

– при затруднении постановки диагноза, отсутствии эффекта от лечения своевременно направлять пациентов из городских и районных ЛПУ для обследования в областные медицинские учреждения;

– оснастить ЛПУ городов и районов области пульсоксиметрами для определения сатурация кислорода у пациентов для определения дальнейшей тактики.

Полученные результаты указывают на то, что необходимо постоянно проводить мониторинг показателей заболеваемости, обучение врачей первичного звена диагностики и тактике ведения пациентов с внебольничной пневмонией, своевременно решать экстренные вопросы по уровню оказания медицинской помощи.

Литература

1. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике //М. 2010. РРО.

2. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых //М. 2014. РРО.

3. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации //М. 2016. РРО.

4. Чучалин А.Г. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание. //М. 2016. РРО.

Статья поступила в редакцию 14.05.2017

Координаты для связи

Демура Ольга Викторовна, к. м. н., руководитель дистанционно-консультативного отдела по мониторингу больных пневмониями ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», главный внештатный пульмонолог министерства здравоохранения Амурской области. E-mail: ovdemura@mail.ru

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26.

УДК 616.891

О.В. Астафурова,¹ Н.Г. Браш²

ОСП ГБУЗ АО «Амурская областная психиатрическая больница»¹

г. Благовещенск

ФБОУ ВО Амурская ГМА

Минздрава России²

г. Благовещенск

ОБМЕН ОПЫТОМ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) выделено из разнородной группы «тревожный невроз» сравнительно недавно, в 1980 году. Это распространенное в популяции тревожное расстройство, имеющее хроническое или рекуррентное течение, сопровождающееся стабильным беспокойством и напряжением, приводящее к выраженной дезадаптации и повышению суицидального риска. Как и другие тревожные расстройства, ГТР относят к расстройствам тревожно-депрессивного или аффективного спектра. Наличие единого спектра обосновывается результатами многочисленных клиничко-биологических исследований, подтверждающих патогенетическое родство тревожного и депрессивного синдромов [1, 2].

По данным некоторых авторов, распространенность тревожных и тревожно-депрессивных расстройств в общей популяции в течение жизни сильно варьирует (0,1–8,5%) и в среднем составляет около 5% среди взрослого населения. Тревожное и тревожно-депрессивное расстройства чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, в соотношении примерно 2 к 1. Помимо возраста и пола к факторам риска так же относят низкий уровень образования и одиночество [2].

Основным проявлением ГТР является наличие тревоги, проявляющейся в виде постоянной напряженности, «предчувствия» надвигающейся катастрофы, опасений, настороженности, неадекватного беспокойства по различным поводам. Соматические проявления длительной тревоги разнообразны и включают мышечное напряжение, симптомы вегетативной лабильности (сухость во рту, тахикардия, потливость, тошнота, колебания артериального давления).

Важная клиническая значимость тревожных расстройств подтверждается особенностью их течения. Доказано, что для тревожных расстройств характерно не ремиттирующее течение, а хроническое. Даже при успешном лечении могут оставаться резидуальные проявления ГТР. При отсутствии адекватного лечения обнаруживается высокий процент рецидивов. Для тревожных расстройств характерна высокая степень коморбидности с другими психи-

ческими и поведенческими расстройствами. В первую очередь речь идет о депрессии, которая более чем в половине случаев сопровождается психопатологическую тревогу. При этом сочетанное возникновение депрессивного и тревожного расстройств приводит к более тяжелому течению заболевания и резистентности к стандартному лечению [3, 4, 5].

Основные группы препаратов для лечения тревоги

- Транквилизаторы бензодиазепинового ряда (феназепам, диазепам, альпразолам, клоназепам и др.).

- Антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (паксил, прозак, золофт, элицея); трициклические антидепрессанты (амитриптилин);

- препараты двойного действия (ремерон, эксел, симбалта).

- Нейролептики (сонапакс, эглонил, тиаприд и т.д.).

Бензодиазепины — мощны, быстро купируют нарушения сна и симптомы тревоги. Из недостатков лечения бензодиазепинами следует назвать синдром «отдачи» (быстрое возобновление или преходящее усиление симптоматики после отмены препарата), риск привыкания и формирования лекарственной зависимости, нарушение познавательных функций (внимание, концентрация, память), нарушение координации. Поэтому препараты бензодиазепиновой группы нельзя принимать дольше 2–4 недели.

Трициклические антидепрессанты — мощные препараты, хорошо снимающие все тревожно-депрессивные симптомы (действуют, как на телесные, так и на психические проявления тревоги), нарушения сна. Могут использоваться для длительного лечения и профилактики тревоги. Трициклические антидепрессанты имеют более выраженные побочные эффекты (сухость слизистых, запоры, сердечно-сосудистые нарушения, преходящие нарушения познавательных функций). Это ухудшает переносимость и

увеличивает перечень противопоказаний к их применению при лечении тревоги, особенно у пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — относительно безопасны, имеют минимальный спектр побочных эффектов, не вызывают привыкания, поэтому могут применяться в качестве долгосрочного поддерживающего лечения. Их относительным недостатком является длительный период «ожидания» до начала клинического эффекта препарата (от 2 до 4 недель). Кроме того, у антидепрессантов этой группы имеются побочные эффекты в виде усиления аппетита и прибавки массы тела, тошноты, жидкого стула, запоров, потливости, нарушений сна, половых функций (либидо и оргазма).

В ряде случаев положительный эффект при лечении тревоги достигается при сочетании антидепрессантов и «малых» нейролептиков — сонапакса, эглонила, тиаприда, хлорпротексена и др. Обычно при этом используются малые дозы указанных препаратов. Тем не менее, при назначении нейролептиков возможно появление слабости, снижение артериального давления, нарушение менструального цикла, прибавка массы тела, снижение либидо [6].

На базе диспансерного отделения № 1 ОСП ГБУЗ АО «Амурская областная психиатрическая больница» г. Благовещенска было пролечено 154 человека с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами. При этом общее количество пациентов было разделено условно на 2 группы. При лечении пациентов из 1 (основной) группы было проведено лечение монотерапией антидепрессантами СИОЗС. Пациенты 2 (контрольной) группы получали комбинированное лечение антидепрессантами СИОЗС в сочетании с «малыми» нейролептиками и психотерапией.

Антидепрессантами выбора стали эсцитопролам, паксил, велаксин в средних терапевтических дозах. Из группы «малых» нейролептиков применялись хлопротиксен, эглонил, этаперазин (в малых дозах).

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена актуальной проблеме, встречающейся при диагностике и терапии пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами. Рассматривается влияние антидепрессивных препаратов на различные симптомы расстройства. Отмечаются недостатки и достоинства существующих в настоящее время противотревожных и антидепрессивных средств.

Ключевые слова: тревога, депрессия, транквилизаторы, антидепрессанты, СИОЗС, трициклические антидепрессанты, препараты двойного действия, нейролептики, побочные эффекты, осложнения. DOI 10.22448/AMJ.2017.2.88-90

DIAGNOSIS AND THERAPY OF PATIENTS WITH ANXIETY AND ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS

O.V. Astafurova¹, N.G. Brash²

JSC Amur Regional Psychiatric Hospital¹, Blagoveshchensk, Amur State Medical Academy², Blagoveshchensk

Abstract

The article is devoted to the actual problem encountered in the diagnosis and therapy of patients suffering from anxiety-depressive disorders. The influence of antidepressant drugs on various symptoms of the disorder is considered. The shortcomings and benefits of the current anti-anxiety and antidepressant drugs are noted.

Key words: anxiety, depression, tranquilizers, antidepressants, SSRIs, tricyclic antidepressants, dual-acting drugs, neuroleptics, side effects, complications.

Таблица 1. Сравнительный анализ проведенной терапии

| Группы | Всего | Выздоровление | Улучшение |
|-------------|-------|---------------|-----------|
| Основная | 80 | 75(96%) | 5(4%) |
| Контрольная | 74 | 72(98,5%) | 2(1,5%) |

Сравнительный анализ хода и результатов лечения обоими методами свидетельствовал о положительном эффекте комбинированной терапии на тревожно-депрессивную симптоматику. При комплексной терапии редукция аффективной симптоматики происходила в более короткие сроки (15–20 дней) по сравнению с основной группой (25–30 дней), отмечалось повышение общей активности, интеллектуальной и физической продуктивности пациентов.

Заключение

Таким образом, анализ полученных результатов сочетанного применения фармакотерапии антидепрессантов и нейрорептиков с психотерапией свидетельствует о более эффективном воздействии комбинированной терапии на психопатологическую симптоматику, ускорение процессов выздоровления у больных с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами.

Литература

1. Авруцкий Г.А., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. М.; Медицина, 1988.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000.
3. Вертоградова О.П., Петухов В.В. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия)// Социальная и клиническая психиатрия. Вып. № 4/том 15. М., 2005.
4. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. М: Берг, 2000.
5. Ковалев Ю.В. О соотношении тревоги и депрессии в психопатологии. Ижевск. 2010.
6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб: Медицинское информационное агентство, 1995.

Статья поступила в редакцию 02.05.2017

Координаты для связи

Астафурова Ольга Владимировна, участковый врач-психиатр ОСП ГБУЗ АО «Амурская областная психиатрическая больница». E-mail: littlepricess_55@mail.ru

Браш Наталья Геннадьевна, ассистент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ОСП ГБУЗ АО «Амурская областная психиатрическая больница»: Амурская область, г. Благовещенск, ул. Больничная, 32.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, г. Благовещенск Амурской области, ул. Горького, 95. E-mail: agma@nm.ru

УДК 614.2 (092с)

**Л.В. Круглякова, Е.Н. Гордиенко,
И.И. Кучерова, А.С. Заборовский**

ФГБОУ ВО Амурская ГМА
Минздрава России
г. Благовещенск

**Н.Ф. ШЕВЧЕНКО – ИНИЦИАТОР
ОТКРЫТИЯ, ОРГАНИЗАТОР
И ПЕРВЫЙ ДИРЕКТОР
БЛАГОВЕЩЕНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

«Жизнь, прожитую достойно, следует измерять деяниями, а не годами...»

Р.В. Шеридан

4 мая 2017 года исполнилось 110 лет со дня рождения известного организатора здравоохранения, заведующего отделом здравоохранения Амурской области (1947–1968), инициатора создания, организатора и первого директора Благовещенского государственного медицинского института (БГМИ, ныне – ФГБОУ Амурская ГМА Минздрава России) Николая Федотовича Шевченко (1907–1988). Личности такого масштаба достойны памяти потомков. След, оставленный им, до сих пор ощутим в стенах созданного его трудом учреждения, обучающего и выпускающего вот уже 65 лет кадры для здравоохранения Амурской области и всего Дальнего Востока. Н.Ф. Шевченко в свое время реально оценил огромные перспективы и проблемы дальневосточного региона и всю свою жизнь посвятил организации охраны здоровья жителей этого замечательного края.

Н.Ф. Шевченко в 1940 году окончил санитарно-гигиенический факультет Томского университета. Его просьбу направить на Дальний Восток по окончании института удовлетворили. Не так уж много было желающих уезжать из университетского Томска в Хабаровский край. Более того, выпускнику дали рекомендательное письмо, которое он должен был предъявить депутату Верховного Совета СССР Валентине Хетагуровой.

В Комсомольске-на-Амуре Николай Федотович начал трудовую деятельность государственным санитарным инспектором. Спустя три года он был назначен заместителем заведующего отделом здравоохранения Еврейской автономной области. Работа в этой должности научила хорошо разбираться в показателях, характеризующих состояние, реальные возможности и проблемы практического здравоохранения. Несмотря на трудности, Николай Федотович работал с удовольствием и большой ответственностью. Бывая на годовых отчетах в Хабаровске, ревностно сравнивал данные по ЕАО и