



НЕВРОЛОГИЯ

№ 3 (22)
2024

СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ
ИЗДАНИЕ
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

Подписка
на издания
ИД «АБВ-пресс»



ОТ РЕДАКЦИИ



Андрей
Петрович
РАЧИН

Д.м.н., профессор, президент Национальной ассоциации экспертов по коморбидной неврологии

Уважаемые коллеги!

Мы рады представить очередной номер «Неврология сегодня», в котором собраны актуальные новости из мира медицины и исторические заметки, мнения специалистов-экспертов и материалы для повседневной неврологической практики.

Тема тревожных расстройств сегодня в особенности актуальна не только для невролога, но и для представителя любой медицинской профессии. Массовое анкетирование показало, что до 84 % опрошенных специалистов предпочитают не отражать в диагнозе проявления эмоционального неблагополучия. Поэтому такие нарушения остаются гиподиагностированными, а пациенты не получают адекватного лечения. Причины такой ситуации и пути ее решения обсуждаются в большом материале, подготовленном с участием экспертов. Непосредственное его продолжение — статья об эмоциональном выгорании во врачебной среде. Нарастающая социальная значимость этой проблемы во многом обусловлена кадровым дефицитом медработников, их высокой нагрузкой и ответственностью. Наряду с информацией о происхождении выгорания и его признаках описываются техники, позволяющие справиться со стрессовыми проявлениями и не концентрировать негативные эмоции.

Другой, не менее важный вопрос — старение и ассоциированные с ним когнитивные изменения. О важнейших трендах в этом направлении, новых фармакологических anti-age перспективах рассказывается в публикации под названием «Отодвигая старость».

Продолжен обзор основных положений Международной классификации болезней 11-го пересмотра. В нашей стране ее применение отложено, однако редакция считает необходимым донести до читателя суть общемировых тенденций, нашедших отражение в обновленном классификаторе. Это касается, в частности, психиатрических и поведенческих расстройств.

В новом номере начинается публикация статей, посвященных нейрореабилитации как неотъемлемой составляющей профессиональной деятельности невролога. И сегодня предлагается знакомство — а точнее, его продолжение — с методом магнитной стимуляции: его особенностями и отличиями от рутинной магнитотерапии, показаниями к применению и ожидаемыми клиническими эффектами.

Дорогие читатели! Авторский и редакционный коллектив подготовил для вас интересный выпуск газеты, который, надеемся, будет полезен каждому в ежедневной работе. Приятного чтения и до новых встреч!



АКТУАЛЬНО



Ольга
Дмитриевна
ОСТРОУМОВА



Елизавета
Юрьевна
ЭБЗЕЕВА

Что влечет за собой тревога?

Диагностика и лечение нарушений, связанных со стрессом и тревогой, — непростые вопросы для представителей всех медицинских специальностей. Об особенностях таких расстройств при сердечно-сосудистой коморбидности рассказали сотрудники кафедры терапии и полиморбидной патологии им. акад. М.С. Вовси ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Ольга Дмитриевна ОСТРОУМОВА и к.м.н., доцент Елизавета Юрьевна ЭБЗЕЕВА¹

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Под стрессом понимают неспецифическую реакцию организма на определенного рода воздействие (физическое или психологическое), ведущее к нарушению гомеостаза, а также соответствующее состояние нервной системы (НС). Стресс подразделяют на два вида, из которых эустресс — условно положительный физиологический феномен, который является адаптивным механизмом сравнительно слабой силы, действующим на человека мобилизующе. Дистресс же (отрицательный стресс) — негативный, деструктивный по отношению к организму в целом процесс. Такие эпизоды развиваются чаще всего внезапно, спонтанно в ситуации напряжения, достигшего критического значения.

В свою очередь, тревога представляет собой дискомфортную эмоциональную реакцию с ощущениями напряжения, беспокойства и негативными предчувствиями без объективной внешней причины, сопровождающуюся активацией вегетативной НС. Тревожность — это устойчивое пролонгированное состояние с отрицательной эмоциональной окраской, характеризующееся повышенной склонностью к опасениям, переживаниям, беспокойству. Иначе говоря, это система готовности реагировать на новое как на потенциальную угрозу организму или виду в целом, носящая адаптивный характер.

¹ Материал представлен в формате авторского вебинара в рамках НПК «Ведение полиморбидного пациента» на платформе 1med.tv.

Необходимо дифференцировать тревожность как свойство личности (личностная тревожность) и как состояние, связанное с конкретной ситуацией. В первом случае — это устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность к тревоге; она «активизируется» при восприятии определенных «угрожающих» стимулов, связанных со специфическими реакциями: снижением самооценки, утратой престижа и самоуважения индивида и т.д. Во втором — ситуативная особенность субъекта в данный момент времени, которая характеризуется переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, нервозностью в определенной обстановке.

Продолжение на с. 2 ▶

АКТУАЛЬНО

Что влечет за собой тревога?

◀ Продолжение, начало на с. 1

Различают несколько стадий тревоги. Первая из них представляет собой «эмоциональный удар» при наличии угрозы гомеостазу; при этом характерны снижение уровня резистентности, нарушение некоторых соматических и вегетативных функций. Для второй стадии характерно сбалансированное расходование адаптационных резервов на фоне напряжения функциональных систем, до определенного момента адекватного внешним условиям. На третьей стадии признаки тревоги как таковой становятся необратимыми. Происходит нарушение регуляции защитно-приспособительных механизмов, развивается дезадаптация; сопротивляемость организма прогрессивно снижается. В результате возникают функциональные нарушения и морфологические изменения структур НС.

ТРЕВОЖНАЯ РЕАКЦИЯ

Общепринято рассматривать физиологическую и патологическую тревожную реакцию. Физиологическая («нормальная», адаптивная) тревога связана с угрожающей ситуацией и усиливается адекватно ей — в условиях субъективной значимости выбора, дефицита времени, при недостаточности информации. Иными словами, физиологическое значение тревоги состоит в мобилизации организма для быстрого достижения адаптации с возможностью действовать рационально. Если по отношению к ситуации интенсивность тревоги чрезмерна или она обусловлена не внешними фак-

торами, а внутренними причинами, ее определяют как патологическую (дезадаптивную). Такая тревога всегда более продолжительна (как правило, >4 нед) и выражена, сопровождается соматовегетативными симптомами, приводит к подавлению (истощению), а не усилению адаптационных механизмов.

С точки зрения результативности и эффективности возможна следующая дифференциация тревоги:

- конструктивная — способствует мобилизации возможностей для достижения реальных задач;
- деструктивная — проявляется в неадекватной оценке трудностей, выраженностью вегетативных компонентов;
- дефицитарная — характеризуется отсутствием адекватной реакции в реально опасных ситуациях и прогноза в отношении последствий.

Тревожность разделяют также по периодичности (эпизодическая или хроническая), происхождению (врожденная или ситуативная), степени осознанности, уровню, силе, коморбидности и т.д.

В общемедицинской практике тревожность, часто сопровождаемая соматическими проявлениями, усложняет клиническую картину имеющихся заболеваний и затрудняет их диагностику, ухудшает качество жизни и снижает адаптационные способности пациентов. На ее фоне возрастают вероятность ишемической болезни сердца (ИБС) (в т.ч. внезапной смерти и острого

инфаркта миокарда), артериальной гипертензии (АГ), фибрилляции предсердий, а также риск развития инсульта. При этом почти в 3 раза увеличивается частота госпитализаций. Таким образом, хроническая тревога может не только ухудшить течение соматического заболевания, но и стать его первопричиной.

СТРЕСС, ТРЕВОГА И ПСИХОСОМАТИКА

Основной механизм влияния тревожного состояния на сердечно-сосудистую систему — активация оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Вследствие этого вырабатываются так называемые «стрессовые» гормоны (в частности, кортизол), происходит активация симпатической НС с гиперпродукцией катехоламинов (КХА) (адреналин, норадреналин). В ответ на гиперкатехоламинемии образуется избыток провоспалительных цитокинов, за счет чего в сосудистой стенке формируется неспецифическое воспаление. Именно сочетание хронического воспалительного процесса и гиперсимпатикотонии содействует развитию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), играет определенную роль в возникновении сахарного диабета и онкопатологии.

Исходя из сказанного, можно выделить базовые патогенетические механизмы, запускающие повреждение сердечно-сосудистой системы:

- гиперактивность симпатической НС;
- высокие уровни циркулирующих КХА;
- уменьшение или отсутствие вариабельности сердечного ритма;
- повышенное содержание циркулирующих воспалительных биомаркеров: С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина 6 (ИЛ-6).

Стресс и индуцированная им тревога способны негативно действовать на течение предшествующего ССЗ. Влияние на гипертоническую болезнь реализуется за счет дополнительного сосудосуживающего действия КХА, минералокортикоидного эффекта этих же гормонов при большой их концентрации, закрепления симпатической активности, «перенастройки» барорецепторов на более высокий уровень АД, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Воздействие же стресса на ИБС проявляется в интенсификации перекисного окисления липидов, нарастании внутриклеточной концентрации ионов Ca^{++} , увеличении потребности миокарда в кислороде под влиянием КХА и повышении тонуса коронарных артерий, активации процессов коагуляции (микротромбообразование), появлении гипокальциемического алкалоза.

Отдельно следует выделить взаимодействие стресса и ожирения. Поскольку в стрессовом состоянии расходуется большое количество энергии, организм стремится как можно быстрее восстановить эти затраты за счет высококалорийной углеводистой пищи. Этот эффект опосредуется действием кортикотропин-рилизинг-гормона, вырабатываемого за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и стимулирующего выброс глюкокортикостероидов (ГКС), преимущественно кортизола. В свою очередь, последний оказывает нейротоксическое действие, приводя к повреждению и потере нейронов в стресс-уязвимых лимбических областях, ассоциированных с возникновением депрессии. Избыток ГКС сопровождается повышением уровня грелина (гормона, усиливающего аппетит) и уменьшением чув-

ствительности рецепторов к анорексигенному гормону лептину.

Следует отметить, что комбинация нарушений ритма сердца и стресса имеет ряд особенностей:

- появление эпизодов сердцебиения при физическом усилии или незначительном волнении, иногда в покое;
- возникновение экстрасистолии преимущественно по утрам (при пробуждении) или по пути на работу, прекращение — на фоне эмоционального подъема и смены обстановки;
- фиксация ощущений (перебоев, «замирания», кратковременной остановки сердца) в прекардиальной области;
- сопровождение перечисленных проявлений легким головокружением.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ

Выделяют следующие основные виды тревожных расстройств:

- 1) **Генерализованное тревожное расстройство** (ГТР). Оно проявляется главным образом чрезмерной тревогой или беспокойством по поводу обыденных ситуаций («страшно жить»); при этом женщины страдают ГТР в 3 раза чаще. Поводом обращения за медицинской помощью становятся неспецифические соматические/вегетативные симптомы тревоги. Врачу следует рассматривать эти признаки как маркер наличия тревожного расстройства. В этом случае тревога формируется и развивается вне зависимости от конкретного жизненного события.
- 2) **Паническая атака** (ПА) представляет собой необъяснимый изнуряющий приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными и/или соматическими проявлениями. В отечественной литературе по отношению к этой нозологической форме долгое время использовался термин «вегетативный криз», отражающий представления о первичности дисфункции вегетативной НС. Характерно, что паникоассоциированные симптомы развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 мин. Послеприступный период характеризуется общей слабостью, разбитостью, иногда ощущением некоторого облегчения.
- 3) **Тревожно-фобические расстройства** (ТФР). У пациента присутствуют страхи: инвалидизации, повторных госпитализаций, социальных последствий болезни и др. Это может сопровождаться обостренным самонаблюдением и тщательной регистрацией минимальных признаков телесного неблагополучия.
- 4) **Лекарственно-индуцированная тревога** (ЛИТ). Проявления тревожного спектра обычно появляются в первые дни (в пределах 1 нед) после инициации терапии тем или иным лекарственным средством (ЛС). Тревога может развиваться на фоне использования β-адреномиметиков, псевдоэфедрина, теофилина, антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста, ГКС, препаратов, влияющих на функцию щитовидной железы, психотропных средств и т.д. Ключевым моментом в диагностике состояния служит установление его временного соотношения с назначением/отменой либо увеличением дозы ЛС. Для определения

АБВ ПРЕСС НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НЕЙРОХИРУРГИЯ

ОНКО ПАТОЛОГИЯ Тазовая хирургия и онкология Российский Биотерапевтический Журнал

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание MD-ONCO

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня Урология сегодня СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ Акушерство и гинекология Московская Эндокринология СЕГОДНЯ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Реклама  

причинно-следственной связи между приемом медикамента и возникновением ЛИТ рекомендуется использовать шкалу Наранжо. В лечении главное — отмена препарата-индуктора или снижение его дозы, после чего симптомы тревоги регрессируют в течение 2–4 нед.

Жалобы, с которыми пациенты обращаются к врачу соматического профиля, могут иметь соматический либо психопатологический характер. К первым относятся:

- «приливы» жара или холода, потливость;
 - приступы сердцебиения;
 - одышка, ощущение «кома» в горле;
 - головокружения несистемного характера, головные боли;
 - дрожь в теле, чувство «ползания» мурашек;
 - нарушения мочеиспускания, сбои в работе желудочно-кишечного тракта.
- Психопатологические жалобы:
- напряженность, невозможность расслабиться;
 - беспокойные мысли;
 - негативные предчувствия и опасения;
 - раздражительность, нетерпеливость;
 - трудности концентрации внимания;
 - нарушения сна.

Из всего спектра симптомов основные — головные боли напряжения (у 86,5 % пациентов), мигренозные боли (34,4 %), цервикокраниалгии (28,5 %), несистемные головокружения (44,7 %) и расстройства сна: трудности засыпания, ночные пробуждения, поверхностный сон, тревожные сновидения (у 33 % пациентов). Важно обращать особое внимание на нарушения сна, потому что они служат как причиной дополнительной активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, так и фоном, 4-кратно (!) увеличивающим частоту развития депрессии. При осмотре у больного наблюдается психовегетативный синдром: проявления дисфункции вегетативной НС различной выраженности, чаще в рамках симпатикотонии. Существуют диагностические маркеры тревожно-ассоциированных вегетативных нарушений: зависимость степени вегетодисфункции от динамики актуальной психогенной ситуации и смена одних симптомов другими («подвижность»).

По данным опроса врачей соматического профиля, 84 % респондентов не вы-



Сочетание тревожных/стрессовых расстройств с соматическими заболеваниями относится к наиболее сложным ситуациям в клинической практике, поэтому от врача требуются повышенное внимание и настороженность

ставляют диагноз тревожного расстройства коморбидным пациентам. Поэтому существует риск гиподиагностики таких состояний, по поводу которых не назначается необходимое лечение.

К категориям лиц, которым в первую очередь требуется обследование на предмет тревоги и депрессии, относятся: все взрослые пациенты, в т.ч. с острыми/хроническими ССЗ; более молодые пациенты с необходимостью оценки кардиоваскулярного риска; больные с депрессией/тревогой в анамнезе, с чувством беспокойства, раздражительностью, манией и/или паникой; пациенты с рисками побочных эффектов ЛС.

СКРИНИНГ

На первом этапе обычно используют два скрининговых вопроса.

Для выявления ГТР:

- Чувствовали ли Вы большую часть времени за последние 4 недели беспокойство, напряжение или тревогу?
 - Часто ли у Вас бывают ощущение напряженности, раздражительность и нарушения сна?
- Для выявления ПА:
- Был ли у Вас за последние 6 месяцев хотя бы один эпизод внезапного страха, тревоги или беспокойства?
 - Наблюдался ли у Вас за последние 6 месяцев хотя бы один эпизод, когда Вы внезапно ощутили сильное сердцебиение, слабость/дурноту и нехватку воздуха?

Два положительных ответа свидетельствуют о наличии у пациента тревожного расстройства. Далее нужно переходить к более развернутому опроснику: субъективным (шкала самооценки депрессии Цунга; шкала тревоги и депрессии Бека; госпитальная шкала тревоги и депрессии; опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ) в вариантах с 2 и 9 вопросами) или объективным (шкала депрессии и тре-

воги Гамильтона; шкала депрессии Монтегомери–Осберг. Существует мобильное приложение для врачей Neuroscanner, которое включает основной набор тестовых методик для выявления тревожно-депрессивных нарушений.

ТЕРАПЕВТУ НА ЗАМЕТКУ

Подводя итоги, важно отметить, что в общей клинической практике тревожные расстройства часто остаются нераспознанными либо недостаточно охарактеризованными в диагностическом отношении, в связи с чем специфическая терапия не назначается. Возникает вопрос о том, имеет ли право врач общей практики (ВОП) выявлять и лечить эти коморбидные состояния.

Российское законодательство позволяет ВОП и врачу-терапевту осуществлять диагностику и лечение у таких больных в соответствии с изложенными нормативами. Согласно «Руководству по первичной медико-санитарной помощи под редакцией А.А. Баранова, И.Н. Денисова и А.Г. Чучалина (2006) терапевт и ВОП обладают правом первичной диагностики и назначения терапии в случаях нетяжелых психических нарушений. В «Алгоритмах ведения пациентов» (Департамент здравоохранения г. Москвы, 2018 г.) закреплено право ВОП диагностировать и лечить тревожно-депрессивные расстройства (депрессивные эпизоды легкой и средней степени). Диагноз можно выставлять синдромально, чтобы не требовалось использование шифра по МКБ-10. Примерами формулировок могут быть: «депрессивное состояние», «тревожно-депрессивный синдром», «астено-депрессивный синдром», «астено-невротический синдром».

КАК ЛЕЧИТЬ?

Прежде всего следует помнить об общих принципах анксиолитической терапии: благоприятный профиль безопасности ЛС, сочетание антидепрессивного и противо-

тревожного действия, положительное влияние на сон, наименьшее воздействие на повседневную жизнь больного и совместимость с препаратами, назначаемыми по поводу соматических заболеваний.

Основные правила психофармакотерапии:

- начало лечения с малых доз;
- достаточная длительность медикаментозного воздействия;
- предпочтение монотерапии.

К средствам 1 линии относятся представители селективных ингибиторов обратного захвата серотонина/серотонина и норадреналина (СИОЗС/СИОЗСН) (пароксетин, сертралин, венлафаксин, дулоксетин) и прегалин. Длительность их приема — ≥6 мес. Согласно клиническим рекомендациям при выраженной тревоге и вегетативных нарушениях на начальном этапе рекомендуется краткосрочное назначение бензодиазепинов (БЗД). Вариант лечения следует выбирать индивидуально с учетом психо- и соматотропного действия, возможных нежелательных явлений (НЯ), психического и соматического статуса пациента, а также клинических характеристик заболевания.

Препараты 2 линии включают бупиرون, гидроксизин, атипичные нейролептики. Возможно также комбинированное применение ЛС 1 линии и БЗД с широким спектром действия, включая анксиолитический, седативный, противосудорожный, миорелаксирующий, вегетостабилизирующий и мягкий анальгетический эффекты. В то же время для БЗД характерны такие НЯ, как чрезмерная седация, нарушение координации и внимания, мышечная слабость, поведенческое дезингибирование (расторженность, несдержанность), нарушения когнитивных функций, привыкание и синдром отмены при длительном приеме.

Сочетание тревожных/стрессовых расстройств с соматическими заболеваниями любого рода относится к наиболее сложным ситуациям в клинической практике. В этом случае от врача — независимо от специальности — требуются повышенное внимание и настороженность для принятия правильного решения в диагностическом и терапевтическом плане.

Подготовила
Екатерина Бутович, невролог

congress@rnmot.org

МОСКВА, 20-22 НОЯБРЯ 2024

19 НАЦИОНАЛЬНЫЙ
КОНГРЕСС
ТЕРАПЕВТОВ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ОРГАНИЗАТОР



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ



<https://rnmot.org/congress2024-main>

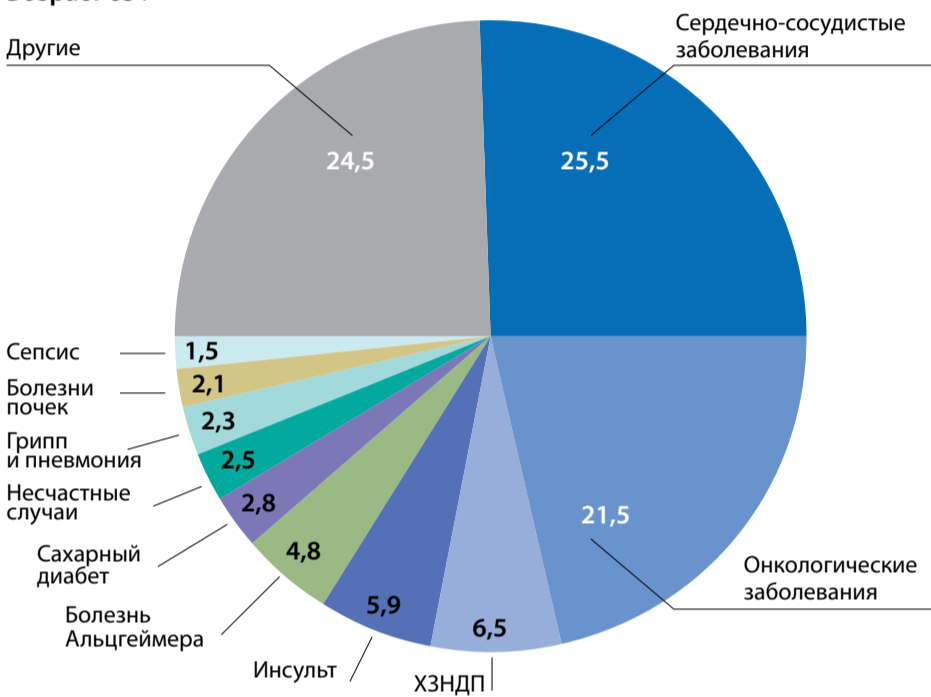
Мероприятие подано на аккредитацию в Координационный совет МЗ РФ по развитию непрерывного медицинского образования (НМО)

В ФОКУСЕ

Отодвигая старость

Увеличение продолжительности жизни, рост популяции пожилых людей имеют оборотную сторону в виде целого ряда медико-социальных и экономических проблем. Поэтому особенно актуальной становится задача не просто продления, но именно качества жизни. На одном из заседаний Научного совета РАН ведущие специалисты рассказали о современных методах профилактики и лечения возраст-ассоциированных заболеваний, достижениях отечественной науки, способствующих замедлению старения и активному долголетию.

Возраст 65+



Возраст 85+

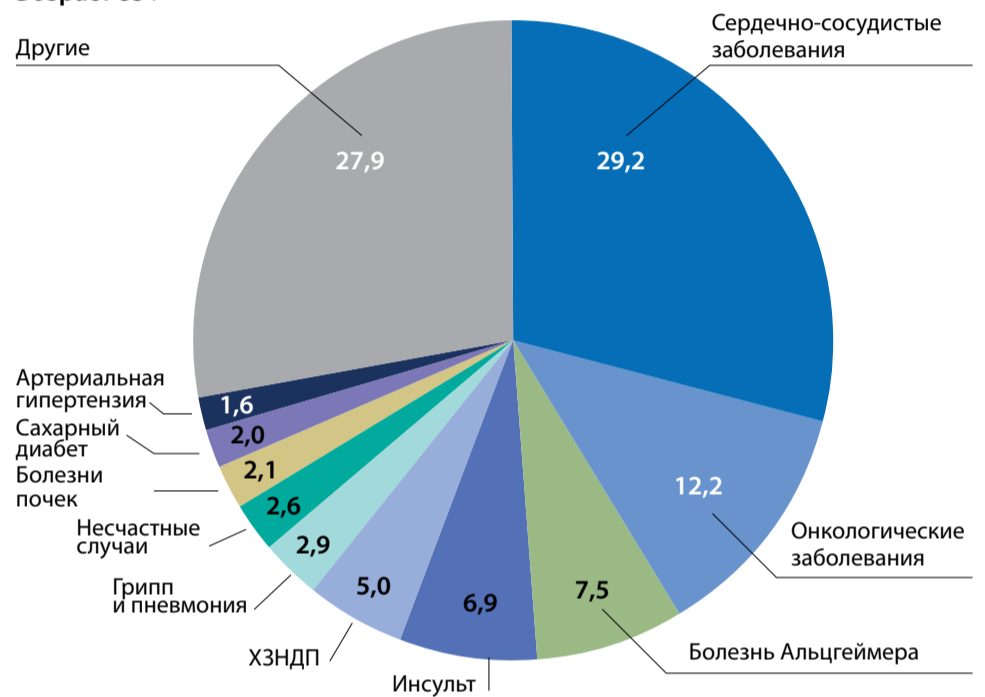


Диаграмма причин смерти в пожилом и старческом возрасте. 10 ведущих причин смерти приведены в процентном выражении от общего количества смертей. ХЗНДП — хронические заболевания нижних дыхательных путей.

Источник: Deaths: Leading Causes for 2014

ИЗУЧАЮТСЯ ФЕНОТИПЫ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

В России с 2005 г. отмечается устойчивый рост средней продолжительности жизни — сегодня этот показатель равен почти 74 годам. При этом доля пожилого населения составляет 23 %, и к 2030 г., если планируемая продолжительность жизни достигнет 78 лет, уже каждый четвертый будет относиться к этой категории. Об этом рассказала главный внештатный гериатр МЗ РФ, директор Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ольга Николаевна Ткачева.

В соответствии с этим модель медицины будущего следует выстраивать исходя из необходимости максимально отдалить первую манифестацию возраст-ассоциированных болезней. Эксперт уточнила, что речь идет о переходе к новой, профилактической парадигме, подразумевающей управление процессами старения, установление и модификацию факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Этим занимается созданный в 2022 г. первый в нашей стране Институт изучения старения РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Здесь исследуются механизмы, приближающие человека к старческому возрасту: окислительное повреждение митохондрий, ферроптоз (вид программируемой клеточной гибели, сопряженной с железозависимым перекисным окислением мембранных фосфолипидов), ускоренное клеточное старение в миоцитах, старение внеклеточного матрикса и другие. Анализируются биомаркеры болезни Альцгеймера (БА) с применением омиксных технологий (технологии, основанные на омиксных науках, изучающих устройство генома и способы реализации заложенной в нем

информации, — геномика, протеомика, метаболомика и т. д.), потенциальные маркеры когнитивного здоровья у пожилых на основе липидома, протеома, а также молекулярные предикторы старения и долголетия посредством изучения геномов и метагеномов долгожителей (так называемые 100-летние геномы).

Одно из значимых клинических исследований RUSS-AGE продолжается уже 7-й год. Его задача — охарактеризовать фенотипы старения в российской популяции. О.Н. Ткачева отметила, что в рамках исследования создан биобанк, где собрано почти 5 тыс. образцов различных тканей долгожителей. На основании оценки клинических, биохимических, эпигенетических и других показателей делаются попытки разработать точный определитель биологического возраста — так называемый «калькулятор старения». Еще одно важное направление работы связано с поиском геропротективных свойств у известных лекарственных средств. Кроме того, в лабораториях института уже синтезировано несколько оригинальных потенциальных геропротекторов.

Наконец, в конце прошлого года в РГНКЦ открылась первая в РФ трансляционная Клиника медицины здорового долголетия. Ее сотрудники решают проблемы замедления старения на основе целостного взгляда на здоровье человека, предполагающего изучение взаимосвязи функционирования различных органов и систем как при поддержании здоровья, так и при развитии болезни. Диагностика и лечение строятся на принципах доказательной и трансляционной медицины, понимании клеточно-молекулярных механизмов старения и развития возраст-ассоциированных заболеваний.

ВОЗРАСТ-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Если в 1950 г. доля мирового населения старше 60 лет не превышала 8 %, то к середине нынешнего столетия по прогнозам ООН она достигнет 21 %. Соответственно, ожидается рост частоты нейродегенеративных заболеваний: в недалекой перспективе ими будут страдать до 40 % людей старше 85 лет, рассказал директор Института мозга, заместитель директора по научной работе Научного центра неврологии, акад. РАН, профессор, д.м.н. Сергей Николаевич Иллариошкин.

Уже сейчас болезнями Альцгеймера и Паркинсона — двумя самыми распространенными формами возраст-ассоциированной нейродегенеративной патологии — в мире страдают свыше 40 млн человек. Согласно расчетам, к 2050 г. эта цифра может увеличиться втрое. Экономическое бремя деменций ежегодно составляет 1,3 трлн долл., а к 2030 г. вырастет до 2,8 (!) трлн долл. По словам ученого, патологические изменения при БА могут возникнуть за 20 и более лет до начала снижения когнитивных функций — латентный период иногда длится очень долго. Поэтому одними из главнейших задач медицинской науки становятся поиск специфических биомаркеров этого заболевания и разработка методов максимально ранней диагностики, когда еще не поздно помочь потенциальному пациенту.

Из подобных опций на сегодняшний день в распоряжении врачей есть позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) с радиофармпрепаратами, которые связываются с β -амилоидом ($A\beta$) и тау-белком, что дает возможность визуализировать их накопление в мозге. Однако такой метод дорог и малодоступен не только в нашей стране, но и во всем мире. К счастью, можно опре-

делять содержание этих субстанций в цереброспинальной жидкости. В настоящее время такой лабораторный тест выполняется всего в нескольких центрах, однако ученые намерены распространить этот опыт по всей России. Он очень важен, поскольку позволяет создавать средства для элиминации $A\beta$ из вещества мозга, подчеркнул спикер.

Первые такие препараты уже появляются в лабораториях, и уже есть начальный опыт реализации «антиамилоидной» стратегии. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) одобрило адуканумаб — моноклональное антитело, растворяющее амилоидные агрегаты. У пациентов с начальной (доклинической) и легкой клинической стадиями БА при лечении им в течение 1 года отмечено снижение уровня $A\beta$ в мозге, что сопровождалось приостановкой прогрессии когнитивного снижения.

В 2022 г. по результатам исследования III фазы CLARITY AD показано, что другой новый моноклональный препарат BAN2401 (леканемаб) на 27 % снижает темп нарастания расстройств высшей нервной деятельности (ВНД) и уменьшает содержание $A\beta$ в ткани мозга.

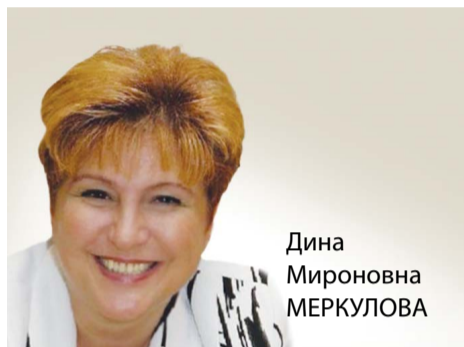
COVID-19 И ДРУГИЕ

Как справедливо отметил С.Н. Иллариошкин, важно понимать особенности предрасполагающих к возникновению БА факторов, чтобы бороться именно с ними. Это не только пожилой возраст; риск заболевания повышается, например, перенесенная новая коронавирусная инфекция.

Окончание на с. 7 ►

Боль в спине: актуальные мишени патогенетической терапии

Одна из серьезных проблем, стоящих перед современным врачом при лечении дорсалгии, — выбор из множества представленных на фармрынке нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) препарата, который обеспечит противоболевой и противовоспалительный эффект при минимуме нежелательных явлений. Причем решать такую задачу приходится снова и снова, для каждого пациента в отдельности. Свой взгляд на эту клиническую ситуацию предлагает Дина Мироновна МЕРКУЛОВА, д.м.н., проф., заслуженный врач России, руководитель Неврологического центра им. Б.М. Гехта в составе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, главный невролог ЦДЗ — филиала ОАО «РЖД».



Дина
Мироновна
МЕРКУЛОВА

— Дина Мироновна, скажите, пожалуйста, меняются ли сейчас статистические показатели по дорсалгиям?

— Статистика по разным видам боли, включая указанную вами, достаточно консервативна. По-прежнему до 90 % всех заболеваний человека так или иначе связано с присутствием в их патогенезе болевого синдрома. В частности, боль в спине — наиболее распространенный повод визита к врачу после ОРВИ. При этом у половины перенесших ее болевые ощущения сохраняются свыше 4 недель, превращаясь в хроническую патологию. И около 15 % пациентов вынуждены терпеть боль в спине практически ежедневно на протяжении года.

— Как на сегодняшний день выглядят данные медико-социальной статистики по причинам боли в спине?

— На неспецифическую боль, включая мышечно-тонические, миофасциальные и фасеточные синдромы и их сочетание, приходится 85 % всех случаев дорсалгий. Дискогенные поражения (в т.ч. корешковые боли/боли, обусловленные стенозом позвоночного канала) составляют 7 %. И наконец, со специфическими, нередко тяжелыми заболеваниями связаны оставшиеся 8 % случаев: это так называемые «красные флаги» — отраженные боли при висцеральной патологии, болевой синдром при множественной миеломе и других онкозаболеваниях.

— Препаратами выбора при nociceptивной боли по-прежнему остаются НПВС?

— Безусловно. Эти лекарства уже более полувек остаются нашими надежными и могучими союзниками в борьбе с болью и воспалением. «НПВС оказывают противовоспалительное и болеутоляющее действие путем ингибирования циклооксигеназы — энзима, превращающего арахидоновую кислоту в простагландин». Так сказал еще 44 года назад британский физиолог Джон Вейн (J. Vane) (1927–2004), лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине 1982 г. за открытие простагландинов и аналогичных биологически активных веществ.

— Каковы основные функции простагландинов?

— Их очень много. С учетом формата нашей беседы назову, пожалуй, лишь важнейшие «профессии» этих гормоноподобных молекул:

- увеличение чувствительности периферических болевых рецепторов к различным раздражителям;
- регуляция разнообразных механизмов воспаления;
- сосудорасширяющий эффект;
- повышение проницаемости сосудов;
- бронхоконстрикция.

Опираясь в том числе на эти знания, фармакологи XX в. создали основные применяемые сегодня группы препаратов внутри класса НПВС. Одна из таких групп включает производные пропионовой кислоты — эти средства блокируют фермент циклооксигеназу (ЦОГ) и тем самым тормозят синтез простагландинов. В результате уменьшаются боль и воспаление, лежащие в основе дорсалгии как варианта болевого синдрома.

Для флурбипрофена характерна суммация двух механизмов обезболивания:

связанного с ЦОГ-1
(препятствует хронизации
болевого синдрома)



связанного с ЦОГ-2
(обеспечивает максимум
действия в зоне воспаления)

— Расскажите, пожалуйста, подробнее об эффектах одного из типичных представителей производных пропионовой кислоты.

— На отечественном фармацевтическом рынке хорошо зарекомендовал себя флурбипрофен (Ракстан®; производитель — Asfatma, Турция). Препарат обладает выраженной анальгезирующей, противовоспалительной и жаропонижающей активностью. Флурбипрофен, входящий в состав препарата Ракстан®, отличается от других производных фенилпропионовой кислоты наличием в молекуле атома фтора. Это и определяет многие особенности фармакологического действия, прежде всего быстрое всасывание при назначении внутрь: максимальное содержание препарата в плазме наблюдается через 1,5 часа, а период полувыведения составляет около 4 часов.

— Известно несколько изоформ ЦОГ. На какие из них влияет флурбипрофен?

— Флурбипрофен ингибирует изоформы ЦОГ-1 и ЦОГ-2, за счет чего сокращается синтез простагландинов. Его противовоспалительные свойства обусловлены подавлением активности ЦОГ-2, что приводит к уменьшению продукции трех простагландинов — медиаторов воспаления: PGD2, E2 и I2. Анальгетический же эффект связан

с уменьшением образования PGE2. В результате предотвращается сенсibilизация альгорецепторов к брадикинину, гистамину и другим химическим веществам, выделяемым в очаге воспаления.

— Не могли бы вы сравнить наиболее важные особенности терапевтического действия флурбипрофена в сравнении с другими НПВС?

— По индексу селективности флурбипрофен характеризуется величиной 0,97. Это значение — одно из самых низких для НПВС. Индекс селективности вычисляется как соотношение ингибирования ЦОГ-1/ЦОГ-2: чем оно меньше, тем препарат более селективен в отношении ЦОГ-2 и, следовательно, менее токсичен. В рейтинге риска желудочно-кишечных кровотечений флурбипрофен входит в число наиболее безопасных НПВС, поскольку его оцененная в баллах способность вызывать НПВС-гастропатию также одна из наименьших в своем классе.

другой НПВС на фоне такого же стандартного лечения.

Пациенты, получавшие Ракстан®, и их лечащие врачи выразили существенно лучшее общее клиническое впечатление от него по сравнению с другими НПВС по опроснику CGI (Clinical global impression scale). Опросник состоит из трех подшкал с возможностью оценки от 1 до 7 баллов, отражающей тяжесть состояния больного, общую степень улучшения самочувствия и индекс эффективности медикамента. Точно так же терапия препаратом Ракстан® получила достоверно более высокую оценку со стороны респондентов по:

- визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ);
- опроснику Роланда–Морриса (Roland-Morris) «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности»;
- опроснику качества жизни EQ-5D-5L, где больному должен оценить по 5-балльной системе собственную подвижность, возможности самообслуживания и участия в повседневной деятельности, степень боли/дискомфорта и тревоги/депрессии.

— В какой форме выпускается Ракстан®, каковы показания для его применения?

— Лекарство выпускается в таблетках по 100 мг. Суточные дозы варьируют в пределах 100–400 мг, чаще это 200–300 мг. Препарат эффективен при ревматоидном артрите, болезни Бехтерева и остеоартрите, его можно назначать в течение нескольких месяцев. Прием пищи не влияет на биодоступность флурбипрофена: он удобен в использовании и отличается экономичной формой выпуска.

— Каков ваш опыт применения этого препарата?

— В Неврологическом центре им. Б.М. Гехта мы широко используем Ракстан® с 2019 г. у пациентов с дорсалгией: при миофасциальных, мышечно-тонических, фасеточных болевых синдромах, а также в комплексном лечении корешковых и туннельных поражений. Чаще всего я назначаю этот препарат по 100 мг 2–3 раза в день. Больше всего я ценю в нем надежность. Длительность приема чаще ограничивается 5–7 днями, однако при необходимости можно назначить это средство на более длительный срок — вплоть до 2–3 недель, не опасаясь при этом ни неожиданных побочных эффектов, ни непредвиденных лекарственных взаимодействий, ни разочарования пациента в препарате по причине недостаточного анальгетического или противовоспалительного эффекта.

Беседовал Александр Рылов, к.м.н.

Международная классификация болезней: счет на второй десяток

В предыдущем выпуске газеты мы рассказали о некоторых особенностях трактовки в МКБ-11 заболеваний нервной системы. Эта публикация посвящена психиатрическим и поведенческим расстройствам.



МКБ-11 И ПСИХИАТРИЯ

Относящиеся к этой части материалы были переведены отечественными специалистами на русский язык в числе первых. И поэтому легко видеть, что изменения в новой главе под номером 6 едва ли не самые кардинальные.

Одно из важнейших нововведений касается подхода к такому классу нарушений, как расстройства личности (РЛ). Предлагается отойти от принятой в МКБ-10 их классификации (параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально неустойчивое, истерическое, ананкастное, тревожное, зависимое). Такое подразделение представляется устаревшим и неактуальным по многим причинам. В частности, личностные расстройства нередко имеют смешанный характер: возможно сочетание нарциссизма, тревожности и социопатии; шизотипического расстройства и склонности к зависимости. В клинической практике распространена формулировка «неуточненное расстройство личности», поскольку при социальной дезадаптации бывает сложно установить преобладание того или иного варианта. Наконец, одним и тем же определением можно обозначить разные проявления РЛ.

При постановке такого диагноза новый классификатор предполагает использовать не менее двух кодов. Вначале определяется степень выраженности личностных изменений с патологическими признаками:

- легкая (6D10.1) — имеются все диагностические критерии РЛ; нарушения проявляются лишь в некоторых ситуациях и ролях, социальные функции частично сохранены;
- умеренная (6D10.2) — расстройство влияет на все сферы функционирования личности, страдают социальные роли (дружеские отношения, трудовые функции); возникают устойчивые конфликты с окружающими;
- тяжелая (6D10.3) — все диагностические признаки отчетливо выражены. Личностные проблемы глубокие, носят глобальный характер; выполнение про-

фессиональных обязанностей, социализация затруднены или невозможны;

- нарушение личности неуточненной тяжести (6D10.Z).

Далее указывается код, обозначающий акцентуации характера (черты, или домены). Оценка личности проводится на основе выраженности этих черт:

- отрицательная аффективность: негативная эмоциональность (6D11.0);
- социальная отстраненность и эмоциональное дистанцирование (6D11.1);
- диссоциативность, эгоцентричность и отсутствие эмпатии (6D11.2);
- расторможенность: дезинтеграция, импульсивность, безответственность (6D11.3);
- ананкастическое расстройство: перфекционизм, гиперпланирование, ритуалы (6D11.4);
- признаки пограничного личностного расстройства (6D11.5).

Дименсиональный (основанный на количественно измеряемых критериях) принцип позволяет уменьшить долю ятрогенной коморбидности и распространенность диагноза «неуточненное расстройство личности». Кроме того, пользуясь предлагаемой градацией, можно отслеживать, как изменяется выраженность РЛ в ходе наблюдения.

ПСИХОЛОГИЯ, ПОВЕДЕНИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ГРАНИЦЫ

Согласно МКБ-11 наличие педофилии трактуется как «педофильное (педофильское) расстройство», сохраняющееся в подразделе парафилий — сексуальных девиаций. И здесь очень важно понимать, что речь вовсе не идет о «нормализации» или депатологизации подобных нарушений. В любом случае их планируется рассматривать именно как нозологические формы с возможностью применить оптимальные методы лечения и сделать это своевременно. Транссексуализм же выводится из психиатрического регистра, будучи отнесен к «Состояниям, связанным с сексуальным здоровьем» под наименованием «гендерное несоответствие».

В дополнение к этому классификатор содержит некоторые «сверхновые» определения, среди которых патологическое накопительство (хоардинг), затяжная патологическая реакция горя, игровое расстройство (компьютерные игры, видеоигры). Отдельное место отведено выгоранию (QD85); оно помещено в раздел «Проблемы, связанные с занятостью или безработицей» и обозначается как «результат хронического стресса на работе, с которым не удалось успешно справиться»¹.

¹ См. материал в этом номере «Профессиональное выгорание: как грядущая эпидемия: что делать?» (с. 10–11)

Таблица. Сравнение метаструктур МКБ-11 и DSM-5

МКБ-11	DSM-5
Нарушения психического развития	Нарушения психического развития
Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства	Расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства
Кататония	—
Расстройства настроения	Биполярное и связанные с ним расстройства
—	Депрессивные расстройства
Тревожные и связанные со страхом расстройства	Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства	Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства
Расстройства, связанные со стрессом	Расстройства, связанные с травмой и стрессом
Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства
Расстройства питания и пищевого поведения	Расстройства питания и пищевого поведения
Расстройства физиологических отправлений	Расстройства физиологических отправлений
Расстройства телесного дистресса и телесного переживания	Расстройство соматических симптомов (не в том же порядке, как в МКБ-11; расположено перед расстройствами питания и пищевого поведения)
Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением	Зависимости от психоактивных веществ и связанные с ними расстройства
Нарушения импульсного контроля	Расстройства контроля импульсов и поведения
Нарушения поведения и диссоциальные расстройства	—
Расстройства личности и связанные с ними черты	Расстройства личности (не в том же порядке, как в МКБ-11; расположены после нейрокогнитивных расстройств)
Парафилии	Парафилии (не в том же порядке, как в МКБ-11; расположены после расстройств личности)
Симулятивные расстройства	Нет отдельной группы, но включены в расстройство соматических симптомов
Нейрокогнитивные расстройства	Нейрокогнитивные расстройства
Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом	Нет отдельной группы; доступны перинатальные спецификаторы для отдельных расстройств
Вторичные психические и поведенческие нарушения, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках	Нет отдельной группы, но включены в группы расстройств со сходной феноменологией
Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других рубриках	Нет отдельной группы, но включены в расстройство соматических симптомов
Расстройства цикла сон-бодрствование (глава 7)	Расстройства цикла сон-бодрствование (включены в психические расстройства; после расстройств физиологических отправлений)
Сексуальные дисфункции (в главе 17, состояния, связанные с сексуальным здоровьем)	Сексуальные дисфункции (включены в психические расстройства; после расстройств цикла сон-бодрствование)
Несоответствие пола (в главе 17, состояния, связанные с сексуальным здоровьем)	Гендерная дисфория (включена в психические расстройства; после сексуальных дисфункций)

Источник: First M., Gaebel W., Maj M., et al. Сравнение диагностических критериев для психических расстройств в МКБ-11 и DSM-5 на уровне организации и категорий. *World Psychiatry*. 2021;20(1):34–51. doi: 10.1002/wps.20825. psychiatr.ru/files/magazines/2021_03_wpa_2039.pdf

Следует охарактеризовать и категорию «Факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение в медицинские организации». Некоторые ее позиции выглядят на первый взгляд неординарно: так, QE50.1 — это «Отношения с учителями или одноклассниками», под кодом QD71.1 значатся «Неудовлетворительные жилищные условия». Наряду с этим выделены «Объекты, живые существа или вещества, связанные с нанесением травмы». Здесь XE2C9 обозначает прикроватные столики, а коди-

ровкой XE6E5 зашифрован столик кофейный. Подразумевается, что такие предметы могут оказаться связанными с причинением ущерба здоровью в определенных ситуациях (дезориентация; детский или, напротив, пожилой возраст пациента; интоксикация; отравление и т.д.).

МКБ-11 И DSM-5

Одна из целей пересмотра главы «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития» —

попытка приблизить этот раздел МКБ-11 к опубликованному еще в мае 2013 г. классификатору психопатологических расстройств DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th ed.; Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам).

Например, в МКБ-10 кататония рассматривалась в рамках как подтипа шизофрении (кататоническая форма), так и одного из органических нарушений (органическое кататоническое расстройство). Известно, что кататонический синдром может возникнуть при различных состояниях. Учитывая это, в новой версии эксперты придали кататонии более высокий иерархический уровень (аналогичный расстройствам настроения, тревожным и связанным со страхом расстройствам). Поэтому предполагается, что формулировка «кататоническая шизофрения» будет постепенно исчезать из врачебного обихода. То же можно сказать и об остальных вариантах этого заболевания: параноидном, гебефреническом, поскольку у их определений отсутствуют прогностическая достоверность/действительная польза при выборе лечебной тактики.

Степень сближения классификаций с точки зрения организации в них группировок (т.н. метаструктуры) видна из таблицы.

И ЕЩЕ...

Классификационные перемены, как и следовало ожидать, вызвали по-настоящему живой отклик не одной лишь профессиональной общественности. Новую МКБ ак-

тивно обсуждали и представители врачебного сообщества, и «потенциальные» пациенты. Неудивительно, что ее (по крайней мере, в первое время) восприняли по-разному. Среди вероятных причин этого — бросающаяся в глаза «непривычность» на фоне многолетней работы с предыдущей версией. По оценкам, в профессиональных медицинских группах против введения новой классификации в разные периоды высказывались до 80 % респондентов (интересно, что среди давших негативную оценку преобладали врачистоматологи). В наибольшей степени различного рода недоумения и некоторую растерянность вызвали именно «психиатрический» и «социально-поведенческий» разделы. В частности, диапазон мнений по поводу обновленной шкалы оценки РЛ простирается от категорического неприятия до признания новой градации более простой по сравнению с аналогичным подразделением в МКБ-10, предполагающим проведение сложных дифференциально-диагностических процедур.

«Неспециалисты» одними из первых обратили внимание на присущую МКБ-11 чрезвычайно подробную детализацию с потенциальной возможностью стигматизации — присвоения человеку какой-либо негативной характеристики, возводимой в ранг патологии. Иначе говоря, за каждым закрепляется (вероятно, пожизненно) определенная совокупная информация, касающаяся не только заболеваний и факторов риска (безусловно, ценные анамнестиче-

ские сведения), но и личностных особенностей, не всегда укладывающихся в рамки болезни согласно врачебной логике (например, привычка скрежетать зубами — бруксизм). К тому же это «запечатывается» в электронный вид медицинской карты пациента — с таким положением дел, даже при условии неукоснительного соблюдения врачебной тайны, на сегодняшний день готовы согласиться не все.

Конечно, в рамках газетного материала многие вопросы обсудить не удалось. Интересующиеся могут ознакомиться с обновленным классификатором на сайтах icd11.ru в виде русскоязычной бета-версии и mkb11.online — пока с неофициальным русским переводом.

И в заключение — цитата из предисловия к главе 6 д-ра мед. наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, президента Российского общества психиатров, директора НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, заведующего кафедрой психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и психосоматической медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Н.Г. Незнанова: «Хотелось бы, чтобы новая версия МКБ стала привычным и удобным диагностическим инструментом в клинической практике, открывая дополнительные возможности для своевременной диагностики психических расстройств и своевременного оказания эффективной медицинской помощи».

Юрий Никулин, к.м.н.

Комментарий редакции

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра вступила в силу на территории Российской Федерации с 1 января 2022 г. Окончательный переход на новую версию предполагалось осуществить к 2025 г. Однако Правительство РФ приостановило действие плана по внедрению МКБ-11 для практического применения на территории страны на 2021–2024 гг. Соответствующее распоряжение опубликовано 2 февраля 2024 г. на портале publication.pravo.gov.ru¹.

Министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко сообщил, что Россия не обязана использовать МКБ-11 «в полном формате». Российские психиатры неоднозначно оценили предложение применять ее сокращенный вариант.

Тем не менее редакция «Неврологии сегодня» сочла необходимым и важным опубликовать вторую часть материала о классификационных нововведениях, касающихся психиатрии. Это связано с несколькими причинами. Знание основных изменений в характеристиках нозологических форм и особенностях их учета — право и обязанность медицинского работника. Кроме того, всегда должна оставаться возможность дискуссии по всем вопросам, вызывающим несомненный интерес профессионального сообщества, с научной и практической точек зрения.

¹ Распоряжение Правительства РФ от 31.01.2024 № 200-р. <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202402020027>

В ФОКУСЕ

Отодвигая старость

«Окончание, начало на с. 4

В Научном центре неврологии изучили изменения в головном мозге людей, погибших от тяжелой формы COVID-19 в различных стационарах. Помимо неспецифических изменений токсического и ишемического характера исследователи установили факт накопления больших количеств амилоида. Это подтверждено и в одном из зарубежных исследований — Association of COVID-19 with New-Onset Alzheimer's Disease: у 6,2 млн пациентов с коронавирусной инфекцией тяжелого течения в анамнезе риск иметь БА в пожилом возрасте более высок по сравнению с общей популяцией.

Существует вероятность влияния и других инфекционных процессов. В частности, вирус простого герпеса и некоторые другие возбудители (такие как *Chlamydia pneumoniae*) способны инициировать образование амилоидных бляшек. И еще один важный аспект — воздействие средовых нейротоксинов, в том числе мелкодисперсных твердых частиц. «Пестициды, о которых мы давно знали, постепенно перестают использоваться. Однако у нас появился новый враг: мелкодисперсные твердые частицы дыма от лесных пожаров, в колоссальных объемах охвативших огромные территории планеты. Несколько опубликованных работ показывают, что эти образования могут вызывать очень серьезные изменения, подталкивающие к развитию БА», — сказал Илларионшкин. В числе других риск-факторов он назвал низкий уровень образования, низкие когнитивные и физические нагрузки, а также недостаточный сон, по-

скольку именно во время него происходит наиболее активное вымывание патологических белков из мозговой ткани.

Руководитель отдела гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» профессор, д.м.н. Игорь Владимирович Кольхалов сделал акцент на потенциально модифицируемых факторах риска прогрессирования старческого слабоумия. Они в основном связаны либо с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и ожирением, либо с особенностями образа жизни (курением, характером питания, уровнем физической, умственной и социальной активности). Поэтому стратегия первичной профилактики должна строиться соответствующим образом. Эксперт сослался на проведенное исследование по предотвращению когнитивных нарушений и инвалидности (FINGER, Финляндия). Его результаты продемонстрировали, что комплексное вмешательство, включающее диету, физические и специальные когнитивные упражнения, мониторинг сердечно-сосудистых рисков, могут сохранить или даже улучшить функции ВНД у людей 60–77 лет из популяции лиц с риском деменции. Таким образом, можно ожидать, что активное содействие изменению образа жизни на досимптомных и преддементных стадиях БА и аналогичных заболеваний приведет к отсрочке развития до 1/3 случаев деменций различного происхождения по всему миру.

Римма Шевченко



XVII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

МЕДИЦИНА И КАЧЕСТВО

5–6 декабря 2024

Рэдиссон Славянская Гостиница и Деловой Центр
(г. Москва, Площадь Евразии, д. 2)

Гибридный формат



Подобная информация и регистрация на сайте mk.medexpo.ru





Пленарное заседание с участием первых лиц системы здравоохранения



Секционные заседания, стратегические сессии, круглые столы, мастер-классы



Подведение итогов Премии «За качество и безопасность медицинской деятельности»



Специализированная выставка медицинских изделий, оборудования, информационных продуктов

Заявка по XVII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество – 2024» будет представлена в Комиссию по оценке соответствия учебных мероприятий и материалов для Непрерывного медицинского образования

По вопросам участия в программе конференции:
ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора:
+7 (495) 980-29-35, info@nqi-russia.ru, nqi-russia.ru

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»:
+7 (495) 721-88-66 | expo@medexpo.ru | medexpo.ru



Реклама

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Магнитная стимуляция в клинической практике: «перезапуск» знакомого метода



**Ирина
Владимировна
БОРОДУЛИНА**

невролог, физиотерапевт, врач ФРМ, к.м.н., доцент кафедры физической терапии, спортивной медицины и медицинской реабилитации ФГБОУ ДПО РМАНПО, член профессиональных обществ АСКЛИН, Нервно-мышечные болезни, CTMSS (Clinical TMS society), INUS (International Neuro-Urology Society)

МАГНИТОТЕРАПИЯ В ИСТОРИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Лечебные эффекты магнитных полей известны человечеству с давнего времени: история применения магнитов в медицине насчитывает не одно столетие. Явления магнетизма — притяжение и отталкивание полюсов — активно использовались врачами древности и Средневековья. В Китае лекари прикладывали намагниченные камни к определенным точкам на теле пациента; швейцарский алхимик и врач Парацельс (Paracelsus) широко применял магниты для лечения воспаления, судорожных припадков и кровотечений. Можно предположить, что именно он впервые начал системно использовать различные полюсы магнита для достижения терапевтических целей. И сейчас во всем мире предлагается широкий ассортимент магнитной продукции: пояса, стельки, браслеты и др. Как и ранее, такие аксессуары изготовлены из ферромагнетиков, т.е. материалов, обладающих собственным МП (магнетизмом). Эффективность подобных изделий стремится к минимуму, так как ткани человека имеют очень низкий уровень восприимчивости к статическому МП. Поэтому не существует научных доказательств целесообразности его применения для лечения каких-либо заболеваний.

КАК РАБОТАЕТ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ?

Совершенно иной эффект наблюдается, если пропустить через ферромагнетик с большой магнитной проницаемостью электрический ток. В этом случае формируется МП, силовые линии которого в виде замкнутых концентрических окружностей располагаются вокруг траектории движущегося электрического заряда. Таким образом, МП выступает особым видом материи, с помощью которой осуществляются связь и взаимодействие между движущимися зарядами.

Направление силовых линий поля зависит от направления электрического тока. При пропускании постоянного тока формируется постоянное магнитное поле (ПМП), т.е. не изменяющееся во времени ни по величине, ни по направлению. В случае же использования переменного электрического

тока возникает переменное магнитное поле (ПеМП), изменяющееся во времени по величине и направлению; частота его колебаний определяется таковой питающего его тока. Наконец, пульсирующее магнитное поле, получаемое за счет прохождения пульсирующего тока, изменяется по величине, но постоянно по направлению.

В клинической (главным образом физиотерапевтической) практике с лечебно-профилактической целью традиционно применяют все три вида полей — постоянное, переменное и пульсирующее — в непрерывном или прерывистом режимах. При этом понятие «прерывистое магнитное поле» обозначает импульсное магнитное поле (ИМП), характеризующееся воздействием магнитного импульса (стимула) с определенной пиковой мощностью.

точных мембранах и около них. Однако интенсивность биологического воздействия возрастает в ряду ПМП → ПеМП → ИМП. Поля последних двух видов приводят обычно к более стойким и выраженным изменениям, действуют возбуждающе, усиливают тканевый обмен веществ.

В целом метод магнитотерапии имеет весьма обширную доказательную базу применения при широком спектре скелетно-мышечных и неврологических заболеваний как в отечественной, так и в зарубежной практике. Этот факт подтверждается неуклонно растущим исследовательским интересом и увеличением количества соответствующих научных работ, что хорошо видно из статистики международной базы цитирования PubMed: с 1966 г. — времени первой вышедшей статьи — число ежегод-

ишемической болезни сердца, болезней сосудов, воспалительных заболеваниях внутренних органов, костных переломах, патологии кожи и ЛОР-органов. При воздействии таким полем у большинства больных не возникает никаких ощущений, поскольку не происходит раздражения кожных рецепторов и не вырабатывается значимого количества эндогенного тепла.

МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ: ИСПОЛЬЗУЕМ ПО НАЗНАЧЕНИЮ

Импульсная МТ, или магнитная стимуляция (МС), в ряду методов, связанных с применением МП, имеет наиболее выраженный профиль биологического воздействия. Интерес ученых к эффектам МС активно развивался с середины XX в. В 1965 г. научные сотрудники клиники Мэйо Р. Бикфорд (R. Bickford) и М. Гвиди (M Guidi) представили на конференции по медицинской электронике и биологической инженерии в Токио полученные ими данные по стимуляции периферического нерва и последующего мышечного сокращения на животных и человеке высокочастотным ИМП. Это доказало воздействие магнитного стимула в первую очередь на нервную ткань. Впоследствии эксперимент был многократно воспроизведен: посредством электромиографа зарегистрирован мышечный ответ при нервной стимуляции, благодаря чему в дальнейшем были выявлены особенности механизма действия периферической МС.

Магнитный стимул вызывает опосредованную вторичную деполяризацию мембраны нерва вследствие возникающей разницы потенциалов, что ведет к активации двигательной концевой пластинки и мышечному сокращению. При этом в первую очередь активируются центростволчатые нервные волокна (аксоны), позже — клетки (нейроны). В связи с этим методика характеризуется нейромодулирующими свойствами: они широко используются для реабилитации при двигательных расстройствах, сопряженных с парезом конечностей, посттравматическим и послеоперационным снижением функциональной мышечной силы.

Воздействие МП на нервно-мышечный аппарат проявляется в увеличении работоспособности мышц, в т.ч. и в условиях локального и общего утомления. При помощи интенсивного ИМП, индуцирующего в тканях на глубине 4–6 см вихревые токи, можно вызвать избирательное сокращение как скелетных мышц, так и гладкой мускулатуры сосудов и внутренних органов.

В целом импульсная МТ — немедикаментозный лечебный метод, имеющий наибольшую востребованность в нейро- и ортопедической реабилитации. Причиной этого служит выраженный обезболивающий эффект, связанный с двойным механизмом действия.



МАГНИТОТЕРАПИЯ: КАК РАЗЛИЧАТЬ И КОГДА ПРИМЕНЯТЬ

В чем же состоят отличия МП и их особенности? Любое из них вызывает физико-химические сдвиги в тканях на молекулярном уровне, при этом постоянное поле наводит электрический ток в движущихся жидких средах (например, текущей по сосудам крови), а переменное и импульсное — прежде всего в покоящихся биологических объектах, что приводит к изменению электрических зарядов в кле-

но появляющихся публикаций выросло в 2 тыс. раз!

Тем не менее традиционно сложилось так, что, направляя пациента на МТ, врач подразумевает именно воздействие низкочастотным ПеМП. Между тем следует разграничивать возможности разных методов и показания для них. Переменная МТ оказывает достаточно щадящий эффект, обладает умеренным обезболивающим, трофическим и противоотечным действием. Низкочастотное ПеМП используется при

Во-первых, МС характеризуется вазоактивными и противовоспалительными свойствами за счет улучшения реологических показателей крови, повышения интенсивности микроциркуляции и ингибирования провоспалительных ферментов и пептидов, что наиболее активно реализуется при интенсивности поля (магнитной индукции) <0,8 Тл.

Во-вторых, магнитные импульсы подавляют сенсорный болевой сигнал, проходящий в задние рога спинного мозга по Аδ- и С-волокам, тем самым предотвращая процесс центральной сенситизации и активи-

Перспективны результаты изучения периферической МС при синдроме ХТБ. В работе Т.Н. Kim и соавт. (2013) отмечается значимое снижение выраженности простатической ХТБ на фоне промежностной МС у пациентов с анамнезом 3-месячной неэффективной фармакотерапии. Аналогичные данные получены у больных с синдромом болезненного мочевого пузыря и пудендальной невралгией (Т. Sato, Н. Nagai, 2002; J. Nizard и соавт., 2018) при воздействии импульсной МС на область сакральных корешков.

Примечательно, что МС действенна не только при ХТБ, но и при нарушениях

кой интенсивностью поля (3–4 Тл) с целью обеспечения пиковой мощности и одновременно возможностью ее гибкой ручной регулировки для индивидуального подбора параметров процедуры.

Следует сказать, что пациент отчетливо воспринимает МС (в отличие от переменной МТ) в виде звуков — «пощелкиваний» (1 щелчок = 1 стимул) и ощущает ее как индуцированное мышечное сокращение либо комфортную вибрацию в зависимости от частоты воздействия. Поэтому вторым важным параметром, который нужно подбирать «под пациента» и при необходимости изменять, является частота.

В физиотерапии считается, что ответные реакции особенно выражены для ИМП при частоте до 20 Гц; при этом более низкие частоты обладают преимущественно стимулирующим эффектом, в то время как более высокие — обезболивающим и микроциркуляторным.

Необходимо отметить и основные биологические преимущества МС:

- беспрепятственное проникновение через все ткани без затухания импульса и значимой потери напряженности электрического поля, индуцированного магнитным индуктором, что обеспечивает стимуляцию в окружающих костную ткань областях, а также глубоко залегающих структурах (корешки спинного мозга, плечевое сплетение, седалищный, бедренный нервы и т.д.) без боли и дискомфорта — в отличие, например, от электростимуляции;
- отсутствие необходимости в специальной подготовке кожного покрова и полном физическом контакте с ним; воздействие происходит даже при расстоянии от индуктора до стимулируемой поверхности в несколько десятков миллиметров, что чрезвычайно важно при имеющихся нарушениях целостности кожи;
- отсутствие необходимости снимать одежду во время процедуры, что бес-

печивает комфорт и комплаентность при воздействии на интимные зоны (в частности, области тазового дна и промежности).

С учетом разнообразных показаний к назначению МС и доказанной эффективности удобно не только формировать собственные программы стимуляции, но и использовать «зашитые» в аппарат протоколы на основании данных из опубликованных исследований. Это благоприятствует оптимизации работы оператора и повышению эффективности терапии. Перечисленным требованиям в полной мере соответствует линейка магнитных стимуляторов серии SALUS-TALENT (Республика Корея). Все приборы оснащены программным обеспечением и циркулярным индуктором с удобной системой его удержания и фиксации на пациенте во время процедуры.

МТ — одна из наиболее щадящих и комфортных физиотерапевтических методик; она хорошо переносится, не сопровождается какими-либо неприятными субъективными ощущениями и общими реакциями, успешно сочетается с воздействием многих других физических факторов.

Все это позволяет широко применять эту опцию у больных различного возраста — от детского (с 1,5 лет) до старческого — при большом количестве заболеваний разной этиологии, в т.ч. при достаточно тяжелой сопутствующей патологии. Последнее связано с тем, что МС имеет малое количество противопоказаний: наличие металлических имплантов, изготовленных из ферромагнетиков, либо электронных устройств, контролирующих физиологические функции организма, в непосредственной близости от индуктора.

¹ В соответствии с этим механизмом болевая импульсация, идущая по первичным афферентным волокнам, на уровне нейронов задних рогов спинного мозга может тормозиться или потенцироваться механизмом пресинаптического торможения (облегчения) (Прим. ред.).

вируя механизм воротного контроля боли¹. Таким образом, анальгетическое действие проявляется при различных типах болевых синдромов — связанных с воспалением (спондилоартрит, суставной синдром, миоцит, острая и хроническая боль в спине, цервикокраниалгия) и поражением нервных волокон с нейропатическим компонентом (болевая полинейропатия, плексопатия, туннельные синдромы, комплексный регионарный болевой синдром, хроническая тазовая боль (ХТБ)).

Интересно, что даже при болевом синдроме центрального генеза (фибромиалгия, центральная постинсультная боль, фантомные боли) периферическая МС оказывает лечебный эффект. В ряде исследований активности корковых структур в ответ на периферическое воздействие установлено, что МС способствует усилению процессов нейропластичности, церебрального кровотока, повышению внутрикорковой интеграции и нормализации процессов возбудимости коры головного мозга.

МАГНИТОТЕРАПИЯ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

К настоящему времени эффективность МС изучена и продемонстрирована в большом количестве клинических протоколов, включая исследования весьма высокого методологического класса: рандомизированные, двойные слепые, плацебо-контролируемые. В частности, показано, что импульсная МС по эффективности (уменьшение интенсивности боли) сопоставима с чрескожной электронейростимуляцией непосредственно после курса лечения, но значительно превосходит последнюю (как и плацебо) в отсроченном периоде — через 1 и 3 мес — у пациентов с острой/хронической болью в спине с локализацией в шейном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника.

Принципиальной особенностью действия МС является его «следовой» характер: после однократных воздействий реакции организма или отдельных систем регистрируются на протяжении 1–6 сут, а по окончании курса процедур — 30–45 дней. Таким образом, ощутимая физиологическая и лечебная эффективность МС наблюдается после многократных воздействий, однако достигнутый эффект сохраняется в течение нескольких месяцев, что отличает метод от электротерапии.

мочеиспускания, например синдром гиперактивного мочевого пузыря; в этих ситуациях наиболее эффективной является частота 5 Гц. Результаты исследовательской и клинической работы значительно расширяют терапевтические ниши применения МС в урологической и гинекологической практике, а также помогают оптимизировать возможности курации сложных пациентов, резистентных к базовым фармакотерапевтическим подходам.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ:

КАК ПРАВИЛЬНО СТИМУЛИРОВАТЬ

Можно утверждать, что МС, обладая многообразным действием на организм, способна заменить собой ряд других лечебных физических факторов. Однако важным моментом, который следует учитывать, является техническая сторона вопроса. Аппарат для периферической МС должен обладать высо-

Высокоинтенсивные магнитные стимуляторы

SALUS-TALENT-A

SALUS-TALENT-Pro

SALUS-OPTIMUS-Pro

3 Тл
100 Гц



ИНФОМЕД-НЕЙРО






Два индуктора
(малый и большой)

Базовая модель

Комбайн
(МС+УВТ)

МС – магнитная стимуляция; УВТ – ударно-волновая терапия

+7 (495) 645-47-00 im-neuro.ru sales@im-neuro.ru



ДИАГНОЗ ДЛЯ ВРАЧА

Профессиональное выгорание как грядущая эпидемия: что делать?

Значимость синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) как «результата хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен» красноречивее всего подтверждается его включением в обновленную Международную классификацию болезней (МКБ-11) (код QD85). Это означает официальное признание рассматриваемого состояния заболеванием и, следовательно, основанием к обращению в случае необходимости за соответствующей помощью.

О профессиональном выгорании у медицинских работников мы поговорили с кандидатом психологических наук, генеральным директором тренинговой компании «Ассоциация Бизнес Мастерства» (www.abmgroupru.ru) Светланой БАДАЕВОЙ.

— Светлана, расскажите, пожалуйста, как возникло понятие об эмоциональном выгорании?

— Термин «эмоциональное выгорание» (англ. burnout — перегорание, истощение) ввел в 70-е гг. прошлого столетия американский психиатр Г. Фрейденбергер (H. Freudenberger), наблюдая за работой коллег в психиатрической больнице. Тогда же было установлено, что обязательное условие профессионального выгорания — негативно влияющий на организм длительный стресс, который человек самостоятельно преодолеть не может. В 1986 г. описательные характеристики СЭВ систематизировали ученые из США К. Маслач и С. Джексон (С. Maslach, S. Jackson). В соответствии со сформулированной ими многофакторной теорией выгорания это расстройство проявляется в трех основных группах переживаний: эмоциональном истощении, деперсонализации и редукции личных достижений.

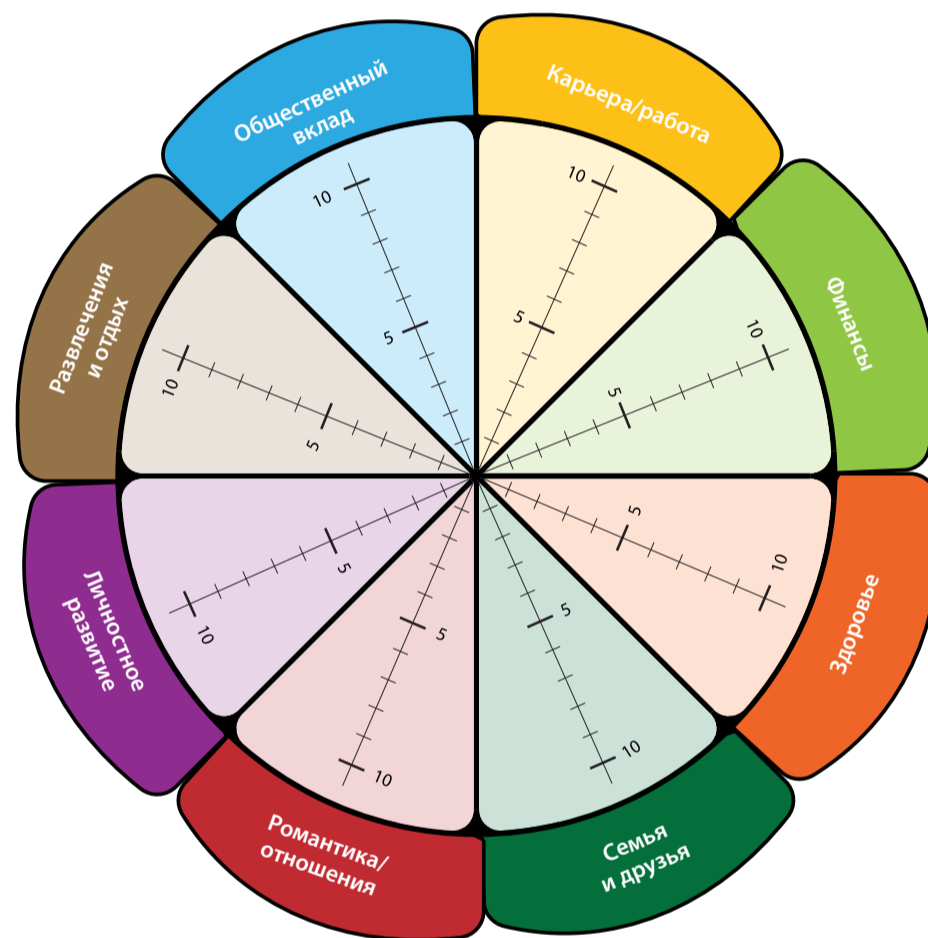
Признание синдрома самостоятельной нозологической единицей повлекло за собой разработку системы диагностических критериев, включающих, помимо психологических отклонений, такие неспецифические проявления, как нарушения сна, головные боли неясного характера, дисфункции желудочно-кишечного тракта и др. Сюда вошли и синдром хронической усталости, нарушения сердечной деятельности, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа.

— Из чего складывается воздействие синдрома на личность человека и медработника в частности?

— Наряду с эмоциональным перенапряжением постепенно развивается стойкое физическое переутомление, которое не удается устранить обычными средствами. К этому присоединяются нарушения сна и питания, связанные в том числе с режимом работы. В психологическом плане имеют значение негативное отношение администрации к сотруднику, конфликтные ситуации с коллегами. У медперсонала это еще и жалобы со стороны пациентов и их родственников; различного рода судебные разбирательства и т.д.

Следует учитывать, что все это накладывается как на индивидуальный психотип человека, так и на имеющуюся соматическую патологию, в результате чего существенно ухудшаются показатели общего статуса, параметры иммунной защиты.

— Как часто психологам приходится сталкиваться с проявлениями профес-



«Колесо жизненного баланса»

сионального выгорания у работников здравоохранения?

— Эта проблема с каждым годом действительно становится все более животрепещущей. Однако важно не путать истинное профессиональное выгорание с усталостью той или иной степени. Известно, что значительная часть российских медиков нередко работают по 12 часов в день, а иногда и больше — вследствие кадрового дефицита, неудовлетворительного материального положения и иных причин. Несбалансированный график ведет к физическому истощению, создающему основу для выгорания. При отказе же врача от переработок у администрации часто есть реальная возможность уволить сотрудника, заменив его другим.

Директивный стиль управления, нередко встречающийся в нашей медицинской системе, травмирует врачей. Их часто не слышат; с ними могут не считаться, общаться в приказном тоне, назначать штрафы. Ситуация, в которой становится выгоднее действовать «по минимуму», в рамках наиболее безопасных для себя действий, чтобы не подвергнуться очередному взысканию, невольно формирует

стратегию избегания, а не достижения оптимального результата.

Не секрет, что на прием одного амбулаторного пациента в государственных клиниках выделяется 15 минут, в частных учреждениях — несколько больше. За это время невозможно полноценно провести диагностику. Постоянное ощущение «цейтнота» может привести к хронической усталости, а затем и непосредственно к профессиональному выгоранию.

— Чем характеризуются стадии выгорания?

— В соответствии с многофакторной теорией выгорания для первой стадии характерно эмоциональное истощение: врачи «на автомате», часто отстраняясь от переживаний, выполняют положенный объем работы. Они перестают сочувствовать пациентам, отношение к которым становится менее внимательным и более формальным, что не может не сказываться на качестве диагностики и лечения.

На второй стадии начинается деперсонализация — процесс «формализации»

межличностных отношений. Появляются циничность, безразличие, конфликтность. Ухудшается коммуникация внутреннего (в коллективе и семье), а затем и внешнего характера. Сейчас от пациентов поступает много жалоб на раздражительность медработников. А это не что иное, как защитная реакция организма на переутомление. Стремясь зарабатывать больше или принести большую пользу клинике, медики нередко берут на себя сверхнагрузки, не выдерживая физически и эмоционально. Поэтому забота о себе — это прежде всего жизненная необходимость.

Наконец, третья стадия профессионального выгорания характеризуется редукцией связанных с профессией достижений, когда уже явно начинают проявляться черты депрессии. У человека заметно снижается самооценка, происходит обесценивание собственных стремлений и личности в целом; теряются смысл профессиональной деятельности и мотивация к ней, утрачивается понимание того, зачем и во имя чего он занимается этой работой. Усиливаются эмоциональная холодность, аутоагрессия, дистанцирование по отношению к пациентам, что может временами граничить с социопатией. И это уже действительно серьезная проблема. Первым шагом в ее преодолении должно стать выстраивание рационального графика.

Кроме того, даже врачи с высоким уровнем профессионализма, к сожалению, бывают недостаточно пациентоориентированы. На наших бизнес-тренингах мы прорабатываем этот навык. Однако довольно часто в процессе обучения выясняется, что основная проблема, не позволяющая терпеливо выслушивать пациента, быть с ним обходительным, связана с большим внутренним напряжением и отсутствием необходимого «душевного» потенциала.

— Формирование оптимального графика — важный шаг, но определенно не единственный. Что еще могут предложить специалисты?

— Во всем мире практикуется техника «Колесо жизненного баланса», разработанная в 1970-х гг. британо-американским коучем П. Дж. Майером (P.J. Meyer) — основателем Института мотивации успеха. Такое колесо легко представить в виде классического круга, разделенного на определенное количество секторов (карьера, деньги, здоровье, друзья, семья, развитие и т.д.). Обычно их 8, но можно выделить и больше. Подобная визуализация помогает наглядно оценить степень удовлетворенности

человека в каждом из этих разделов, самостоятельно или с тренером проанализировать их содержание и внести коррективы. Это подразумевает выстраивание приоритетов, выделение сбалансированного времени для отдыха, обучения и работы, освоение элементарных навыков и принципов психогигиены.

Чтобы противостоять выгоранию, важно научиться работать и с эмоциональными триггерами. Одна из самых эффективных методик для проработки эмоций — технология Wingwave (<https://wingwave.com/ru/owingwave/что-такое-wingwave-coaching/>) (букв. с англ. «взмах крыла бабочки». — Прим. ред.). Ее создала и запатентовала немецкий психотерапевт К. Бессер-Зигмунд (С. Besser-Siegmund).

В странах Европы, насколько мне известно, всех врачей обучают этому методу, чтобы они могли грамотно поддерживать пациентов, помогая им в ситуациях психологического сопротивления лечению. Но эта же техника используется и для непосредственной работы с медиками, предоставляя им инструмент для преодоления профессионального выгорания.

— Расскажите подробнее о Wingwave. Как это работает?

— Основная ценность этого направления в том, что, взаимодействуя в тандеме с коучем, человек учится управлять своим эмоциональным состоянием и, убирая внутренние триггеры, достигает более высокой психологической устойчивости.

Приведу конкретный пример. В наше время отношение к врачу стало более «потребительским»: некоторые пациенты обращаются за помощью и тут же начинают диктовать, что и как нужно делать, как их следует лечить — обесценивая опыт специалиста, и т.д. На столь очевидное неуважение врачи нередко реагируют весьма болезненно. И уже одна-две сессии Wingwave с профессиональным тренером могут помочь выявить первопричину, понять, почему такое отношение настолько сильно задевает, и скорректировать эмоциональную реакцию. Нужно, чтобы в итоге можно было спокойно реагировать и правильно отвечать на не всегда конструктивное, а иногда и откровенно «детское» или даже «троллинговое» поведение пациента.

— Возможно ли самостоятельно справиться с подобной задачей?

— Поиск глубинных триггеров, то есть установление связи между событием и истинной причиной не всегда адекватной реакции на него, — это работа с лимбической системой, с областью бессознательного. У человека, как правило, нет представления о том, почему именно сейчас он столь подвержен действию этих триггеров. Такая работа всегда очень индивидуальна и требует большого профессионализма. Зато использовать самостоятельно приемы саморегуляции не только можно, но и нужно. Каждому важно научиться самому регулировать свое «колесо баланса», заниматься психогигиеной, не выкладывать сверх меры на работе и помнить, что именно здоровье дает устойчивую возможность нормально трудиться, развиваться профессионально и лично. Я бы рекомендовала каждый день выполнять какие-либо упражнения из области психогигиены. Например, слушать перед сном — только обязательно в наушниках — музыку Wingwave, скачанную в одноименном приложении. Это специальная, предназначенная для билатеральной стиму-

“ Эмоциональное выгорание конкретно относится к явлениям в профессиональном контексте и не должно применяться для описания опыта в других сферах жизни

ляции мозга музыка. С ее помощью активируются оба мозговых полушария, улучшаются когнитивные функции, снижается уровень стрессовой напряженности.

На мастер-классе, прошедшем осенью 2023 г. в рамках III ежегодной конференции Medical Business, мы, в частности, продемонстрировали несколько способов того, как можно самому достаточно быстро избавиться от раздражительности, не накапливая в себе негативные эмоции и стресс. Вот самое простое и весьма эффективное упражнение: вытянув перед собой руку, быстро двигать глазами по трем плоскостям — на уровне глаз, выше и ниже него.

— Неужели так просто?..

— На самом деле простота эта кажущаяся. В Wingwave коучи моделируют фазу быстрого сна (rapid eye movement, REM) «наяву» с помощью взмахов руки, помогая участникам сеанса быстро и ритмично двигать глазами. Происходит двусторонняя чередующаяся стимуляция головного мозга. Быстрые движения глаз — «саккады пробуждения», совершаемые до 100 тысяч раз в день, — приводят не только к быстрому и заметному снятию стресса и улучшению общего самочувствия; активируется префронтальная кора левого полушария, что подтверждается данными ЭЭГ. Однако на мозговую активность благоприятно влияют даже небольшие спонтанные движения глаз, усиливающие связь между различными областями мозга. Это ресурсное состояние способствует скоординированному мышлению, действию и реагированию. Результаты исследования по этой теме опубликованы в 2021 г. в престижном научном журнале *Network Neuroscience* нейробиологом К. Коба (С. Koba) и его командой¹.

Еще один метод психотерапии — десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ; англ. eye movement desensitization and reprocessing, EMDR) — разработан американкой Ф. Шапиро (F. Shapiro) для лечения расстройств, вызванных переживанием стрессовых событий. При помощи движений глаз активизируются участки мозга, ответственные за переработку информации. В результате травмирующее событие, зафиксированное в памяти и причиняющее эмоциональную боль, начинает постепенно тускнеть.

Но даже не зная о технологиях Wingwave или EMDR, имеет смысл чаще смотреть по сторонам, чтобы глаза «бродили» как можно энергичнее — для хорошего самочувствия. Если вы много времени фокусируетесь на неподвижном мониторе, смартфоне или экране телевизора, делайте паузы, «блуждайте» глазами по комнате. Выходите гулять и смотрите по сторонам — это позволит дольше сохранять работоспособность. Нужно сказать, что к настоящему времени проведено большое количество интересных исследований, которые наглядно демонстрируют связь между подвижными окуломоторными навыками и психическим здоровьем человека. Также очень полезны танцы, любые виды физической активности, направ-

ленные на поочередную стимуляцию правой и левой половины туловища, обоих полушарий мозга. Любая билатеральная стимуляция активизирует парасимпатическую нервную систему, создает баланс, разряжает избыточное напряжение, обладает успокаивающим эффектом.

— Как врачам с их плотным графиком найти время для таких упражнений, тем более в рабочее время?

— Паузы особенно важны даже при самой большой загруженности. Упражнения (те же перекрестные движения глазами) полезно сделать сразу после ухода пациента, который «вывел» вас из себя; это поможет быстро вернуть равновесие. Если же на работе такой возможности нет, обязательно сделайте упражнения вечером, перед сном. Ложась спать в состоянии переутомления, мы не помогаем психике восстановиться. И чем выше нагрузка, тем важнее постоянно перерабатывать весь дневной стресс, не давая ему накапливаться. Любые дыхательные практики тоже помогают быстрее вернуться в состояние равновесия. Такая психогигиена жизненно необходима современному человеку.

— Светлана, можете ли вы оценить уровень недоверия к психологическим техникам? Как удается его преодолеть?

— Действительно, поначалу даже сами врачи иногда критически относятся к любым подобному рода методикам. Но, как всегда, многое зависит от уровня мастерства самого коуча. Недоверие в ходе сессии постепенно уходит, и в большинстве случаев люди «раскрываются». Дело в том, что у многих из нас уже сформировалось неприятие любых директивных требований. Если диктовать, навязывать образ и характер действия — люди, воз-

можно, прислушаются, но потом все равно сделают по-своему. Но если делать маленькие шаги, показывать варианты, давать инструменты, позволяющие прожить свою ситуацию и тут же, на тренинге, увидеть результат, — это вызывает доверие. Когда, например, тренинг посвящен коммуникациям, в начале сессии мы можем смоделировать и снять на видео ситуации общения врача и пациента. И затем показать, какая коммуникативная стратегия могла бы быть максимально эффективной, не травмирующей обе стороны, совместно выработать правильные рабочие алгоритмы.

Еще раз подчеркну: когда работа идет на уровне саморегуляции и самомотивации, тренинги очень действенны. Но одного этого недостаточно; думается, надо менять саму систему взаимоотношений, чтобы в медицинских организациях была здоровая атмосфера для врачей, соблюдались все нормы по организации рабочего процесса и требования к ней. Именно врач должен стать главной фигурой — ведь часто именно «на него» идут пациенты, выбирая ту или иную клинику.

— Насколько необходимо, на ваш взгляд, создание в клиниках психологических служб, предназначенных не для пациентов, а для медицинского персонала, самих врачей?

— Во многих европейских странах психологическая помощь персоналу давно не редкость. Для своих специалистов медорганизации даже включают в страховку прием психотерапевта либо краткосрочный коучинг, которым можно воспользоваться бесплатно. К тому же у большинства европейских врачей иная организация досуга. Отрабатав, они восстанавливают силы, активно посещая тренажерные залы, общаются с семьей и друзьями, успешно занимаются творчеством — при некоторых клиниках и университетах созданы, например, «врачебные» симфонические оркестры. Получение новых профессиональных навыков, в том числе в области психогигиены и саморегуляции, сделалось важной частью европейской культуры. И эта тенденция будет только усиливаться, за ней — будущее.

Подготовила Валентина Терехина

¹ Koba C., Notaro G., Tamm S., et al. Spontaneous eye movements during eyes-open rest reduce resting-state-network modularity by increasing visual-sensorimotor connectivity. *Netw Neurosci.* 2021;5(2):451–76. doi: 10.1162/netn_a_00186

УНИКАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ
для цитопротекции при
хронических нарушениях мозгового
кровообращения и астении¹⁻⁴

СПОСОБСТВУЕТ^{3,4}:



Улучшению когнитивных функций



Повышению уровня энергии



Помогает справиться со стрессом



1. ИМП препарата Брейнмакс® капсулы, РУ № ЛП-007854. ИМП препарата Брейнмакс® ампулы, РУ № ЛП-007988. 2. Только Брейнмакс® содержит в составе эризметилгидроксипиридина сульфат и меландин. Государственный реестр лекарственных средств. Дата доступа 25.09.2024 г. Патент 020800 В1, Евразийское патентное ведомство. 3. Танащян М.М. и соавт. Перспективы и возможности терапии пациентов с астеническим синдромом после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. *Терапевтический архив.* 2022; 94 (1). DOI: 10.26442/00403660.2022.11.201981 4. Tanashyan M., et al. Prospective randomized, double-blind placebo-controlled study to evaluate the effectiveness of neuroprotective therapy using functional brain MRI in patients with post-covid chronic fatigue syndrome. *Biomed. Pharmacother.* 2023 Dec; 168: 115723. DOI: 10.1016/j.biopha.2023.115723. Epub. 2023 Oct 18. PMID: 37862966.

Информация предназначена для медицинских работников. Имеются противопоказания, необходимо ознакомиться с инструкцией.

Реклама

ООО ПРОМОМЕД ДМ
129090, Москва, проспект Мира, 13,
стр. 1, офис 106. Тел.: 8-495-640-25-28
www.promo-med.ru



ПУЛЬС ВРЕМЕНИ

История тонометра

В последние полвека тонометр все больше превращается из врачебного инструмента в бытовой прибор: артериальная гипертензия — нежеланная, но частая «гостья» практически в каждой семье. Достаточно сказать, что четверо из десяти взрослых россиян страдают этим заболеванием.

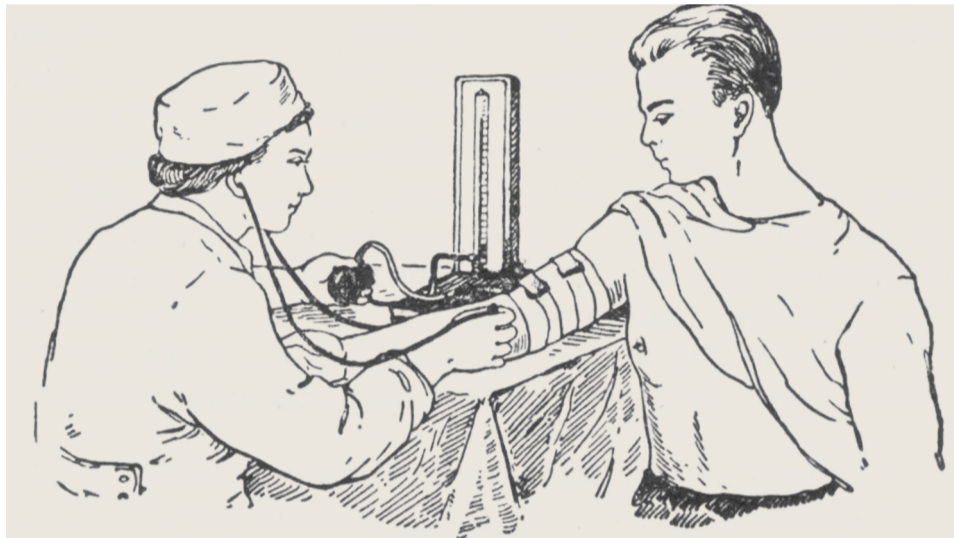
ОТ ГАРВЕЯ ДО РИВА-РОЧЧИ

О существовании кровеносных сосудов людям стало известно примерно 10 тыс. лет назад, со времени изобретения колюще-режущих предметов. Первый шаг к пониманию законов гемодинамики в XVII в. сделал англичанин Уильям Гарвей (W. Harvey), в своих трудах описавший, что ток крови по двум кругам кровообращения происходит под давлением. Но еще столетие после этого никто не мог ни зарегистрировать, ни измерить этот показатель. Лишь в 1773 г. артериальное давление (АД) удалось в эксперименте измерить у лошади. Это был инвазивный метод, требующий введения прибора в артерию, в связи с чем процедура могла выполняться только очень квалифицированным специалистом.

В 1881 г. австрийский врач Самуэль фон Баш (S. von Basch) создал первый неинвазивный аппарат для определения АД, но так как в качестве внешнего сдавливающего фактора служил наполненный водой резиновый мешок, то прибор вышел громоздким и практически неприменимым. Прошло ещё 15 лет, и туринский врач Шипионе Рива-Роччи (S. Riva-Rocci) предложил накачиваемую воздухом манжетку, внешний вид которой почти не изменился до сегодняшнего дня. Открытие итальянца можно было бы назвать изобретением велосипеда, так как мысль о надуваемой манжете посетила его при взгляде на устройство колеса этого транспорта.

Метод Рива-Роччи сделал измерение давления доступным для любого практикующего врача. Правда, манжета для перекрытия кровотока изначально была узкой и могла не полностью охватывать плечо пациента. Этот недостаток через два года устранил австрийский исследователь Густав Гертнер (G. Gärtner) увеличением ширины манжеты до 10 см. Но главным ограничением метода Рива-Роччи оставалось то, что определялось только систолическое АД с допуском некоторых неточностей, а диастолическое значение можно было предположить лишь зрительно — по прекращению колебаний ртутного столбика.

Сокращение левого желудочка сердца придает выходящему в большой круг кровообращения потоку крови значительную энергию, в результате чего в области дуги аорты может создаваться естественная турбулентность. В дальнейшем кровоток становится ламинарным и не слышимым ухом. Однако при возникновении препятствий или дефектов сосудистой стенки (например, аневризмы) преодолевающее их движение крови может приводить к акустическим колебаниям, улавливаемым воронкой стето- или фонендоскопа.



Измерение артериального давления по Короткову

С 1935 г. метод Короткова рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения в качестве самого точного способа определения АД. За 100 лет ничего принципиально нового в методику привнесено не было

УЛОВИМЫЕ ТОНЫ

К концу XIX в. политические интересы Российской империи отчетливо сконцентрировались на Дальнем Востоке: в 1891 г. началась прокладка Транссиба, спустя три года в распоряжение Тихоокеанской флотилии переброшена Средиземноморская эскадра, а вскоре — заложена Китайско-Восточная железная дорога. По договору с Китаем часть населенных пунктов, в том числе и Порт-Артур, передавались в пользование России, что послужило одной из причин ихэтуаньского (боксерского) восстания. В его подавлении участвовали все европейские страны, а в рядах российского военного контингента оказался молодой хирург Николай Сергеевич Коротков, вступивший добровольцем в общество Красного Креста. Биография этого человека описана в большом количестве работ¹: родился в Курске, с детства проявлял рвение к наукам, блестяще закончил Московский университет, был учеником видных хирургов А.А. Боброва и С.П. Федорова, участвовал в русско-японской войне, удостоен ордена Св. Анны.

¹ Наиболее подробные биографические сведения представлены в статье: Попов С.Е. 100-летие научного открытия хирурга Военно-медицинской академии Н.С. Короткова, сделавшего эпоху в развитии мировой медицины. Вестн. аритмол. 2005;40:29–35.

Открытие способа измерения АД довелось совершить человеку, жившему в эпоху, с одной стороны, технического прогресса, а с другой — политических потрясений, приведших к значительным людским потерям и, как следствие, сделавших востребованной военно-полевую хирургию.

К моменту начала Н.С. Коротковым врачебной практики сильно изменилась тактика ведения боя: гладкоствольное оружие было полностью вытеснено нарезным; появились разрывные пули, а японские войска уже активно использовали пулеметы, тогда как в русской армии автоматическое оружие еще не применялось. Все это имело результатом значительное увеличение числа и утяжеление ранений, с которыми стали сталкиваться военно-полевые хирурги, — ввиду наплыва пострадавших им приходилось прибегать к ампутациям. Изначально Николай Сергеевич искал методы, позволяющие сохранить кровоснабжение поврежденной конечности. Согласно указаниям Н.И. Пирогова он проводил аускультацию для поиска посттравматических аневризм и обнаружения коллатерального кровотока при полном пережатии магистральных артерий, для чего врачу служил прибор Рива-Роччи.

Однажды, привычно приложив воронку стетоскопа к ноге раненого, в проекции

сосуда Коротков услышал стук, полностью совпадающий с сердечным ритмом. При этом каждый звук в отличие от сердцебиения представлял собой один тон. Сжатие артерии выше места аускультации вызывало полное исчезновение стука, но при постепенной декомпрессии он появлялся вновь, становясь громким и шумным. Дальнейшее снижение давления воздуха приводило к исчезновению звуков. Возможно, другой медик в подобной ситуации не обратил бы внимание на это явление, но молодой хирург снова и снова повторял опыт — каждый раз с идентичным результатом.

МИРОВОЕ ПРИЗНАНИЕ

1905 год для России выдался одним из самых беспокойных: Кровавое воскресенье, сдача Порт-Артура, поражения под Мукденном и Цусимой привели к «социальному землетрясению», ввиду чего положение Российской империи в мире значительно ослабло. Однако жизнь продолжалась, и в конце этого тяжелого года, а именно 8 ноября, состоялось выступление Н.С. Короткова в Военно-медицинской академии с докладом о «звуковом методе бескровного определения максимального и минимального кровяного давления».

Сам реферат об открытии, в котором исследователь описывал целых пять оттенков тонов в зависимости от изменения давления в манжете, был изложен лаконично и уместился на одной странице. Вскоре метод Короткова стал использоваться повсеместно на территории России. Из-за диагностированного в том же 1905 г. туберкулеза Николай Сергеевич по настоянию врачей сменил место жительства и уехал в Сибирь на Ленские золотые прииски, работа на которых стала основой для получения докторской степени. Несмотря на болезнь, Н.С. Коротков руководил в Первую мировую госпиталем, пережил еще одну революцию.

Создатель метода не дождался всемирного признания. Даже его сын, Сергей Коротков, тоже ставший врачом и ежедневно измерявший давление своим пациентам, только через 14 лет после окончания медицинского института узнал, что ставшую рутинной манипуляцию изобрел его отец. По прошествии более 100 лет после его доклада ничего принципиально нового в методику привнесено не было. С 1935 г. метод Короткова рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения в качестве самого точного способа определения АД. В середине прошлого столетия американский врач Сеймур Лондон (S. London) предложил заменить резиновую грушу компрессором, а стетоскоп — микрофоном, после чего механические тонометры стали вытесняться электронной техникой, но сам принцип остался неизменным.

Из числа изучавших наследие Н.С. Короткова наиболее глубокий анализ деятельности ученого осуществил профессор Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова С.Е. Попов, написавший книгу о русском хирурге и основавший мемориальное общество его памяти.

Мухаммад Сайфуллин, к.м.н.

НЕВРОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ № 3 (22) 2024

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Рачин Андрей Петрович

Шеф-редактор: Бородулина И.В.

Руководитель проекта:
Строковская О.А.

Отдел рекламы:
Строковская О.А.

Редактор-корректор Никулин Ю.А.

Дизайн и верстка:
Крашенинникова С.С.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва,
Каширское ш., д. 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Заказ № 242561

Общий тираж 7500 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-68704 от 09.02.2017.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.