

меры по нормализации гемодинамики, в 80–90% случаев позволяет вывести больных из тяжелого состояния. Смертность больных с ОРДС взрослых достигает в среднем 50%. Более точный прогноз можно дать только с учетом характера основного заболевания. Например, отек легких, развившийся на почве септического состояния, заканчивается смертью в 90%. В противоположность этому при отеке легких, возникшем в результате утопления, в 90% случаев удается вывести больного из критического состояния. Течение отека легких всегда тяжелое, прогноз очень серьезен. Даже при положительных результатах лечения всегда сохраняется большая опасность последующего рецидива.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вудли М., Уэлан Ф. (ред.) Терапевтический справочник Вашингтонского университета: Пер. с англ. М.; 1995. 176–180.
2. Герасимчик П.А., Якубцевич, Спас В.А. Здравоохранение (Минск) 2000; 1: 41–44.
3. Гончарик Д.Б. Медицина 2002; 1 (36): 25–30.
4. Горбачев В.В. Недостаточность кровообращения. Минск; 1999.
5. Зильбер А.П. В кн.: Актуальные проблемы медицины критических состояний. Петрозаводск; 1997; вып. 4: 113–118.
6. Канус И.И., Олецкий В.Э., Пришивалко В.Ф. В кн.: Актуальные проблемы пульмонологии. Минск; 2001. 112–114.
7. Лихванцев В.В. Практическое руководство по анестезиологии. М.; 1998.
8. Лоташев А.В. Механизмы влияния облученной ультрафиолетовыми лучами крови на организм человека и животных. Ярославль; 1986.
9. Марусанов В.Е. Вестн. хир. 1991; 4: 104–109.
10. Руксин В.В. Неотложная кардиология. М.; 1999.
11. Сан С.А. (ред.) Неотложные состояния в пульмонологии: Пер. с англ. М.; 1986. 175–224.
12. Спас В.В., Парфенов А.Н., Франтов В.Ю., Маслаков К.Д. Здравоохр. Белоруссии 1989; 11: 48–50.
13. Торбинский А.М. Клин. хир. 1991; 1: 27–30.
14. Чучалин А.Г. (ред.) Терапия: Руководство для врачей и студентов: Пер. англ. М.; 1998.
15. Шевченко Н.М. Рациональная кардиология. М.; 1998.
16. Шмерельсон М.Б. Основы интенсивной терапии в хирургической клинике. Н. Новгород; 1992.
17. Яковлева И.И., Тимохов В.С. Анестезиол. и реаниматол. 1996; 1: 75–81.
18. Batata C.M., Diaby M. Anesthesiology 1995; 83 (1): 56–65.
19. Natale A., Di Coamo L. Acta Chir. Ital. 1984; 40: 253–258.
20. Wray N.D., Nicotra M.B. Am. Rev. Respir. Dis. 1978; 118: 783.

Поступила 05.09.01

© КАРЗИЛОВ А.И., 2002

УДК 616.24-08:[614:362.12]

А.И.Карзилов

СИНДРОМ ГОСПИТАЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сибирский медицинский университет, Томск

В пульмонологической практике врачам часто приходится сталкиваться с пациентами, относящимися к категории психологически "трудных" больных, основными чертами которых являются скандальность, навязывание врачу своей логики развития болезни, объема и вида обследования, лечения, неудовлетворенность результатами обследования и лечения. С такими пациентами трудно установить психологический контакт, проводить обследование и лечение. Подобные пациенты нередко являются источником психологической напряженности не только в лечебном учреждении, но и дома, и на работе [21,27,30]. По данным наших наблюдений, больные бронхиальной астмой (БА) составляют большинство среди "трудных" больных [8].

По данным собственных 15-летних клинических наблюдений, у большей части "трудных" больных отмечается сильное чувство страха смерти от имеющегося заболевания, особенно вне стен клинических учреждений. Страх смерти вызывает у пациентов сильнейшую потребность (привязанность) в частой госпитализации, чрезмерном обследовании и лече-

нии. Если эта потребность не реализуется, то у больных наблюдалось усиление негативных эмоций (страх, тревога, депрессия и т.д.). Это позволяет говорить о развитии психической привязанности у таких пациентов к госпитальным учреждениям, а состояние, испытываемое пациентами при нереализованной потребности в госпитализации, определить как абстиненцию (воздержание) [24].

На основании этих клинических наблюдений автором в 1995 г. впервые было предложено новое диагностическое понятие "синдром госпитальной абстиненции" [8]. Понятие "синдром" толковалось как относительно устойчивое сочетание симптомов, объединенных общим патогенезом [26].

Синдром госпитальной абстиненции (СГА) проявляется психической зависимостью пациентов от медицинских учреждений, развившейся вследствие формирования у них страха смерти от болезни, и выражается стремлением к частым госпитализациям, чрезмерному обследованию и лечению с целью повышения "безопасности" своего существования.

Медицинской практике известны случаи отрицательного воздействия медицинских учреждений на пациентов, которые связываются с длительным пребыванием их в стационарах и обозначаются термином "госпитализм" [22]. Конкретно под госпитализмом подразумеваются: а) внутрибольничные инфекции; б) в педиатрии — задержка нервно-психического развития ребенка (социальная депривация); в) в психиатрии — усиление психического регресса у больных с хроническими психозами (институционализм) [22].

От психопатологии, вызываемой госпитализмом, СГА отличается следующими признаками: а) до начала развития болезни и СГА у пациентов отсутствовали ипохондрический фон и склонность к посещению медицинских учреждений с целью обследования и лечения; б) причиной развития СГА у пациентов является страх смерти от болезни; в) страх смерти основывается на реальном, часто тяжело протекающем заболевании; г) поведение пациентов с СГА является вариантом адаптации к чувству страха смерти; д) выраженность клинической симптоматики СГА связана с эффективностью адаптации пациента к чувству страха смерти.

Развитие СГА, исходя из положений теории функциональных систем организма П.К.Анохина [2], можно представить следующим образом (см. рисунок). Заболевание и его пароксизмы являются этиологическим началом, изменяющим гомеостаз (постоянство внутренней среды). Это приводит к ответной реакции со стороны вегетативной нервной системы, ответственной за поддержание гомеостаза, в виде комплекса действий, внешними проявлениями которого являются эмоции (страх и тревога), обуславливающие потребность в развитии механизмов адаптации [12,23]. При этом чувство страха служит для оценки опасности, а тревожность — возможности создания механизмов защиты [12,30]. В результате формируется внутренняя картина тяжелого заболевания, от которого можно умереть. Это в свою очередь является стимулом для формирования программ и целей личности, направленных на преодоление болезни [6,29]. Выбор защитного (адаптационного) механизма проводится на уровне "Я" пациента [29], отражающего осознанную и неосознанную потребность избавления от болезни [6,29]. По А.Фрейду [29], защита организма является оптимальной, если стратегия "Я" базируется на основных инстинктах человека, в частности инстинкте самосохранения.

Стратегия защиты организма, выстраиваемая "Я" пациента, понятна и строится по типу обратной биосвязи [6,8,27,29], работающей следующим образом. Есть болезнь (от которой можно умереть), поэтому организм "бьет в набат" и формирует стереотип поведения, привлекающий к персоне пациента и его болезни максимальное внимание со стороны окружающих, чтобы они направили все свои силы на "спасение" пациента от смертельной опасности. Этот факт подтверждается клиническими наблюдениями — чем больше врачи и средний медперсонал уде-

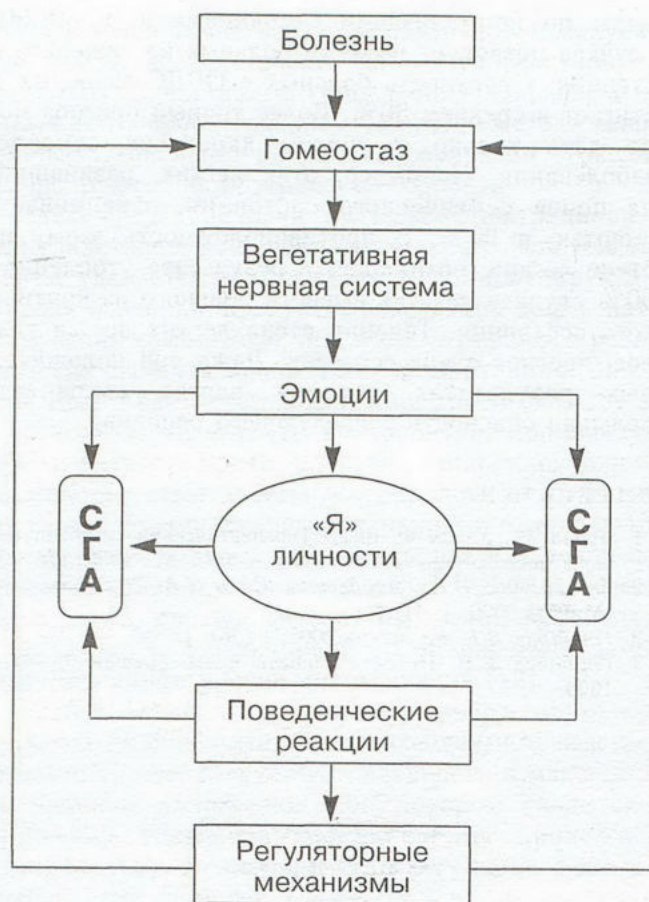


Рис. Схема этиопатогенеза синдрома госпитальной абстиненции (объяснение в тексте).

ляют внимание пациентам с СГА, тем в меньшей степени у них выражен психологический дискомфорт и наоборот.

На основе построенной стратегии защиты "Я" пациента создает мотивацию для структур, ответственных за реализацию адаптационных поведенческих реакций [4]. Закономерности любого поведения подчиняются принципу системности формирования поведенческих актов [23] и реализуются в зависимости от силы мотивации и вероятности ее удовлетворения автоматизированными условными рефлексам либо доминантой [3,4,25]. Если условные рефлексы определяются жизненным опытом [3,4,25], то доминанта в большей степени — потребностями [3,4,14,28] и способна подчинять себе психическую деятельность человека, формировать активное, целенаправленное поведение и быть движущим фактором умственного развития, нравственных и этических побуждений [14,28]. В итоге формируется адаптационное поведение пациентов в виде СГА, приводящее к изменению физиологических механизмов, ответственных за поддержание гомеостаза. Корректировка гомеостаза и контроль над ним осуществляются вегетативной нервной системой и реализуются через формирование положительных (стимулирующих) и негативных (тормозящих) эмоций, влияющих на звенья адаптационного процесса [4,12,23].

Если адаптационное поведение пациентов с СГА приводит к положительному эффекту (выполнение поставленных задач), тогда наблюдается торможение патогенеза и стертость клиники СГА. Развитие отрицательного эффекта приводит к стимуляции патогенеза и усилению яркости клиники СГА. Различные внешние и внутренние раздражители могут выступать в качестве стресс-факторов, оказывающих различные эффекты на патогенез СГА. Так, негативное отношение окружающих и медперсонала клинических учреждений к поведению больных с СГА, основанное на непонимании психологической сущности состояния больного, является негативным стрессорным фактором (по своей сути ятрогенией), замыкающим цепь развития СГА в патологическое кольцо и приводящим в свою очередь к усилению клинической картины СГА. Это приводит пациентов с СГА к бесконечным попыткам госпитализироваться и превращает их в мигрантов из одной клиники в другую [8,9], а у медперсонала ускоряет развитие синдрома эмоционального выгорания [1].

Учитывая, что основные звенья развития патогенеза СГА и адаптационного процесса регулируются эмоциями и во главу адаптационного процесса ставится стремление к достижению положительных эмоций [3,4,6,12,23,25,30], можно говорить о психическом гомеостазе личности. Под психическим гомеостазом личности автор подразумевает, что поведенческие реакции личности компенсируют отклонения в психофизиологическом состоянии организма, подкрепляемого положительными эмоциями.

Таким образом, СГА можно считать психосоматическим проявлением оптимальной саморегуляции психического гомеостаза личности.

Представленный патогенез обуславливает психопатологические особенности внутренней картины болезни и поведенческих реакций, образующих клиническую картину СГА.

Внутренняя картина болезни у пациентов с СГА характеризуется следующими психопатологическими особенностями личности [8].

1. Уплотнение личности, проявляющееся сужением интересов до восприятия и оценки внутренней картины болезни. Пациенты с СГА охотно могут часами обсуждать мельчайшие подробности своей болезни, но теряют всякий интерес к обсуждению проблем, не связанных с болезнью, в том числе касающихся семьи и профессиональной деятельности.

2. Признаки сверхценной ипохондрии. Имеющееся заболевание всегда воспринимается пациентами как тяжелое, трудноизлечимое и требующее самого пристального внимания врачей.

3. Выраженность в различной степени тревожности, страха смерти и депрессии, часто ажитированной, с элементами дистимии и дисфории (тоскливо-злое настроение). Нередко наблюдаются эпизоды агрессивного поведения. Тщательный и осторожный расспрос всегда выявляет страх смерти у пациентов с СГА, который может быть явным или скрытым.

При этом нередко пациенты говорят: "дома я жить не могу", "со мной обязательно случится что-то плохое после выписки из стационара", "жить мне осталось совсем немного", "последняя надежда осталась на вашу клинику, иначе я умру"... Перед внимательным взором врача, выслушивающего исповедь пациента, предстает череда выражений лица больного с постоянно меняющейся богатой мимикой, выражающей основные эмоционально окрашенные состояния страха, горя, скорби, испуга, сомнения и грусти, трансформирующиеся в растерянность и тревогу, а затем в чувство тоски и безысходности.

4. Тотальная критика окружающих и их действий, имевших место в прошлом, а также в настоящем и будущем времени, проводится пациентами с весьма большим удовольствием. Содержание такой критики постоянно: врачи "не хотят" или "не могут" вылечить заболевание пациента, в то время как они "должны сделать это быстро и навсегда".

Поведенческие реакции пациентов с СГА характеризуются следующими психопатологическими особенностями [9].

1. Больные с СГА навязчиво стремятся попасть в определенную клинику и к определенному врачу. Не получив направления в клинику на госпитализацию, они пытаются попасть в нее в дни дежурств по скорой помощи, имитируя, порой мастерски, резкое обострение заболевания, обмороки, удушье и т.д. Нередки при этом и прямые требования пациентов с определенной долей агрессии о немедленной их госпитализации. Так, по нашим наблюдениям, в дни "скорой помощи" является обычным делом поступление в приемный покой больных БА с приступами бронхиального удушья, вызванного намеренной гипервентиляцией, а также больных БА, имитирующих приступ бронхиального удушья, проявляющегося двумя вариантами. В первом варианте за счет активного сокращения мышц брюшного пресса пациенты создают относительно продолжительный воздушный поток через расслабленные голосовые связки. При этом образуется эффективное по громкости и тембру шумное затрудненное дыхание с преимущественно низкими сухими хрипами. Во втором варианте шумное дыхание с массой высоких сухих хрипов создается за счет более энергичного движения воздушного потока через напряженные голосовые связки. Отличительным признаком этого типа дыхания является присутствие в различной степени выраженности оттенков душераздирающего стога, вызывающего внезапное сердцебиение и чувство сильной тревоги не только у родственников больного, но и у многих медицинских работников.

2. Находясь в клинике, больные с СГА стремятся к обеспечению постоянного медицинского наблюдения. Это обычно выражается частыми "ложными" вызовами медперсонала, а также другими способами. Так, пациентка Ф., 62 лет, с диагнозом БА, при каждом поступлении в клинику сразу же надевала на голову черный платок и со страдальческим выра-

жением лица постоянно прогуливалась по отделению. По ее признанию, черный платок она надевала с целью "разжалобить" лечащего врача, чтобы он выписал ее не раньше 40 дней с момента госпитализации. Больная П., 43 лет, с диагнозом БА, активно "выслеживала" лечащего врача и, внезапно появившись перед ним, на глазах у всех падала в обморок или имитировала развитие тяжелого приступа удушья. В клинике бывали больные БА, которые вызывали медперсонал по различному поводу до 50 раз в сутки.

3. Больные с СГА стремятся добиться проведения максимального количества обследований и терапевтических воздействий. При этом для них имеет большое значение непрерывность выполнения этих манипуляций. Перерывы в обследовании и лечении вызывают у них появление тревоги, раздражительности и аффектов. Так, пациентка Р., 63 лет, с диагнозом БА укусила за руку проходившего мимо незнакомого врача, позднее объяснив свое поведение тем, что "врачей много, а толку в лечении ее болезни нет". Больной С., 54 лет, врач, с диагнозом БА, находясь в клинике, регулярно выписывал себе направления на многочисленные обследования и физиотерапевтические процедуры.

4. Как характерные черты поведения больных с СГА можно выделить попытки активного пресечения пациентами действий окружающих (конфликтность), препятствующих выполнению замыслов пациентов по достижению "безопасности" своего состояния, и активную поддержку всех действий окружающих (сотрудничество), способствующих, по мнению пациентов, его достижению. При этом пациенты нередко стараются "подсказать" лечащему доктору "что болит" и "чем и как долго лечить". Больной Ш., 65 лет, с диагнозом БА, обычно накануне выписки из клиники имитировал развитие частых и тяжелых приступов удушья (прием, к которому прибегают многие больные БА с СГА), "подогревал" градусник с целью создания видимости развития лихорадки и нового обострения болезни. В очередной раз после сообщения ему врачом о предстоящей выписке из клиники, кроме имитации приступов удушья и "прогревания" градусника, он покрасил ногти пальцев рук синим карандашом и демонстрировал их лечащему врачу как свидетельство своего тяжелого состояния. Выяснилось, что однажды Ш. был свидетелем разбора в палате результатов физикального обследования больного с сердечной недостаточностью, проводимого "опытным клиницистом" — преподавателем с группой студентов у "постели больного", где речь шла о проявлениях акроцианоза. В результате "тактичного разоблачения" больной пару дней выглядел гневливо-обиженным, затем несколько подобрел и любезно согласился на выписку из стационара, не забыв, однако, при этом написать жалобу на лечащего врача, выписавшего его из клиники "слишком рано".

При анализе частоты встречаемости СГА среди больных с хроническими заболеваниями внутренних

органов нами было выявлено, что СГА в подавляющем большинстве случаев наблюдался у больных БА, а в остальных случаях у больных хроническим обструктивным бронхитом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим панкреатитом, а также у больных с заболеваниями печени, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, гипоталамическим (диэнцефальным) синдромом, вегетососудистой дистонией [8,9]. Практически у каждого пациента с БА встречается СГА, преимущественно в фазу обострения заболевания. Большое распространение СГА у больных БА можно объяснить особенностью этого заболевания — пациенты часами, сутками находятся в состоянии гипоксического удушья, сопровождающегося тягостными ощущениями. Все это приводит к развитию выраженного страха смерти от этого заболевания, а затем к СГА.

Наиболее яркая симптоматика СГА наблюдается у пациентов с нервно-психической формой БА, поскольку они часто сознательно вызывают приступы удушья посредством гипервентиляции или весьма искусной имитацией их. Для подтверждения роли психогенного компонента в развитии приступа удушья (вследствие гипервентиляции) или его имитации у больных БА можно рекомендовать прием выслушивания легких с задержкой дыхания пациентом. Предварительно пациенту дается психологическая установка: "я вижу, что у Вас тяжелый приступ удушья. Я сейчас тщательно послушаю Ваши легкие". Подобная установка психологически расслабит пациента и заставит его максимально сотрудничать с врачом — "ведь доктор понял, какой тяжелый приступ удушья у меня", — думает пациент, — "поэтому надо выполнить все его указания, что бы он еще больше убедился, что у меня очень, очень тяжелый приступ удушья". Во время аускультации легких необходимо попросить больного задержать дыхание и продолжать выслушивание легких. При этом пациенту специально не говорится о прекращении задержки дыхания, так как цель данного приема выяснить продолжительность дыхательной паузы, которую пациент может выдержать. При длительности задержки дыхания более 20 с можно почти быть уверенным в том, что приступ удушья индуцирован гипервентиляцией или имитируется. Во время истинного приступа удушья пациенты практически не могут задержать дыхание. При имитации приступа удушья *punctum maximum* низких и высоких сухих хрипов находится в области гортани, где также отчетливо пальцами рук определяется "голосовое дрожание".

Следует заметить, что после того, как врач определил психогенный характер приступа удушья или его имитацию, категорически запрещается "разоблачать" пациента, так как, во-первых, врач скорее всего навсегда потеряет психологический контакт с данным больным, во-вторых, в следующий раз невозможно будет провести пробу с задержкой дыхания у этого пациента, в-третьих, у пациента вследствие стресса после "разоблачения" может развиваться

настоящий развернутый приступ бронхиального удушья с переходом в астматический статус (что является ятрогенной), и если врач при этом будет считать, что пациент продолжает имитировать приступ удушья, то для пациента данная ситуация может закончиться весьма трагично. Лучшим разрешением подобной ситуации после определения психогенного характера приступа удушья является применение психотерапевтический методики "пульс-коррекции", позволяющей эффективно оборвать любой выраженности "психогенное удушье" [7,10], принципы которой рассматриваются в разделе лечения СГА. Если с подобной ситуацией сталкивается дежурный врач стационара, то в его психотерапевтическом арсенале, кроме пульс-психокоррекции, имеется возможность проведения теплой задушевной беседы с пациентом, во время которой пациент психологически "оттаит" и успокоится, а вместе с этим резко уменьшится или закончится приступ удушья, или желание его имитации.

Учитывая большое количество психосоматических расстройств у больных с патологией внутренних органов [27], можно рекомендовать в терапевтической и пульмонологической практике (и не только) психосоматический компонент клинического диагноза. Он может быть компонентом любой структурной части клинического диагноза — основного, конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания. Любые психосоматические нарушения (в том числе и СГА) могут быть описаны патопсихологическими и психопатологическими характеристиками изменения личности пациента [5,6,11].

Помимо этого, на наш взгляд, наличие и степень выраженности проявлений СГА должно учитываться при оценке качества жизни у пульмонологических больных, в первую очередь с бронхообструктивным синдромом.

Лечение больных с СГА крайне затруднительно. Лекарственная терапия, в том числе антидепрессантами, рациональная психотерапия не всегда эффективны. Успех лечения больных с СГА, который можно наблюдать, часто оказывается мнимым и является проявлением достигнутого пациентом некоторого психологического комфорта, с исчезновением которого улетучиваются и признаки успешного лечения СГА.

Как показала практика, лечение больных с СГА должно быть комплексным, но в большей мере опираться на психотерапевтические методы. Необходимо учитывать особенности этиопатогенеза СГА, типа личности и психосоматических нарушений у каждого пациента. Как никогда актуально в данном случае высказывание М.Я.Мудрова: "Лечить надо не болезнь, а больного" [13]. Можно дать следующие рекомендации по лечению больных с СГА.

1. Борьба с недугом, вызвавшим страх смерти, а затем с СГА. Необходимо добиваться быстрого купирования обострения болезни и эффективной вторичной профилактики — удлинения периодов ремиссии и снижения тяжести последующих рецидивов болезни.

2. Разрушение чувства страха смерти, перестройка внутренней картины болезни, "разрядка" доминанты психопатологического поведения должны проводиться преимущественно психотерапевтическими методами с использованием различных видов внушения [6,7,10,17–19]. В домашних условиях является незаменимым метод СОЭВУС Г.Н.Сытина, основанный на суггестивном влиянии многократного чтения или прослушивания целебных "рассказов" [20]. Добрыми помощниками врача в лечении пациентов с СГА являются психотропные препараты — транквилизаторы и антидепрессанты [15].

Одной из основных задач психотерапии больных с СГА является создание уверенности у пациентов, что при обострении заболевания они в любой момент могут быть госпитализированы в любимый ими стационар и к желанному врачу, что им всегда будет оказана своевременная квалифицированная медицинская помощь, а обострения заболевания будут редкими и слабыми. Особое значение в реабилитации больных с СГА должно отводиться семейной психотерапии, поскольку внутрисемейные отношения могут являться источником мощных отрицательных стресс-факторов. Нами наблюдался пациент С., 38 лет, с диагнозом БА, СГА. В процессе лечения ему был проведен курс рациональной психотерапии по поводу СГА. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии без приступов удушья, в состоянии психологического комфорта. Однако уже через 2 дня он вновь обратился в клинику с требованием о немедленной госпитализации, аргументируя тем, что "выписали домой умирать". Проведенное обследование не выявило у пациента признаков обострения основного заболевания, однако отмечалась резко выраженная симптоматика СГА. Как выяснилось, причиной обострения СГА у пациента явилась резко неблагоприятная семейная обстановка.

3. Полезно использовать прием отвлекающе-активирующей психотерапии [16] — давать, например, пациентам фетиш (амулет) [7,10,18,19], "поддерживающий" постоянную психологическую связь с врачом и наделенный "благовременно целебной энергией", лечащей "долго и эффективно". Применение фетиша способствует развитию у больных с СГА чувства психологического комфорта и позволяет переключить их внимание с проблемы неотложной госпитализации на получение целебного эффекта от фетиша. Это ведь и понятно — пациенты с СГА стремятся обследоваться, госпитализироваться и активно лечиться не ради получения удовольствия, но для спасения себя от "неминуемой" смерти от болезни. Врач — далеко, а фетиш всегда рядом и всегда поможет. Многие больные часто подсознательно используют различные фетиши с лечебной целью. Так, больная С., 48 лет, при развитии бронхиального удушья дома сразу же надевала определенный халат, и приступ удушья тотчас прекращался. Пациентка объясняла, что этот халат обладает "целебной" силой.

4. Следует обращать особое внимание на эффективное купирование пароксизмов заболевания при БА нервно-психического генеза, когда глюкокортикостероиды и бронхолитики не оказывают должного лечебного действия. Тяжелые, удушающие состояния, провоцируемые психогенными факторами, крайне негативно действуют на психику пациентов и быстро ведут к развитию выраженных психосоматических нарушений, в первую очередь к СГА. Наиболее эффективной в купировании приступов бронхиального удушья нервно-психического генеза является методика пульс-психокоррекции, предложенная автором и являющаяся вариантом суггестивной отвлекающе-активирующей психотерапии [7,10]. Методика пульс-психокоррекции была разработана с учетом методических принципов СОЭВУС Г.Н.Сытина [20]. Принципы пульс-психокоррекции следующие:

1. Проводится прямое внушение паттерна здоровья, и оно должно быть интенсивным, уверенным, контрастным, эмоционально-положительным; 2. Для осуществления контакта с пациентом правая ладонь ложится на голову пациента; 3. Для закрепления лечебного эффекта внушения применяются специальные фетиши с фокусировкой внимания пациента на них; 4. Должен обязательно формироваться положительный имидж врача перед пациентами для создания положительного фона. Метод пульс-психокоррекции оказался мощным лечебным средством в купировании приступов удушья у больных НРБА в течение 1–3 мин, на фоне полной толерантности к внутривенному введению растворов эуфиллина и глюкокортикоидов.

Таким образом, выделение синдрома госпитальной абстиненции совершенно необходимо для привлечения врачебного внимания к проблемам "трудных" больных и выявления среди них пациентов с СГА не только для проведения целенаправленных терапевтических мероприятий, но и учета выраженности СГА в оценке качества жизни пульмонологических больных, в первую очередь больных БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдичц Ю.А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М.; 1998.
2. Анохин П.К. Очерки физиологии функциональных систем. М.: Медицина; 1975.
3. Батуев А.С., Соколова Л.В. Мадридская речь И.П.Павлова и психофизиология поведения. Физиол. журн. им. И.М.Сеченова 1993; 5: 5–13.
4. Батуев А.С., Соколова Л.В. Взгляды И.С.Бериташвили на психонервную деятельность и принцип доминанты. Там же 7: 123–130.
5. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент: Медицина; 1976.

6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина; 1983.
7. Карзилов А.И. Новый метод психотерапии в лечении больных бронхиальной астмой. В кн.: Стрелис А.К. (ред.) Современные проблемы фтизиатрии и пульмонологии в Сибири. Томск; 1994. 159–160.
8. Карзилов А.И. Синдром госпитальной абстиненции у больных соматическими заболеваниями. В кн.: Михайлов В.Д. (ред.) Сборник науч. работ, посвящ. 50-летию педиатрического факультета Томск. мед. ин-та. Томск; 1995. 89–92.
9. Карзилов А.И. Синдром госпитальной абстиненции у больных бронхиальной астмой. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й. М.; 1995. № 51.
10. Карзилов А.И. Пульс-психокоррекция в лечении больных нервно-психической формой бронхиальной астмы. Там же. № 52.
11. Карзилов А.И. Психологический портрет больных бронхиальной астмой. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й. М.; 1996. № 79.
12. Медведев В.И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации. Физиология человека 1998; 4: 7–13.
13. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному искусству при постелях больных. В кн.: Заблудовский П.Е. (ред.) Хрестоматия по истории медицины. М.: Медицина; 1968. 78–105.
14. Осиповский С.А. Доминанта. В кн.: БМЭ. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1977; т. 7: 1370–1373.
15. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. 2-е изд. М.: Медицина; 1988.
16. Ракитин М.М. Психотерапия невроза страха. В кн.: Рожнов В.Е. (ред.) Руководство по психотерапии. 2-е изд. Ташкент: Медицина; 1979. 390–400.
17. Рожнов В.Е. (ред.) Руководство по психотерапии. 2-е изд. Ташкент: Медицина; 1979.
18. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. 4-е изд. Киев: Здоров'я; 1983.
19. Спаркс М. Начальные навыки эриксоновского гипноза: Пер. с англ. Новосибирск: Имидж-Контакт; 1991.
20. Сытин Г.Н. Животворящая сила. Помоги себе сам. Н.: ЛиА; 1992.
21. Пуэзеску-Подяну А. Трудные больные, неопределенно выраженные, труднообъяснимые страдания: Пер. с венг. Бухарест; 1976.
22. Русанов С.А. Госпитализм. В кн.: БМЭ. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1977; т. 6: 1115–1117.
23. Симонов П.В. Адаптивные функции эмоций. Физиология человека 1998; 2: 5–9.
24. Снежневский А.В. (ред.) Справочник по психиатрии. 2-е изд. М.: Медицина; 1985.
25. Суворов Н.Ф. Структурно-функциональные основы поведения. Физиол. журн. им. И. М. Сеченова 1993; 5: 60–76.
26. Тетенов Ф.Ф. Систематизация основных категорий теории диагностики. Томск: СМУ; 1994.
27. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина; 1986.
28. Ухтомский А.А. Учение о доминанте. В кн.: Ухтомский А.А. Избранные труды. Л.: Наука; 1978. 7–106.
29. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы: Пер. с англ. М.: Педагогика; 1993.
30. Харди И. Врач, сестра, больной: Пер. с венг. М.: Медицина; 1981.

Поступила 15.10.99

Комментарий редакции

В статье А.И.Карзилова обращается внимание на определенную категорию больных бронхиальной астмой (БА), у которых приступы удушья могут про-

воцироваться психогенными факторами. Приступы вызываются психологически неблагоприятной ситуацией, неприятными переживаниями и в определен-

ной степени усиливаются или даже вызываются волевым усилием пациента. Такие ситуации хорошо известны не только клиницистам-пульмонологам, но и особенно врачам скорой помощи. Речь фактически идет об одних и тех же пациентах, обращающихся к врачам скорой помощи, являющихся постоянными клиентами приемного покоя и некоторых специализированных отделений (синдром “вращающихся дверей”). Наблюдения за этими больными и их катамнез свидетельствуют, что нет соответствия между частотой обращений к врачам скорой помощи, с одной стороны, и прогрессированием и тяжестью болезни — с другой.

Подобные ситуации создают немало диагностических, терапевтических и психологических проблем.

В структуре психопатологии у таких проблемных пациентов следует различать тревожные расстройства с выраженным фобическим компонентом и проявления сверхценной ипохондрии с поглощенностью реальным соматическим заболеванием и подчинением ему всего стиля жизни, своих мыслей, поведения. Эти проявления являются своеобразной патологической формой адаптации к болезни, связанной со конституционально-личностными особенностями реагирования. В условиях более частой и

стойкой гипоксии, особенно при неадекватном лечении БА, создаются благоприятные условия для формирования подобных реакций. Такие состояния могут провоцироваться также ятрогенными осложнениями лечения БА (остеопороз с переломами, сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.). С другой стороны, в плане дифференциального диагноза следует помнить о роли гипокапнии с проявлениями синдрома гипервентиляции.

Демонстративные черты поведения больных с синдромом госпитальной абстиненции, часто не понимаемые врачом и подчас вызывающие у него раздражение, являются психопатологическим симптомом, а не аггравацией или симуляцией.

Таким пациентам наряду с базисной терапией БА требуются психологическая коррекция, психотерапевтическая помощь, а иногда и психофармакологическое вмешательство (противотревожные средства, антидепрессанты). Целесообразна и полезна совместная курация этих больных пульмонологом и психотерапевтом. Психотерапевтические методы должны стать составной частью образовательных программ для больных БА, в частности способов адаптации к своей болезни.

Проф. Н. А. Дидковский

Опечатка

В списке авторов в статье “Эффективность и безопасность терапии атровентом и беродуалом у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца”, опубликованной в журнале “Пульмонология” №3 за 2002 г., вместо О.О.Воронова следует читать О.О.Воронкова. Авторы приносят свои извинения читателям за допущенную погрешность.
