

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 6 (1609)

(Окончание. Начало в № 6 от 27.01.2012.)

Тромбофлебит – воспаление вены с ее тромбозом. Острый тромбофлебит поверхностных вен чаще развивается в бассейне большой подкожной вены. Заболевание начинается с острых болей по ходу венозных стволов и повышения температуры до 37,5–38°C. По ходу тромбированных вен на коже появляются красные полосы и различной протяженности уплотнения в виде болезненных тяжей. При пальпации кожа на этих участках горячая, пальпируются увеличенные болезненные паховые лимфоузлы. Появляется незначительный отек больной конечности. Иногда кожа над пораженными участками приобретает сине-багровую окраску. Заболевание длится от нескольких дней до 2–3 недель, чаще заканчивается переходом в хроническую форму.

Хронический тромбофлебит характеризуется продолжительным течением и может длиться много лет. Все симптомы, характерные для острого тромбофлебита, при хроническом выражены менее отчетливо. Температура, как правило, не повышается, боли в конечности незначительны (в покое могут совсем отсутствовать, а беспокоят больного только при ходьбе), усиливаются при пальпации по ходу вен. Отеки на пораженной конечности появляются к концу рабочего дня у тех, кому приходится работать стоя.

Клинический пример. Больной М-ов, врач-анестезиолог. Работает с 1988 г. Операционные дни – 5 раз в неделю, операции длятся до 4–6 часов, в основном приходится работать стоя. Уже через 2 года от начала трудовой деятельности стали беспокоить умеренные боли в левой голени, преимущественно к концу рабочего дня, чувство тяжести в ноге, ночные судороги в икроножных мышцах, через год в подколенной области появились варикозно-расширенные вены. При обследовании предьявлял жалобы на чувство тяжести, боли, жжение в левой голени, преходящие отеки в области левого голеностопного сустава во второй половине дня. Объективно: внутренние органы без патологии, сопутствующих заболеваний не выявлено. При осмотре нижних конечностей: справа – без особенностей, слева – цвет и температура кожных покровов не изменены, имеется небольшая патозность в области голеностопного сустава. По задней поверхности голени, от подколенной ямки до медиальной лодыжки, выявлено варикозное расширение малой подкожной вены по магистральному типу, единичные телеангиоэктазии по ходу вены. Пульсация магистральных артерий в симметричных точках удовлетворительная до дистальных отделов. Результаты функциональных диагностических проб: Троянова – Тренделенбурга – остиальный клапан состоятелен; Пратта – Шейниса – несостоятельность перфорантных вен в средней трети голени; Мейо – Пратта – глубокие вены проходимы; пробы Ловенберга, Хоманса – отрицательные. Данные инструментальных исследований: по показателю, полученным с помощью портативного доплера, регистрируется венозный рефлюкс в системе малой подкожной вены слева на всем ее протяжении. Фотоплетизмография – несостоятельность поверхностных вен левой голени. Ультрасонодоплерография – осмотрены глубокие и поверхностные вены нижних конечностей. Кровоток фазный, стенки глубоких вен не утолщены, ровные, диаметр поверхностной бедренной вены в верхней трети бедра 0,37 см. На высоте пробы Вальсальвы ретроградный кровоток не регистрируется. При цветной доплерографии выявлена несостоятельная перфорантная вена в средней трети голени слева. Результаты лабораторных анализов крови, мочи – в пределах нормы.

Диагноз: варикозная болезнь левой нижней конечности, стадия декомпенсации, неосложненная форма.

Больному проведен курс консервативного лечения, включающий монотерапию детралексом в течение 6 месяцев и внешнюю эластическую компрессию. Положительная динамика была отмечена уже на 5-й неделе приема препарата – уменьшились боли, исчезли судороги и чувство тяжести, отеки. Клиническое улучшение сопровождается

снижением интенсивности венозного рефлюкса, по данным доплерографии, и увеличением периода венозного наполнения при проведении фотоплетизмографии. Рекомендован рациональный режим труда, исключающий длительное пребывание на ногах.

Лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей в стадии декомпенсации (когда возможно установление профессионального диагноза) проводится в специализированных отделениях врачами-флебологами в основном оперативно. При отказе больного или противопоказаниях к применению оперативных методов прибегают к консервативному лечению. Оно складывается из рекомендаций ограниче-

ния длительного стояния на ногах и физического труда (например, трудоустройство активно оперирующего хирурга стационара на поликлинический прием с компенсацией соответствующего процента утраты профессиональной трудоспособности), обязательного ношения эластического бинта, медикаментозного, физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения. Консервативное лечение больных с наличием трофических язв следует проводить совместно с дерматологом (повязки с антисептиками, протеолитическими ферментами, стафилококковыми препаратами). Из медикаментозных средств назначают венотоник, гливенол, троксевазин, эндетолон, трициклофат, гинкор форте и другие препараты. Рекомендовано применение диосмина+гисперидина (детралекса) – препарата повышающего венозный тонус, улучшающего лимфатический дренаж и микроциркуляцию. При этом улучшается общее состояние больных, уменьшаются боли и отеки конечности, исчезают парестезии.

Профилактика профессионального варикозного расширения вен на ногах у медицинских работников складывается из следующих направлений:

1. Квалифицированный профотбор на работу, связанную с длительным пребыванием на ногах (хирурги, операционные сестры, некоторые категории работников аптек и др.). Не допускаются лица, имеющие хронические заболевания периферической нервной системы, облитерирующие заболевания артерий, выраженный энтероптоз, грыжи, аномалии положения женских половых органов. При профориентации будущих специалистов необходимо исключить конституциональную слабость соединительной ткани, например плоскостопие.

2. Квалифицированные периодические медицинские осмотры, целью которых является диагностирование компенсированной стадии варикозной болезни и соответствующее своевременное трудоустройство больных без снижения квалификации. Возможна переквалификация с учетом основной профессии, активная медицинская реабилитация.

3. Рациональная организация режима труда, по возможности исключающая длительное пребывание на ногах (рационально организованные операционные дни, комфортный микроклимат, комнаты физической и психологической разгрузки и пр.), превентивная лечебная физкультура.

Возможность выполнения перечисленных рекомендаций проблематична, но вполне реальна при взаимной заинтересованности медицинского работника и его работодателя, который должен понять, что экономически выгоднее заниматься профилактикой профессиональных заболеваний, чем при их объективном и полном выявлении в течение многих лет компенсировать больному материальный и моральный ущерб.

Прогрессирующая близорукость

Это заболевание развивается, если условиями труда предусмотрено повышенное напряжение зрения при различении мелких предметов с близкого расстояния. Среди медицинских работников близорукости подвержены довольно многочисленные группы специалистов, работающих с оптическими приборами (микроскопы, в том числе и операционные).

Оптические приборы создают высокую нагрузку на зрение, необходимость постоянной фокусировки объекта и слияния парных изображений в условиях принудительного разобщения аккомодации и конвергенции. Все это приводит к резкой нагрузке на окуломоторные системы органа зрения (например, у микрохирургов, микробиологов, гистологов, лаборантов и пр.), вызывает или усиливает развитие миопии. Высокий процент миопической рефракции органа зрения выявлен также у представителей таких медицинских профессий, как стоматологи, оториноларингологи, что связывается с длительным неравно-

мерным напряжением глазных мышц при рассматривании объектов малых размеров, трудностью их визуализации, частой переадаптацией глаза в условиях значительных перепадов яркости освещения цветных гамм окружающего фона. По данным В. Катаевой (1989), количество стоматологов с миопической рефракцией глаза составляет 17–26%, несвойственная лицам среднего и пожилого возраста близорукость отмечается у 20% стоматологов со стажем работы 26–30 лет. Это состояние характеризуется как «рабочая» миопия в результате постоянной фиксации взгляда на близком расстоянии с последующим спазмом аккомодации.

Профессиональные заболевания медицинских работников, связанные с физическими перегрузками

Выполнение точных работ в названных профессиях, усугубляемое большим нервно-эмоциональным напряжением, высокой ответственностью при выполнении диагностических и лечебных манипуляций, вызывает у медицинских работников, глаза которых не могут справиться с условиями повышенной зрительной нагрузки, зрительное и общее утомление, приводит к развитию астенопии и миопии.

Астенопия – это затяннувшееся патологическое зрительное утомление, которое вызывает снижение работоспособности. Больные жалуются на чувство разбитости, быстрое утомление при чтении и работе на близком расстоянии, боли режущего и давящего характера в области глаз, лба, темени, ухудшение зрения, появление периодического двоения предметов. Объективно выявляется снижение некоторых показателей функционального состояния зрительного анализатора – временного порога устойчивости ахроматического видения, скорости зрительного восприятия и др. Ухудшаются также показатели аккомодации. Астенопия – явление преходящее, проведение ряда профилактических мер может привести к ее устранению.

Миопия – один из видов рефракции глаза, при которой параллельные лучи света, попадающие в глаз, после их преломления сходятся в фокусе не на сетчатке, а впереди нее. Близорукость относится к аметропии и почти всегда представляет собой приобретенный вид рефракции. Основной ее причиной считается длительная работа на близком расстоянии. Различают близорукость трех степеней: слабой – до 3 диоптрий, средней – от 3 до 6 диоптрий и высокой – свыше 6 диоптрий. Близорукость высокой степени по своим клиническим признакам сходна с тяжелой, прогрессирующей или злокачественной близорукостью, при которой возникают изменения в оболочках глаза (сетчатке, сосудистой), что значительно затрудняет коррекцию зрения. Частым симптомом близорукости являются так называемые летающие мушки – видимые пациентом мелкие сероватые помутнения, перемещающиеся при движении глазного яблока. При прогрессирующей близорукости глазное яблоко может несколько выстоять, глазная щель кажется

шире, чем в норме, передняя камера глубже нормальной, зрачок – большего диаметра. При офтальмоскопическом исследовании может наблюдаться так называемый задний конус – белого или желтоватого цвета серп с височной стороны диска зрительного нерва – или так называемая задняя стафилома – более или менее обширная зона дегенеративно-атрофических изменений в сосудистой, сетчатой оболочках, окружающих диск зрительного нерва, захватывающая иногда область желтого пятна. Эти изменения возникают в результате растяжения и атрофии оболочки глаза около диска зрительного нерва. При поражении области желтого пятна (миопический центральный хориоретинит) вследствие разрыва мелких кровеносных сосудов наблюдаются повторные кровоизлияния в сетчатку, а иногда и в стекловидное тело. На месте кровоизлияния в сетчатку образуется серое или черное пятно, острота зрения при этом резко снижается. Как осложнение близорукости иногда развивается катаракта, обычно ядерного типа. Самое тяжелое осложнение прогрессирующей близорукости – отслойка сетчатой оболочки.

На возникновение и развитие миопии оказывают влияние и другие неблагоприятные условия труда (недостаточная освещенность, неправильно организованное рабочее место, плохой контраст между объектом манипуляций и фоном и пр.), осложняющие выполнение точной зрительной работы.

Лечение. При профессиональной прогрессирующей близорукости лечение проводится на фоне временного прекращения трудовой деятельности, связанной с выполнением точных зрительных работ или при соответствующем трудоустройстве. Помимо коррекции зрения очками, применяются рассасывающие и укрепляющие оболочки глаза средства: внутрь препараты йода, кальция; местно (в форме глазных капель) – раствор дионина (возрастающей концентрации (1–2–3–4–5%), инъекции кислорода под конъюнктиву. Для стимуляции функций зрительного аппарата назначают витамин В (5%-ный раствор по 1 мл подкожно) или инъекции 0,5%-ного раствора галантамина, тканевую терапию по методу Филатова (инъекции экстракта алоэ по 1 мл, на курс до 40 инъекций), местно в виде капель – 5%-ный раствор интермедина. При наклонности к кровоизлияниям в сетчатку оболочку глаза и стекловидное тело – антигеморрагические средства. При отслойке сетчатки – лазеротерапия или хирургическое лечение.

Профилактика:

1. Профессиональный отбор на работы, связанные с выполнением точных операций.
2. Правильный подбор корригирующих стекол с учетом расстояния от объекта манипуляций до глаз.
3. Проведение профилактических мероприятий: физические упражнения, гимнастика для глаз, рациональное питание (кальций, витамин D), при нарушениях конвергенции – ортооптические упражнения, применение ортоскопических очков при точной работе на близком расстоянии.
4. Качественное проведение превентивных и периодических медицинских осмотров.

Координаторные неврозы

Координаторные неврозы – своеобразное профессиональное заболевание рук. В литературе это заболевание описывается под многими названиями: писчий спазм, профессиональная дискинезия рук. Наиболее типичным симптомом профессиональной дискинезии рук является специфичность поражения, заключающаяся в нарушении только одной функции, лежащей в основе профессиональной деятельности: письма у медицинских работников, связанных с постоянным заполнением медицинской документации.

В основе развития дискинезии лежит нарушение функционального состояния центральной нервной системы. Чаще координаторные неврозы развиваются в результате длительной монотонной работы

ПРАКТИКА

на фоне эмоционального напряжения, что характерно для медицинских работников. Развитию дискинезии также способствуют определенные преморбидные черты – неполноценность опорно-двигательного аппарата (недостаточное развитие мышц плечевого пояса, сколиоз грудного отдела позвоночника), личностные особенности, возрастные изменения и другие дополнительные факторы, отрицательно влияющие на функциональное состояние нервной системы (психические травмы, инфекции и др.).

В классификации Govers выделяются следующие клинические формы: судорожная, паретическая, дрожательная и невральная. Для судорожной формы характерно повышение тонуса в мелких мышцах кисти при выполнении строго дифференцированных профессиональных движений. При этом появляется чувство неловкости и тяжести в рабочей руке, изменяется почерк у лиц, работа которых связана с письмом.

При паретической форме во время работы наступает резкая слабость в мышцах кисти, при письме выпадает из рук карандаш или ручка. Дрожательная форма координаторного невроза проявляется тремором в рабочей руке, который возникает только при выполнении профессиональных операций. При невральной форме боль в мышцах рабочей руки возникает только во время работы. Боли имеют тянущий, ломящий характер, в процессе работы резко усиливаются, что нередко делает невозможным продолжение работы. Локализуются они в мышцах кисти, предплечья, реже плеча. Мышцы при пальпации нормальной консистенции, без болезненных уплотнений.

При профессиональной дискинезии органических изменений в центральной нервной системе не наблюдается. Все другие двигательные акты при участии тех же самых мышечных групп больные выполняют свободно. Особенностью профессиональной дискинезии является нарушение только одной функции, лежащей в основе профессиональной деятельности. Этот характерный признак выступает особенно отчетливо в начальных стадиях заболевания.

Например, больные, испытывающие значительное затруднение при письме, продолжают с успехом играть на рояле, гитаре, шить. По мере прогрессирования заболевания указанная специфичность утрачивается, начинают страдать другие двигательные функции, особенно сложные, требующие высокой координации движений, причем нарушения часто носят смешанный характер: судорожная форма может сочетаться с невральной; паретическая с дрожательной.

Течение профессиональной дискинезии хроническое, торпидное. Она требует длительного лечения, с полным прекращением профессиональной деятельности на время лечения.

Лечение. Патогенетическая терапия должна быть направлена на нормализацию функционального состояния нервной системы. Наиболее благоприятный эффект при лечении профессиональной дискинезии отмечается при комплексном лечении: сочетании акупунктуры с электросном, аутогенной тренировкой, гидропроцедурами, лечебной гимнастикой и седативной терапией. Кроме перечисленных видов терапии, больным назначают соляно-хвойные или жемчужные ванны, в зависимости от характера функциональных нарушений, седативные препараты и малые транквилизаторы. Лечебная гимнастика проводится всем больным, независимо от формы заболевания.

Фонастения

Фонастения – типичное профессиональное нарушение голоса, в основе ее возникновения, помимо повышенной голосовой нагрузки, ведущей к перенапряжению гортани, лежат различные неблагоприятные ситуации, вызывающие расстройство нервной системы. Среди медицинских работников подобные изменения характерны для преподавателей высших и средних медицинских учебных заведений.

В результате сочетания этих факторов развивается невроз голосового аппарата – фонастения. Для больных фонастенией характерны жалобы на быструю утомляемость голоса, различные парестезии в области горла и гортани, першение, саднение, щекотание, жжение, ощущение тяжести, напряженности, боли, спазма, сухости или повышенной продукции слизи. Весьма типичны для этого страдания обилие жалоб и большая детализация их больным. В начальной стадии заболевания голос у таких больных звучит обычно нормально, а ларингоскопический осмотр не выявляет каких-либо отклонений от нормы. Для

определения профессионального характера заболевания гортани необходимы тщательное изучение анамнеза заболевания, санитарно-гигиенической характеристики условий труда с целью выяснения степени голосовой нагрузки и динамическое наблюдение за больным с применением методов функционального исследования состояния гортани.

Лечение. При органических изменениях показаны противовоспалительная терапия, прием антигистаминных средств, инстилляций масел в гортань. При вазомоторных изменениях хороший лечебный эффект оказывает вливание в гортань масел в сочетании с суспензией гидрокортизона, витамином С. При фонастении широко показана дополнительная седативная терапия (прием седуксена, элениума, тазепама и др.) Для повышения тонуса этим лицам рекомендуется назначать пантокрин, женьшень. Для профилактики инфекционных осложнений может быть использован фузафунгин (биопарокс). Из физиотерапевтических процедур при фонастении хороший эффект оказывают гидропроцедуры (обтирание водой, хвойные ванны). Можно использовать полоскание горла настоем из листьев шалфея, цветов ромашки. Для профилактики рецидива фонастении следует избегать перенапряжения голоса и различных конфликтных ситуаций, отрицательно влияющих на нервную систему.

Неврозы

Профессиональные неврозы могут развиваться при длительном непосредственном обслуживании душевнобольных людей – работа медицинского персонала в психиатрических учреждениях, в том числе преподаватели и обслуживающий персонал для психически неполноценных детей (п. 4.8 «Списка профессиональных заболеваний», 1996). Кроме того, в настоящее время в медицинской литературе начинают говорить о так называемом синдроме выгорания среди медицинских работников (А.Мальцева, 2006). Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. На Европейской конференции ВОЗ (2005) отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза, и стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3-4% валового национального дохода. СЭВ – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. В литературе в качестве синонима синдрома эмоционального выгорания используется термин «синдром психического выгорания». СЭВ – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, которыми постоянно подвергаются медицинские работники. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. В большой степени это характерно и для медиков-управленцев (В.Мальцев, 1992; Н.Амиров, 2005).

Первые работы по этой проблеме появились в США. Американский психиатр Н.Frendenberger в 1974 г. описал феномен и дал ему название «burnout», для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Социальный психолог K.Maslac (1976) определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам. Первоначально под СЭВ подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента. Исследователи всё больше связывали синдром с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-10) СЭВ отнесен к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

По данным П.Сидорова (2003), почти 80% психиатров, психотерапевтов, наркологов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% – резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; в 5% определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями.

Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки СЭВ обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза «истощения» определяется у 8,8% респондентов в возрасте 51-60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет.

В отечественной профпатологии рассматриваются профессиональные неврозы медицинских работников, определяющиеся как психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно эмоционально-волевых) и нейровегетативных функций при сохранении у больного достаточно правильного понимания и критической оценки симптоматики, себя и окружающего с негрубым нарушением социальной адаптации (Г.Носачев, 1995; С.Михалев, 2007; К.Бунькова, 2008), что, по нашему мнению, идентично синдрому профессионального выгорания.

В связи с функциональным характером неврозов возможна полная обратимость присутствующих им болезненных явлений. В основе профессионального невроза лежит, с одной стороны, интимно-личностный или межличностный конфликт (завышенные требования к себе при невозможности их выполнения, завышенные требования к окружающим), с другой – психическая травма (срыв в производственных отношениях). По И.П.Павлову неврозы, в частности, невращения, истерия, невроз навязчивых состояний, возникают на основе преимущественно слабого и отчасти сильного безудержного типа высшей нервной деятельности, в то же время невращения есть болезненная форма слабого общего и среднего человеческого типа. Истерия есть продукт слабого общего типа в соединении с художественным, и психостения – продукт слабого общего в соединении с мыслительным. Под воздействием очень мощных психических травм, к тому же при соматических нарушениях, неврозы могут возникать и у людей с уравновешенным типом высшей нервной деятельности.

В отечественной психиатрии выделяют три основные клинические формы неврозов: невращения, истерия, невроз навязчивых состояний. В динамике развития невротических расстройств выделяют невротические реакции (до 3 месяцев), неврозы (от 3 месяцев до 2 лет) и невротическое развитие личности.

Невротические реакции чаще всего развиваются в виде невращательной (астенической), истерической, психостенической, тревожно-фобической, диссомнической, а также в виде соматических расстройств, таких как психогенная анорексия, тошнота, рвота. Невротические реакции купируются непосредственно при выявлении. Прежде всего, изолируют пациента от психотравмирующей ситуации. При невращательной реакции целесообразно назначение настойки женьшеня, лимонника, экстракта элеутерококка, транквилизаторов; при гипостеническом варианте – мезапам, азафен, нозепам; при гиперстеническом (возбудимом) варианте – хлорзепид, сибазон, феназепам. При тревожно- и обсессивно-фобических реакциях назначают транквилизаторы с седативным действием – нозепам, феназепам; при депрессивных – азафен, оксалидин, сиднофен, перед сном – нитразепам или феназепам.

В качестве антидепрессанта первого выбора может быть рекомендован тианептин – современный антидепрессант первого выбора, восстанавливающий нейропластичность, дающий дополнительный анксиолитический эффект без седации, повышающий устойчивость к стрессу. Также может быть использован агомелатин – первый мелатонинергический антидепрессант с мощным антидепрессивным действием, эффективно корректирующий нарушения цикла сон – бодрствование у пациентов с депрессией. Лечение проводится у психотерапевта.

Невращения (астенический невроз) – состояние, характерное для астенического, астено-фобического, астено-сенестопатического синдромов. Это состояние выраженного ослабления деятельности

нервной системы, которое возникает при сочетании травмирующих психику факторов с чрезмерной продолжительной, требующей постоянного напряжения работой. Для клиники невращения характерно состояние раздражительной слабости, которое выражается сочетанием повышенной раздражительности и возбудимости с повышенной утомляемостью, слабостью и истощаемостью. Раздражительная слабость характеризуется чрезмерной силой, но быстрым истощением эмоциональных реакций: большие переходят от вспышек раздражительности к слезам, не могут бороться с неприятным чувством недовольства всем окружающим, утрачивают способность контролировать внешнее проявление своих эмоций. Повышенная возбудимость отмечается и со стороны всех анализаторов: обычный шум раздражает, обычный свет ослепляет, обычный разговор утомляет. Повышенная возбудимость проявляется нетерпеливостью, торопливостью, суетливостью. Нередки жалобы на тягостное чувство пустоты в голове. Запоминание имен, чисел, дат представляет непреодолимые трудности. По мере развития невращения больные становятся всё более вялыми, ленивыми, безвольными, апатичными. Возрастают колебания настроения с оттенком тоскливости, возникают ипохондрические симптомы, крайняя сосредоточенность на своих болезненных ощущениях. Может развиваться так называемая депрессия истощения. Характерны нарушения сна и вегетативные расстройства: головные боли стягивающего характера («каска невращения»), сердцебиение, одышка, боли в области сердца, вазомоторная лабильность, выраженный дермографизм, потливость, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, снижение аппетита. Рефлексы со слизистых оболочек, кожные, сухожильные обычно повышены.

Истерия – функциональное нервно-психическое расстройство, психогенно обусловленное, проявляющееся разнообразными нарушениями психики, двигательной сферы, чувствительности. Различают четыре клинических варианта истерии: истерический припадок, истерические расстройства сознания (истерические психозы), истерические сенсомоторные и вегетативные нарушения и истерический характер.

Невроз навязчивых состояний характеризуется преимущественно обсессивно-фобическим, фобическим, астено-фобическим синдромами в сочетании с сомато-вегетативными нарушениями. Это патологические мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, возникающие независимо и вопреки желанию больного, притом непреодолимо и с большим постоянством. Больной критически относится к ним, но освободиться от них собственными усилиями не может.

При длительности невроза свыше 2 лет происходит перестройка структуры личности в виде новых стереотипов в поведении и эмоциональных реакций защитной направленности, изменения установок, иерархии мотивов и ценностей. Образ жизни и реакции больного на бытовые и производственные обстоятельства приобретают стереотипный невротический характер, болезненное состояние превращается в привычный способ существования (невротическое развитие личности по астеническому, истерическому, ипохондрическому типу).

Больные неврозами должны лечиться у психотерапевтов или психиатров. При соответствующей психокоррекции, рациональной организации труда, исключающих (или снижающих) возможность психической травматизации, больные остаются трудоспособными в своей профессии. В случае профессионального характера заболевания по рекомендации специалистов может быть показана переквалификация в рамках основной профессии с соответствующим возмещением материального ущерба (МСЭ). В нашей практике не было случаев профессиональных неврозов у медицинских работников, но соответствующие литературные данные есть. Это, по нашему мнению, связано и с изменениями характера течения психических заболеваний на фоне современной медикаментозной терапии, и с недостаточной информированностью медицинских работников психиатрических учреждений.

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
профессор.
Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры.
Самарский государственный
медицинский университет.