

«Практикующий врач»,
Италия (Рим, Флоренция), 6-13 сентября 2014 г.

Медицинские науки

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

¹Еремицкий В.А., ²Еремицкая И.А.

¹Поликлиника № 1 Астраханской клинической
больницы Южного окружного медицинского центра
Федерального медико-биологического агентства
России, Астрахань, e-mail: irer@inbox.ru;
²Астраханский государственный университет,
Астрахань

Типичным психосоматическим заболеванием человека является гипертоническая болезнь. Возникшая психогенно, в последующем она продолжает развиваться по своим механизмам независимо от того, существует травмирующая ситуация или она дезактуализировалась.

В то же время сам факт наличия заболевания для ряда людей является психической травмой, которая утяжеляет течение болезни. Изменения психики приводят к тому, что эмоциональные реакции человека становятся малоподвижными, у него появляется склонность к «застреванию» на неприятных переживаниях, которые создают условия для повышения артериального давления. Таким образом, наблюдается характерный для психосоматических заболеваний порочный круг: психические нарушения ведут к возникновению соматических расстройств, которые, в свою очередь, усложняют и утяжеляют психические проявления.

Изменения психики при гипертонической болезни разнообразны, они зависят от особенностей личности больного, тяжести и стадии данной болезни. Чаще всего гипертоническая болезнь наблюдается у людей сдержанных, целеустремлённых, прямолинейных, с категоричностью в суждениях и очень чувствительных, которые хотят, чтобы все окружающие были счастливы, и изо всех сил пытаются достигнуть этого. Встречается она и у людей ответственных, старающихся сделать любое дело как можно лучше и переживающих любую неприятность как личную трагедию. При этом огромное количество «жертв» гипертонии понятия не имеют, что у них есть повышенное кровяное давление.

Некоторыми больными тревожно-мнительного типа, если их родственники болели или умирали от осложнений гипертонической болезни (инсульта, инфаркта), обнаружение высокого давления воспринимается как трагедия, катастрофа, крушение всех надежд. У них снижается работоспособность, круг интересов ограничивается фиксацией на болезни, наблюдаются выраженные психогенные нарушения: подавленное настроение, прикованность внимания к болезни, тревожное опасение за своё

здоровье. Больные отказываются от увлечений, спят поверхностно – расстройство засыпания происходит по типу невроза ожидания. Большое значение здесь будут иметь беседы врача, направленные на разъяснение и успокоение больного. Хороший эффект дают также аутогенная тренировка, назначение транквилизаторов, глицина, которые несколько смягчают склонность к реакциям, тревогу и напряжённость.

У другой группы больных диагноз гипертонической болезни, наоборот, не вызывает какой-либо реакции, они отрицают болезнь, отказываются от лечения.

В развитии гипертонической болезни могут наблюдаться астенические симптомы: раздражительность, нарушение сна, более быстрая утомляемость, головные боли. У некоторых больных появляется навязчивое опасение за своё здоровье, иногда быстро формируются истерические реакции. Врач должен объяснить больному, что расстройства нервной системы могут быть органическими и функциональными и что у него наблюдается функциональное расстройство, которое обратимо при соответствующей терапии, приёме лекарств.

При прогрессировании гипертонической болезни нарастают психоорганические расстройства: истощаемость, утомляемость, слабодушие, нарушение памяти, колебания настроения. При этом больные становятся обидчивыми, придают большое значение неприятностям, житейским недугам. В беседе с врачом часто обнаруживается ипохондрическая фиксация на различных ощущениях, «вязкость» мышления.

Методы лекарственного лечения гипертонии давно и хорошо известны, но лишь треть пациентов, которые в курсе о своих проблемах со здоровьем, получают адекватную терапию, то есть укладываются в «здоровые» показатели кровяного давления. Между тем гипертония остаётся главной причиной сердечнососудистых заболеваний, которые уносят каждый год огромное количество жизней по всему миру.

До назначения лечения данной болезни необходимо провести обследования: реоэнцефалографию, магнитно-резонансную томографию при упорных головных болях, эхокардиоскопию, биохимическое исследование крови: содержания в ней мочевины, креатинина, холестерина, β-липопротеидов, калия, магния, натрия.

На основании полученных данных следует назначить диету: стол 10, ограничение солей натрия, удерживающих воду в тканях, исключение животных жиров. Сельдерей содержит калий, снижает холестерин крови, расширяет сосуды – 150 грамм в сутки. Льняное масло – источник полиненасыщенных жирных кислот – 2–3 сто-

ловые ложки в сутки. При высоких содержаниях холестерина и β -липопротеидов назначаются статины IV поколения: розувастатин.

Врач-терапевт, учитывая показания, противопоказания и возможность побочных проявлений при имеющемся состоянии здоровья, должен назначить лекарственную терапию гипотензивными препаратами. Хороший эффект в лечении людей, страдающих гипертонической болезнью, дают пять основных классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов, β -адреноблокаторы, диуретики.

Современным стандартом комбинированной терапии артериального давления является периндоприл 4–8 мг в комбинации с амлодипином 5–10 мг. На фоне трёхмесячной терапии было отмечено снижение артериального давления до 140/90. У больных, которым назначали препараты группы ингибиторов АПФ, необходимо проверять кровь на содержание калия, так как при гиперкалиемии может создаться угрожающая жизни ситуация.

Опыт лечения гипертонической болезни показал, что при лечении данного заболевания надо учитывать возможность побочных проявлений. Так, при назначении ингибиторов АПФ кашель с бронхоспазмом наблюдался примерно у 10 % больных. Были случаи (1 %) госпитализации в пульмонологическое отделение для снятия астматического статуса гормональными препаратами. Поэтому, если у больного уже имеется хронический бронхит, ингибитор АПФ лучше не назначать.

При назначении β -адреноблокаторов примерно у 1 % больных наблюдались кожные проявления: сыпь, крапивница и др. Не назначают их и при астматическом бронхите.

При назначении антагонистов ионов кальция отёк лодыжек прослеживался примерно у 3 % больных. Было доказано, что вышеуказанные препараты могут вызвать чрезмерное усиление метаболизма и повышение потребности в кислороде, приводящие к деструкции клеточных структур и сердечной недостаточности, проявляющейся в одышке, а также расслабить гладкую мускулатуру вен нижних конечностей, что как раз и проявляется в виде отёков лодыжек. Дополнительно назначались мочегонные средства.

Менее выраженные побочные проявления наблюдались при приёме моксонидина. Это гипотензивное средство центрального действия благодаря стимуляции имидазолиновых рецепторов снижает периферическую симпатическую активность и давление. Максимальная концентрация происходит через час после приёма препарата. Противопоказания для приёма моксонидина: повышенная чувствительность к препарату, синдром слабости синусового

узла, атриовентрикулярная блокада I, II или III степени, острая хроническая недостаточность, возраст 18 лет, непереносимость галактозы. Слабые побочные проявления: сухость во рту, нервозность, сонливость, редко – брадикардия и бессонница. В случае снятия препарата с лечения необходимо постепенно снижать дозу.

Хотелось бы остановиться также на препарате для снятия гипертонического криза – каптоприл в таблетках (под язык в дозе 25–50 мг). Купирование криза происходит в течение часа. Данный препарат тоже ингибитор АПФ. Он уменьшает образование ангиотензина II из ангиотензина I; расширяет артерии в большей степени, чем вены, поэтому нет больших отёков голеней. Максимальная суточная доза – 150 мг. При длительном применении препарат снижает выраженность гипертрофии миокарда, улучшает её кровоснабжение.

Противопоказания для приёма каптоприла: повышенная чувствительность к препарату, нарушение функции печени и почек, гиперкалиемия, стеноз почечных артерий, беременность, возраст до 18 лет. Побочные проявления: тахикардия, гиперкалиемия, повышение мочевины и креатинина в крови, тромбоцитопения. В случае роста концентрации креатинина следует решать вопрос об отмене препарата. Первые 3 месяца необходимо ежемесячно проводить контроль над числом лейкоцитов в крови, затем 1 раз в месяц – общий анализ крови. Следует также избегать приёма препаратов калия и калийсберегающих диуретиков.

Каптоприл лучше применять в экстренных случаях для снятия гипертонического криза при отсутствии заболевания почек и почечной недостаточности. Данный препарат имеется в аптечке врача для снятия криза у больных как в поликлинике, так и на дому.

Всё вышеизложенное подтверждает, что для больных с гипертонической болезнью необходимо регулярное наблюдение и индивидуальный подбор лекарственных препаратов.

Кроме того, не следует забывать, что человек сам является виновником своих болезней, поскольку его тело каждой своей клеточкой отражает его слова, мысли, мировоззрение. И не важно, с чем человеку приходится сталкиваться в его жизни, главное – как он на это реагирует. Привычный образ мыслей, высказывания человека определяют и его поведение, расположение духа, здоровье или нездоровье. Иными словами, физическое тело человека – это всего лишь отражение его психики, его души, и если душа человека «страдает», то страдает и его тело. Отсюда следует, что, если человек страдает каким-нибудь недомоганием, первое, что ему необходимо сделать, – это найти возможную психологическую причину данного недомогания.

Для того чтобы уточнить причину своей физической проблемы, человек может задать себе

следующие вопросы (Л. Бурбо, 2002): «Какими эпитетами лучше всего охарактеризовать то, что я ощущаю в своём теле в данный момент?»; «Чего мне не позволяет делать эта болезнь?»; «К чему она меня вынуждает?» (каждый ответ на этот вопрос следует начинать с отрицательной частицы «не»); «Если бы я позволил себе реализовать эти желания, как изменилась бы моя жизнь?» (имеются в виду желания, выявленные при ответах на предыдущие вопросы); «Если бы я позволил себе быть..., что страшного или неприемлемого произошло бы в моей жизни?» (вместо многоточия необходимо указать ответ на предыдущий вопрос).

Ответы на эти вопросы, во-первых, покажут отношение человека к другому человеку или ситуации, которые спровоцировали физическую проблему, во-вторых, позволят определить, какие именно желания человека заблокированы, в-третьих, помогут установить глубинную потребность человека, заблокированную какой-то ложной внутренней установкой, и, наконец, дадут возможность выявить установку, которая блокирует человека, его желания и потребность в самореализации, создавая таким образом физическую проблему.

Причинами повышенного кровяного давления могут являться, к примеру, застарелые душевные проблемы человека, требующие решения (Л. Хей, 1998), сверхэмоциональность, бесконечное переживание одних и тех же ситуаций, напоминающих о старых незаживших эмоциональных травмах, склонность драматизировать ситуации (Л. Бурбо, 2002), привычка оценивать других и находить их ошибки (Л. Вилма, 2003).

Человек, как известно, не может изменить своего прошлого, но он может изменить своё представление о нём, свой образ мыслей или действий, свои разрушительные внутренние установки и верования. Обнаружив причину болезни, человеку необходимо перейти к безусловному принятию себя таким, какой он есть, и работать над своим образом мыслей до тех пор, пока он не добьётся необходимых изменений. Врач может помочь физическому телу человека, а исцелить свою психику, проделать всю необходимую внутреннюю работу человек должен сам.

По мнению Л. Хей (1998), для этого человеку необходимо повторить про себя: «Я хочу закончить со стереотипом, который довёл меня до этой болезни». И далее несколько раз повторить новое целостное позитивное утверждение и внушить себе, что он уже на пути к выздоровлению. Для человека с повышенным кровяным давлением она рекомендует следующую аффирмацию: «Я с радостью предаю прошлое забвению. В моей душе царит мир».

В свою очередь, Л. Бурбо (2002) отмечает, что человек с артериальной гипертензией, или

повышенным давлением, не должен считать, что его миссия на этой планете – устроить жизнь всех, кого он любит. Это не значит, что он должен вообще забыть о них и не чувствовать никакой ответственности – ему следует несколько изменить своё понимание слова «ответственность». Это избавит человека от ненужного напряжения, которое мешает ему жить настоящим и радоваться жизни.

Использование подобных вариантов нового психологического настроя, наряду с лекарственным лечением, поможет человеку избавиться от гипертонической болезни, поборов как «корень зла», так и его проявления.

АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

^{1,2}Самигуллина Н.В., ¹Файзуллина Р.М.,
^{1,2}Казакова И.В.

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Минздрава РФ», Уфа;
²ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи», Уфа,
e-mail: nataprof@ua.fm

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых распространенных аллергических заболеваний среди детей [1]. Остается открытым вопрос запоздалой диагностики БА у детей, в среднем на 4-5 лет, на уровне первичного звена амбулаторной помощи. До сих пор участковые педиатры редко диагностируют БА, диагноз, как правило, устанавливают аллерголог или пульмонолог зачастую тогда, когда заболевание приобретает уже среднетяжелое и тяжелое течение, что существенно влияет на прогноз и исход БА [2].

Цель исследования: оценка своевременности диагностики БА и анализ проведенного лечения.

Материалы и методы: Нами было проведен анализ амбулаторных карт (форма ф112/у) 96 детей в возрасте от 0 до 15 лет с верифицированным диагнозом – БА, вне обострения, длительностью диспансерного наблюдения не менее 6 месяцев с момента постановки диагноза. Критерием своевременности постановки диагноза являлся срок – не позднее 6 месяцев от начала заболевания. В результате анализа медицинской документации нами была проанализирована разница между возрастом ребенка в дебюте БА, когда диагноз заболевания был очевиден и возрастом фактической его постановки, т. е. срок запаздывания диагноза. Также нами было проведен анализ проведенного лечения детей по поводу БА.

Результаты и их обсуждение: Анализ полученных данных показал, что средний возраст детей составил 11 [8;12] лет. Мальчиков в исследуемой группе детей было 53 (55%), а девочек – 43 (45%). Средняя длительность диспансерно-