

*В.М.Провоторов, В.Н.Крутько, А.В.Будневский, Т.И.Грекова,
В.И.Золоедов, В.И.Ряскин, С.В.Харчевникова*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С АЛЕКСИТИМИЕЙ

Кафедра факультетской терапии Воронежской государственной
медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж,
Национальный геронтологический центр, г. Москва

ALEXITHYMIA IN A PERSONALITY STRUCTURE OF BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS

V.M.Provotorov, V.N.Krut'ko, A.V.Budnevsky, T.I.Grekova, V.I.Zoloedov, V.I.Ryaskin, S.V.Kharchevnikova

Summary

One hundred and eighteen bronchial asthma (BA) patients were examined by means of the Toronto alexithymic scale (TAS), and a brief version of the personality multilateral investigation method (PMIM), and the Spielberg-Khanin's anxiety scale. Among them 55.1% of the patients were recognized as alexithymic persons. Asthmatic patients with alexithymia were reliably more neurotized compared with non-alexithymic ones. The revealed peculiarities of an actual personal condition of the alexithymic bronchial asthma patients cause a necessity of including methods of psychotherapeutic correction of alexithymia to a prevention measures system.

Резюме

Обследовано 118 больных бронхиальной астмой (БА) с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ), шкалы тревоги Спилберга-Ханина. Алекситимичными признаны 55,1% пациентов с БА. Больные БА с алекситимией имели достоверно более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды. Выявленные нами особенности актуального личностного состояния алекситимичных больных бронхиальной астмой обуславливают необходимость включения в систему профилактических мероприятий методов психотерапевтической коррекции алекситимии.

В последнее время в России наблюдается тенденция роста пограничных нервно-психических расстройств. Она обуславливает необходимость разработки эффективных методов коррекции психологического статуса больных соматическими заболеваниями. Как известно, у таких больных психопатологические нарушения встречаются довольно часто [2,8,9]. По мере накопления клинических и экспериментальных данных возникла необходимость выделения психологических факторов и поведенческих особенностей, оказывающих влияние на развитие и прогрессирование бронхиальной астмы (БА) [5]. Среди них наименее изученной является такая личностная характеристика больного, как алекситимия [10,12,14].

Впервые концепция алекситимичной личности была сформулирована *J.Nemiah* и *P.Sifneos* в 1973 году. Ими была выдвинута гипотеза, согласно которой недостаточное осознание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте. В результате это приводит к развитию психосоматических расстройств [13].

Согласно современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой индивида, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- 1) трудность в определении аффекта, идентификации и определения собственных чувств;
- 2) затруднения в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) сниженная способность к символизации, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям;
- 4) фиксирование в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [14].

Алекситимия присутствует в структуре личности при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме и др. [1,3,6,11]. Алекситимичные пациенты с ИБС имеют гораздо более неблагоприятный профиль традиционных факторов риска, чем неалекситимичные [4]. У алекситимичных больных язвенной болезнью желудка и двенадца-

типерстной кишки заболевание протекает более тяжело, чем у неалекситимичных. У алекситимиков язвенные и эрозивные поражения имеют большие размеры и склонны к более медленному заживлению [7].

Цель работы — изучение психологических особенностей больных БА для определения эффективной системы методов психотерапевтической и медикаментозной коррекции.

Обследовано 118 больных БА (53 мужчины и 65 женщин) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст $39,7 \pm 1,9$ года). Из них БА средней степени тяжести имела место у 86 пациентов, тяжелая астма — у 32. У больных БА средней тяжести терапию глюкокортикоидными (ГКС) системного действия (внутри или внутривенно) получали 62 человека. 32 пациента имели тяжелую форму БА с кортикозависимостью. Всем пациентам было проведено полное клинико-функциональное обследование.

Контрольную группу составили 72 практически здоровых человека: 33 мужчины и 39 женщин в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст $41,8 \pm 2,3$ года).

Алекситимию изучали с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной G. Taylor (1985) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994). Алекситимичными считали больных, набравших 74 и более баллов, менее 62 баллов — неалекситимичными, к зоне неопределенности отнесены набравшие от 63 до 73 баллов. Предельное теоретическое распределение баллов от 26 до 130.

Психологический статус изучали с помощью сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ), шкалы личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

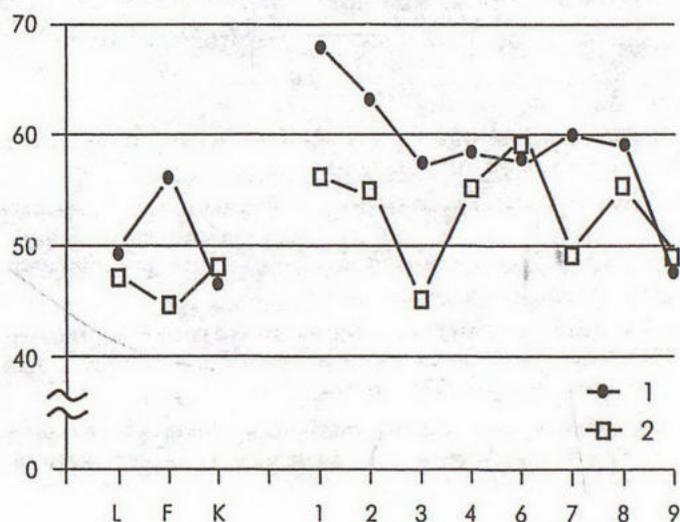
Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statgraphics for WINDOWS с использованием пакета непараметрических (метод Уилкоксона) и параметрических (метод Стьюдента) критериев.

В основной группе алекситимичными признаны 65 (55,1%) больных, неалекситимичными — 37 (31,3%), к зоне неопределенности отнесены 16 (13,6%) человек. Средний балл алекситимии составил $72,3 \pm 1,6$. В контрольной группе более 74 баллов по TAS набрали 12 (16,7%) человек, менее 62 баллов — 42 (58,3%) человека. К зоне неопределенности отнесены 20 (25,0%) человек. Средний балл алекситимии — $59,6 \pm 1,8$. Различие между основной и контрольной группой статистически значимо ($p < 0,01$). Изучая влияние возраста, пола и образования на выраженность алекситимии у больных БА, выявили следующие закономерности.

Средний возраст алекситимиков в основной группе составил $50,9 \pm 1,9$ года, неалекситимиков — $37,2 \pm 2,1$ года ($p < 0,05$). Средний балл TAS у мужчин был $72,6 \pm 2,4$, у женщин — $72,1 \pm 1,8$ ($p > 0,05$). Анализируя взаимосвязь выраженности алекситимичных черт личности и образования установили, что у лиц с выс-

шим образованием средний уровень алекситимии был несколько ниже ($70,1 \pm 1,5$ балла), чем у пациентов со среднеспециальным ($72,6 \pm 1,9$) и средним образованием ($72,4 \pm 2,1$). Однако различия были незначительными ($p > 0,05$). Таким образом, алекситимия является личностной характеристикой, мало зависящей от пола и образовательного уровня пациента. Усиление выраженности алекситимичных черт с возрастом у больных БА можно объяснить с позиций концепции G. Taylor, предложившего различать первичную и вторичную алекситимию. С возрастом обычно количество значимых стрессовых событий увеличивается. Происходит нарастание суммарного показателя стресса. Причем возрастает доля наиболее тяжелых психотравмирующих ситуаций (смерть родных и близких, выход на пенсию и др.). Вторичная алекситимия рассматривается как результат воздействия сверхсильного раздражителя, "непереносимого аффекта". Однако некоторые зарубежные исследователи утверждают, что частота алекситимии в популяции не коррелирует с возрастом обследованных [14].

У пациентов, страдающих тяжелой формой БА, средний балл алекситимии был выше, чем у больных с БА средней тяжести ($78,6 \pm 2,1$ и $71,6 \pm 1,7$ балла соответственно, $p > 0,05$). Однако длительность заболевания не влияла на выраженность алекситимичных черт. Больные, постоянно принимающие ГКС в таблетированной форме, имели достоверно более высокий показатель алекситимии ($74,8 \pm 1,7$), чем больные без кортикозависимости ($66,2 \pm 1,6$ балла, $p < 0,05$). Более тяжелое течение БА отмечалось у алекситимичных индивидов, по-видимому, из-за имеющих у них нарушений в системе межличностных контактов. Недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении у алекситимичных пациентов ведет к значительному усилению вегетативно-гуморальной активации при возникновении эмоционального напряжения и тревоги.



Личностные профили больных БА в зависимости от наличия в структуре личности алекситимии (по оси абсцисс — шкалы СМОЛ, по оси ординат — Т-баллы; 1 — алекситимичные больные, 2 — неалекситимичные)

СУМАМЕД® — три легких шага

(азитромицин дигидрат)

Состав и лекарственная форма. Азитромицин дигидрат выпускается в виде таблеток по 125 мг N6 и по 500 мг N3, капсул 250 мг N6, порошка для приготовления суспензии, содержащей 100 мг/5 мл (20 мл) N1 или 200 мг/5 мл (20 мл и 30 мл) N1.

Фармакологические свойства: представитель новой группы макролидных антибиотиков — азалидов. Обладает широким спектром антимикробного действия. Подавляет биосинтез белков микроорганизма, связываясь с 50S-субъединицей рибосомы. Активен в отношении ряда грамположительных (исключая бактерии, устойчивые к эритромицину), грамотрицательных микроорганизмов и внутриклеточных микроорганизмов (*Legionella pneumophila*, *Chlamydia trachomatis* и *C. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Listeria monocitogenes*, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdoferi*).

Фармакокинетика. При приеме внутрь сумамед хорошо всасывается и быстро распределяется по всему организму, достигая в тканях высоких концентраций. Обладает длительным периодом полувыведения и медленно выделяется из тканей. Указанные свойства определяют возможность однократного приема препарата в сутки в течение 3 дней. Хорошее проникновение внутрь клеток и накопление в фагоцитах, с помощью которых азитромицин транспортируется к месту инфекции, способствует повышению эффективности азитромицина.

Выделяется в основном с желчью в неизменном виде, небольшая часть выводится почками.

Показания к применению:

- инфекции верхних и нижних дыхательных путей;
- инфекции кожи и мягких тканей;
- инфекции, передающиеся половым путем.

Противопоказания: повышенная чувствительность к макролидным антибиотикам.

Способ применения и дозы. Сумамед применяется перорально 1 раз в сутки за 1 час до или через 2 часа после еды (одновременный прием с пищей снижает всасываемость азитромицина).

Инфекции верхних и нижних дыхательных путей, кожи и мягких тканей (исключение — хроническая мигрирующая эритема):

- взрослым — 500 мг ежедневно в течение 3 дней;
- детям — суспензия 10 мг/кг массы тела, таблетки по 125 мг:

- детям от 10 до 20 кг — 1 таблетка в день;
 - детям от 21 до 30 кг — 2 таблетки (250 мг) однократно. Курс лечения — 3 дня;
- Детям с массой свыше 45 кг назначают дозы, рекомендованные для взрослых.

Хроническая мигрирующая эритема: 1 раз в сутки в течение 5 дней в дозе 20 мг/кг массы тела в 1-й день, затем по 10 мг/кг массы тела со 2-го по 5-й день. В случае пропуска приема 1 дозы препарата следует пропущенную дозу принять как можно раньше, а последующие — с перерывом в 24 часа.

Заболевания, передающиеся половым путем: 1000 мг одновременно.

Предостережения при приеме и взаимодействия с другими препаратами:

- с осторожностью назначать детям с тяжелыми нарушениями функции почек и печени;
- соблюдать интервал (не менее 2 часов) между приемом препарата и антацида,
- обращать внимание на одновременный прием препарата с теофиллином, терфенадином, варфарином, карбамазепином, фенитоином, триазоламом, дигоксином, эрготамином, циклоспорином, т.к. макролидные антибиотики могут усиливать эффект вышеуказанных препаратов (к настоящему моменту взаимодействия азитромицина с указанными препаратами не наблюдались).

В отличие от большинства макролидов азитромицин не связывается с ферментами комплекса цитохрома P-450.

Побочное действие. Побочные реакции встречаются редко (со стороны ЖКТ — вздутие, тошнота, рвота, понос, боль в животе и кожные высыпания; обратимое умеренное повышение активности печеночных ферментов, нейтропения и в редких случаях нейтрофилия и эозинофилия. Измененные показатели возвращаются к границам нормы через 2—3 недели после прекращения лечения).

Передозировка. В случае передозировки азитромицина, которая при приеме макролидных антибиотиков проявляется в виде временной потери слуха, сильной тошноты, рвоты и поноса, следует вызвать рвоту и по возможности скорее обратиться к врачу.

Срок годности и условия хранения: 3 года при комнатной температуре (15—25° С) в недоступном для детей месте.



Сумамед®

азитромицин

1 - 2 - 3 Три легких шага

Единственный пероральный
антибиотик, который
принимают 1 раз в сутки
в течение только трех дней
при лечении инфекций
дыхательных путей



ВЗРОСЛЫЕ И ДЕТИ

 **PLIVA**

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В МОСКВЕ: 117330, Ломоносовский пр-т, 38/72. Тел/факс: 143-0390, 232-1549.

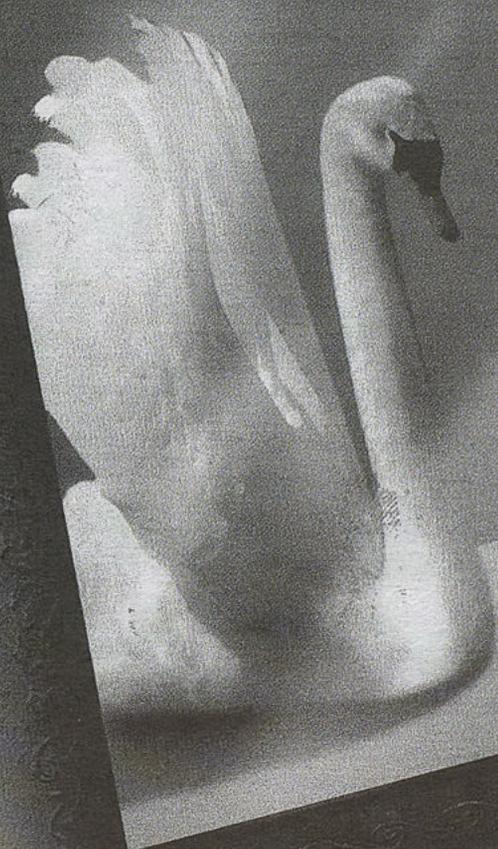
ДЭМБМҮӨ

Aventis Pharma



КЛАФОРАН[®]
ЦЕФОТАКСИМ

Эталон
в лечении
тяжелых
инфекций





ТАЙЛЕД®

а теперь и новый

ТАЙЛЕД® МИНТ

**ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ БАЗИСНОЙ
ТЕРАПИИ АСТМЫ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

*Для пациентов
старше 5 лет*

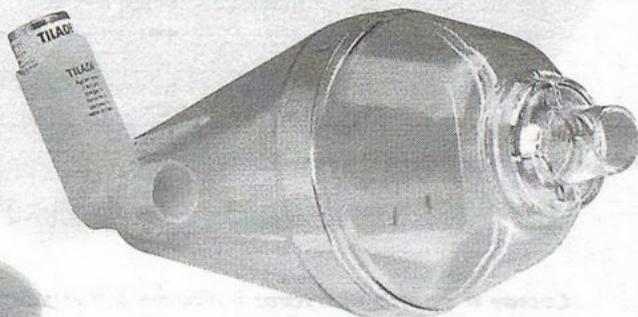
**Преимущества
синхронера**

▲ **Эффективность**

▲ **Визуальный контроль**

▲ **Приятный вкус**

*Для пациентов
младше 5 лет*



Простой режим дозирования: 2 ингаляции 2 раза в день

(При необходимости дозировка может быть увеличена
до 2 ингаляций 4 раза в день)

Подробную информацию о препарате смотрите в инструкции по применению.

Эреспал®

фенспирид

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС
- ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ
- ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КАШЕЛЬ
- УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАЗОМЕТРИИ

**2 - 3 таблетки
в день**

Фармацевтическая группа СЕРВЬЕ Франция

113054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 1

Тел.: (095) 937 0700

Факс: (095) 937 0701



Состав и форма выпуска: В упаковке 30 таблеток, покрытых оболочкой; каждая таблетка содержит 80 мг хлоргидрата фенспирида. **Фармакологические свойства:** Эреспал устраняет бронхоконстрикцию и оказывает противовоспалительное действие в бронхах, что обусловлено различными свойствами препарата: антагонистической деятельностью на уровне гистаминных H₁ рецепторов; спазмолитическим папавериноподобным эффектом, уменьшением синтеза различных провоспалительных факторов (цитокинов, TNF альфа, производных арахидоновой кислоты и свободных радикалов), многие из которых также имеют бронхосуживающую активность. **Показания:** Лечение функциональных симптомов (кашель и мокрота), сопровождающих бронхолегочные заболевания. Лечение Эреспалом не должно быть причиной задержки назначения антибиотиков. **Беременность и лактация:** Беременность: в клинике на настоящий момент не имеется сведений о возможном тератогенном действии Эреспала при его применении во время беременности. Но, в качестве предосторожности, применение Эреспала во время беременности не рекомендуется. **Период лактации:** Возможность проникновения препарата в молоко не изучено, из этого следует, что применение Эреспала во время кормления молоком не рекомендуется. **Побочные эффекты:** Возможны желудочно-кишечные расстройства, тошнота, боль в эпигастрии, сонливость. В редких случаях возникает умеренная тахикардия, которая исчезает при уменьшении дозировки. **Режим дозирования:** Взрослые: 1 таблетка 2 или 3 раза в день. **Срок хранения:** 3 года. **Передозировка** Признаки: сонливость или беспокойство, тошнота, рвота, синусовая тахикардия. Лечение: промывание желудка. Необходим контроль ЭКГ.

МЕСТО ПРЕПАРАТОВ *GLAXO WELLCOME* В СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Степень тяжести

Клиническая картина

- Частота приступов – несколько раз в неделю или ежедневно
- Постоянное наличие симптомов: тяжелые приступы, астматические состояния
- Ночные приступы – почти ежедневно
- Значительно снижена переносимость физических нагрузок
- Периоды ремиссии – неполная (дыхательная недостаточность разной степени выраженности)
- Длительность периодов ремиссии – 1–2 месяца
- Физическое развитие – возможно отставание и дисгармоничность
- Приступы купируются введением бронхолитиков и кортикостероидов в условиях стационара, нередко в отделении интенсивной терапии
- ОФВ₁, ПСВ <60% от должных величин
- Суточный разброс показателей ПСВ > 30%

Тяжелое течение

Базисные препараты

Ежедневный прием

Ингаляционные глюкокортикостероиды в высоких дозах:

Фликсотид

Дети старше 4 лет: 100–200 мкг в день

Дети 1–4 лет: 200 мкг в день (через спейсер Бэбихалер с лицевой маской).

Детям младшего возраста требуются более высокие дозы

Фликсотид по сравнению с детьми старшего возраста вследствие сниженного поступления препарата при ингаляционном введении (меньший просвет бронхов, интенсивное носовое дыхание у детей младшего возраста).

В случае неполного контроля симптомов необходимо назначить бронходилататор пролонгированного действия **Серевент** в дозе 25–50 мкг 2 раза в день (утром и вечером)

Симптоматические препараты

Бронходилататоры короткого действия
Вентолин
по потребности

Среднетяжелое течение

- Частота приступов – 3–4 раза в месяц
- Приступы средней тяжести протекают с отчетливыми нарушениями функции внешнего дыхания
- Ночные приступы 2–3 раза в неделю
- Снижение переносимости физических нагрузок
- Периоды ремиссии – неполная клинико-функциональная ремиссия
- Длительность периодов ремиссии – менее 3 месяцев
- Физическое развитие – не нарушено
- Приступы купируются бронхолитиками, по показаниям назначают кортикостероидные препараты
- ОФВ₁, ПСВ 60 – 80% от должных величин
- Суточный разброс показателей ПСВ 20% – 30%

Ежедневный прием

Кропоз (кромогликат натрия)

по 5–10 мг 4 раза в день.

В случае недостаточной эффективности в течение 6–8 недель заменить на ингаляционные глюкокортикостероиды в среднетерапевтических дозах:

Фликсотид

Дети старше 4 лет: 100–200 мкг в день

Дети 1–4 лет: 200 мкг в день (через спейсер Бэбихалер с лицевой маской)

Детям младшего возраста требуются более высокие дозы

Фликсотид по сравнению с детьми старшего возраста вследствие сниженного поступления препарата при ингаляционном введении (меньший просвет бронхов, интенсивное носовое дыхание у детей младшего возраста).

или

Бекотид в дозе 200–400 мкг в день

или **Будесонид** в дозе 200–400 мкг в день

При недостаточном контроле симптомов – дополнительно необходимо назначить бронходилататор пролонгированного действия **Серевент** в дозе 25–50 мкг 2 раза в день (утром и вечером)

Бронходилататоры короткого действия
Вентолин
по потребности, но не чаще 4 раз в день

Легкая астма

- Частота приступов – не чаще 1 раза в месяц
- Приступы эпизодические, быстро исчезающие, легкие
- Ночные приступы отсутствуют или редки
- Переносимость физической нагрузки, активность, сон не нарушены
- В периоды ремиссии симптомы отсутствуют, нормальная функция внешнего дыхания
- Длительность периодов ремиссии – 3 и более месяцев
- Физическое развитие не нарушено
- Приступы ликвидируются спонтанно или однократным приемом бронхолитиков
- ОФВ₁, ПСВ ≥ 80% от должных величин
- Разброс показателей ПСВ не более 20%

Ежедневный прием

Кропоз (кромогликат натрия) по 5–10 мг 4 раза в день

Бронходилататоры короткого действия
Эпизодически
Вентолин
ингаляции

При анализе личностных характеристик больных (рисунк) выявлено с помощью СМОЛ вне зависимости от уровня алекситимии повышение личностного профиля по 1-й и 3-й шкалам "невротической триады". Данная особенность свидетельствует о соматизации тревоги и вытеснении ее с формированием демонстративного поведения. Для алекситимичных пациентов, в отличие от неалекситимичных, были характерны достоверно более высокие значения по 1, 2, 3, 7-й и F-шкалам ($p < 0,05$). Высокие показатели по шкале достоверности объясняются сниженным контролем над эмоциями в связи с их недостаточным осознанием. Повышение личностного профиля по 1, 2, 3-й шкалам свидетельствует о более высоком уровне невротизации алекситимичных индивидов. Оно отражает склонность к формированию невротических расстройств.

Тестирование по методике Спилберга-Ханина не выявило достоверных различий по уровню личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности между сравниваемыми подгруппами. Средние значения ЛТ и СТ были достоверно выше у алекситимичных пациентов по сравнению с неалекситимичными. Они составили соответственно у алекситимичных — $42,8 \pm 1,1$ и $45,1 \pm 1,4$ балла, у неалекситимичных $36,3 \pm 1,5$ и $37,8 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$).

Высокие значения показателя ЛТ как свойства личности, определяющего индивидуальные особенности реагирования на фрустрацию, и СТ как показателя актуального личностного состояния, отражающего приспособительную реакцию личности на действие стрессовых факторов, свидетельствуют о большей стрессчувствительности алекситимичных пациентов с БА по сравнению с неалекситимичными. Алекситимичные пациенты с высоким уровнем тревоги демонстрировали более низкую готовность в выполнении врачебных рекомендаций и предписаний, чем неалекситимичные. Полученные нами данные подтверждают тот факт, что эмоциональная сфера у больных БА с алекситимией является первым и наиболее чувствительным адаптивным механизмом, через который реализуется влияние комплекса факторов внешней среды. Здесь важную роль играют такие характерологические черты личности алекситимичных индивидов, как низкая степень социальной адаптации, склонность к депрессивному типу реагирования на дистресс, высокая личностная и ситуативная тревожность. Высокотревожные пациенты с трудом выходят из состояния фрустрации. Данное состояние проявляется ощущением неудовлетворенности и психоэмоционального напряжения. При этом у них часто встречаются эмоциональные нарушения неврастенического характера.

На наш взгляд, алекситимия является универсальной личностной характеристикой, обуславливающей психосоциальную неконгруэнтность личности и ее повышенную подверженность стрессовым воздействиям. У алекситимичных пациентов в ситуации стресса имеет место избыточная активация симпатоадреналовой

системы. Она приводит к усилению накопления гистамина в тканях и выделению медиаторов. Причем выделяющийся в избытке гистамин усиливает возбуждение и активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, замыкая "порочный круг".

Ранее продемонстрировано, что алекситимики испытывают значительные затруднения в субъективной оценке степени одышки. За счет этого они чаще злоупотребляют β_2 -агонистами. По данным *H. Irie et al.* (1994), у алекситимичных пациентов искажения в восприятии степени обструкции дыхательных путей наблюдаются как до, так и после ингаляции. Индивидуальное восприятие степени диспноэ у них не соответствует объективным данным функции внешнего дыхания. А в ряде случаев оно даже имеет противоположную направленность [8,9].

Алекситимичных больных БА можно отнести к трудной в деонтологическом плане контактов и с позиции установления оптимальных психологических контактов категории пациентов терапевтической клиники. Данная группа больных более настороженно относится к предстоящему обследованию и лечению, особенно к гормональной терапии БА. Алекситимичные пациенты не так часто, как того требуют предписания лечащего врача, используют ГКС при ухудшении течения БА. Они склонны использовать недостаточно эффективную дозировку и стремятся как можно быстрее снизить поддерживающую дозу, самостоятельно отменяют гормональную терапию.

Таким образом, в настоящее время трудно представить себе оптимизацию лечебно-профилактических мероприятий при БА без учета такой личностной характеристики, как алекситимия.

Выводы

1. Среди контингента больных БА алекситимия встречается с высокой частотой — в 44,1% случаев, среди здоровых лиц — в 17,8% случаев.
2. По данным комплекса психодиагностических методик (ММРІ, тест Спилберга-Ханина) больные БА с алекситимией имеют более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды.
3. Выявленные нами особенности актуального личностного состояния алекситимичных больных бронхиальной астмой обуславливают необходимость включения в систему лечебно-профилактических мероприятий методов психотерапевтической коррекции алекситимии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Клини. мед. — 1997. — Т.75, № 11. — С.32-34.
2. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Там же. — № 9. — С.16-19.

3. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Слюсарев Е.А. и др. Алекситимия как одна из важнейших психологических характеристик больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 1998. — Прил. № 5: Материалы Четвертой Российской гастроэнтерологической недели, 14–20 нояб. 1998 г., Москва. — С.314.
4. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // Рос. мед. журн. — 1998. — № 6 — С.45–47.
5. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Агар, 1997. — Т. 2. — С.187–212.
6. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and psychosocial maintenance of bronchial asthma // Psychother. and Psychosom. — 1981. — Vol.36, № 1. — P.63–71.
7. Fukunishi I., Kaji N., Hosaka T. et al. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy // Psychosomatics. — Vol.38, № 1. — P.20–26.
8. Irie M., Kihara H., Kawamura H. et al. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma. I. Evaluation

- by questionnaire // Jpn. J. Allergol. — 1991. — Vol.40, № 10. — P.1297–1309.
9. Irie M., Kubo C., Sogawa H., Kawamura H. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma II. Relationship between subjective self-assessment of dyspnea and peak expiratory flow rates // Ibid. — N 11. — P.1384–1390.
10. Joukama M., Karlsson H., Sohlman B., Lehtinen V. Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care // Psychother. and Psychosom. — 1996. — Vol.65, № 4. — P.199–200.
11. Jula A., Salminen J.K., Saarijarvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension // Hypertension — 1999. — Vol.33, № 4. — P.1057–1061.
12. Nearing G.W., van der Staak C.P. Perception of heart rate and blood pressure: the role of alexithymia and anxiety // Psychother. and Psychosom. — 1995. — Vol.63, № 3–4. — P.193–200.
13. Sifneos P.E. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients // Ibid. — 1973. — Vol.22, № 2. — P.255–262.
14. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiat. — 1984. — Vol.141, № 6. — P.725–732.

Поступила 29.11.99

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 616.24-002.1-053.3-06:[616-092:612.017.1]-008.64

А.Ю.Пищальников, Р.У.Гиниатуллин, С.Н.Теплова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ

Областная детская клиническая больница, Медицинская академия, Институт лазерной хирургии, Челябинск

CLINICAL-AND-MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF ACUTE PNEUMONIA IN INFANTS WITH PRIMARY IMMUNE DEFICIENCY

A.Yu.Pishchalnikov, R.U.Giniatullin, S.N.Teplova

Summary

This article displays results of clinical and morphological comparison of acute pneumonia (AP) in 32 infants with signs of primary immune deficiency (PID). Etiology AP and a form of PID were recognized by means of a complex of immunological testing during the patients' lifetime and post-mortem immunohistochemical, histo-bacterioscopic, and bacteriological examinations. Principal distinguishing features of AC under PID background were: 1) mixed etiology of the disease, in which viral-and-bacterial-and-mycotic associations acquire the great importance; 2) a significant extension of lung tissue injury with predominance of an alternative component of inflammation; 3) a tendency of infectious and inflammatory lung processes to generalization.

Резюме

В статье представлены результаты клинико-патологоанатомических сопоставлений при острых пневмониях (ОП) у 32 детей с проявлениями первичного иммунодефицита (ПИД). Этиология ОП и форма ПИД установлены с помощью комплекса прижизненных иммунологических и посмертных иммуногистохимических, гистобактериоскопических и бактериологических методов исследования. Основными отличительными особенностями ОП при ПИД были: 1) смешанная этиология заболевания, в которой приобретают ведущее значение вирусно-бактериально-грибковые ассоциации; 2) значительный объем поражения легочной ткани с преобладанием альтернативного компонента воспаления; 3) склонность инфекционно-воспалительного процесса в легких к генерализации.