

4. Lymph node mapping and curability at various levels of metastasis in resected lung cancer / T. Naruke, K. Suemasu, S. Ishikawa // J Thorac Cardiovasc Surg. – 1978. – Vol. 76, iss. 6. – P. 832-839.

ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бенько Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Королёва Е. Г.

Актуальность. Актуальность темы заключается в том, что паническое расстройство – крайне распространённое, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте, при котором болезненные проявления возникают только в связи с какими-то конкретными обстоятельствами, при этом не изменяется самосознание личности, а также отличительным признаком является осознание болезни или болезненных проявлений.

Основным проявлением панического расстройства (ПР) являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки). Паническая атака (ПА) представляет собой необъяснимый, мучительный для пациента приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами.

Цель. Установить значение и удельный вес различных факторов в формировании панического расстройства на основе как литературных источников, так и собственного наблюдения.

Методы исследования. Материалами явился анализ литературных источников и обследование 5 пациентов отделения неврозов. Методы исследования: клиническое наблюдение, разработанная анкета из 24 вопросов.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого анализа литературных источников и обследования пациентов стационара мы выяснили следующее: относительно первопричины панических расстройств существует три гипотезы.

1. Биохимическая гипотеза. В первую очередь, это повышение содержания в крови адреналина, серотонина и других нейромедиаторов за счет выброса этих веществ надпочечниками и некоторыми структурами головного мозга, например, т.н. «синим пятном». Именно высокий уровень нейромедиаторов является непосредственной причиной, которая вызывает тревогу, страх, сердцебиение, чувство нехватки воздуха и другие неприятные телесные ощущения.

2. Гипотеза гипервентиляции. Данная гипотеза основана на том, что произвольно вызванное учащение дыхания вызывает сходные с паническими атаками симптомы: затруднение дыхания, одышку. Пытаясь «продышаться», начинают совершать усиленные вдохи, которые приводят к избыточному насыщению клеток крови кислородом, что, в свою очередь, вызывает рефлекторную задержку дыхания. Создается порочный круг, так как первоначальное чувство нехватки воздуха вызывает страх, а рефлекторная задержка дыхания становится пугающей вдвойне. Параллельно с этим возникает дискомфорт и боль в грудной клетке, сердцебиение, пульсация, «замирание сердца».

3. Когнитивная гипотеза. Основана на том, что у пациента возникает страх по поводу серьезного соматического или психического заболевания, он начинает прислушиваться к своим ощущениям, тем самым их усиливая, приводя к возникновению панического приступа. Не находя каких бы то ни было явных причин для неожиданных приступов паники и вегетативных кризов, многие люди, страдающие паническим расстройством, делают поспешный вывод о наличии у них серьезного заболевания, например, ишемической болезни сердца, инсульта, опухоли мозга или начала психического заболевания.

Немаловажное значение имеют психологические факторы. Заболевание паническими расстройствами часто совпадает с существенными психическими переживаниями, стрессами или переменами в жизненном укладе: разводом, переменой места жительства, окончанием университета, женитьбой, рождением первого ребенка и т.д. Часто можно проследить связь панического расстройства с пережитыми отрицательными эмоциями в детстве. Примерно у половины детей, страдающих школьной фобией (т.е. страхом перед школой), при взрослении появляются симптомы панических расстройств.

Как показывает клиническая практика, кризы могут возникнуть у гармоничных личностей с отдельными чертами высокой чувствительности (сенситивности) и реактивности, тревожности, демонстративности, склонных к депрессивным состояниям. Чаще они возникают у тех пациентов, у которых эти черты наиболее ярко выражены (акцентрированные личности).

Так, в процессе диагностики пациента очень часто выясняется, что не только он сам, но и один из его родителей обладает тревожным, мнительным характером, либо сверхкритичным, контролирующим поведением.

Кроме того, приступ паники обычно возникает на фоне тяжелой стрессовой ситуации (на высоте конфликта, переживания катастрофы, потери близкого человека), некоторых биологических факторов (гормональная перестройка, начало половой жизни, аборты, прием гормональных средств), под влиянием факторов внешнего воздействия на организм (прием алкоголя или наркотиков, длительное пребывание на солнце, тяжелая физическая нагрузка). Первый панический приступ может возникнуть под влиянием указанных факторов, но может быть и при их отсутствии, в повседневной жизни.

Клинические проявления у пациентов стационара были схожи. Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют пациента открывать окна, балкон, искать источник воздуха. Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания. Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии. Как правило, в момент ПА наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп. В завершающей стадии приступа могут быть полиурия и/или частый жидкий стул. Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективным переживанием вегетативных нарушений пациентами и их выраженностью при объективном осмотре. Ключевым отличием ПР от изолированных ПА является формирование страха ожидания новой ПА и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала ПА (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.). Наиболее выраженные – это нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья».

Выводы. 1. Синдром вегетативной дистонии может возникать и развиваться под влиянием многочисленных факторов: наследственно-конституциональных, гормональных перестроек, органических соматических заболеваний. А также профессиональных заболеваний: тяжелой работы в психологическом или физическом плане; постоянных семейных конфликтов.

Пациентам с паническим расстройством рекомендована **психотерапия**. В ходе сеансов психотерапии против панических атак зачастую бывает достаточно в деталях разобрать ситуации появления тревоги и научить пациента самым простым способам ее преодоления, чтобы пациент достиг существенного облегчения. В ходе психотерапии панических атак и тревоги очень важен межличностный контакт между специалистом и клиентом.

Психологи, дающие консультации по терапии панических атак, рассказывают о ситуациях, когда они выступают в роли единственного адекватного человека в окружении клиента, который способен подсказать рациональный выход из травмирующей ситуации.

Транзактный анализ. Лечение панических атак этим методом психотерапевты осуществляют путем глубокого и тщательного поиска зафиксированной травмирующей ситуации, которая произошла у пациента в детстве.

Телесно-ориентированная психотерапия. Психотерапией панических атак и тревоги при этом подходе задействованы элементы мануальной терапии. К лечению подключаются телесные ощущения пациента. Он учится прислушиваться к реакциям своего тела и отвечать его потребностям.

Семейная терапия. Семейная психотерапия панических атак оценивает приступы не как состояние отдельного пациента, а как нарушение гармоничных

отношений в семье. Поэтому психотерапевтической коррекции подвергаются именно семейные взаимоотношения, даже если на сеансе не присутствуют члены семьи пациента.

Десенсибилизация и переработка движениями глаз. В основе методики лежит имитация движений глаз, которая происходит обычно в фазе быстрого сна. С помощью этой техники происходит активация естественных восстановительных психических процессов и стабилизация эмоционального состояния.

Как помочь себе самостоятельно. Любое лечение панических атак - медикаментозное, психотерапевтическое – не станет панацеей, если пациент не примет в нем самое активное участие. Прежде всего необходимо:

- давать выход отрицательным эмоциям через физическую активность и занятия спортом;
- изучить и применять дыхательные и медитативные практики, упражнения для релаксации;
- укреплять иммунитет и нервную систему с помощью контрастного душа;
- дать почувствовать удовольствие своему телу с помощью массажа, ароматических ванн;
- обучаться техникам борьбы со стрессовыми ситуациями, развитию стрессоустойчивости, повышению самооценки;
- оставить в прошлом груз переживаний и научиться получать положительные эмоции от любых проявлений окружающего мира.

И самое главное – не бояться брать на себя ответственность за собственную жизнь и все, что вокруг происходит. И вообще, по возможности, ничего не бояться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн, А. М. Вегетативно-сосудистые пароксизмы (Клиника, патогенез, лечение) / А. М. Вейн, О. А. Колосова. – М. : Медицина, 1971. – 156 с.
2. Голощапов, А. П. Тревога, страх и панические атаки / А. П. Голощапов. – СПб. : Весь, 2016. – 163 с.
3. Городничев, А. В. Современные тенденции в терапии тревожных расстройств: от научных данных к клиническим рекомендациям / А. В. Городничев // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. – М. : Социально-политическая мысль, 2012. – С. 643-668.
4. Дюкова, Г. М. Психовегетативные пароксизмы: клиника, патогенез, лечение: дис. ... д-ра мед. наук / Г. М. Дюкова. – М., 1995.
5. Исурина, Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений / Г. Л. Исурина // Групповая психотерапия. – М., 1990. – С. 89-121.
6. Карвасарский, Б. Д. Групповая психотерапия при неврозах / Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко // Актуальные вопросы медицинской психологии. – Л., 1974. – С. 70-77.
7. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2002.
8. Колотильщикова, Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е. А. Колотильщикова. – СПб., 2004.

9. Мизинова, Е. Б. Краткосрочная групповая личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах : автореф. дис. ... канд. психол. наук/Е.Б. Мизинова. – СПб., 2004.

10. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр).

11. Психотерапевтическая энциклопедия/под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 1998.

12. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии/И. Ялом. – СПб.: Питер, 2000.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ NT-PROBNP С РЕЦИДИВИРОВАНИЕ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бубешко Д. А., Кот В. Н., Соловянчик У. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в лечении фибрилляции предсердий (ФП), достаточно часто регистрируется рецидивирование и хронизация аритмии. Поиск прогностических маркеров и формирование групп высокого риска несет важную практическую значимость для подбора эффективной стратегии лечения и предупреждения неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [1].

Цель. Изучить клиническо-анамнестические, инструментальные и лабораторные характеристики у пациентов с ФП и оценить их взаимосвязь с рецидивом аритмии после электрической кардиоверсии (ЭКВ).

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ клинических данных из медицинской документации 75 пациентов, проходивших стационарное лечение в УЗ «ГОККЦ». Критерии включения в исследование: персистирующая форма ФП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) с успешно выполненной ЭКВ. Путем телефонных собеседований и анализа медицинской документации установлен исход кардиоверсии через 12 месяцев от момента восстановления синусового ритма.

Результаты и их обсуждение. За время наблюдения у 35 (46,7%) пациентов сохранился синусовый ритм – группа 1, у 40 (53,3%) пациентов случился рецидив аритмии – группа 2. Сравнимые группы исходно не отличались по возрасту (57 (54; 61) лет в группе 1 и 59 (58; 64) лет в группе 2, $p > 0,05$), полу (26 (74,2 %) и 28 (70 %) мужчин в группах 1 и 2, соответственно, $p > 0,05$) и коморбидной патологии.

По аритмологическому анамнезу среди группы с рецидивом аритмии чаще встречались лица с повторным эпизодом ФП (8 (22,9%) случаев в группе 1 против 25 (62,5%) случаев в группе 2, $p < 0,05$). По возрасту манифестации (57 (50;60) лет в группе 1 и 56 (48;58) лет в группе 2) и давности настоящего