

ТЕРАПИЯ. КАРДИОЛОГИЯ. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ПРИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ

Кривко Н.В.

Научный руководитель: доцент Журавлев Ю.И.

МБУЗ «Губкинская ЦРБ»

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет

Врач-терапевт участковый (УВТ) в своей каждодневной практике нередко сталкивается с большим числом пациентов, страдающих полиморбидными состояниями. Нередко в клинической картине таких пациентов просматриваются как симптомы органического поражения внутренних органов, так и функциональные расстройства – вегетативные дисфункции (ВД). «Нейроциркуляторная дистония», «вегето-сосудистая дистония», «синдром вегетативной дистонии» - различные названия, широко распространенные в профессиональной речи терапевтов, под которыми подразумевается ВД. ВД широко распространены и представляют серьезную медико-социальную проблему. До 80% взрослого населения страдают теми или иными вегетативными нарушениями (Вейн А.М., 2003).

Упорные кардиалгии, неконтролируемая артериальная гипертензия, «беспричинные» расстройства дыхания, необъяснимая лихорадка, обильная потливость, зябкость, приступы страха – далеко не полный перечень проявлений ВД. Дифференциальная диагностика ВД, особенно на фоне органической патологии, всегда трудоемка.

Единой классификации ВД в настоящее время не существует. Наиболее широко используются подходы Вейна А.М., предложившего выделять в составе синдрома вегетативной дистонии психовегетативный синдром, синдром периферической вегетативной недостаточности, ангиотрофалгический синдром. Отдельную группу составляют панические атаки (около 6% всех впервые обращающихся за помощью к терапевту (Дюкова Г.М., 2010).

Вегетативные расстройства могут носить моно- и полисистемный характер. Полисистемные проявления ВД наблюдаются чаще.

Для пациентов с ВД характерны разнообразные и многочисленные жалобы, речь их эмоционально окрашена, с яркими сравнениями, изобилует подробностями. Иногда пациенты могут фиксировать свое внимание на одной проблеме (например, «тяжесть, боли в области сердца»), тем самым искажая клиническую картину. Зачастую на фоне ВД у таких пациентов развиваются ипохондрические, тревожно-депрессивные и соматоформные расстройства (Гиндикин В.Я., 2000, Подкорытов В.С. с соавт., 2002). В настоящее время до 30% больных обращающихся к УВТ имеют экзогенные депрессии). Это мешает установлению контакта врача с таким «трудным»

пациентом, значительно усложняет диагностический процесс, выработку индивидуальной программы лечения, реабилитации и профилактики.

Порой жалобы, с точки зрения официальной медицины, носят «фантастический» характер, создается впечатление, что пациент сознательно вводит врача в заблуждение. Между тем пациент постоянно думает о своих проблемах, испытывает психологический, а нередко, - и физический дискомфорт. Ему кажется, что врач недостаточно внимателен к нему. Возникает взаимная неудовлетворенность. У пациента формируется негативное отношение к врачу, а нередко и к медицине в целом. Он не доверяет назначениям, обращается к другим специалистам, и снова повторяется та же ситуация. Такие пациенты нередко регулярно вызывают «скорую помощь», увеличивая и без того значительную нагрузку на эту службу.

Трудности, связанные с дифференциальной диагностикой органических заболеваний на фоне ВД порой становятся основанием к госпитализации таких пациентов. Однако в условиях стационара возможно ухудшение их самочувствия – госпитальная ятрогения (Дворецкий Л.И., 2002). После выписки эти пациенты не испытывают улучшений и снова оказываются на приеме у УВТ в поликлинике или вызывают его на дом. Пациент привыкает к постоянному посещению медицинских учреждений, он становится «зависим» от белого халата, медицинских манипуляций, диагностических процедур. Между тем исследования, назначаемые таким пациентам, часто оказываются необоснованными, не имеющими диагностической ценности. Кроме того, любая диагностическая находка поддерживает искаженное представление у больного о своем состоянии, ухудшает его самочувствие. Все это ведет к росту посещаемости, увеличению нагрузки на врачей разных специальностей, прежде всего – УВТ, параклинические службы. В конечном итоге такая ситуация, кроме увеличения доли населения с низким качеством жизни (нередко нетрудоспособного), приводит еще и к постоянному росту неэффективных и не рациональных расходов системы здравоохранения.

Полиморбидность, в том числе определяемая и ВД, создает предпосылки для полипрагмазии. УВТ нередко назначает большое количество препаратов в соответствии с тем количеством разнообразных жалоб, которые предъявляет пациент. Кроме того у ряда пациентов отмечается высокий комплаенс к фармакотерапии и они настойчиво требуют от УВТ назначения им препаратов, о которых они имеют смутное представление, но знают о них от ближайшего окружения. Такая терапия, как правило, не эффективна. В связи с этим схемы лечения постоянно меняются, нередко по инициативе самого пациента. Этот факт также не способствует формированию у пациента доверия к врачу, появляется представление о «неизлечимости» болезни.

В литературе такая ситуация описана, как «много жалоб, много врачей–специалистов, много диагнозов, много лекарств».

Безусловно, трудности дифференциальной диагностики ВД, особенно на фоне органических заболеваний, порой определяются рядом объективных причин: недостаточный клинический опыт УВТ, острый дефицит времени при осмотре пациента, тенденция к узкой специализации, «технизация» медицины, приводящая к игнорированию тщательного опроса и физикального осмотра и др.

Все это является основанием для разработки современных подходов к оказанию медицинской помощи пациентам, страдающим ВД, в условиях ПМСП. В основу этих подходов должны лечь методы системного анализа, позволяющие целостно оценивать объекты и явления с использованием современных информационных технологий.

Системный подход к проблеме оказания помощи пациентам с ВД в условиях ПМСП должен предусматривать:

1. Выработку клинической настороженности УВТ в отношении ВД,
2. Обучение УВТ методам экспресс-диагностики ВД в условиях ПМСП.
3. Организацию тесного контакта УВТ со специалистами параклинических служб, психиатрами, психотерапевтами, реабилитологами, службами «скорой медицинской помощи», социальной помощи населению, медико-социальной экспертизы.

Организация этой работы должна строиться на создании реестра пациентов с ВД, который позволит выделять их в отдельный поток и осуществлять оказание всех последующих видов медицинской помощи с использованием принципов медицинской логистики. Можно полагать, что такой подход к оказанию ПМСП при ВД позволит не только повысить качество жизни пациентов, но и рационально использовать ресурсы первичного звена здравоохранения.

ОЖИРЕНИЕ – КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кривчикова А.П.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бажук Т.Н.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра патологии

Актуальность: Заболеваемость инфарктом миокарда составляет около 500 на 100 000 мужчин и 100 на 100 000 женщин [В.А. Люсов, 2001]. В то же время известно, что у женщин до наступления менопаузы ИБС встречается значительно реже, чем у мужчин того же возраста. Принято считать, что инфаркт миокарда развивается у женщин на 10-15 лет позднее, чем у мужчин [Сыркин А.Л., 2003]. Тем не менее, эпидемиологические данные последних лет свидетельствуют об увеличении частоты ИМ у женщин и мужчин