



Сопровождение процесса выздоровления, способ повышения его эффективности | Павлов И.С. | «РМЖ» №29 от 06.11.2012

Регулярные выпуски «РМЖ» №29 от 06.11.2012 стр. 1458

Рубрика: [Психиатрия](#)

Автор: [Павлов И.С.](#)

Любая болезнь – это прежде всего истощение не только определенных функций и органов, но всего организма в целом, поэтому лечение в первую очередь должно быть направлено на восстановление его целостного функционирования. При этом в настоящее время врачами назначается в основном только специфическое лечение. Не оказывается необходимой помощи клеткам органов, клеткам, обеспечивающим функционирование определенных систем, нейронам, ЦНС в целом, не уделяется должного внимания восстановлению функций регулирования ЦНС, вегетативной системы.

Дебют любой болезни начинается после истощения компенсаторных механизмов, возникновения астенического синдрома (синдром раздражительной слабости), как психогенного, так и соматогенного, в том числе и инфекционного характера.

В медицине существует целостное восприятие больного во всей совокупности органов и систем. Поэтому не только психиатр, психотерапевт, психолог, но и врач общей практики, имеющий перед собой сформированную панораму возможных случаев, встречающихся в клинике общей практики, первичной сети медицинской помощи, может сразу заподозрить невротическое расстройство (ипохондрию невротического уровня, в том числе и кардиофобию, расстройства личности и поведения у взрослых, шизотипические расстройства, аффективную патологию, которая особенно актуальна в настоящее время). Так, А.Б. Смулевич в книге «Депрессии в общей медицине» (М., 2001) приводит данные о том, что заболеваемость депрессивными расстройствами приближается к 3%, что равнозначно тому, что ежегодно около 100 млн жителей планеты нуждаются в адекватной медицинской помощи. Другие авторы приводят еще более высокие показатели распространенности аффективных расстройств в общемедицинской сети – 15–20% всех больных. Очевидными причинами депрессивных расстройств являются: урбанизация, т.е. постоянное тесное взаимодействие между людьми; неопределенность, большая степень непредсказуемости будущего; ускорение темпа современной жизни; увеличение продолжительности жизни; ухудшение состояния окружающей среды; сомнительное качество продуктов питания.

В свете вышесказанного становится очевидным, что в звене первичной врачебной помощи важны целостный комплексный подход к соматическим заболеваниям, жалобам соматического уровня и учет наличия аффективной патологии в целостной клинической картине, особенно в клинике сердечно-сосудистой патологии, эндокринных заболеваний (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, болезнь Кушинга), учитывая и тот факт, что некоторые лекарственные средства могут провоцировать эту патологию. Врачу необходимо также иметь в виду вероятность наличия психосоматической нозологии, т.е. форму скрытой, маскированной депрессии, в которой на первый план выступают жалобы соматического плана как своеобразный эквивалент депрессивных расстройств; данные соматические проявления притупляют выраженность аффективных расстройств, и больной не ощущает их в полной мере.

Так возникает контингент так называемых «трудных» больных, которые длительно посещают различных врачей и изводят их жалобами на непонятное недомогание; жалуются, что врачи не могут помочь им. Несоответствие, неадекватность жалоб больных их объективному состоянию при тщательном обследовании (что надо делать всегда) должны наводить врача на мысль о маскированной депрессии, аффективных расстройствах субклинического регистра (снижение уровня эмоциональности при общении с родными и близкими, своеобразная «сухость»,

формальность в речи, снижение уровня заинтересованности в общении, кроме обсуждения темы их расстройств). Жалобы на расстройства разных органов и систем (дыхательная система – затруднение дыхания, неприятные ощущения в области легких вплоть до псевдоастматических приступов; сердечно–сосудистые расстройства, вегетативные, гастроэнтерологические, дерматологические и другие разнообразные алгии), можно сказать, являются эквивалентами депрессивных расстройств на соматическом уровне, это явление можно охарактеризовать как своеобразную конверсию.

Лечение расстройств психической сферы важно не только с гуманистических позиций (облегчение страданий больного), но еще и потому, что состояние психической сферы влияет на процесс выздоровления в целом (аффективная патология снижает приверженность больного к лечению), ведь недаром говорят, что у победителей на войне раны заживают быстрее.

Важность лечения патологии аффективной сферы обусловлена еще и вероятностью появления суицидальных мыслей, тенденций. При этом надо иметь в виду, что суицидов среди мужчин примерно в 3 раза больше, чем среди женщин, тем более зрелого возраста (40–50 лет). Особенно актуально лечение аффективной патологии в пожилом возрасте, которая проявляется в жалобах на так называемую усталость от жизни, нежелание быть обузой для родных и близких, выраженные алгии, отсутствие чувства ценности жизни как таковой, ее бесперспективность, бессмысленность и т.д.

Анализ результатов опроса 50 врачей разных специальностей по поводу лечения тех или иных соматических и аффективных расстройств показал, что врачи акцентированы почти только на так называемом специфическом лечении нозологий, но не придают значения такому «неспецифическому», но фундаментальному фактору, объединяющему все заболевания, как истощение при болезни, которое рассматривается как фактор истощения клеток, нейронов, органов и всего организма в целом. Следовательно, в данной ситуации в первую очередь необходимы восстановление и нормализация клеток сомы и нейронов, т.е. целостного организма. Именно для этой цели предназначен такой класс лекарственных средств, как нейропротекторы. Следует отметить, что в настоящее время они используются только в случаях, когда имеет явное место гипоксия (инсульт, инфаркт миокарда), но пока не признаны необходимым и не стали общепринятым и обязательно назначаемым этапом лечения всех нозологий, в том числе и соматических, аффективных расстройств, сопровождающих соматические заболевания, в клинике скрытых, соматизированных депрессивных расстройств.

Нейропротекторы, во–первых, правильнее именовать клеточными протекторами, нормализаторами, восстановителями, активаторами, т.к. они обладают всеми этими свойствами, а, во–вторых, благоприятно воздействуют на аффективную и неврологическую патологию, особенно в структуре соматических заболеваний, т.е. соматопсихических расстройств. По данным В.А. Орловой и Н.И. Воскресенской, препараты данного типа эффективны даже при лечении депрессивных и невротических расстройств в структуре шизофрении. Следует отметить, что нейропротекторы в клинике соматических заболеваний играют двойную роль: восстанавливают соматические клетки и редуцируют астенический симптомокомплекс, а также аффективные и неврологические расстройства. Данный метод лечения аффективных расстройств неспецифичен нозологически, но специфичен на уровне сущности всех болезненных расстройств.

В наибольшей степени соответствует всем вышеперечисленным критериям Нейрокс (этилметилгидроксипиридина сукцинат) – наш отечественный препарат. Он производится фирмой «Сотекс» с тотальным контролем европейского знака качества по всем параметрам производимой продукции, исключая количественную манипуляцию с лечебной субстанцией в препарате. Обладает антигипоксическим, стрессорпротекторным, ноотропным, противосудорожным, анксиолитическим действием, является ингибитором свободнорадикальных процессов, антиоксидантом, мембранопротектором, улучшает структуру и функцию мембраны клеток. Улучшает транспорт нейромедиаторов, синаптических передач и, самое главное, – активирует энергосинтезирующую функцию митохондрий, снимает дистрофические изменения в различных структурах головного мозга, в соматических структурах. Дозы подбирают индивидуально. Начинают лечение с дозы 50–100 мг 1–3 р./сут., постепенно повышая ее до получения терапевтического эффекта с целью нормализации процессов на клеточном и нейронном уровнях. Курс лечения – 2–3 нед.

Новый оригинальный препарат Метапрот был синтезирован с целью использования в военной медицине как средство, повышающее дееспособность (физическую работоспособность). Название образовалось от аббревиатуры Мета–болический Прот–ектор. Обладает ноотропной, антигипоксической, антиоксидантной, иммуномодулирующей активностью, способной усиливать регенерацию и репарацию, ускоряет восстановление работоспособности после физической усталости, перегревания, оказывает экономизирующее и восстановительное влияние на углеводный и энергетический обмен, уменьшает приросты теплопродукции и потребления кислорода после нагрузки, активирует геном клеток с усилением синтеза РНК и белка, а также митохондриальных ферментов и структурных белков митохондрий. При назначении требует учета противопоказаний. Показан при физической астении, гипостенических формах астенического синдрома, апатических формах аффективных расстройств, некоторых инфекционных заболеваниях, когнитивных расстройствах. Продолжительность курса зависит от самочувствия человека – по 250 мг 2 р./сут. утром и в обед.

Возможно для активации больного в зависимости от его состояния и этапа излечения чередовать Нейрокс и Метапрот с учетом их показаний и противопоказаний.

Литература

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М., 2003.
 2. Орлова В.А., Воскресенская Н.И. Мексидол: лечение депрессивных и неврозоподобных расстройств при шизофрении // Психиатрия. – 2004. – № 5.
 3. Шабанов П.Д. Нейропротектор Метапрот: Механизм действия и новые клинические направления использования // Репринт Consilium Medicum. – 2010. – № 2.
 4. Павлов И.С. Биологические основы психической деятельности // Молодое поколение в современном обществе: процессы социализации, адаптации и реабилитации. – Пермь, 2003. – С. 64.
 5. Павлов И.С. Клиническая картина и психотерапия тревожных и депрессивных расстройств в клинике пограничных состояний и алкоголизма // Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств. – М., 1998.
 6. Павлов И.С. Методические рекомендации по эмоционально–стрессовой терапии в условиях курорта // Метод. указ. МЗ СССР. – М., 1983.
 7. Павлов И.С. Подходы к построению психотерапевтического процесса в клинике невротических расстройств и поведения у взрослых // Метод. рекомендации МЗ РФ. – М., 2001.
 8. Павлов И.С. Сердечно–сосудистые заболевания как психосоматические заболевания // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 3. – М., 2005. – С. 34.
 9. Павлов И.С. Психотерапия в практике. Технология психотерапевтического процесса.– М.: Академический проект, 2012.
-

Оригинальная статья опубликована на сайте РМЖ (Русский медицинский журнал): http://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Soprovoghdenie_processa_vyzdorovleniya_sposob_povysheniya_ego_effektivnosti/?print_page=Y#ixzz5FAHLCqRp