

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

И. Г. Салихов, Д. Г. Юльметьева, А. Г. Жилиев

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав.— доц. И. Г. Салихов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени
С. В. Куратова*

Мы проанализировали эффективность психотерапии больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом в условиях общесоматического стационара.

Под наблюдением находились 104 пациента. 70 больных (27 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 16 до 62 лет составили основную группу. У 42 пациентов диагностирована бронхиальная астма, инфекционнозависимый и смешанный варианты с тяжелым течением, у 28— хронический обструктивный бронхит. Основное заболевание длилось от 1,5 до 28 лет и было осложнено эмфиземой легких у 9 больных, дыхательной недостаточностью I—II степени у 58; на инвалидность вышли 9 человек.

Активному психотерапевтическому лечению предшествовали клиническое и психологическое обследование больных с использованием методов сбора психологического анамнеза, изучение модели «внутренней картины болезни», ассоциативного эксперимента. Для объективизации полученных данных применяли общепринятую методику ММРІ.

Коллективную психотерапию проводили открытыми группами по 7—10 больных с частотой сеансов 2 раза в неделю (курс — 5—7 сеансов). Применяли рациональную патогенетическую психотерапию, внушение в гипнозе и в бодрствующем состоянии (релаксация и мотивированное внушение); обучали приемам психологической самокоррекции (аутотренинг, психогимнастика) [3, 4]. Психотерапевтическое воздействие было направлено на механизм типа патологической доминанты, препятствующей становлению ремиссии и снижающей эффективность фармакотерапии. Простейшие приемы самокоррекции, которыми овладевали больные в процессе психотерапии, способствуют при длительном их применении достижению более полной и, возможно, более продолжительной ремиссии. Больным при выписке рекомендовали продолжать занятия аутогенной тренировкой.

Психотерапию проводили на фоне применения антибактериальных и бронхолитических средств, физио- и иглорефлексотерапии. 51 пациент получал кортикостероидные препараты.

В контрольную группу вошли 34 пациента, сопоставимых по полу, возрасту и клинко-психологическим характеристикам с больными основной группы. Пациенты контрольной группы получали аналогичное лечение, кроме психотерапии.

В соматоневрологическом статусе у 52 больных основной группы отмечалась сопутствующая патология: вегетосудистая дистония, гипертоническая болезнь I—IIА степени, умеренно выраженные явления коронароспазма без сердечной недостаточности, дискинезия желчевыводящих путей и кишечника. Все больные жаловались на нарушение сна в виде трудного засыпания, на частые пробуждения, чувство усталости, разбитости, тревоги после пробуждения.

При психологическом обследовании больных основной группы выделены следующие присущие им особенности: наличие психосоциальных конфликтов высокой личностной значимости, пассивно-оборонительный тип реагирования, тенденция к длительной фиксации тревожных и ипохондрически-депрессивных реакций, обсессивно-фобические нарушения по типу невроза ожидания (приступа), относительно высокий уровень психологической защиты преимущественно по типу «рационализации» и «интеллектуализации», наличие признаков очагового инертного возбуждения и торможения в коре головного мозга (по исследованию латентного времени и уровня ассоциаций в ассоциативном эксперименте).

В основной группе больных было получено 64 достоверных исходных профиля личности (ММРІ), которые характеризовались такими отличительными признаками, как общий, высокий уровень профиля, наличие основных пиков «2», «7», «8» и малого пика «4», отражающих соответственно депрессивные тенденции, психоастенические, шизоидные черты личности, а также стрессогенность межличностного общения. Обращало внимание наличие менее постоянных пиков «1» (в 23 профилях), что демонстрирует соматизацию тревоги, и «6» (в 12 про-

филях) — ригидность аффекта. Подобными профилями личности отличаются больные психосоматическими заболеваниями [2].

При анализе личностных характеристик больных контрольной группы мы отметили, что наряду с психоастеническими, шизоидными, депрессивно-ипохондрическими чертами у 26 больных имеют место истероидные включения с характерным механизмом «вытеснения» и «условной желаемости болезни», а у 8 — выраженные психопатические черты. Соответственно в профилях личности больных контрольной группы был более выражен пик «4» и выше уровень пика «3».

Обнаруженная нами высокая корреляция психологических особенностей обследованных больных позволила в работе с ними использоваться единым комплексом методов.

У 64 больных основной группы уже через 3—4 сеанса отмечалось значительное улучшение самочувствия, редуцировалась исходная психопатологическая симптоматика, улучшался сон. Сохранившиеся к тому времени у 34 больных приступы не принимали затяжного течения, легко купировались бронхолитиками (исходно преимущественно малозффективными), были фиксированы к определенному времени (± 1 ч), чаще в период ночного сна. У 30 больных в этот период приступов не было.

В дальнейшем патологические явления продолжали регрессировать, причем в ряде случаев они замещались своеобразными феноменами — на фоне внезапного наступления психического дискомфорта с оттенком тревоги возникали гипергидроз, сухость во рту, учащение сердцебиения, повышение АД. Дыхание становилось более частым и поверхностным, появлялось ощущение нехватки воздуха без объективной симптоматики приступа. Часто сопутствовали дискомфортные спазмоподобные ощущения, преимущественно умеренно выраженные, мигрирующие. Подобные явления были кратковременными и сглаживались постепенно, не требуя дополнительной фармакотерапии. Похожие феномены описаны в литературе у детей, страдающих астмой [1].

У 6 больных, инвалидов II группы, не удалось достичь полной ремиссии. У них сохранялись abortивные приступы один раз в сутки, чаще фиксированные, хотя субъективно они чувствовали себя значительно лучше и наблюдалась объективная положительная динамика.

При контрольном клинико-психологическом обследовании больных, проведенном по окончании курса лечения, в основной группе наряду с субъективным улучшением и нормализацией сна отмечались ослабление тревоги, изменение исходного гипернозогностического отношения к болезни, переоценка психосоциальных конфликтов. В ассоциативном эксперименте появлялась тенденция к нормализации исходно тотально повышенного латентного времени с уменьшением числа низших ассоциаций. На ММРІ в 6,4% профилей наблюдалось снижение исходных пиков «2», «7» на 15—30% и относительное уменьшение уровня профиля; в 36% относительное снижение пиков составило 10—15% от исходного при сохранении общего уровня.

У 62% больных контрольной группы существенной динамики исходных психологических показателей не выявлено. У 38% пациентов при субъективном улучшении с тенденцией к «декларации оптимизма» в отношении своего здоровья не было существенной динамики в ассоциативном эксперименте; относительные изменения в профиле ММРІ не превышали 10% от исходных величин.

Таким образом, у больных основной группы по сравнению с контролем обнаружено в динамике значительное ослабление психопатологической симптоматики.

В связи с обострением заболевания повторно госпитализировано 9 больных основной группы на сроках 4—6 мес после лечения. Характерно, что все они пренебрегли поддерживающей психологической самокоррекцией. Это подтверждает необходимость длительного психотерапевтического воздействия.

Анализ результатов свидетельствует о том, что в условиях ликвидации обострения инфекционного процесса в легких одним из факторов, поддерживающих приступы у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом, является нервно-психический механизм. Obsессивно-фобические реакции могут способствовать снижению эффективности патогенетической фармакотерапии, что заставляет увеличивать дозы или переходить к другим препаратам.

ВЫВОДЫ

1. У больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом выявляется психопатологическая симптоматика, которая способствует за-

тяжкому течению названных заболеваний и может явиться одной из причин, провоцирующих приступы.

2. Психотерапия больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом должна стать неотъемлемой частью комплексной терапии и проводиться на всех этапах их курации, в том числе и в условиях общесоциального стационара.

3. Психотерапия не требует существенных материальных затрат, позволяет значительно интенсифицировать процесс лечения и повышает его эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальбин А. Ц. // Патологический сон у детей. — Л., Медицина, 1979. — 2. Губачев Ю. М., Дорничев В. М., Куроченко Н. А., Симаненко В. М. // В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при неврологических заболеваниях. — Л., Медицина, 1982. — 3. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., Медицина, 1983. — 4. Карвасарский Б. Д. // Психотерапия. — М., Медицина, 1985.

Поступила 30.12.86.

УДК 618.391—06:616.381—002—089.8

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

А. И. Наговицина, З. С. Корняева, В. Н. Бороздина, А. С. Кузнецова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института

Инфицированные абортосты остаются основным источником септических осложнений. Большинство авторов указывают на стертое течение перитонита у гинекологических больных и трудность его диагностики, что подтверждает актуальность изучаемого вопроса.

Под наблюдением находились 1132 женщины с инфицированными абортосты, из них у 26 (2,3%) был диагностирован перитонит. Средний возраст больных с перитонитом составил 25,6 года. На 2—3-и сутки с момента вмешательства и первых признаков заболевания поступили 17 больных, на 5—6-е сутки — 8. С целью прерывания беременности женщины вводили в полость матки водку (6), резиновые катетеры (14), металлические предметы (2) и медикаментозные препараты внутрь (4). Перфорация матки в связи с введением металлических предметов произошла у 2 больных.

Клиническая картина перитонита отличалась некоторыми особенностями. У большинства больных были выраженные признаки интоксикации организма, расстройство центральной и периферической гемодинамики, у части женщин — дыхательная недостаточность. Нарушение всех видов обмена веществ и различных функций организма было констатировано у тех больных, которые поступили на 5—6-е сутки с момента заболевания. Жалобы были разнообразными: общая слабость, адинамия, апатия, одышка и боли в животе различной локализации.

На фоне криминального вмешательства наиболее характерными признаками являлись метеоризм и задержка газов. Рвота и икота отмечались только у небольшого числа больных. Напряжение мышц живота чаще было невыраженным, выслушивалась слабая перистальтика. Анемия наблюдалась у 12 женщин с повышенной кровопотерей в момент прерывания беременности. Характерными признаками перитонита служили лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, почасовое нарастание числа лейкоцитов, высокая СОЭ и лимфопения. В отличие от генерализованной септической инфекции при акушерско-гинекологическом перитоните токсическая зернистость нейтрофилов бывает только в далеко зашедших стадиях заболевания и свидетельствует о выраженной интоксикации организма. Бактериологическое исследование крови позволяет назначить этиологическую и патогенетическую терапию.

Для лечения 26 больных мы применяли комбинированный метод (сочетание комплексной патогенетической консервативной терапии с оперативным вмешательством). Как можно раньше проводили инструментальное освобождение полости матки от элементов плодного яйца под внутривенным обезболиванием 2% раствором промедола (1 мл) в сочетании с 1% раствором димедрола (1 мл),