

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Лекарственная аллергия и фармакофобия

Проблема развития осложнений лекарственной терапии становится все более актуальной во всем мире. Их наиболее частым и серьезным проявлением является лекарственная аллергия (ЛА), распространенность которой колеблется в широких пределах (от 1 до 30% и выше), однако эти данные требуют критического анализа, поскольку не всегда учитывается наличие и распространенность реакций на плацебо, псевдоаллергия, не налажена дифференциальная диагностика истинных лекарственных аллергических реакций с другими видами побочного действия лекарственных препаратов и пр. По некоторым данным, ЛА регистрируется приблизительно у 10% людей и способствует развитию других побочных реакций лекарственной терапии еще у такого же количества пациентов. Частота ЛА колеблется от 0,5 до 60% случаев в различных лечебных учреждениях. Среди городского населения ЛА встречается чаще у женщин – 30 женщин и 14 мужчин на 1 тыс. человек (в сельской местности соответственно 20 и 11). Чаще она наблюдается у лиц в возрасте 31-40 лет. В целом риск развития аллергии на лекарство составляет 1-3%.

В Украине данные об истинной распространенности ЛА отсутствуют. Проведенные группой исследователей (Пухлик Б.М. и др., 1985; 1991) динамические клинико-эпидемиологические исследования показали, что среди взрослых частота ЛА составляет 2,24%, среди детей – 1,38%. У фармацевтических и медицинских работников ЛА может рассматриваться как профессиональное заболевание, и ее частота составляет 30%, а среди пациентов, которые длительное время подвергаются лечению (например, больные туберкулезом), частота ЛА превышает 10-15%.

! При этом в медицине существует проблема как гипо-, так и гипердиагностики ЛА. Одной из причин гипердиагностики ЛА является и фармакофобия (ФФ), которую также можно отнести к побочному действию лекарственных препаратов.

ФФ нередко встречается в практической деятельности врачей различных специальностей, чаще аллергологов, невропатологов и психиатров, но при этом является мало изученной проблемой. Ввиду этого в рамках данной статьи я хочу остановиться на проблеме взаимосвязи между ЛА и ФФ.

Фобии (от греч. phobos – страх) представляют собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой. Они крайне многообразны, и их содержанием может стать любое явление действительности. Так, в словаре медицинских терминов в США насчитывается более 400 видов различных фобий, количество которых постоянно растет. ФФ обычно рассматривается с двух сторон. С одной стороны, ФФ – это любой страх употребления лекарственных препаратов, вызванный болезненными причинами, а с другой стороны, этот термин имеет более специальное значение и подразумевает навязчивый страх принимать лекарства вообще. Следовательно, ФФ – это патологическое опасение, страх, в основе которого лежит представление о том, что лекарство – яд, который отравляет человека.

! Поскольку ЛА является серьезным психотравмирующим фактором для пациентов, то естественно, что она может способствовать возникновению страха перед приемом лекарственных препаратов из-за опасения развития тяжелой аллергической реакции и приводить к формированию ФФ.

Особенно подвержены ее развитию пациенты, перенесшие тяжелые проявления ЛА (анафилактический шок, отек Квинке в области жизненно важных органов, острые токсико-аллергические реакции и др.), псевдоаллергические реакции (например, анафилактикоидный шок), а также серьезные

проявления неаллергического побочного действия лекарственных средств. Более подвержены возникновению ФФ лица женского пола. Как правило, фобия появляется на фоне возникших вегетативных, сенсомоторных и аффективных расстройств. Вначале фобии развиваются в определенных идентичных ситуациях, затем происходит расширение условий для возникновения страха. Это дало возможность Н.Б. Асатиани выделить три стадии развития фобического синдрома. Для первой характерно возникновение страха непосредственно при столкновении с травмирующей ситуацией (например, при ФФ у пациента возникает страх при непосредственной необходимости приема лекарственного препарата). Во второй стадии фобия появляется уже в преддверии психотравмирующей ситуации, то есть при ее ожидании. Третья стадия характеризуется возникновением страха при одном лишь представлении о возможности столкновения с травмирующей ситуацией. К фобиям обычно присоединяются защитные действия-ритуалы. Больные начинают избегать ситуации, вызывающей страх. В дальнейшем защитные действия могут еще более усложняться. Несмотря на значительное число исследований, посвященных анализу формирования, течения, терапии фобического синдрома, а также наличие множества публикаций по проблеме ЛА, на сегодняшний день недостаточно сведений о причинах развития, особенностях клинической картины и лечебной тактики навязчивого страха перед приемом фармакологических препаратов.

Наглядными иллюстрациями проявлений ФФ могут быть следующие письма пациентов, которые я нашел в сети Интернет и привожу дословно.

1. Пациентка К. «У меня проблема, однажды я испытала аллергическую реакцию на лекарство (новокаин). Врач сказала мне, что я могла умереть, что меня еле спасли от смерти. Я помню свой сильный испуг и с тех пор боюсь принимать любые лекарства. И вот недавно моя подруга сказала, что на косметику тоже может быть анафилактический шок. Теперь я боюсь не только лекарственных препаратов, но и косметических веществ. Вообще теперь я боюсь всего. Подскажите, что мне теперь делать?»

2. Пациентка С. «Я попросила врача сделать мне операцию не под местным наркозом, а под общим, предчувствуя что-то неладное. Он не согласился. Во время проведения операции у меня возникла тяжелая аллергическая реакция с остановкой дыхания, развитием судорог, потерей сознания. И вот уже пять лет я мучаюсь фармакофобией с приступами панической атаки. Сначала я боялась пить только некоторые лекарства, но потом я заболела циститом,

мне выписали фурадонин, от которого я себя ужасно почувствовала. С тех пор я панически боюсь принимать лекарства – абсолютно все! Я стала бояться больниц. Хотя с этим страхом немного проще, я с ним пытаюсь как-то бороться. Но у меня цистит, воспаление матки, мне необходимо лечить зубы, больной позвоночник. Как же быть? Возможно ли это состояние как-то вылечить? Недавно у меня заболел зуб. Я положила в рот таблетку анальгина, в результате чего у меня возник приступ панической атаки. Есть ли у меня шанс на выздоровление? Хоть какой-нибудь? Психиатры мне прописывают какие-то лекарства от фобии, но я панически боюсь их принимать. Как мне жить дальше?»

3. Пациентка Ш. «Впервые лекарственная аллергия у меня была выявлена в 2003 году. Она проявилась по типу отека Квинке на фоне лечения антибиотиками по поводу пневмонии. Мне тогда назначили около восьми разных лекарственных препаратов, поэтому врачи не установили, что именно привело к развитию реакции. Через несколько месяцев во время лечения у гинеколога при парацервикальном введении таких препаратов, как новокаин, гепарин, цефотаксим, апротинин, у меня случился анафилактический шок. Я прошла курс плазмафереза и чувствовала себя удовлетворительно. Через 2 недели после перенесенного шока я выпила немного сильно разбавленного водой красного вина и снова резко почувствовала зуд кожи лица, головокружение, тошноту, но сознание не теряла. Врач скорой помощи ввела мне преднизолон, потом я снова прошла курс плазмафереза. Чтобы увеличить в организме количество белка, я решила на завтрак съесть бутерброд с красной икрой. К сожалению, такая же, как и раньше, реакция повторилась. Сейчас продолжаю курс плазмафереза, состояние улучшается после процедуры, но потом снова беспокоит сильная слабость, тошнота, отсутствие аппетита. У меня сильно страдает эмоциональная сфера, все время плачу, аппетит отсутствует, возникла боязнь любых лекарств и пищевых продуктов. Мне очень нужна помощь».

! Таким образом, у пациентов, страдающих ФФ, ведущими являются депрессивный, тревожно-фобический и ипохондрический синдромы. При этом всех пациентов с различной психопатологической симптоматикой объединяет навязчивый страх перед приемом лекарств, связанный с опасением тяжелой аллергической реакции и страхом смерти от этого. Такие пациенты, считая, что они «не переносят» лекарства, боятся и отказываются их принимать, настаивают на проведении безмедикаментозной терапии, включающей только психотерапевтические



С.В. Зайков

методы, физиотерапию, иглорефлексотерапию, лечебную физкультуру и прочее, часто нетрадиционные и несертифицированные методы лечения.

Структура психопатологических расстройств у лиц с истинной или мнимой лекарственной непереносимостью, по данным Р.Г. Акжигитова и соавт. (2000), выглядит в порядке убывания их частоты следующим образом: аффективные (депрессивные) расстройства, соматизированные расстройства, ипохондрические расстройства, фобические тревожные расстройства, генерализованное тревожное расстройство, специфические расстройства личности, что дополнительно подчеркивает разнообразие и тяжесть возможных расстройств психики у лиц с ФФ.

У большинства лиц с ФФ отмечается стойкое снижение настроения, часто с сопутствующей тревогой, ощущением внутреннего напряжения, ухудшением аппетита, характерным нарушением сна, чувством усталости, что соответствует депрессивным расстройствам психической сферы. Как правило, у лиц с ФФ присутствует астеническая симптоматика в виде эмоциональной и вегетативной лабильности, повышенной утомляемости, ухудшения внимания, снижения памяти, работоспособности и др. Кроме того, часть больных обращаются к врачам по поводу множественных, переменных, повторно возникающих соматических симптомов, которым трудно найти адекватное подтверждение даже при тщательном физикальном и инструментальном обследовании этих пациентов.

! Для лиц с ФФ характерны различные фобические тревожные расстройства в виде полиморфных фобий, в том числе агорафобии (боязни открытых дверей) с паническими атаками. У части пациентов отмечаются генерализованные тревожные расстройства, симптомами которых являются стойкая тревога генерализованного характера, внутреннее напряжение, дрожь, выраженные вегетативные реакции, предчувствие беды, всевозможных несчастий, страх скорой смерти.

Необходимо отметить, что лишь у части пациентов с ипохондрическими расстройствами в виде опасений по поводу наличия какого-либо одного или нескольких тяжелых соматических заболеваний предполагаемые ими диагнозы получают должное подтверждение. Так, у некоторых лиц с ФФ может выявляться сопутствующая соматическая патология со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронический гастрит, желчнокаменная болезнь, хронический

бронхит, бронхиальная астма, остеохондроз позвоночника, миома матки и др.), но тяжесть клинического течения этих заболеваний нередко преувеличена пациентами. При этом отсутствие подтверждений предполагаемых больными заболеваний или «снижение степени их тяжести» врачами с помощью объективных методов обследования лишь на некоторое время успокаивают пациентов, но чаще порождают недоверие к врачам.

! Развитию ФФ способствуют тревожно-мнительные преморбидные черты характера.

Нередко страх у пациентов появляется после возникшей лишь однажды реакции, связанной с приемом лекарственного препарата (например, типичный побочный холинолитический эффект некоторых психотропных средств), часто даже не имеющего отношения к развитию ЛА. Кроме того, ФФ может возникнуть только оттого, что они узнали о тяжелых проявлениях ЛА от своих родственников или знакомых, сами при этом никогда не имея клинических проявлений побочного действия лекарственных средств. В этой ситуации больные прекращают принимать лекарственные препараты, даже жизненно необходимые, полагая, что они страдают ЛА, от которой могут тяжело заболеть или даже умереть. В ситуации, когда под давлением медицинских работников или родственников все же возникает необходимость приема лекарственных средств, пациенты испытывают сильное беспокойство, тревогу вплоть до паники, сопровождающиеся выраженными вегетативными реакциями в виде ощущения нехватки воздуха, сердцебиения, дрожи, потливости, чувства жара, головокружения, резкой слабости, внутреннего напряжения и др. Иногда в подобной ситуации отмечаются кожные реакции в виде зуда, гиперемии, дермографизма.

! Как я указывал выше, вначале ФФ развивается по механизму условного рефлекса в определенной ситуации, то есть в момент приема препарата, но затем страх появляется уже в ожидании предстоящей фармакотерапии, а потом он возникает при одной только мысли о возможном назначении лекарственных средств, что указывает на тяжесть нарушений психики пациента. Типичным для лиц с ФФ является постепенное расширение числа лекарственных препаратов, вызывающих развитие фобии.

Так, если сначала присутствует страх перед приемом какого-либо одного препарата, то со временем он трансформируется в страх перед приемом уже целой группы лекарственных средств и доходит до развития страха перед приемом любых препаратов. В дальнейшем защитные действия (ритуалы) у обследованных лиц приобретают характер так называемой прямой защиты (по Н.М. Асатиани), которая выражается в стремлении избегать фармакотерапии. При этом часть пациентов вовлекает в свои защитные действия близких им людей, которые просят врачей не назначать препараты таким больным, мотивируя свои действия наличием у них ФФ, множественной ЛА, поддерживают их в отказе от проведения фармакотерапии, советуют применять нетрадиционные методы лечения и пр. Естественно, что все это ведет к усугублению течения как психических, так и соматических заболеваний.

Таким образом, приведенные выше клинические проявления ФФ свидетельствуют в пользу того, что данная проблема достаточно серьезна и для ее решения необходимы совместные усилия аллергологов и психоневрологов.

! Поскольку в последние годы отмечается рост распространенности и учащение случаев тяжелых анафилактических и токсико-аллергических реакций на лекарственные препараты, а также увеличение количества пациентов, страдающих ФФ, возникает необходимость проведения тщательного клинического и аллергологического обследования данной категории больных с целью определения характера лекарственной непереносимости.

При этом основной задачей является выделение истинных аллергических реакций, дифференциальная диагностика между ними и токсическими и псевдоаллергическими реакциями на лекарственные средства, а также подбор препаратов, не вызывающих проявления ЛА у данных пациентов (психотропные средства, антибиотики, ферменты, анестетики, анальгетики/антипиретики, антигипертензивные препараты и др.).

С целью диагностики ЛА используется сбор аллергологического и фармакологического анамнеза, кожные, провокационные и лабораторные тесты с предполагаемыми лекарственными препаратами-аллергенами, использование которых у лиц с ФФ имеет ряд особенностей. Помимо пациентов, для получения более полной информации о переносимости лекарственных препаратов следует расспросить их близких и родственников. Необходимо узнать, страдал ли больной ранее ЛА, отмечались ли другие побочные эффекты вследствие применения лекарственных препаратов, обращая особое внимание на тяжелые и опасные для жизни реакции, имеются ли у пациента или его родственников другие аллергические заболевания, не испытывал ли пациент выраженное чувство страха при приеме лекарственных препаратов или в других ситуациях. Также следует собрать фармакологический анамнез, чтобы выяснить, какие препараты больной получал в последние дни, в том числе непосредственно перед началом проявлений ЛА, какие лекарства из принимаемых ранее он хорошо переносил. Эта информация особенно важна, если перед появлением симптомов ЛА пациент принимал несколько лекарственных средств, так как дает возможность предположить «виновное» лекарство, что облегчает дальнейшую диагностику ЛА.

! Собирая анамнез у больного с подозрением на ЛА, особенно сочетающуюся с ФФ, необходимо очень внимательно. Следует помнить, что пациенты часто забывают о принимаемых ими слабительных, БАДах, леденцах от кашля, используемых средствах по уходу за телом. Кроме того, лекарственные средства могут содержаться в пищевых продуктах (витамины часто добавляют в соки, ацетилсалициловую кислоту — в домашнюю консервацию и т.д.). В ходе беседы с пациентом следует обратить внимание на особенности его психотипа, которые могут способствовать развитию ФФ.

Клинико-анамнестическими критериями ЛА являются:

- связь клинических проявлений с приемом лекарственного препарата;

- независимость развития симптомов от дозы и способа введения лекарственного средства;

- облегчение или исчезновение симптомов после отмены препарата;

- отсутствие схожести симптомов заболевания с проявлениями других видов побочного действия лекарственных средств (токсического, фармакологического и др.);

- проявления симптомов аллергии на предыдущие введения данного препарата или химически сходных с ним соединений (перекрестно-реагирующих веществ);

- наличие латентного периода сенсибилизации при первичном назначении препарата;

- сходство клинических проявлений с основными симптомами аллергических заболеваний (зуд, отеки, кожные высыпания, бронхоспазм, шок и др.).

Если на основании данных анамнеза не удалось определить причину развития ЛА, прибегают последовательно к лабораторному тестированию и затем, при необходимости, к провокационным пробам на самом пациенте, которые провести у больных с ФФ часто непросто. Тестирование проводят в отношении тех лекарственных препаратов, аллергия на которые, исходя из анамнеза, представляется вероятной.

! Таким образом, после сбора аллергологического анамнеза с целью диагностики ЛА применяют лабораторные методы, кожное тестирование и провокационные пробы. Выполнять указанные тесты у лиц с ЛА и ФФ следует именно в таком порядке, поскольку лабораторные методы относятся к наиболее безопасным и пациенты с ФФ, как правило, легче соглашаются на их проведение.

Достоверность современных методов лабораторной диагностики ЛА варьирует в пределах 60-85% в зависимости от лекарственного вещества и механизма развития гиперчувствительности к нему, поэтому исследователи постоянно совершенствуют имеющиеся методики и разрабатывают новые. Правильный выбор метода лабораторной диагностики ЛА базируется на определении ведущего типа лекарственной аллергической реакции по классификации Джелла-Кумбса (1965, 1974). Наиболее информативными на сегодняшний день являются:

- радиоаллергосорбентный метод определения в крови специфических к лекарственному средству Ig E, M и G;

- иммуноферментный метод определения в крови специфических к лекарственному средству Ig E, M и G;

- базофильный тест Шелли и его модификации;

- реакция торможения миграции лейкоцитов;

- реакция бластной трансформации лейкоцитов;

- метод хемилюминесценции;

- тест высвобождения сульфидолейкотриенов;

- тест высвобождения ионов калия;

- флуоресцентный метод аллергической альтерации лейкоцитов.

Радиоаллергосорбентный тест и иммуноферментный анализ достаточно информативны, безопасны для больного, но их применение ограничено высокой стоимостью реагентов. Кроме того, эти методы отработаны для небольшой группы лекарственных веществ — бета-лактамов антибиотиков, гентамицина, мономицина, лидокаина, ацетилсалициловой кислоты. Тест Шелли и его модификации, реакция бластной

трансформации лейкоцитов, метод хемилюминесценции, а также тест высвобождения ионов калия и сульфидолейкотриенов из лейкоцитов сопряжены со значительными техническими трудностями. Они применяются в основном для научных исследований и требуют наличия высококвалифицированного персонала и специальных условий. Флуоресцентный метод аллергической альтерации лейкоцитов отработан для 92 лекарственных веществ (бета-лактамы, макролиды, аминогликозиды, фторхинолоны, тетрациклины, линкомицин, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные средства, анестетики, рентгенконтрастные вещества, витамины и др.).

Кожное тестирование, являющееся одним из основных методов определения сенсибилизации к бытовым, пыльцевым, эпидермальным и грибковым аллергенам, не получило широкого распространения для диагностики ЛА ввиду недостаточной информативности и небезопасности для больных. Это, во-первых, связано с тем, что многие лекарственные средства имеют низкую молекулярную массу и поэтому не способны фиксировать находящиеся в коже антитела, а во-вторых, с тем, что нередко причиной ЛА являются не сами препараты, а их метаболиты, то есть продукты преобразования лекарственных веществ ферментными системами организма. В связи с этим совершенствование методов диагностики ЛА возможно путем изучения метаболитов препаратов, обладающих наиболее высокой сенсибилизирующей активностью, и получения на их основе реагентов для аллергодиагностики. Аппликационное исследование с лекарственными препаратами является высокоинформативным методом диагностики только для аллергического контактного дерматита. Кроме того, лица с ФФ часто отказываются от проведения кожных проб с растворами лекарственных препаратов.

С целью диагностики ЛА российские аллергологи широко используют **тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов в полости рта**. Метод отработан для выявления ЛА к антибиотикам, сульфаниламидам, нестероидным противовоспалительным препаратам и местным анестетикам, его отличает быстрота получения результатов, а также низкая себестоимость. К недостаткам теста относят невозможность использования у детей до 5-6 лет, у пациентов с воспалением в полости рта, при обострении аллергических заболеваний. Кроме того, в один день можно протестировать только один препарат. Однако следует отметить, что проведенные мною совместно с Б.М. Пухликом исследования показали невысокую специфичность данного теста у пациентов с ЛА.

Провокационные тесты с лекарственными препаратами крайне редко применяются для диагностики ЛА. Они проводятся только врачом-аллергологом в специализированном аллергологическом кабинете в условиях реанимационной готовности. В настоящее время для диагностики ЛА на таблетированные формы препаратов применяется подъязычный тест, а с растворами для инъекций проводится дозированная провокация. Следует отметить, что уговорить пациента с ФФ на проведение провокационных тестов с лекарственными препаратами также проблематично. Перспективным направлением для диагностики ЛА у лиц с ФФ

Продолжение на стр. 48.

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Вінницький національний медичний університет ім. Н.И. Пирогова

Лекарственная аллергия и фармакофобия

Продолжение. Начало на стр. 46.

являются провокационные тесты с плацебо (физиологическим раствором), значение которых велико как для диагностики (некоторые больные дают «положительные» реакции на плацебо), так и для проведения психотерапевтической коррекции, поскольку после отрицательного провокационного теста с плацебо больные с ФФ, как правило, спокойнее переносят обследование с настоящим лекарственным препаратом. Так, у лиц с ФФ, поступивших на лечение в «Клинику неврозов» специализированной клинической больницы № 8 (г. Москва), по данным Р.Г. Аджигитова и соавт. (2000), только в 26,8% случаев был подтвержден истинный характер лекарственных аллергических реакций. В остальных наблюдениях было установлено токсическое, психогенное побочное действие лекарственных препаратов, а также побочные реакции, вызванные передозировкой фармакологических средств и/или полипрагмазией, медикаментозная непереносимость, связанная с нарушением метаболизма препаратов вследствие заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени.

Естественно, что еще большую проблему, чем диагностика ЛА у лиц с ФФ, представляет собой лечение данной категории пациентов. Проводить обследование и лечение таких больных следует в условиях психоневрологического стационара с привлечением

к этому процессу аллерголога. После госпитализации не следует стремиться к интенсивной фармакотерапии подобных пациентов. Первоначально лучше прибегнуть к немедикаментозным методам лечения, главным образом психотерапии, проводимой параллельно с клиническим и аллергологическим обследованием.

Только с помощью психотерапевтической коррекции удается убедить пациентов данной группы в безопасности проведения алерготестов. При этом комплексная психотерапия должна включать индивидуальную, рациональную, семейную, а также гипнозсуггестивную терапию, аутогенную тренировку и социально-ролевой тренинг, проводимый психологами с использованием техник психодрамы, психосинтеза, трансактоного анализа, нейролингвистического программирования, гештальт-терапии. Выбор психотерапевтических методик должен быть строго индивидуальным и профессиональным. Психотерапия сочетается с дополнительными немедикаментозными методами лечения (физиотерапия, фитотерапия, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, массаж, релаксационная и лечебная гимнастика, диетотерапия, гипербарическая оксигенация и др.).

Лишь после этого (в среднем через 8-10 дней) можно пробовать вводить в режим терапии пациентов психотропные лекарственные средства (антидепрессанты или антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами

и нейролептиками) и позже другие необходимые им фармакопрепараты. Во всех случаях прием лекарственных препаратов следует начинать с плацебо, что дает возможность контролировать эмоционально-вегетативные реакции и убедить пациентов в хорошей переносимости лекарственных средств.

Эффективность лечения должна оцениваться на протяжении всего периода госпитализации с помощью клинико-психопатологического метода обследования.

По наблюдениям Р.Г. Аджигитова и соавт. (2000), уменьшение выраженности ФФ у пациентов происходит параллельно с редукцией основной психопатологической симптоматики. В свою очередь устранение эмоциональных нарушений, характерных для расстройств невротического уровня, выравнивание фона настроения, уменьшение вегетативной лабильности повышают эффективность психотерапевтического воздействия, в котором ведущую роль играет индивидуальная и рациональная психотерапия. Сочетание психофармакотерапии с вышеперечисленными немедикаментозными методами позволяет дополнительно ввести в режим фармакотерапии препараты, необходимые для лечения сопутствующих заболеваний (кардиотропные, антигипертензивные препараты, ферменты, антибиотики и др.). В дальнейшем становится возможным осуществление диагностических и оперативных манипуляций с применением местных анестетиков, от которых пациенты раньше

категорически отказывались, опасаясь развития ЛА на препараты для анестезии.

По наблюдениям вышеуказанных авторов, наибольшая эффективность лечения ФФ у больных с различными психопатологическими расстройствами непсихотического уровня была достигнута при сочетании психотропных препаратов с психотерапевтическими методами.

В заключение следует отметить, что среди больных с ЛА нередки случаи ФФ, однако далеко не у всех пациентов с ФФ подтверждается наличие истинной ЛА. ФФ развивается по общим механизмам формирования фобического синдрома и сочетается с депрессивными, ипохондрическими, тревожными, обсессивно-фобическими, астеническими и другими непсихотическими расстройствами. С целью диагностики ЛА или ее исключения следует тщательно собирать алергологический и фармакологический анамнез у лиц с ФФ, а также у их родственников, использовать провокационные и лабораторные тесты с предполагаемыми лекарственными-аллергенами. В терапии пациентов с ФФ большое значение имеют комплексные лечебные мероприятия с использованием психотерапии, немедикаментозных методов лечения и психотропных препаратов. Проведение алергологического обследования, выявление наличия или отсутствия ЛА у пациентов с ФФ, подбор адекватного медикаментозного лечения как основного, так и сопутствующих заболеваний могут быть более эффективными при совместных действиях аллерголога и психоневролога.

Анкета читателя

Здоров'я України

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
ул. Народного Ополчения, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки тематического номера «Пульмонология. Аллергология. Риноларингология»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Пульмонология. Аллергология. Риноларингология»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Пульмонология. Аллергология. Риноларингология»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации?