Послеродовой психоз – это острое психическое расстройство, которое развивается в первые недели после родов.

Особенности психологического состояния женщин после родов: чувствительность нервной системы, обостренная интуиция, болезненное восприятие изменений в теле, утомление от повышенного психического напряжения, загнанность, депрессивные реакции, чувство неуспешности, обеспокоенность состоянием ребенка, чувство опустошенности, социальная изоляция, страх, тревога, страх, паника, нарушение самооценки, нарушенное самоощущение, слезливость.

У женщин после родов проявляется соматизация, сензитивность и тревожность. У женщин после родов в возрасте 19–24 лет проявляется большее количество симптомов и интенсивность переживаемого дистресса, чем в возрасте 25–29 лет и 30–36 лет.

Общий индекс тяжести симптомов в группе женщин 19–24 лет выше, чем в группе женщин 25–29 лет и группе женщин 30–36 лет. Индекс наличного симптоматического дистресса выше в группе женщин в возрасте 19–24 лет, чем в группе женщин 25–29 лет и группе женщин 30–36 лет. У женщин 19–24 лет интенсивность состояния соответствующая количеству симптомов выше, чем у женщин 25–29 лет и 30–36 лет.

Женщины возрастной категории 30–36 лет в меньшей степени ощущают социальную поддержку, чем женщины 19–24 лет и 25–29 лет. Женщины 19–24 лет ощущают социальную поддержку от семьи и друзей; женщины 25–29 лет – от семьи; 3женщины 30–36 лет – от партнера.

У 12% женщин после родов выражен психопатологический статус, проявляющийся в симптомах: навязчивость, депрессия, сензитивность, тревожность и соматизация. В группе женщин с выраженным психопатологическим статусом уровень воспринимаемой социальной поддержки выше, чем в группе женщин не выраженным психопатологическим статусом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Филиппова, Г. Г.* Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата / Г. Г. Филлипова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 212 с.
2. *Казаева, Е. А.* Исследование особенностей послеродовой депрессии у женщин / Е. А. Казаева // Психология семьи в современном мире. – 2017. – С. 176–182.
3. *Федотова, А. В.* Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике / А. В. Федотова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2008 – С. 83–88.

УДК 616-001.12-092

Н. А. Скуратова, А. Г. Скуратов

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ГОРНАЯ БОЛЕЗНЬ В АЛЬПИНИЗМЕ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Введение

Более 70% восходителей на горную вершину Килиманджаро переносят острую горную болезнь. Причина в слишком быстром наборе высоты, при этом альпинисты достигают вершины только на пятый день [1, 4].

Цель

Анализ имеющейся литературы по изучению этиопатогенетических механизмов горной болезни в альпинизме.

Материал и методы исследования

В основе данного исследования лежат отечественные и зарубежные статьи, в которых описаны этиопатогенетических механизмы горной болезни в альпинизме.

Результаты исследования

Горная болезнь – это патологическое состояние, обусловленное снижением насыщения крови кислородом, развивающееся при пребывании на значительной высоте. Клиника складывается из признаков дыхательной недостаточности, гипоксического поражения головного мозга, системы кровообращения и желудочно-кишечного тракта [1, 2].

С медицинской точки зрения для развития горной болезни важна не столько абсолютная высота, сколько связанное с ней снижение атмосферного давления. При снижении атмосферного давления снижается парциальное давление кислорода, при этом затрудняется газообмен в легких, вследствие чего наступает гипоксия тканей и органов [1, 2].

Выделяют три вида расстройств, связанных с гипоксией на высоте: острая горная болезнь, высотный отек легких и отек головного мозга. При неправильной акклиматизации данные состояния могут проявиться как по отдельности, так в различных сочетаниях [4].

Так, при подъеме на высоту от 3000–4000 метров острая горная болезнь возникает у 10–20% альпинистов, свыше 4500–5000 м – у 100%. Тяжелое течение заболевания наблюдается у 1–4% находящихся на высоте, при этом высота 8000 метров над уровнем моря считается смертельной зоной. Пребывание в таких условиях без специального снаряжения ограничивается 1–2 сутками. Снижение парциального давления кислорода в разреженном горном воздухе вызывает гипоксемию. Благодаря компенсаторным возможностям человеческий организм в течение определенного временного периода способен адаптироваться к высотным условиям [1–3].

Установлено, что на промежуточных и больших высотах (от 1500 до 3500 метров) заболевание возникает при быстром подъеме. Практически каждый восходитель, поднявшийся на очень большую высоту (3500–5800 м), переносит горную болезнь в различном клиническом течении (от легкого до тяжелого). Период акклиматизации составляет 2–6 дней. Длительное нахождение на экстремальных (выше 5800 м) высотах невозможно, полная адаптация не происходит. Дополнительное неблагоприятное воздействие на организм оказывают перепады дневной и ночной температуры воздуха и сильный порывистый ветер. На частоту возникновения и тяжесть течения высотной болезни влияют уровень тренированности, физическое и психоэмоциональное состояние, устойчивость к гипоксии. Мужчины хуже переносят кислородное голодание. Молодые люди больше подвержены отрицательному воздействию разреженной атмосферы. Физическое перенапряжение, обезвоживание и неправильное питание, избыточный вес, нарушения сна провоцируют развитие заболевания на сравнительно низких высотах. Кровопотеря, простуды, обострение хронических болезней, употребление алкоголя и кофе усугубляют кислородную недостаточность и способствуют возникновению отека легких и (или) головного мозга [1, 2, 4].

Механизм развития горной болезни недостаточно изучен. Патогенетически доказано, что кислородная недостаточность приводит к тканевой гипоксемии, при этом организм стремится компенсировать это состояние, включая адаптационные механизмы: возникает усиление вентиляции, увеличение сердечного выброса, частоты сердечных сокращений, полицитемия. Таким образом организм адаптируется к кислородной недостаточности, и происходит акклиматизация [1, 2, 3].

Однако, если гипоксия усугубляется, резервы человеческого тела истощаются и происходит повреждение органов и систем на клеточном уровне, итогом является развитие

необратимых изменений: активируется апоптоз – запрограммированная гибель клеток. На фоне развивающейся гипервентиляции и гипокапнии возникает повреждение центральной нервной системы в виде неврологической симптоматики. При этом увеличение проницаемости сосудистой стенки приводит к отеку мозга, а застой в малом круге кровообращения способствуют развитию отека легких [1, 2].

Острая горная болезнь (Acute Mountain Sickness – AMS) – самая распространенная форма, для которой характерна головная боль, быстрая утомляемость, головокружение, тошнота или рвота, потеря аппетита, плохой сон. Как правило, симптомы проявляются в различном сочетании друг с другом в течение 4–12 часов после подъема на высоту 2500 м и больше. Острая горная болезнь не представляет прямой опасности для жизни. Если последующего набора высоты не происходит, то симптомы как правило проходят в течение 24–48 часов [1, 2, 4].

Отек легких (*High-Altitude Pulmonary Edema* – HAPE) – возможен на 2-е сутки прибывания на высоте 3000 метров и более. Первичные симптомы, как правило, не специфичны и схожи с симптомами AMS: быстрая утомляемость и одышка. При прогрессировании возникают одышка в покое, непродуктивный кашель, булькающие звуки в легких, пенистая или кровянистая мокрота (в тяжелых случаях), цианоз (посинение губ, языка и ногтей), гипертермия. При подозрении на отек легких (HAPE) необходимо как можно скорее начать спуск вниз. Отек легких развивается стремительно и может привести к смерти в течении нескольких часов (смертность 50%). При своевременной помощи и немедленном спуске вниз проходит без последствий для здоровья человека [1, 2].

Отек мозга (*High-Altitude Celebral Edema* – HACE) встречается реже всего, однако это наиболее опасное состояние. Как правило, он возникает начиная с высоты 4000 метров и проявляется на 2-е сутки. При этом происходит потеря координации, несвойственное поведение (агрессия, апатия, нервозность и т.д.), ухудшение зрения, галлюцинации, острая головная боль, головокружение, рвота, потеря сознания. При подозрении на HACE необходим срочный спуск вниз и оказание медицинской помощи. Промедление недопустимо, т.к. последствия необратимы, а сама болезнь быстро прогрессирует и может привести к смерти [1, 2, 4], (рисунок 1).

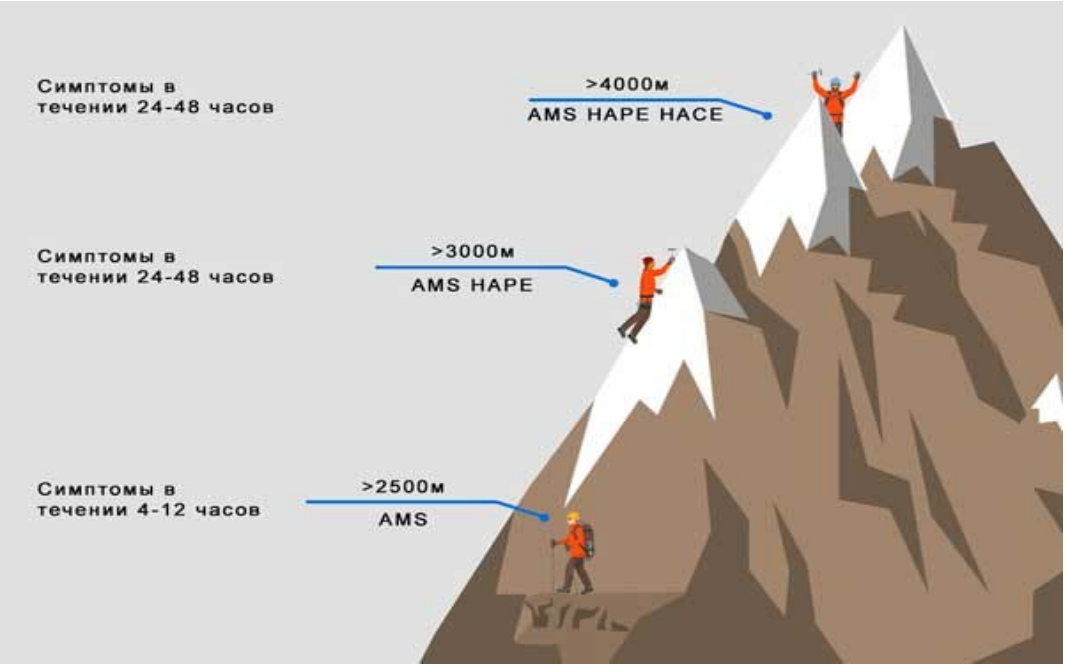

Рисунок 1 – Возникновение симптомов горной болезни в зависимости от высоты восхождения

При аускультации в легких могут прослушиваться сухие и влажные разнокалиберные хрипы. Наблюдаются учащение частоты сердечных сокращений, нарушения ритма. На ЭКГ выявляются признаки перегрузки правых отделов сердца, тахикардия, экстрасистолия, нарушения проводимости и ритма. При проведении пульсоксиметрии насыщение крови кислородом ниже 90% свидетельствует о среднем или тяжелом течении заболевания [1, 3, 4].

Пациенту даже с легко протекающей горной болезнью запрещается дальнейшее восхождение, рекомендуется покой, сбалансированное питание, витаминизированное питье до окончания периода акклиматизации. Если за 3 дня улучшение не наступает, пациент подлежит эвакуации вниз. При тяжелом и среднетяжелом течении заболевания необходимо применять оксигенотерапию, кортикостероиды, кардиотропные препараты, диуретики, антибактериальные средства. Пациенты подлежат экстренному спуску в предгорье и нуждаются в госпитализации [1, 3].

Профилактика горной болезни сводится к ряду мероприятий, а именно: начиная с высоты 3000 метров не рекомендовано подниматься от предыдущей ночевки выше, чем на 500 метров в день, а также использовать 1–2 дня отдыха, желательно на высотах ниже пиковых (достигнутых накануне). Соблюдение данной схемы позволяет снизить риск возникновения горной болезни на 50%. Следует помнить об индивидуальной переносимости высоты: реакция на гипоксию индивидуальна на разных высотах у различных людей различной тренированности [1, 2, 4].

Выводы

Следует более углубленно изучать этиопатогенетические механизмы горной болезни с целью своевременной профилактики горной болезни и оптимизации алгоритмов акклиматизации альпинистов в экстремальных условиях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Костюк, И. Ф.* Профессиональные болезни : учебное пособие для студентов-иностранцев медицинских вузов III–IV уровней аккредитации / И. Ф. Костюк, В. А. Капустник, В. П. Брыкалин, А. А. Калмыков. – Харьков : ХНМУ, 2007. – 155 с.

2. *Науменко, С. Е.* Горная болезнь : учебное пособие / С. Е. Науменко; Новосиб. гос. ун-т. — Новосибирск: ИПЦ НГУ, 2018. – 72 с.

3. Неотложная медицинская помощь при ОГБ, ВОЛ, ВОМ: Рекомендации медицинской комиссии UIAA/ Th. Kupper, U. Gieseler, C. Angelini, D. Hillebrandt, J. Milledge. – 2012, Т.2.

4. *Фойгель, М. А.* Альпинизм, выживание, горы. 20.10.2022 г.: [Электронный ресурс]. URL: https://alpagama.org/gornaya-bolezn-prichiny-profilaktika-i-lechenie.html (Дата доступа: 05.12.2024 г).