

ЭПИДЕМИЯ КОРОНАВИРУСА КАК СОХРАНИТЬ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНОЙ УГРОЗЫ?



Пандемия коронавируса стала для всех тяжелым испытанием, поставив человечество на грань выживания. Враг невидим. Поэтому еще более опасен. Сохранять в этой ситуации спокойствие очень сложно. Потому что речь уже идет не только о здоровье, но и о жизни. Никто не знает, когда это все закончится, и каким мир выйдет из этого кризиса. Это рождает тревогу, переживания, стрессы, нервные срывы...

*Мы обратились к профессору кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, доктору медицинских наук **Н.И. Распоповой** с волнующим сегодня каждого из нас вопросом: как сохранить в условиях пандемии коронавируса психическое здоровье населения нашей республики?*

- Наталья Ивановна, все мы в докарантинный период и сейчас, во время самоизоляции, находимся в длительном стрессовом состоянии. Как известно, это представляет опасность не только для соматического, но и психического здоровья человека. Как может сказаться длительное пребывание в состоянии тревоги на психическом здоровье человека?

- Вы правы, нынешняя сложная обстановка не проходит бесследно для здоровья. Влияние психотравмирующих факторов сегодня велико. Изменить ситуацию мы не можем. Эпидемиологическая ситуация по коронавирусу еще неизвестно сколько может оставаться неблагоприятной. Острые и пролонгированные стрессовые ситуации могут явиться причиной развития психогенных невротических и соматоформных психических расстройств. Психогении – это болезненные изменения высшей нервной деятельности, вызванные перенапряжением (дистрессом), возникающим вследствие различных обстоятельств и требований жизни.

В клинической картине связанных со стрессом невротических расстройств преобладают симптомы тревоги и депрессии, которые часто могут проявляться соматическими симптомами и являться причиной обращений этих пациентов к врачам общей клинической практики. Психогенные психические расстройства могут имитировать соматическую патологию, так называемые маскированные, соматизированные тревожно-депрессивные состояния.

Зигмунд Фрейд ещё в 1892 году, описывая «невроз тревоги», одним из первых выделил соматические симптомы тревоги: дрожь в теле, сердечная аритмия, затрудненное дыхание, потливость, тошнота, дискомфорт в животе, тремор, учащенное мочеиспускание, диарея, расстройства аппетита, головокружение, парестезии, сексуальные нарушения. С этими жалобами пациенты могут обращаться к врачам различных специальностей, но при обследовании объективных признаков какого-либо соматического расстройства, как правило, не выявляется. На это следует обращать внимание врачам любых медицинских специальностей, так как в условиях глобального стресса количество таких пациентов будет возрастать.

- Как врач, не являющийся специалистом-психиатром, может определить, связаны ли предъявляемые пациентом жалобы с тревожно-депрессивным расстройством или действительно имеющимся у данного пациента соматическим расстройством? Относя жалобы пациента только к связанным со стрессом тревогой и депрессией, врач может ошибиться и не оказать своевременную помощь пациенту по реально имеющему место соматическому заболеванию.

- В настоящее время мне хотелось бы заострить внимание врачей на том, что сейчас, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по коронавирусу, все их пациенты, с какими бы заболеваниями они ни проходили лечение, кроме соматического заболевания, имеют и высокий риск возникновения психогенного психического

расстройства, которое может существенно ухудшить течение основного заболевания, снизить эффективность проводимого лечения, а в отдельных случаях и имитировать соматическую патологию.

Для того, чтобы врач общей практики смог провести правильную дифференциальную диагностику, хочу напомнить, что к особенностям клинических проявлений соматизированной тревоги относятся: полисистемный характер соматических проявлений; зависимость выраженности субъективных соматических симптомов от психотравмирующих ситуаций; своеобразие и нетипичность клинических проявлений соматического расстройства; отсутствие объективных клинических и параклинических признаков соматического заболевания и положительная динамика при применении психотропных средств.

- Как должен поступить врач общей практики при выявлении у своего пациента признаков психогенного тревожно-депрессивного расстройства? Должен ли он немедленно направить такого пациента на консультацию к специалисту-психиатру или же самостоятельно оказать помощь в плане восстановления его психического здоровья?

К сожалению, до настоящего времени в нашем обществе существует такое неблагоприятное явление, как стигматизация лиц с психическими расстройствами и медицинских работников сферы психического здоровья, что может препятствовать своевременному обращению пациента к врачу-психиатру.

- Стигматизация лиц с психическими расстройствами наблюдается не только в Казахстане, но и во всем мире. Международные эпидемиологические исследования показывают, что две трети пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами невротического уровня не попадают в поле зрения врача-психиатра и наблюдаются врачами общей медицинской практики.

Мировая психиатрическая практика имеет богатый опыт организации психиатрической помощи в первичном звене здравоохранения. На современном этапе развития психиатрической службы в Республике Казахстан разработана новая концепция взаимодействия специализированных психиатрических учреждений с учреждениями первичной медико-санитарной помощи, что отражено в приказе Министерства здравоохранения РК №13404 от 5 марта 2016 г. «Об утверждении Стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан».

Согласно положениям Главы 2, п. 2 данного приказа в компетенцию врачебного персонала первичной медико-санитарной помощи входит назначение лечения при установлении диагнозов пограничных психических и поведенческих расстройств, среди которых аффективные (тревожно-депрессивные) расстройства занимают ведущее место: F32.0 «Депрессивный эпизод легкой»; F43.2 «Расстройство адаптации»; F41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство»; F45 «Соматоформное расстройство»; F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство»; F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (психосоматические расстройства).

Таким образом, в настоящее время врачи общей медицинской практики не только могут, но и обязаны выявлять у своих пациентов вышеуказанные психические расстройства и проводить соответствующее лечение.

- Существуют ли на сегодняшний день эффективные медикаментозные методы лечения тревожных расстройств, связанных со стрессом?

- Возникновение и регуляция тревоги обеспечиваются сложным взаимодействием ряда медиаторных систем: катехоламинергической, серотонинергической, эндокринной и др. Наибольшее значение для регуляции нейрональной активности имеет взаимодействие между возбуждающими аминами (глутамат, аспартат) и ГАМКергической системой.

Бензодиазепиновые транквилизаторы являются наиболее мощными анксиолитиками - противотревожными препаратами из числа известных современной психофармакологии средств.

Однако со временем появилось все больше данных о том, что препараты этого класса, обладающие выраженным седативным и снотворным эффектом, в большей степени пригодны для терапии острых тревожных реакций, в то время как длительное их применение вызывает побочное действие, лекарственную зависимость и симптомы отмены. В связи с этим большинство клиницистов настаивает лишь на эпизодическом кратковременном применении седативных бензодиазепинов в случаях выраженной тревоги, «купирования панических атак». Для длительного лечения тревожных состояний рекомендуется применение транквилизаторов лишь в начале терапии антидепрессантами из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ) или ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН). При стойких фобических и ипохондрических расстройствах оправдано подключение в комплекс лечения так называемых малых нейрорептиков.

- Готовы ли наши врачи общей практики квалифицированно применять психотропные средства для лечения тревожно-депрессивных расстройств у своих пациентов?

- Безусловно, в соответствии с новыми положениями врачи общей практики имеют полное право пользоваться клиническими протоколами диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств, входящих в их компетенцию, где разрешены к применению все вышеперечисленные психотропные средства. Но, по понятным причинам, имея малый опыт работы с психотропными препаратами, врачи общей практики до настоящего времени активно их не используют, чаще ограничиваются назначением лекарственных средств растительного происхождения с общим седативным действием, которые далеко не во всех случаях оказываются достаточно эффективными.

- Мы живем в напряженное и стрессовое время. Сегодня рынок фармакологии в этом направлении весьма обширен, появляются новые более действенные и безопасные медикаменты. Какие из них, на ваш взгляд, актуальны в нынешней ситуации, связанной со стрессами от пандемии коронавируса и заслуживают внимания врачей при лечении пациентов с различного рода тревожными состояниями?

- Как и во всей медицине, в данной отрасли фармакологии особенно активно обсуждается проблема качества жизни во время приема того или иного лекарственного препарата. По мнению многих специалистов, этот показатель значительно выше при приеме ГАМК-ергических препаратов, которые не вызывают сомноленции и миорелаксации. Важно, что при их приеме пациент остается активным и в период лечения прекращения профессиональной деятельности не требуется. Одним из таких препаратов, которые в связи с их безопасностью и хорошей переносимостью, могли бы широко применять в своей практике врачи различных специальностей, является Гамалате В₆.

Данный фармакологический препарат – Гамалате В₆ за счет положительного влияния на ГАМК-ергическую систему по своему механизму действия близок к традиционным транквилизаторам, но в отличие от них его срок применения может быть достаточно длительным и безопасным без развития зависимости (до 18 месяцев). Он относится к стресс-лимитирующим комплексным препаратам, представляющим собой многокомпонентную комбинацию, в состав которой входят: гамма-амино-масляная кислота (ГАМК), гамма-амино-бета-оксималяная кислота (ГАБОМК), магния глутамата гидробромид (МГБ) и витамин В₆. При этом ГАМК оказывает анксиолитическое и антигипоксическое действие, ГАБОМК – нейротрофическое действие, являясь антиконвульсантом и индикатором нейропластичности. Помимо этого МГБ обладает седативным действием. Витамин В₆ (пиридоксин) является коферментом для трансаминаз, необходимых для синтеза аминокислот.

Таким образом, одновременный прием перечисленных компонентов, которые содержатся в Гамалате В₆, восстанавливает баланс и создает устойчивое равновесие между возбуждающими и тормозными системами в центральной нервной системе.

Завершая нашу беседу, хотелось бы призвать всех в этот сложный период к позитивному настрою, ведь, как говорится, за ночью всегда наступает рассвет. Желаю всем больше положительных эмоций, заниматься ежедневно спортом и найти увлекательное хобби, не забывать о здоровом растительном питании, мечтать и готовить себя к новым жизненным целям.

Берегите себя и своих близких!

Интервью подготовила
А. Беркимбаева