют практически во всех отраслях современной медицины. Он активно применяется в детской анестезиологии, как эффективный и безопасный наркоз. В кардиологии — для лечения нарушения сердечного ритма и ишемической болезни сердца. В терапии — для лечения бронхиальной астмы, синдрома раздраженного кишечника, язвенной болезни желудка, а также различных аутоиммунных заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом. Дерматологи и косметологи используют ингаляции ксенона для лечения нейродермитов, женской алопеции, акне. Для неврологов ксенотерапия — это эффективный метод борьбы с паническими атаками, невротическими расстройствами, а также лечение радикулита, головных болей.

Применение медицинского ксенона помогает при реабилитации после перенесенного инсульта, а также в комплексном лечении тремора и нарушения мышечного тонуса при болезни Паркинсона. В психиатрии ксенотерапия применяется для борьбы с депрессией, купирования абстинентного синдрома при наркотической или алкогольной зависимости. Применялся ксенон и в спортивной медицине для восстановления физических сил после изнурительных тренировок; однако с 2014 года ингаляции ксенона признаны допингом и не разрешены к применению у спортсменов, что тоже свидетельствует о его эффективности.

Активное применение ксенона нашел и в стоматологии. Показания к применению этого

газа в зуболечебной практике довольно широки — это и снятие стресса перед стоматологическим приемом, снятие спазма жевательных мышц, для профилактики болевого синдрома и в лечении бруксизма. Особенно эффективна ксенотерапия при дентофобии — паническом страхе перед лечением зубов. До недавнего времени единственным способом лечения дентофобии был общий наркоз, но его применение имеет ряд недостатков: его нельзя использовать часто и в течение продолжительного времени. На фоне ксеноновых ингаляций пациенты легко и комфортно переносят не только терапевтические процедуры, но и имплантацию.

Медицинский ксенон оказывает обезболивающий (анальгетический), антидепрессивный, анксиолитический (противотревожный) и миорелаксирующий (расслабляющий мышечный тонус) эффекты. Действие

«Медицинский ксенон оказывает обезболивающий (анальгетический), антидепрессивный, анксиолитический (противотревожный) и миорелаксирующий (расслабляющий мышечный тонус) эффекты».

ксенона осуществляется путем временной блокады NMDA-глутаматных рецепторов, которые участвуют в процессе передачи болевого синдрома. Воздействуя на ретикулярную формацию, ксенон активирует антиноцицептивную (противоболевую) систему, которая подавляет активность нейронов задних рогов спинного мозга и тем самым оказывает обезболивающий эффект. Противотревожный и антидепрессивный эффект ксенона обусловлен воздействием на тормозные медиаторы



*Николай Игоревич Базий,
врач-невролог, к. м. н.*

и снижением уровня гормонов стресс реализующих систем организма.

Какие существуют показания к применению ксенотерапии?

- Болевые синдромы различной локализации и проис-

хождения (мигрень, вертеброгенные дорсалгии, травмы позвоночника, хронические болевые синдромы);

- тревожные расстройства, депрессии;
- реабилитация больных с истощением физических сил, после болезней и операций, особенно у лиц пожилого и старческого возраста;
- нарушения сна;
- астенические проявления (слабость, утомляемость), обусловленные наличием

- хронического заболевания;
- нарушение мышечного тонуса (гипертонус, миалгии);
- когнитивные нарушения (снижения памяти, способности воспринимать и усваивать новую информа-

- щиеся парезом кишечника;
- травмы грудной клетки, черепно-мозговые травмы в остром периоде;
- тяжелые заболевания легких с высоким риском развития пневмоторакса

ксенонотерапии у беременных и кормящих женщин.

Что необходимо знать перед проведением процедуры?

Прием пищи пациентом прекращается не менее чем за 2 часа, а прием жидкости — не менее чем за 1 час до ингаляционной процедуры. Процедура ингаляции медицинским ксеноном проводится специалистом, прошедшим обучение по работе на соответствующем медицинском оборудовании, а также имеющим необходимую квалификацию для лечения пациентов с данными заболеваниями.

С пациентом проводится беседа, в ходе которой врач знакомит его с порядком прове-

«Одно из самых важных качеств ксенона — его быстрое действие. У врача появляется возможность помочь пациенту и оценить эффективность уже в первые минуты начала лечения».

- цию);
- умственные и физические перенапряжения;
- синдром хронической усталости;
- офисный синдром;
- хронический стресс различного происхождения.

- (пневмония; туберкулез);
- миастения и другие заболевания со снижением тонуса мышц;
- синдром обструктивного апноэ тяжелой форма;

Противопоказания к проведению ксеноновых ингаляций основаны на способности ксенона диффузно проникать в ткани и заполнять свободные полости, увеличивая объем пневмоторакса, воздушного эмбола, паретичного кишечника. К ним относятся:

- острые инфекционные заболевания;
- острые заболевания брюшной полости, сопровождаю-

«Процедура ингаляции медицинским ксеноном проводится специалистом, прошедшим обучение по работе на соответствующем медицинском оборудовании, а также имеющим необходимую квалификацию для лечения пациентов с данными заболеваниями».

На сегодняшний день, к сожалению, не проводилось необходимых исследований разрешающих применение

дления процедуры, разъясняет ее цели и ожидаемый лечебный эффект. Пациенту описываются субъективные ощущения, которые он, возможно, будет испытывать в ходе ингаляции (покалывания в кончиках пальцев рук и ног, онемение, чувство легкости, ощущение полета, ощущение утраты значимости ранее тревожащих проблем), а также рекомендуется максимально расслабиться и отвлечься от неприятных мыслей. После этого пациент ложится на кушетку и закрывает глаза. Возможно использование релаксационной музыки, способствующей более глубокому расслаблению. На лицо пациенту одевается маска и в дыхательный контур подается кислородно-ксеноновая смесь.



Во время сеанса ингаляции ксенона пациент находится в контакте с врачом. Процедура проводится до достижения клинических эффектов (легкого головокружения, улучшения настроения, покраснения кожных покровов, купирование болей), которые поддерживаются в течение 10-20 минут, основной (анальгетический и седативный) эффект наступает обычно на 3-й или 4-й минуте процедуры.

Какие возможны побочные эффекты ксенотерапии?

После ингаляции возможно появление осиплости голоса, «металлический» привкус во рту, изменение тембра голоса, сухость во рту, ощущение тяжести в голове, которые проходят самостоятельно в течение 5 минут после окончания ингаляции. У лиц, имеющих пристрастие к алкоголю, часто отмечается психомоторная активность в начальном периоде проведения процедуры.

Одно из самых важных качеств ксенона — его быстродействие. У врача появляется возможность помочь пациенту и оценить эффективность уже в первые минуты начала лечения. И уже после первого сеанса пациенты испытывают чувство бодрости, прилива сил, настроение улучшается, увеличивается трудоспособность. Это редкий случай, когда лечение может быть приятным, так как процедура ксенотерапии вызывает ощущения позитива, легкости, комфортного расслабления. Количество ингаляции зависит от заболевания и определяется врачом, выполняющим процедуру. В среднем о наступлении стойкого положительного эффекта можно говорить после 5–7 процедур ксенотерапии.

Ксенон не единственный инертный газ, который с успехом ис-



пользуется в лечебной практике. С 1930 года в медицине применяется инертный газ гелий в составе дыхательных газовых смесей с кислородом.

На сегодняшний день опубликовано более 500 научных работ и результатов международных исследований по применению гелий-кислородных смесей в пульмонологии, водолазной и спортивной медицине, а также при коррекции неотложных состояний. Ввиду низкой плотности кислородно-гелиевая смесь влияет на вентиляционную функцию легких, способствуя регрессии обструктивных на-

ханию и расслабляют гладкую мускулатуру. Гелий уменьшает вязкость мокроты и снижает нагрузку на дыхательные мышцы. Этот метод лечения позволяет эффективно бороться с дыхательной недостаточностью и помогать пациентам с хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой, пневмонией, острой и хронической застойной сердечной недостаточностью.

Так же важно отметить применение кислородно-гелиевой смеси как своеобразного «транспорта» (несущего газа) для доставки ингалируемо-

«С 1930 года в медицине применяется инертный газ гелий в составе дыхательных газовых смесей с кислородом».

рушений. Ингаляции гелия оптимизируют деятельность дыхательного центра, улучшают диффузию кислорода через альвеоло-капиллярную мембрану и снижают сопротивление ды-

го лекарственного препарата в дыхательные пути. Гелий хорошо переносится, не влечет за собой побочных эффектов и позволяет существенно улучшить состояние больных.■

Психиатр или психотерапевт?

Кто поможет с расстройствами личности и поведения

Для среднестатистического жителя России визит к психиатру и психотерапевту — сродни признанию в собственном сумасшествии. Почему не стоит бояться просить помощи врача и к какому именно специалисту бежать, читайте в материале «Волынского вестника».

— Какие заболевания лечит врач-психиатр или психотерапевт?

— Психиатр, как и психотерапевт, занимается лечением психических расстройств и заболеваний, а также терапией расстройств личности и поведения.

Психическое расстройство — это изменение душевного и психического состояния человека, реализующееся нарушениями в сфере чувств, мышления, поведения, что приводит к снижению способности приспособиться к условиям жизни и разрешать жизненные проблемы, справляться с повседневными задачами в личной, семейной жизни или на работе.

Психосоматические расстройства — это психические расстройства, имитирующие, способствующие формированию, провоцирующие, сопровождающие или осложняющие соматические заболевания.

«Важно понимать, что большинство психических заболеваний не относится к каким-то «страшным» или «социально опасным». С ними не ставят на учет, не ограничивают в правах, так что бояться или стесняться здесь абсолютно нечего».

Чаще всего к психиатру обращаются с жалобами на симптомы депрессии, невротических, тревожных, соматизированных и психотических расстройств, отставания умственного разви-

тия, возрастных когнитивных нарушений, расстройств личности и шизофрении.

— Какие факторы могут способствовать возникновению психических или психосоматических расстройств?

— Таких факторов много. Например, неблагоприятная наследственность, наличие стрессов. В последнем случае расхожее понятие «сильный стресс» очень субъективное. У каждого человека свои особенности психики, а потому почва для развития депрессии может быть самой разной. Для кого-то большое потрясение — несчастье с близкими, для кого-то — смерть домашнего животного, для кого-то — даже свадьба ребенка.

Повышают вероятность болезни и длительно текущие, хронические соматические (телесные) болезни, особенно связанные с невозможностью работать, ведущие к инвалидности. Для

большинства людей это тоже психоэмоциональный стресс, хотя он имеет под собой вполне объективную основу.

Отдельно можно выделить

психические расстройства, связанные с гормональными колебаниями — в периоды полового созревания, беременности и грудного вскармливания, климакса.

Наконец, хорошо известны психические расстройства, спровоцированные изменением климатических условий, — снижением уровня освещенности, сменой окраски окружающей природы. Обычно они наблюдаются осенью или зимой, хотя не исключены и в другое время года.

— Многие проблемы с соматическим здоровьем — защитный ответ организма на неблагоприятные факторы. Можно ли что-то подобное сказать о психических нарушениях?

— Да, некоторые психические расстройства, такие как депрессия, тревога — это нормальная психофизиологическая реакция на эмоциональные стрессы. В чем-то сродни насморку на фоне инфекции. Поэтому изначально в течение 2-3 недель человеку всегда дается время на то, чтобы самостоятельно, без «участия» медикаментов совладать с симптомами заболевания. В таких случаях изменение в психике становится клиническим заболеванием, которое должны лечить психотерапевты или психиатры, но лишь тогда, когда пациент сам говорит, что ему плохо и он не может справиться со своим состоянием и нуждается в лечении.

— Что обычно удерживает



Владимир Эрнстович Медведев,
к. м. н., доцент Кафедры
психиатрии, психотерапии
и психосоматической
патологии ФНМО
Медицинского института РУДН.

жителей России от своевременного визита к психиатру и психотерапевту?

— Сами пациенты называют разные причины. Например, некоторые больные почему-то убеждены, что такой визит — что-то вроде расписки в своей неполноценности. Важно понимать, что большинство психических заболеваний не относится к какому-то «страшным» или «социально опасным». С ними не ставят на учет, не ограничивают в правах, так что бояться или стесняться здесь абсолютно нечего.

Ещё одна причина — представления нашего общества о лечении психических расстройств основаны по большей части на художественных произведениях — литературе и кино, которые создавались еще в те годы, когда психофармакотерапия была не очень развитой. Поэтому многие даже сегодня искренне убеждены, что психиатры — это чуть ли не каратели-садисты, которые превращают людей в овощи и бьют током без наркоза. Но ведь за последние полвека в психиатрии (прежде всего лекарственной) произошли столь

существенные сдвиги, что все описанные ужасы давно уже относятся к мрачным преданиям старины.

— Как происходит обследование пациента?

— Основной диагностический инструмент врача-психиатра — это его знания особенностей клинических проявлений различных психических расстройств. Чтобы выявить симптомы болезни, психиатр беседует с пациентом на протяжении порой нескольких часов или не один раз, при возможности опрашивает родственников пациента, анализирует заключения специалистов из общей медицины и результаты объективных методов обследования.

В качестве дополнительных методов диагностики или отслеживания динамики состояния пациента используются различ-

ные психометрические шкалы и самоопросники — их пациент заполняет самостоятельно и отдаёт врачу для анализа.

Для дифференциации психических расстройств от сходных, но вторичных, симптомов соматического заболевания, проводятся магнитно-резонансная томография головного мозга, электроэнцефалография и другие дополнительные обследования.

После постановки диагноза пациенту назначается современная высокоэффективная, хорошо переносимая психофармакотерапия, подбирается метод психотерапии.

— Чем отличается работа врача-психиатра и психотерапевта?

— Основное отличие — метод лечения. Если состояние пациента тяжелое, угрожающее его жизни или жизни окружающих, а также, если больной настроен на как можно более быстрый эффект, то после проведения диагностики психиатр подбирает для него эффективную фармакотерапию, использует разнообразные методы биологической терапии (например, светотерапия).

Если, по мнению врача, состояние пациента позволяет обходиться без фармакотерапии, то ведущим методом лечения становится психотерапия (один из её многочисленных видов), применяемая преимущественно без фармакологических средств. При необходимости оба метода могут дополнять или сменять друг друга.

«Если, по мнению врача, состояние пациента позволяет обходиться без фармакотерапии, то ведущим методом лечения становится психотерапия, применяемая преимущественно без фармакологических средств».

— Можно ли проконсультроваться у психиатра в ФГБУ «Клиническая больница № 1»?

— Записаться на консультацию может любой желающий. Квалифицированные врачи-психиатры, сотрудники кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН проводят регулярный прием пациентов.

Пациенты, находящиеся на стационарном лечении в ФГБУ «Клиническая больница № 1» также могут быть проконсультированы по собственной просьбе или по назначению лечащего врача.■



Депрессия

Депрессивные состояния являются наиболее частой формой психической патологии у пациентов общемедицинских учреждений как амбулаторной, так и госпитальной сети (от 5,9% до 24,9%). По данным популяционных исследований 4,1-7,1% населения сталкивались с депрессией в течение последнего года, а 15,4 – 24% – на протяжении жизни.

Депрессия определяется как патологическое состояние длительного (более двух недель подряд) снижения настроения, сопровождающееся уменьшением физической и интеллектуальной активности.

Патофизиологические механизмы, лежащие в основе депрессивных расстройств, являются многофакторными и малоизученными. Предложено несколько гипотез.

Социальная и медицинская значимость

Депрессия рассматривается в числе трех заболеваний с максимальными показателями дезадаптации. По данным ВОЗ, при сохранении существующих демографических тенденций, к 2020 году депрессии займут второе место по числу лет сокращения полноценной жизни в связи с инвалидностью, а к 2030 г. — первое место (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ., 2002, 2012*).

Депрессивное состояние сказывается на уровне участия пациентов в лечебном и реабили-

тационном процессе. Больные, у которых сердечно-сосудистые заболевания сочетаются с депрессией, как правило, не соблюдают рекомендованный специалистами режим поддерживающей терапии, диагностических и лечебных процедур, нарушают диеты, не контролируют физиологические показатели жизнедеятельности.

Кроме того, депрессии усугубляют социальные последствия соматического недуга: увеличивают длительность пребывания в стационаре, снижают работоспособность, повышают вероятность инвалидизации. Симптомы депрессии должны продолжаться не менее 2-х недель подряд.

Основные симптомы:

- Депрессивное настроение почти ежедневно и большую часть дня, которое не зависит от ситуации (гипотимия).
- Отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая была ранее приятна (ангедония).
- Снижение энергии и повышенная утомляемость (астения).

Дополнительные симптомы:

- Снижение уверенности и самооценки.
- Чрезмерное и неадекватное самоосуждение и самообвинение.
- Мысли о смерти, самоубийстве (представление или обдумывание картин собственной смерти в результате несчастного случая или совершения самоубийства), суицидальные попытки.
- Снижение концентрации внимания, памяти, чрезмерная нерешительность;
- Ажитация или заторможенность.
- Нарушения сна любого типа.
- Изменение аппетита с соответствующим изменением веса тела.

Клинические проявления депрессии

К основным симптомам депрессии относятся сниженное настроение (гипотимия, подавленность), уменьшение физической активности (апатия, быстрая утомляемость), замедление интеллектуальной деятельности, проявляющееся нарушениями концентрации внимания, трудностями сосредоточения, ухудшением памяти.

Не обязательными, но часто встречающимися симптомами депрессии являются:

- чувство тоски (обычно реализующееся ощущением тяжести, боли за грудиной);
- чувство тревоги (например, по поводу правильности прошлых поступков, или тревога ожидания, страх перед будущим, или же тревога неопределенная, без четкого сюжета);
- повышенная раздражительность;
- отсутствие интереса и радости от ранее приятных дел и событий;
- идеи самообвинения и греховности (тягостные раздумья о своих прошлых мнимых и реальных прегрешениях и проступках, преувеличение их значимости и собственной роли в них) или малоценности (уверенность в никчемности своего существования, невостребованности в жизни, неприспособленности, отсутствию необходимых навыков и умений);
- мысли о смерти, а также попытки самоубийства;
- нарушения сна (трудности засыпания из-за тревоги, наплывов мыслей; поверхностный, чуткий сон с частыми пробуждениями, не связанными с физиологическими отправлениями; яркие, красочные, многосюжетные или кошмарные сновидения; раннее пробуждение; отсутствие чувства отдыха после сна; дневная сонливость);
- нарушения аппетита (повышение или снижение, вплоть до отсутствия чувства голода, отвращение даже к запаху пищи, отсутствие или изменение вкусовых ощущений, отсутствие чувства насыщения);
- разнообразные неприятные ощущения в теле (например, болевые, колющие, давящие, жгущие и т. п.), не могущие быть объяснены каким-либо физическим заболеванием и не поддающиеся лечению соматотропными лекарствами.

Диагностика

Диагностика депрессий может быть осуществлена и на основании данных объективного соматического обследования, и следующих косвенных признаков психических нарушений:

- необычный характер жалоб, их яркая эмоциональная окраска;
- несоответствие жалоб данным объективного исследования и их локализации рецепторным зонам;
- многочисленность симптомов, их «летучесть» или выраженная стойкость, отсутствие связи с характерными триггерами (метеоклиматическими, физическими нагрузками, погрешностями в диете и т. д.);
- неэффективность адекватного по длительности и дозировке соматотропного лечения разнообразными по механизмам действия препаратами.

Таким образом, алгоритм распознавания депрессий в общей медицинской практике может опираться (но не должен ограничиваться) на следующие «ключевые точки»:

Статус пациента (выявляется при опросе):

- наличие актуальной психогении (стресс);

«Больные, у которых сердечно-сосудистые заболевания сочетаются с депрессией, как правило, не соблюдают рекомендованный специалистами режим поддерживающей терапии, диагностических и лечебных процедур».

- субъективно сниженное настроение по сравнению с обычным для конкретного пациента;
- атипичная клиническая картина соматического заболевания или отсутствие «органического субстрата», обуславливающего симптомы/жалобы;
- подчиненность самочувствия

суточному ритму;

- высокие баллы по скрининговым психометрическим шкалам или самоопросникам для выявления или оценки депрессии (Шкала Гамильтона, Шкала Монтгомери-Асберга опросник Бека, опросник Цунга и др.);

Анамнез:

- настойчивое обращение за медицинской помощью, несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения;
- сезонная периодичность обострений болезненной симптоматики, в том числе при «психосоматических заболеваниях» (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка, атопический дерматит);
- эффективность антидепрессивной терапии в прошлом.

Типология депрессий

В ряду аффективных расстройств выделяются нозогенные и соматогенные депрессии, а также эндогенные депрессивные фазы.

Обычно клиническую картину **нозогенной депрессии** определяют симптомы ипохондрической депрессии: подавленность,

пессимистическое восприятие болезни, гипертрофированная оценка её последствий, опасения повторных приступов стенокардии, страх смерти или неминуемой инвалидизации. Обостренное самонаблюдение с регистрацией малейших изменений самочувствия сочетается

с массой жалоб, иногда не имеющих достаточного соматического обоснования. Значительное место среди других составляющих депрессивного расстройства занимают конверсионные («ком» в горле, тремор, онемения конечностей по типу «перчаток» и др.) и астенические (повышенная истощаемость, снижение активности и жалобы на слабость) симптомокомплексы. Обратное развитие нозогенных депрессий совпадает с периодом реконва-

составляющая таких соматогенных — когнитивные расстройства (снижение памяти на события прошлого, ограничение возможности осмысления и запоминания новой информации, нарушения концентрации внимания).

Эндогенные депрессии, наряду с подавленностью, заниженной самооценкой, апатией, идеомоторным торможением (достигающим иногда значительной выраженности), реализуются

ваниями не может проводиться без патогенетической терапии — применения антидепрессантов. В ряде случаев возникает необходимость в комбинированной терапии антидепрессантом с психотропными препаратами других групп (анксиолитики, антипсихотики, ноотропы). Продолжительность терапии определяется в первую очередь динамикой психопатологических расстройств.

При использовании психотропных средств желательно проводить монотерапию, назначать лекарства в малых дозах — как минимум в 2 раза меньших по сравнению с используемыми в специализированных психиатрических учреждениях. Для установления индивидуальной переносимости и предотвращения побочных эффектов увеличение суточного количества препарата проводят постепенно.

Психотерапия

Психотерапевтическое воздействие — неотъемлемая часть лечения депрессий. Психокоррекционная работа включает элементы поддерживающей психотерапии, направленной на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности, коррекцию катастрофического образа болезни путём подключения элементов рационально-разъяснительной психотерапии (убеждение пациента в гипертрофированности его опасений).

Заключительный этап психотерапевтического процесса — формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения психотерапии, ориентированной на выработку у пациента позиции соучастия в процессе лечения, самостоятельных действий в плане ограничения нагрузки, приёма лекарств, диеты.■

«Диагностика депрессий может быть осуществлена и на основании данных объективного соматического обследования и косвенных признаков психических нарушений».

лесценции (происходит минимизация опасности летального исхода, восстановление двигательной активности, снижение уровня тревоги).

Соматогенные депрессии непосредственно связаны с сосудистой патологией, ее неблагоприятным течением; например, после операции АКШ наряду с перечисленными факторами большую роль играют нарушения функций головного мозга вследствие значительной гипоксии. Интенсивность гипотимии (тревожно-дисфорический аффект, апатия, плаксивость) при соматогенной депрессии коррелирует с тяжестью

чувством тоски, описываемым больными как «тяжесть, давление» за грудиной (реже — в иных частях тела: голове, животе).

Лечение

Основное место среди методов лечения депрессий отводится психофармакотерапии, которая отличается достаточно высокой эффективностью и простотой применения, а также психотерапии. При этом в ходе исследований при дифференцированной оценке установлено, что эффективность комбинированной психофармакотерапии с психотерапевтическим воздействием,

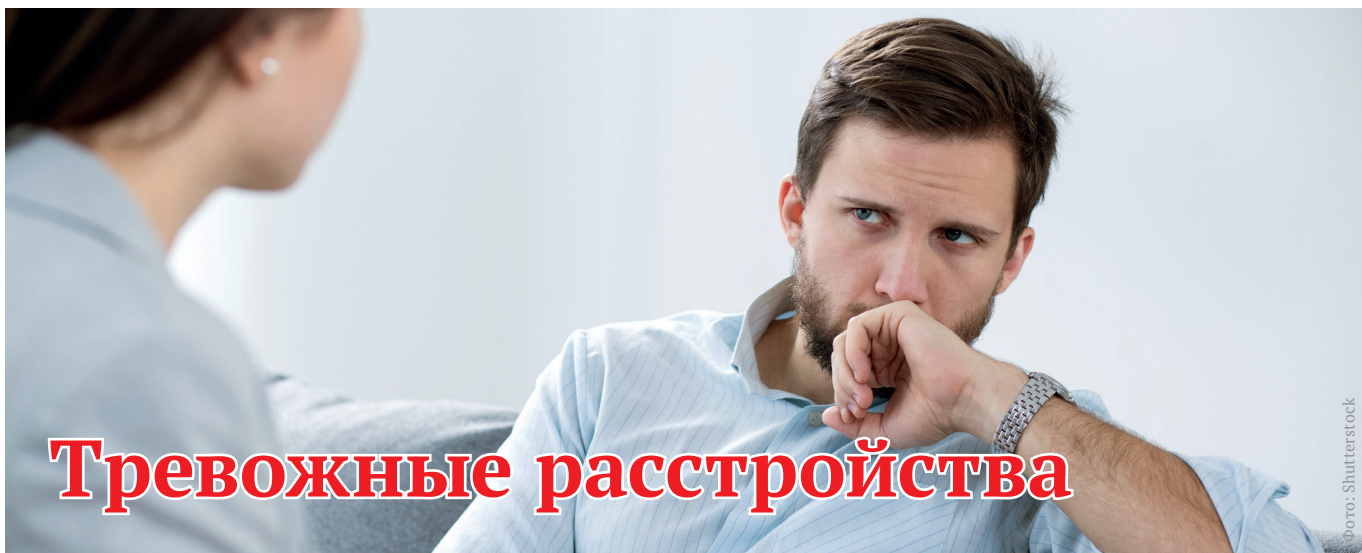
«Симптомы депрессии должны продолжаться не менее 2-х недель подряд».

соматического состояния. Среди других психопатологических проявлений на первом плане астенические симптомокомплексы (общая слабость, непереносимость нагрузок, выраженная сонливость в дневное время в сочетании с ранней инсомнией). Другая

на уровне тенденции, превосходит результативность только психофармакотерапии.

Психофармакотерапия

Лечение депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболе-



Тревожные расстройства

По данным Всемирной организации здравоохранения около 30% населения (а в течение жизни — до 50%), страдают тревожными расстройствами, причем ежегодно отмечается рост распространенности этой патологии. У 76% пациентов с соматическими заболеваниями выявляются симптомы тревоги.

Актуальность своевременной диагностики и раннего начала адекватной терапии расстройств тревожного спектра (тревожные расстройства, ТР) определяется высокими показателями их распространенности и значимым влиянием на качество жизни не только психически и соматически отягощенных пациентов, но и физически здоровых людей.

Велика значимость расстройств тревожного спектра как фактора риска возникновения или обострения сердечно-сосудистой (острый коронарный синдром, приступы стенокардии, сердечной аритмии, гипертонические кризы), дерматологической (дерматиты), бронхолегочной (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) и другой соматической патологии. Влияние тревоги на поведенческом уровне реализуется снижением комплаентности пациентов с отказом следовать рекомендациям и назначениям врача, усилением зависимости от табакокурения, алкоголя, недооценкой методов диагностики и реабилитации. Таким образом тревожные расстройства оказывают неблаго-

приятное влияние на течение и исход большинства соматических заболеваний, повышают риск смертности, например увеличивают вероятность инфаркта миокарда в среднем в 2,3 раза, а вероятность внезапной смерти — в 4,5 раза.

Возникновение тревожных расстройств может быть обусловлено наличием:

- психотравмирующей ситуации в сфере профессиональной трудовой деятельности (конфликты с руководством или подчиненными, смена работы, понижение должностного статуса, необходимость решения нестандартных задач, расширение круга обязанностей), в семейной жизни (болезнь, утрата близкого, финансовая нестабильность, криминогенная ситуация);
- острого или хронического психического заболевания;
- манифестации или повторного обострения тяжело протекающего соматического недуга.

К сожалению, ограничение времени для приема пациентов, особенно в амбулаторных условиях, обычно не позволяет использовать диагностические

шкалы (шкалы Гамильтона, Кови, Шихана, Бека и др.), применяемые в клинических исследованиях и требующие специальной подготовки врача. Некоторым подспорьем для экспресс-выявления пациентов с симптомами тревоги могут служить валидизированные опросники для самооценки (шкалы Тэйлора, Спилбергера, Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии), которые заполняются пациентом, например, во время ожидания приема врача.

К общим, наиболее частым симптомам тревоги традиционно относят: чувство беспокойства и нервозности, быструю утомляемость, раздражительность, возбуждение и неусидчивость, непроизвольные движения, нетерпеливость, тревожные мысли, снижение концентрации внимания, нарушения сна, ночные кошмары.

Среди разнообразных соматовегетативных симптомов тревоги преобладают: трудности засыпания, чуткий поверхностный сон, ночные пробуждения; раздражительность по отношению к шуму, яркому свету; нарушение внимания;

изменение аппетита, идиопатические кардиалгии, тахикардия, головокружение, приступы жара и озноба, гипергидроз, гипотермия конечностей, сухость во рту, ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, полиурия, миалгия, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, повышения тонуса скелетной мускулатуры.

Фобические расстройства характеризуются тревогой и страхами, возникающими преимущественно или исключительно

отмечаются фобии возможных осложнений или летального исхода. Фобии нередко сочетаются с паническими атаками.

Паническое расстройство реализуется учащенным сердцебиением, болями в груди, чувством нехватки воздуха, головокружением, мельканием «мушек» перед глазами, «онемением» или гипотермией конечностей, гипергидрозом и другими соматовегетативными симптомами тревоги. Обычно панические атаки сопровождаются вторич-

видоизменяющихся телесных симптомов, аналогичных таковым при реальной соматической патологии, но не имеющих под собой установленной объективными клинико-инструментальными и лабораторными методами органически неполноценной почвы.

Ипохондрическое расстройство характеризуется чрезмерной и утрированной озабоченностью своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям и объективизированным данным медицинских обследований. При этом степень убежденности в наличие соматического заболевания может быть различной или меняться с течением времени, достигая уровня психотических расстройств. В случае развития ипохондрического расстройства больные часто посещают врачей различных специальностей, настаивают на повторных консультациях, драматизируют результаты обследований, зачастую занимаются самолечением, посещают экстрасенсов, знахарей.

«У пациентов с фобиями и паническими приступами постепенно формируется «избегающее» поведение, направленное на исключение соприкосновения с факторами, провоцирующими, по мнению больного, тревожные расстройства».

в определенных ситуациях (кардиофобия, канцерофобия, танатофобия) или рядом с некоторыми объектами, которые в текущее время не являются опасными (животные, явления природы, социальные контакты, места обитания).

В общей медицине фобические расстройства реализуются страхами смерти или ухудшения состояния, возникающими преимущественно на фоне уже имеющегося соматического заболевания, протекающего с болевым синдромом, приступами аритмии, гипертермией или после уже перенесенных соматических катастроф (острый коронарный синдром, гипертонический криз, пароксизм фибрилляции предсердий с синкопальным состоянием, транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения). У пациентов перед интрузивными обследованиями (эзофагогастродуоденоскопия, лапароскопия, коронарография) и хирургическими операциями

ным страхом смерти в результате резкого ухудшения здоровья (появление онкологического заболевания, развитие инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения), а также опасениями потерять самоконтроль или «сойти с ума».

У пациентов с фобиями и паническими приступами постепенно формируется «избегающее» поведение, направленное на исключение соприкосновения с факторами, провоцирующими, по мнению больного, ТР (например: замкнутые, открытые, многолюдные, безлюдные, возвышенные, подземные пространства, просмотр тревожных, сентиментальных телепередач), вплоть до агорафобии — страха покидать дом или оставаться в нем в одиночестве.

Основным признаком **соматизированного расстройства** (органный невроз) является наличие множественных, повторно возникающих и часто

К категории спровоцированной соматическим заболеванием ТР относятся нозогении (психогенные реакции на болезнь).

На современном этапе развития психофармакотерапии для купирования и профилактики тревожных расстройств у больных используются препараты всех групп: анксиолитики (бензодиазепиновые и другие транквилизаторы), антидепрессанты, нейрореплетики, ноотропы.

Психотерапевтические методики подбираются пациентам индивидуально в зависимости от личностных характеристик больного, продолжительности и тяжести стрессового воздействия и других факторов.■



Функциональные и соматоформные болевые расстройства

Психосоматические расстройства — это психические расстройства, имитирующие, способствующие формированию, провоцирующие, сопровождающие или осложняющие соматические заболевания.

Одним из видов психосоматических расстройств являются соматоформные расстройства (конверсионное, соматизированное расстройства, органические неврозы: кардио-, термо-, дермато-, метеоро-, невроз, синдромы гипервентиляции, раздраженного кишечника, мочевого пузыря) — психическая патология, реализующаяся в соматической сфере при отсутствии реального соматического заболевания и формирующаяся по функциональным механизмам.

Основным признаком соматизированного расстройства (органический невроз) является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся телесных симптомов, аналогичных таковым при реальной соматической патологии, но не имеющих под собой установленной объективными клинико-инструментальными и лабораторными методами органически неполноценной почвы.

Болевой (алгический) синдром — одно из наиболее частых проявлений не только соматического заболевания, но и со-

матоформных расстройств (психалгии). Такие болевые ощущения обычно описываются пациентами нечетко, сбивчиво, размыто и не укладываются в четкую картину определенного заболевания.

Среди факторов риска развития психалгий выделяют две большие группы: внутренние и внешние. К внутренним факторам относят врожденные свойства эмоционального реагирования на дистресс любой природы. Существует большая группа людей, которая на эмо-

чаев боль трактуется как способ манипулирования окружающими и приобретения преимуществ в межличностных отношениях.

Ведущей жалобой при хроническом психогенном болевом расстройстве является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль в какой-либо области тела, которая длится более 6 месяцев и которую нельзя объяснить физиологическим процессом или соматическим расстройством. Она появляется при эмоциональном конфликте,

«Ведущей жалобой при хроническом психогенном болевом расстройстве является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль в какой-либо области тела, которая длится более 6 месяцев и которую нельзя объяснить физиологическим процессом или соматическим расстройством».

циональный дистресс реагирует соматовегетативными симптомами. К внешним факторам относят культурно-этнические и микросоциальные. В ряде слу-

который может быть расценен как ее главная причина. Начало обычно внезапное, с нарастанием интенсивности в течение нескольких недель или месяцев.

Характерной особенностью этой боли являются ее сила, постоянство, невозможность купировать обычными анальгетиками. Боль часто не соответствует анатомическим особенностям нервных структур, но иногда может сильно напоминать болевые симптомы при какой-нибудь известной болезни. Больные всецело охвачены болью, ссылаясь на нее, как на источник всех своих несчастий. Часто у них имеет место злоупотребление психоактивными веществами.

Для постановки диагноза в первую очередь необходимо исключить соматические причины. Если больной предъявляет множество нечетких жалоб, которые не находят инструментального и лабораторного подтверждения, в анамнезе многочисленные обследования и консультации, результатами которых он остается неудовлетворен, то можно предположить, что он страдает соматоформным болевым расстройством. Такие пациенты проходят сложные диагностические процедуры, нередко врачи склоняются к оперативному лечению, здесь часты случаи зависимости от анальгезирующих средств. Временное облегчение порой наступает от нетрадиционных методов терапии или в результате инвазивных вмешательств (хирургическое лечение). В пользу соматоформного расстройства свидетельствует и своеобразие реакций на диагностические вмешательства и симптоматическую терапию: парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций; тенденция к частым обострениям.

Лечению должен предшествовать тщательный поиск возможной органической причины страдания, отсутствие которой подкрепляет диагноз психопатологического расстройства.

Больные почти никогда не способны принять мысль о психиче-

ской природе мучительных соматических ощущений. Как правило, пациенты не способны самостоятельно регулировать свои отношения внутри семьи, на работе, поэтому лечение, скорее, направлено на реабилитацию больного, чем на избавление от боли.

Для оказания самопомощи пациенты часто используют методы «отвлечения» — от нанесения себе небольших повреждений (укол, щипок) до воздействия индивидуально значимой культурологической сферы (музыка, чтение, единоборства, спорт). Однако все эти методы используются для достижения кратковременного противоболевого эффекта и нуждаются в подкреплении иными психотерапевтическими или психофармакологическими воздействиями.

Использование у больных с хронической психогенной болью анальгезирующих средств обычно неэффективно. Более успешно применяются антидепрессанты. Иногда используются гипноз, стимуляция нерва через кожу, а также стимуляция дорсального ствола. Блокирование и удаление нерва хирургическим путем неэффективны в большинстве случаев, поскольку через 6 — 18 месяцев наступит рецидив.

Программа лечения должна быть строго индивидуализирована с оптимальным сочетанием фармакотерапии, психотерапии, поведенческих методов, социальной поддержки и проводиться в содружестве с психиатром и психотерапевтом преимущественно в амбулаторных условиях. Может оказаться полезным обсудить с больным психологическую обусловленность болей в начале лечения, объяснив ему, что психологические факторы очень важны как для патогенных, так и для психогенных хронических болей, и их надо принимать во внимание в процессе лечения.■

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики.

Тест не вызывает затруднений у пациента и не требует продолжительного времени на заполнение и интерпретацию результатов.

Данный метод предназначен для того, чтобы помочь врачу лучше понять эмоциональное состояние и самочувствие пациента.

Для углубленной диагностики эмоционального состояния пациента рекомендуется использовать шкалу Гамильтона для оценки тревоги — HARS и шкалу Гамильтона для оценки депрессии — HDRS.

Практические рекомендации:

Шкалу необходимо заполнить за 10-15 минут самостоятельно, без обсуждения с кем либо. По всем пунктам должны быть выбраны ответы.

Каждому утверждению шкалы HADS соответствуют четыре варианта ответа. Выберите и отметьте тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию в течении последних 7 дней.

Не раздумывайте долго над ответом на вопрос. Ваша первая реакция будет наиболее верной.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS

Часть I (оценка уровня тревоги)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе.

3 — все время

2 — часто

1 — время от времени, иногда

0 — совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться.

3 — определенно это так, и страх очень велик

2 — да, это так, но страх не очень велик

1 — иногда, но это меня не беспокоит

0 — совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове.

3 — постоянно

2 — большую часть времени

1 — время от времени и не так часто

0 — только иногда

4. Я легко могу сесть и расслабиться.

0 — определенно это так

1 — наверное, это так

2 — лишь изредка это так

3 — совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь.

0 — совсем не испытываю

1 — иногда

2 — часто

3 — очень часто

6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться.

3 — определенно это так

2 — наверное, это так

1 — лишь в некоторой степени это так

0 — совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники.

3 — очень часто

2 — довольно часто

1 — не так уж часто

0 — совсем не бывает

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ _____

Часть II (оценка уровня депрессии)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство.

0 — определенно, это так

1 — наверное, это так

2 — лишь в очень малой степени это так

3 — это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное.

0 — определенно это так

1 — наверное, это так

2 — лишь в очень малой степени это так

3 — совсем не способен

3. Я испытываю бодрость.

3 — совсем не испытываю

2 — очень редко

1 — иногда

0 — практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно.

3 — практически все время

2 — часто

1 — иногда

0 — совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью.

3 — определенно это так

2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 — может быть, я стала меньше уделять этому времени

0 — я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения.

0 — точно так же, как и обычно

1 — да, но не в той степени, как раньше

2 — значительно меньше, чем обычно

3 — совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.

0 — часто

1 — иногда

2 — редко

3 — очень редко


КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ _____

Расшифровка результатов

После заполнения всей шкалы просуммируйте баллы отдельно для каждой части.

- 0-7 баллов — отсутствие достоверно выраженных симптомов;
- 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога или депрессия;
- 11 баллов и более — клинически выраженная тревога или депрессия.

Если сумма баллов, по какой либо из частей шкалы составила 8 баллов и более, необходима консультация психотерапевта или психиатра для назначения необходимого лечения.



Тема следующего номера:
Неврология

ФГБУ «Клиническая больница №1» оказывает неотложную помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт). Специалисты проводят интенсивное лечение, непрерывно наблюдают и ухаживают за больными, ведь вслед за нарушением работы центральной нервной системы следует разлад функций всего организма. Такие усилия врачей не только спасают пациентам жизнь, но и дают надежду на хорошее восстановление и сохранение качества жизни после болезни.



«Волынская больница: медицинский вестник». Тираж 900 экз.

Управление делами Президента РФ
ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская)

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Сайт:
volynka.ru

Приложение для iOS и Android:
«Больница №1»