

ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Н.М. Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Балабина)

Резюме. Проведено исследование частоты синдрома тревоги и её причин среди лиц, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью к терапевту. Выявлена высокая частота (24%) тревожного синдрома среди больных, обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью. Наиболее частыми причинами тревожного синдрома у амбулаторных больных являются соматическая патология (65,7%), прием лекарственных препаратов, крепкого кофе, чая и переутомление (27,8%).

Ключевые слова: тревога, больной на приеме в поликлинике.

PROBLEM OF DISTURBING DISORDERS IN PRACTICE OF THE FAMILY THERAPIST

N.M. Balabina

(Irkutsk State Medical University)

Summary. Research of frequency of alarm syndrome among the persons who had addressed for the out-patient-polyclinic help to the therapist and its reasons has been conducted. High frequency (24,0%) of disturbing syndrome among the patients addressing for the out-patient-polyclinic help has been revealed. The most frequent reasons of a disturbing syndrome in outpatients are the somatic pathology (65,7%), reception of medical preparations, strong coffee, tea and overfatigue (27,8%).

Key words: alarm, the patient on reception at polyclinic.

Тревожное расстройство можно охарактеризовать как напряженное ожидание неприятностей, общее беспокойство [5]. Жизнь современного человека сопряжена с постоянным воздействием факторов, predisposing к развитию тревожного синдрома (отсутствие уверенности в завтрашнем дне для себя и своих близких, воздействие средств массовой информации, техногенные, климатические и социально-экономические катаклизмы и др.) [6,7]. Тревожный синдром может привести к мобилизации защитных механизмов, адаптации больного к внешним раздражителям, если они имеют ситуационный характер, или привести к функциональным, а в дальнейшем и к органическим изменениям [1,8]. Реже тревога бывает патологической – возникает без причины и чрезмерна по силе и продолжительности [9]. Патологическая тревожность иногда возникает на фоне психического расстройства или уже имеющегося соматического заболевания, приема лекарственных средств или наркотических препаратов [2,10]. Тревога серьезно затрагивает качество жизни, адаптационные возможности больного, поскольку может привести к снижению профессионального статуса, нередко способствует развитию гипертонической болезни и другой соматической патологии [3,4]. Тревога влияет также на длительность пребывания больного на больничном листе. Задача участкового терапевта в этих случаях сводится к своевременному распознаванию основного заболевания и тревожного синдрома, а также их коррекции.

Цель настоящего исследования: изучить частоту синдрома тревоги и его причины среди лиц, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью к терапевту, и ее причины.

Материалы и методы

Использован "Опросник врача общей практики для диагностики тревоги и психических расстройств" у 450 больных возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст всех больных 53,2±3,6 года), мужчины – 204 (45,4%), женщин – 246 (54,6%). Контрольную группу составили 24 человека, обратившиеся в поликлинику по поводу ОРВИ (средний возраст 56,0±4,9 года). Контрольная группа была по всем параметрам сопоставима с основной группой. Опрос больных проводился за один день во время ожидания приема терапевта поликлиники. При опросе выявлялись следующие симптомы тревоги: мышечное напряжение, вегетативные нарушения и психическое возбуждение. Для выявле-

ния причины тревоги все лица с синдромом тревоги прошли тщательное лабораторно-инструментальное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, флюорография грудной клетки, по показаниям – ФГС, колоноскопия, капнограмма, холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, почек, печени, селезенки, исследование T₃, T₄, ТТГ; консультация невролога).

Значимость выявляемых различий определяли по t-критерию Стьюдента, анализируя среднюю величину вариационного ряда (M), среднее квадратическое отклонение вариационного ряда (σ), среднюю ошибку среднеквадратического отклонения (m). Для оценки связи признаков рассчитан коэффициент корреляции Спирмена. За значимые принимали различия при p<0,005.

Результаты и обсуждение

Среди 450 опрошенных признаки тревоги были обнаружены у 24,0%. Клинические проявления тревоги у больных носили разнообразный характер и отражены в таблице 1.

Таблица 1

Частота объективных признаков тревоги

Симптомы тревоги	Жалобы больных	M±m (%)
Мышечное напряжение	Чувство общего напряжения, беспокойство	21±3,53*
	Боль в мышцах	17±2,7*
	Дрожь или подергивание мышц	6,4±1,3
Вегетативные нарушения	Сердцебиение, кардиалгии	14,1±3,6*
	Потливость	19±4,1*
	Приливы, озноб	13±2,9*
	Холодные или влажные ладони	23±10,1
	Головокружение, дурнота	7,6±2,1
	Сухость во рту	8,4±1,3*
	Ком в горле	4,1±0,4
	Тошнота	5,6±0,5
	Понос или запор	24±6,3*
	Боль или неприятные ощущения в животе	5,8±0,5*
Психическое возбуждение	Учащенное мочеиспускание	6,9±1,2
	Нервозность	19,8±5,4*
	Взвинченность	10,1±2,6*
	Нарушение концентрации внимания	17,5±1,8*
	Раздражительность	18,9±4,1*
	Затруднение при засыпании, частые пробуждения	19,1±4,8*

Примечание: * - p<0,05.

В процессе обследования 108 больных с синдромом тре-

воги было установлено, что у 71 (65,7%) тревожные расстройства были вызваны соматической патологией, у 30 (27,8%) – приёмом лекарственных препаратов, крепкого кофе, чая и переутомлением. У 7 (6,5%) больных причину тревоги выявить не удалось, в связи с чем эти больные были направлены на консультацию к психиатру. Среди больных с тревожным синдромом, вызванным соматической патологией, были 8 (11,2%) больных с постинфарктным кардиосклерозом, 14 (19,7%) – с нарушением сердечного ритма, 19 (26,8%) – больные бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, 5 (7%) – с железодефицитной анемией, 3 (4,2%) – с заболеваниями щитовидной железы, 22 (31,1%) – с синдромом раздраженного кишечника.

Анализируя синдром тревоги у этих больных, можно сделать вывод о том, что у больных после перенесенного инфаркта миокарда тревога и страх смерти возникали при определенной физической нагрузке (сексуальная активность и пр.). У больных с нарушениями ритма тревога по поводу ожидаемого “срыва ритма” возникала после приступа тахикардии. Постоянная тревожность у больных с заболеваниями щитовидной железы была проявлениями гипер- или гипотиреоза. У больных с бронхообструктивными заболеваниями непосредственной причиной тревожного синдрома были ожидания приступа удушья, отсутствие в наличии эффективных бронходилататоров, а также частое использование бета-адреностимуляторов. На фоне тревоги у этих больных часто возникали жалобы на расстройства пищеварения или мочеиспускания. Выявлена умеренная прямая корреляция между длительностью применения бета-адреностимуляторов и частотой расстройств пищеварения ($r=0,51$).

Слишком частое употребление кофе, чая (иногда очень крепких) вызвало синдром тревоги у 11 больных, переутомление – у 10 больных. У 9 больных тревога была обусловлена приемом лекарственных препаратов (табл. 2).

Вероятно, постоянный прием таблеток, содержащих кофеин, слабительных средств, средств от похудения, содержа-

Таблица 2
Лекарственные препараты, вызвавшие тревожный синдром

Лекарственный препарат	Абсолютное количество (чел.)
Слабительные	6
Средства, содержащие кофеин	2
Средства для похудения	1

щих психостимуляторы, способствуют развитию и становлению у больных тревожного синдрома. При приеме бета-адреностимуляторов развитие тревоги можно рассматривать как побочный эффект. Слишком частое употребление кофе, чая (иногда очень крепких), может сопровождаться тревогой как следствием абстинентного синдрома. Установлена слабая прямая корреляция между количеством кружек кофе и частотой синдрома тревоги ($r=0,31$).

Большинство (73,1%) больных с тревожными расстройствами занимаются самолечением, тщетно пытаясь улучшить свое состояние.

Лечение тревожности зависело от диагноза. У больных с тревогой, вызванной приемом лекарственных средств, лечение состояло в их отмене. При тревоге на фоне соматических заболеваний тактика аналогичная: в первую очередь назначалось лечение основного заболевания. Если тревога сохранялась после отмены препаратов или излечения основного заболевания, назначался селективный анксиолитик – афобазол по 10 мг 3 раза в сутки в течение месяца.

Таким образом, установлена высокая частота (24%) тревожного синдрома среди больных, обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью. Наиболее частыми причинами тревожного синдрома у амбулаторных больных являются соматическая патология (65,7%), прием лекарственных препаратов, крепкого кофе, чая и переутомление (27,8%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайтигем В., Кристиан П., Род М. Психосоматическая медицина. – Пер. с англ. – М.: Медицина, 1999. – 430 с.
2. Дробижев М.Ю., Иванов С.В., Лебедева О.И., Андреев А.М. Терапия кардионевротических расстройств в общемедицинской сети. // Тревога и аб- сессии. – М., 1998. – С.286-295.
3. Крылов А.А., Крылова Г.С. Неврозы в общей врачебной практике // Новые Санкт-Петербургские Ведомости. – 2004. – 124 с.
4. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение). – Ч., 1995. – 250 с.
5. Новикова Н.А., Сыркин А.Л. Феназепам и нарушения ритма у больных с ИБС и нейроциркуляторной дистонией.

Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. – М., 1994. – С.122-125.

6. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю. Психические нарушения при инфаркте миокарда. – М., 1998. – С.129-138.

7. Старостина Е.Г. Генерализованные тревожные расстройства // Русский мед. журн. – 2004. – Т. 22. № 12. – С.2-7.

8. Цивилько М.А. Психические нарушения у больных хронической почечной недостаточностью // Журнал неврологии и психиатрии. – 1981. – №12. – С.1835-1841.

9. Goodwin R.D., Stein M.B. Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. Psychosom. Med. – 2002. – №64. – P.862-866.

10. Levenstein S., Prantera S., Scribano M.L., et al. Psychologic predictors of duodenal ulcer healing // J. Clin. Gastro-enterol. – 1996. – Т. 2. №22. – P.84-89.

Информация об авторе: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Балабина Наталья Михайловна – заведующая кафедрой, профессор, д.м.н.

© Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Кашицына А.А., Подкаменев А.В., Краснов П.А., Кононенко М.И. – 2010

ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

В.А. Новожилов², Ю.А. Козлов², А.А. Кашицына¹, А.В. Подкаменев², П.А. Краснов², М.И. Кононенко²
(¹Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович; ²Ивано-Матренинская детская клиническая больница г. Иркутска, гл. врач. – д.м.н., проф. В.А. Новожилов, центр хирургии и реанимации новорожденных, зав. – к.м.н. Ю.А. Козлов)

Резюме. В исследовании проведен ретроспективный анализ тактических решений и технических вариантов формирования различных видов кишечных стом у новорожденных и младенцев. Оценены послеоперационные результаты лечения больных с пороками развития и заболеваниями желудочно-кишечного тракта в зависимости от клинической ситуации.

Ключевые слова: кишечная стома, кишечная непроходимость, новорожденный, аноректальные пороки развития.