

Литература

1. Clinical Electroencephalography for Anesthesiologists: Part I: Background and Basic Signatures / P. L. Purdon [и др.]. // *Anesthesiology*. – 2015. – Vol.4(123). – P. 937–960.
2. Raw and processed electroencephalography in modern anesthesia practice: a brief primer on select clinical applications / K. H. Lee [et al.] // *Korean Journal of Anesthesiology*. – 2021. – Vol.6(74). – P. 465–477.
3. Romagnoli, S. Processed EEG monitoring for anesthesia and intensive care practice / S. Romagnoli, F. Franchi, Z. Ricci // *Minerva Anestesiologica*. – 2019. – Vol.11(85). – P. 1219–1230.
4. Ryalino, C. Intraoperative monitoring of the central and peripheral nervous systems: a narrative review / C. Ryalino [и др.]. // *British Journal of Anaesthesia*. – 2024. – Vol.2(132). – P. 285–299.

ROLE OF PROCESSED ELECTROENCEPHALOGRAPHY IN PRACTICE OF ANESTHESIOLOGIST AND INTENSIVIST

Samusenko P. A., Zhybul A. A.

SI «MSPCSTH», MPUE «CRM», Minsk, Belarus

alexei.zhibul@gmail.com

This review describes basics of processed EEG monitoring, its role in personalizing anesthesia and intensive care by anesthesiologists and intensivists.

ИЗИОЛОГИЯ ПСИХОГЕННЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЖИЗНЬ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Сединевская С. А., Пушкин М. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

sedinevskaya02@mail.ru

Введение. Основная причина возникновения психогенного кашля и одышки – хронический стресс, чувство эмоционального перенапряжения, тревоги и депрессии, которые в настоящее время повсеместно сопровождают жизнь современного человека. Это требует более детального изучения физиологических, клинических и эпидемиологических аспектов психогенных респираторных нарушений.

Цель исследования. Изучение физиологии дыхания, основных клинических проявлений, а также связь психогенных респираторных нарушений с эмоциональным перенапряжением и стрессом среди населения разных возрастных групп.

Материалы и методы. Изучение предложенной литературы, проведение анкетирования среди населения разных возрастных групп.

Результаты исследования. Ранее термин психогенный кашель использовался для описания кашля, который не имел медицинской этиологии, не поддавался медикаментозному лечению и нес в себе психиатрическую или психологическую основу [1]. В настоящее время данный термин был заменен на термин «соматический кашлевой синдром». Диагноз синдрома соматического кашля выставляется только после проведения обширной оценки, исключения нетипичных причин кашля и соответствия пациента следующим критериям: присутствие у пациента одного или нескольких соматических симптомов, которые вызывают беспокойство или приводят к значительному нарушению повседневной жизни, наличие навязчивых мыслей о серьезности симптомов, высокий уровень беспокойства по поводу симптомов или чрезмерное время и энергия, уделяемые симптомам. При этом наличие либо отсутствие ночного кашля, его лающий или гудящий характер, а также тревога или депрессия не могут применяться в качестве определяющих диагностических критериев синдрома соматического кашля [2].

Механизмы психогенной одышки на данный момент не до конца ясны. В регуляции дыхания на фоне стресса принимают участие модуляторные зоны головного мозга. Известно, что латеральное парабрахияльное ядро при действии стрессоров посылает в передний мозг импульс тревоги. Это является основой рефлекторного пробуждения при гиперкапнии. Повышению частоты дыхания также способствует активность латерального столбца околотоводопроводного серого вещества. Возможно также повышение чувствительности ретротрапезоидного ядра через холинергические проекции педункулопонтинного покрывчатого ядра.

На ритм дыхания имеют место воздействия со стороны лимбической системы. На фоне гиперкапнии и снижения рН возбуждаются миндалина и сопряженное с ней ядро ложа конечной полоски, что впоследствии ведет к формированию страха/ярости, увеличивается частота дыхания. Паравентрикулярный гипоталамус стимулирует рефлекторное уменьшение ЧСС, увеличение АД, рост активности диафрагмального ядра. Важно отметить и роль коры головного мозга во влиянии на дыхательный ритм, поскольку органические билатеральные повреждения полушарий ведут к развитию патологического дыхания Чейна-Стокса [3].

Таким образом, на фоне описанных выше событий развиваются гипервентиляция, нарушение сна и сердечной деятельности, часто сопровождающие приступы психогенного кашля и одышки.

Жалобы пациентов с психогенными респираторными нарушениями разнообразны: сухость, жжение, щекотание, стеснение, сжимание, ощущение першения, онемения с постоянной потребностью откашляться. Кроме того, приступам психогенной одышки и кашля часто сопутствуют сердцебиение, усиливающееся при волнении и ходьбе, кардиалгии, переходящие в приступы загрудинной боли. Возникновение жалоб пациенты связывают с определенным временем суток. Они могут возникать: утром, после пробуждения; вечером, при «трудном» засыпании; ночью, при наплывах мыслей тревожно-депрессивного

содержания. Психогенные респираторные нарушения проявляются прежде всего форсированным поверхностным дыханием с последующим его учащением и углублением. Частые короткие дыхательные движения чередуются с глубокими вдохами, не приносящими чувства облегчения, и последующей непродолжительной задержкой дыхания, что напоминает дыхание Чейна-Стокса [1].

Вышесказанные физические проявления психогенной одышки вызывают у пациентов тревогу и становятся объектом ипохондрической фиксации. Психогенные расстройства дыхания выявляются обычно на фоне угнетенного настроения, страха и тревоги, что в последующем обуславливает упорную искусственную гипервентиляцию, приобретающую навязчивый характер, или, наоборот, хроническую гиповентиляцию в результате ограничения нормальных дыхательных движений.

В качестве лечения психогенных респираторных нарушений применяют немедикаментозную терапию: гипноз, терапию внушением, успокоение и консультирование психологом либо психиатром. Однако до правильной постановки диагноза многие пациенты проходят длительные и безуспешные обследования и пробные методы лечения в попытке диагностировать и контролировать симптомы. Длительное время, необходимое для постановки точного диагноза, может привести к психологическому стрессу у некоторых пациентов, тем самым усугубляя симптомы [4].

В ходе дальнейшего исследования было проведено анкетирование среди населения разных возрастных групп (40,4% – население старше 25 лет, из которых 13,8% старше 45), по результатам которого установлено следующее:

1. 97% опрошенных в той или иной степени сталкиваются со стрессом на работе/учебе.

2. Во время эмоционального перенапряжения, стресса, паники чувство нехватки воздуха, кашель, одышка возникают в той или иной степени у 58,6% опрошенных.

3. В покое у 41,5% опрошенных отмечаются симптомы психогенных респираторных нарушений.

4. У 53,2% опрошенных вышеназванные симптомы проходят самостоятельно, и лишь у 4,3% купируются лекарственными средствами.

5. У 44,7% симптомы сопровождаются сердцебиением и кардиалгией.

Выводы. Повседневная жизнь современного человека связана с частым эмоциональным перенапряжением и стрессом, что обуславливает возникновение симптомов психогенного кашля и одышки, которые в дальнейшем вызывают у пациентов тревогу и становятся объектом ипохондрической фиксации. Образуется так называемый замкнутый круг, в котором симптомы психогенных респираторных нарушений вызывают у пациента тревогу и беспокойство, приводящие к гипер- либо гиповентиляции, которые в последующем начинают носить навязчивый характер. Однако для точной постановки диагноза необходимо провести уточнение анамнеза, осмотр и ряд дополнительных лабораторных

и инструментальных методов исследования для подтверждения либо исключения у данного пациента психогенного кашля и одышки.

Литература

1. Vertigan A.E. Somatic cough syndrome or psychogenic cough-what is the difference? / A.E. Vertigan // J Thorac Dis – 2017. – Vol. 9 – P. 831-838
2. McGarvey L.P. Does idiopathic cough exist? / L.P. McGarvey // Lung – 2008. – Vol. 186 – P. 78-S81
3. The integrated brain network that controls respiration / F. Krohn [et al.] // eLife – 2023. – Vol. 12, P. 99-175.
4. Song W.J., Chang Y.S., Morice A. Changing the paradigm for cough: does 'cough hypersensitivity' aid our understanding? / W.J Song [et al] // Asia Pac Allergy –2013. – Vol. 4 – P. 3-13

PHYSIOLOGY OF PSYCHOGENIC RESPIRATORY DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ON THE LIFE OF MODERN HUMAN

Sedinevskaya S. A., Pushkin M. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

sedinevskaya02@mail.ru

Life of modern human is associated with frequent emotional overstrain and stress, which causes psychogenic cough and shortness of breath. The symptoms of psychogenic respiratory disorders lead to anxiety which become obsessive.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Сенько П. В., Лысенко И. О.

Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

senkopasa3000@gmail.com

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенное заболевание, встречающееся у 10-15% населения. Морфологическим субстратом болезни являются конкременты в желчном пузыре (ЖП), состоящие из компонентов его секрета – холестерина, билирубина, разных солей. Осложнения ЖКБ возникают из-за раздражающего действия камней, закупорки пузырного или общего желчного протока (холедохолитиаз), застоя желчи в пузыре с транслокацией бактериальной флоры из кишечника и развитием воспаления. Так, классические осложнения ЖКБ следующие: острый, хронический холецистит, холедохолитиаз с развитием механической желтухи. Осложнения, требующие оперативного вмешательства, развиваются в пределах 1-2,3%. В настоящее время «золотым стандартом» лечения острого холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При выраженном