Лечить больного, а не болезнь.

В неврологии в последние годы появилось много новейших и высокотехнологичных исследовательских методов - от новых разновидностей томографии головы до вызванных потенциалов мозга. Часть из них уже прочно вошли в практику, а часть по-прежнему представляет лишь чисто научный интерес. В этой статье мы как раз и поговорим о рациональном соотношении «нового» и «старого» применительно к диагностике нервных болезней.

Буквально революционный переворот в медицине XX столетия произвели компьютерная рентгеновская и магнитно-резонансная томография.

Компьютерная рентгеновская томография головного мозга - современный рентгеновский метод исследования, позволяющий получить точные и детальные изображения малейших изменений плотности его вещества. Благодаря этому можно определить местоположение разнообразных патологических образований: опухолей, кровоизлияний, полостей, гнойников, кальцификатов, большинство врожденных пороков развития и т.д. Определяются также степень расширения желудочков мозга и характер гидроцефалии (водянка мозга), становится возможным различить такие сосудистые нарушения, как инфаркт и кровоизлияние в вещество мозга.

Магнитно-резонансная томография мозга - основана на построении изображения органа человека и, в частности, мозга с помощью ядерного магнитного резонанса. Его преимуществом перед компьютерной томографией являются отсутствие ионизирующего излучения, возможность многоплоскостного исследования, осуществляемого исключительно электронными средствами, и большая разрешающая способность.

Часто от наших пациентов приходится слышать: «Доктор, направьте меня на компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, электроэнцефалографию и т.п.»! И все это обычно связано со стойкой и, в общем-то, вполне объяснимой верой в чудодейственность самых современных, самых информативных, самых дорогостоящих исследований. Объяснения, что в том или ином конкретном случае от лишнего обследования вполне можно отказаться, что в этом просто нет необходимости, подчас не действуют. Пациент уходит с обидой на лечащего врача: «Ведь мог, но не назначил». Такая позиция своими корнями уходит в давние времена - в средневековье. 25 июня 1537 г . известный врач Парацельс публично сжег книги Гиппократа, Галена, Авиценны, назвав их авторов «великими шарлатанами», учившими, что врач должен хорошо знать не только то, что действует на человека, но и те внутренние природные силы, которые воспринимают это воздействие. «Не верьте им», - говорил Парацельс студентам, - «ибо болезнь есть сорняк, который нужно найти и вырвать с корнем». Чрезмерное увлечение поиском «сорняков» лабораторно-инструментальными методами исследования, к сожалению, нередко встречается и в настоящее время, и не только у больных, но и у некоторых медицинских работников. В результате иногда анализы изучаются глубже, чем сам больной. Хотя известно, что немало обращающихся за медицинской помощью с целым рядом жалоб на ухудшение самочувствия на самом деле нуждаются лишь в улучшении эмоционального состояния.

В первые годы применения томографических методов казалось, что найдены надежные способы распознавания если не всех, то подавляющего большинства патологических состояний головного мозга, для которых будут определены характерные признаки. Но ожидания полностью не сбылись, несмотря на исключительно высокую информативность методов. Причина в том, что некоторые заболевания центральной нервной системы проявляются на томограммах сходными изменениями, а некоторые вообще не имеют каких-либо специфических признаков. Поэтому результаты исследований необходимо оценивать только в сочетании с данными других инструментальных и клинических методов диагностики, а также истории болезни.

Ипохондрическое расстройство - один из наиболее частных психопатологических феноменов, основной признак которого заключается в постоянной чрезмерной озабоченности возможностью

заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. В отличие от больных с соматизированными и недифференцированными соматоформными расстройствами, пациенты с ипохондрией не только тяготятся соматическим дискомфортом, но и испытывают страх наличия у них еще ненайденного серьезного, угрожающего жизни заболевания. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больным как анормальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, тем не менее степень убежденности в наличии заболевания обычно меняется от консультации к консультации, причем пациент считает более вероятным то одно заболевание, то другое. Нередко больной предполагает, что, помимо основного заболевания существует и дополнительное. Часто присутствуют выраженные депрессия и тревога, которые могут оправдывать установление дополнительного диагноза. Этот синдром встречается как у мужчин, так и у женщин, а особые наследственные характеристики здесь отсутствуют (в отличие от соматизированного расстройства).

Основная роль в лечении принадлежит психотерапии. Фармакотерапия имеет цель создать возможности психотерапии и проводится для коррекции сопутствующих симптомов. Выбор лекарственных средств в каждом случае определяется особенностями симптоматики и сопутствующих проявлений. Для фармакотерапии используются следующие группы лекарственных средств: лекарственными средствами первого выбора являются антидепрессанты; лекарственными средствами второго выбора являются бета-блокаторы и нормотимики; также используются нейролептики с седативным эффектом.

Статью подготовила врач-невролог Силантьева О.Е.