

21. Self-reported prevalence of pulmonary symptoms in subjects with spinal cord injury / A. M. Spungen, D. R. Grimm, M. Lesser [et al.] // Spinal Cord. — 1997. — Vol. 35, № 10. — P. 652—657.
22. Westphal O. Bacterial endotoxins: chemical and clinical aspects / O. Westphal // Weinheim. — 1984. — Vol. 11, № 6. — P.3—10.

Резюме

**ВПЛИВ ТЕСТОСТЕРОНА НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА НЕЙРОТРАВМУ І ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ**

**Устюжанін В. П.**

У хворих чоловічої статі, страждаючих на хронічне обструктивне захворювання легенів, що протікає на тлі спінальної травми, вивчено достаток клітинного імунітету і вплив тестостерона на експресію поверхневих ідентифікаційних маркерів CD3+, CD4+ у вітральному експерименті. Встановлено, що у хворих на травматичне ураження спинного мозку ендокринний контроль функціональної активності імунної системи реалізується на рівні гормону репродуктивної сфери тестостерону. Імуно-активний вплив останнього залежить від початкової (до постановки вітральних експериментів) функціональної активності клітинного імунітету. Виявлений імуноактивний вплив тестостерона обумовлює доцільність корекції його системного рівня при поєднаному перебігу нейротравми і хронічній бронхообструктивній патології.

**Ключові слова:** травматична хвороба спинного мозку, клітинний імунітет, хронічне обструктивне захворювання легенів.

**THE INFLUENCE OF TESTOSTERONE UPON THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF LYMPHOCYTES IN PATIENTS WITH NEUROTRAUMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Ustyuzhanin V. P.**

The cell immunity and the influence of testosterone upon the CD3+, CD4+ expression in vitro were studied in male patients with chronic obstructive pulmonary disease and spinal cord injury. It is established that endocrine control of the functional activity of immune system in patients with spinal cord trauma is realized at the reproductive hormones (testosterone) level. The influence of testosterone on immune system depends on previous (before in vitro tests) condition of the functional activity of the cell immunity. The revealed influence of testosterone on immune system demonstrates the advisability of systemic testosterone level correction in case of combined course of spinal cord injury and chronic bronchial obstructive pathology.

**Key words:** spinal cord injury, cell immunity, and chronic obstructive pulmonary disease.

УДК: 616.119 – 821.443

**ПРОБЛЕМА ОДИНОЧЕСТВА У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ**

**О.А. Филатова**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

В современном мире одиночество выступает как одна из наиболее драматичных социально – психологических проблем. По данным А.А. Осиповой [3], в странах СНГ от 10 до 30 % населения считают себя одинокими. Причем, одиночеству этих людей не всегда соответствует реальная социальная изолированность, дефицит контактов и внимания. Часто одиночество выступает как внутренняя установка человека, не позволяющая ему вступать в эмоциональные отношения с теми, кто ему неприятен, кто не разделяет его взглядов и убеждений, с лицами более низкого социального статуса.

Одиночество – это тяжелое психологическое состояние, всегда сопровождающееся эмоциональной угнетенностью, гипобулией, множеством нейровегетативных и психосенсорных коррелятов [1].

Больные сурдомутизмом, будучи от рождения лишены важной части информационного поля (аудиальный дефицит), находятся в состоянии перманентной коммуникативной депривации. В среднем, их круг общения составляет не более 20 лиц (родительская семья, партнер по браку, собственные дети, лица, занятые в совместном труде – как правило, они трудятся в небольших коллективах).

Общение со слышащими людьми ограничивается лечащим врачом в поликлинике, социальным работником, инструктором по труду. Кроме такого «хронического одиночества» [2] они, как и все остальные люди, могут испытывать ситуативное одиночество – результат

внезапной утраты близких, разрыва с партнером по браку. Надо отметить, что семейные союзы больных сурдомутизмом отмечаются большей стабильностью, чем у слышащих людей. Они основаны, как правило, не на внешней привлекательности, сексуальных предпочтениях партнеров, а на взаимопомощи, пожизненной взаимной поддержке. Поэтому, смерть одного из супругов, создает для второго не только тяжелую эмоциональную ситуацию, невосполнимую потерю близкого человека, но и резко снижает уровень его адаптации в обществе.

**Целью** работы было изучение проблем одиночества у больных сурдомутизмом.

**Материал и методы исследования.** Мы исследовали 80 больных сурдомутизмом, переживавших ситуативное одиночество и имевших признаки психологической дезадаптации.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Причинами данного состояния были смерть мужа/жены и отсутствие возможности совместного проживания с другими родственниками (полное одиночество). В таблице показаны характерные психологические и психопатологические феномены, сопровождающие это состояние. Как видно из результатов таблицы, у большинства больных наблюдалось чувство изоляции от мира. Как правило, его сопровождали характерные когнитивные шаблоны: «людям нет дела до меня», «жизнь проходит мимо», «там, у них – свои радости». Пациентов раздражали общественные праздники, фейерверки, нарядно одетые люди на площади. В такие дни наши испытуемые не выходили из дома, «покупая все заранее», не смотрели по телевизору праздничных репортажей. У некоторых из них эпизодически наблюдался «ореол мученика»: «комплекс горя» субъективно возвышал их над остальными, давал преимущества; следуя законам каузальной атрибуции, они считали, что «другие должны понимать, что такое смерть близкого» и полностью разделять их чувства.

Чувство изоляции дает больным вторичную выгоду; проводя психотерапию, мы убедились, что они активно сопротивляются возвращению в сообщество, пользуясь неадаптивными методами психологической защиты.

Таблица

**Соотношение психологических и психопатологических феноменов у исследуемых больных**

Психологические и психопатологические феномены	Мужчины		Женщины	
	абс. число	%	абс. число	%
1. Чувство изоляции от мира.	72	90±3	68	85±4
2. Потребность в дружбе.	77	96±2	80	100±1
3. Сексуальная неудовлетворенность.	64	80±4	60	75±5
4. Агедония.	80	100±1	80	100±1
5. Социофобические эпизоды.	51	64±5	48	60±6
6. Психосоматические расстройства.	61	76±5	48	60±6
7. Субдепрессивные состояния.	39	49±6	47	59±6
8. Тревожные расстройства.	51	64±5	72	90±3
9. Диссомнии.	67	84±4	72	90±3

Потребность в дружбе испытывали почти все больные. По нашим наблюдениям, дружеские отношения они поддерживали исключительно с людьми своего круга. Все пациенты определяли дружбу как «родство душ», эмоционально близкие отношения, взаимную открытость, бескорыстие.

Показателем глубокого эмпатийного проникновения пациентов-друзей было умение понимать друг друга без жестовой азбуки, на основании едва уловимых движений и мимических «намёков». Смерть или переезд близкого друга больные воспринимали так же драматично, как и потерю родственника.

Сексуальную неудовлетворенность испытывали все пациенты, утратившие партнера по браку. Если мужчины компенсировали это периодической мастурбацией, то женщины переживали неудовлетворенность сугубо в эмоциональном регистре или пытались познакомиться с новым мужчиной (разумеется, из своего круга). Необходимо отметить, что для лиц зрелого возраста поиск нового знакомства – довольно затруднительный процесс.

Сексуальное партнерство со слышащими субъектами практически не представляется возможным. Ввиду малообеспеченности, пациенты-мужчины с сурдомутизмом не могут позволить себе коммерческий секс. Поэтому их поиск ограничивается небольшим кругом лиц, с которыми они посещают клуб глухих или специальные мастерские. Новые пары образуются редко.

Т.о., утрата спутника жизни при отсутствии детей почти всегда означает полное одиночество. Это приводит к развитию агедонии, т.е. эмоциональному притуплению чувств и переживаний, снижению способности получать и переживать удовольствие. Человек знает, что нечто приятно, знает, что это хорошо для него, но не может «прочувствовать» своих ощущений, пережить радость от удовольствия. Агедония со временем блокирует функцию вегетативной и эндокринной систем. Постепенно снижается иммунитет, гаснет половая активность, исчезают сексуальные фантазии.

Социофобические эпизоды, встречаясь у  $64\pm 5\%$  пациентов-мужчин и у  $60\pm 6\%$  женщин, являлись довольно частой формой психосоциальной дезадаптации данного контингента больных.

Результаты проведенного исследования показали, что у них можно выделить три типа состояний в рамках социальной фобии:

- социальные фобии с комплексом собственной малоценности и бесполезности;
- социальные фобии с идеями физического и психического недостатка, связанного с глухотой и вызывающего неприязнь окружающих;
- социальные фобии с идеями физического недостатка, не связанного с глухотой.

Больным с фобиями первого типа было свойственно постоянное опасение быть замеченными в обществе, страх обратить на себя внимание, стать центром обсуждения и разглядывания. Была выявлена резко заниженная самооценка этих пациентов, в их жестовой речи часто повторялись клише: «мне нечего рассказывать... я неинтересный человек... я ничего не могу» и т.д.

Внешне их поведение характеризовалось стремлением к незаметности, обособленности от окружающих (даже в знакомой среде), невыразительностью жестов и пантомимики. В отношениях с людьми превалировала покорность, уступчивость, сочетающаяся со скрытым нежеланием выполнять навязанную работу, соблюдать требования группы. Люди этого типа обычно искаженно воспринимают отношение к себе, преувеличивая его негативность: «умру – не заметят», «я никому не нужен». Однако здесь надо иметь в виду, что вследствие низкого уровня коммуникативных навыков объективная неловкость и скрытность этих пациентов в ситуациях межличностного общения может вызывать такие реакции окружающих, которые подтверждают их субъективные предположения.

Как правило, их фобические переживания не отличаются эмоциональной напряженностью и редко сопровождаются соматическими и вегетативными компонентами.

Больные с фобиями второго типа имели постоянные опасения, что их физический недостаток (отсутствие слуха, невнятное произношение) и необходимость пользоваться жестовой речью (размашистая жестикуляция, утрированная мимика) вызывают у окружающих неприязнь, а подчас и физическую брезгливость. Типичные формулы самооценки в этой группе: «глухие не могут быть привлекательными», «на нас стыдно смотреть».

Фобические опасения концентрировались вокруг наличествующего дефекта, но обрастали как сверхценными идеями отношения, так и функциональными нарушениями вегетативной сферы. При необходимости посещать общественные места отмечались двигательные нарушения (дрожь в руках, подергивание отдельных мышц, пошатывание при ходьбе) и патологические телесные сенсации (сжатие в груди, тяжесть в желудке, «ватность» ног, слабость в коленных суставах).

Фобическое избегание становилось доминирующим поведенческим паттерном, затрагивающим всю структуру отношений с внешним миром. Также больные предпринимали попытки скрыть глухоту от посторонних людей в незнакомом месте. Ограничение контактов по типу «капитуляции» сопровождалось отказом от какой-либо социальной активности.

Пациенты с преобладанием социальных страхов третьего типа, имели социальную фобию с идеями физического недостатка, не связанного с глухотой. При тщательном изучении анамнеза этих больных выяснилось, что в подростковом возрасте они испытывали

дисморфофобические переживания. Как правило, это касалось мнимых дефектов внешности: «некрасивое лицо», «излишняя полнота», «кривые ноги». Этот страх переживался ими критически и имел преходящий характер. Все пациенты закончили специальную школу и были трудоустроены. Однако уже в зрелом возрасте фобический комплекс вновь обнаружился, проявляясь теперь лишь в ситуациях, связанных с общением с посторонними людьми. Отмечалось постепенное расширение тактики избегания: сначала больные переставали посещать общественные мероприятия (театры, клубы для глухонемых, спортивные соревнования среди инвалидов), затем менее значимые бытовые ситуации (походы в магазин, на почту, в аптеку). Формировалась стойкая социальная изоляция больных, происходил разрыв интерперсональных контактов, что в свою очередь вело к усилению фобической симптоматики, ко вторичной переработке идей собственной «дефектности» по типу «порочного круга». У исследованных пациентов данной группы, а также по данным литературы, наличествующий дефект слуха и речи не включался в картину социальной фобии, а существовал как бы изолированно, не обрастая вторичными невротическими наслоениями.

Психосоматические расстройства появлялись у наших больных в течении года после утраты значимого лица, или обострялись уже имеющиеся. Наиболее частыми были кардионевроз, гипертоническая болезнь, хронический бронхит неясной этиологии, синдром раздраженного желудка, нейродермит, нарушения пищевого поведения. Все пациенты с психосоматическими расстройствами при проведении психологического обследования были нацелены на моновариантный негативный прогноз будущего: «ничего уже сделать нельзя», «старого не вернешь», «все лучшее было в прошлом». Собственная роль в грядущих ситуациях представлялась им малозначимый и четко выступала пессимистическая преднастройка, сформированная в первые дни после утраты.

Субдепрессивные состояния проявлялись в сниженном настроении по утрам и в первой половине дня, недостаточной мотивации к труду и самообслуживанию, негативной оценке всего происходящего вокруг. Рано или поздно у таких пациентов формировался агедонический комплекс, уже описанный нами выше.

Тревожные расстройства появлялись на 2-3-й день после похорон или отъезда близкого человека. Как и у здоровых людей, у больных сурдомутизмом тревожные состояния выступают в виде сочетания трех компонентов:

- когнитивно-эмоционального (беспокойства о возможной неудаче, ощущение волнения, смятения, мысли о собственной беспомощности, мысленный поиск выхода, невозможность сосредоточиться на других представлениях);
- моторного (суетливость, дрожь, импульсивные действия, шейно-затылочная боль напряжения, скованность в движениях);
- вегетативного (потливость, гиперемия или бледность лица, тахикардия, тахипноэ, тяжесть в эпигастральной области, тошнота, рвота, сухость во рту, мидриаз, головокружение).

Однако у исследуемого контингента больных, учитывая их когнитивные особенности (неразвитость логического мышления, неумение четко формулировать собственные мысли, ограниченность жестового словаря) гораздо беднее содержательный компонент этих состояний. Им труднее проанализировать суть тех ситуаций, в которых возникает тревога.

К примеру, большинство исследуемых указывает на такой стрессогенный фактор, как нахождение в незнакомом месте. Именно он является наиболее распространенным среди причин появления тревоги.

Однако при попытке проанализировать, в чем именно состояла опасность, больные испытывали затруднения. Для купирования этого состояния больные принимали седативные настойки лекарственных трав, спали при включенном свете (ночью тревога усиливалась), оставляли включенным телевизор, изредка наблюдая мелькающий экран.

Диссомнии протекали в виде гиперсомний и агрипнических синдромов. Гиперсомнии отмечались после длительного периода бессонницы и оценивались нами как компенсаторные. Это чаще наблюдалось на 2-3-ей неделе после утраты. Другие диссомнические расстройства (нарушение засыпания, прерывистый сон, раннее пробуждение) сопровождали пациента с момента смерти или отъезда близкого человека, сочетаясь с множеством психовегетативных нарушений.

### Заключення

После проведенной невербальной психотерапевтической коррекции (формирование базового перцептивного сдвига по методике А. Lazarus), поведенческой терапии, обучению методикам мышечной релаксации и аутогенной тренировки, наблюдалось стойкое улучшение состояния вследствие успешного восполнения дефицита коммуникативной активности и коррекции неадекватных поведенческих схем.

### Література

1. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии / Р. М. Войтенко— СПб. : Фолиант, 2002 — 256с.
2. Ємцева Е. Г. Технології соціально-трудової адаптації неповнолітніх з вадами слуху / Е. Г. Ємцева — Луганськ: Превент, 2007 — 139 с.
3. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А. А. Осипова — Ростов на Дону. : Феникс, 2006 — 315 с.

### Реферати

#### ПРОБЛЕМА САМОТНОСТІ У ХВОРИХ НА СУРДОМУТИЗМ Філатова О.А.

У статті розглянуті проблеми хронічної та ситуативної самотності хворих на сурдомутизм. У більшості хворих вона виступає як внутрішня настанова людини, яка має аудіальний та комунікативний дефіцит. Раптова самотність, яка виникає внаслідок смерті рідних, партнера по шлюбу або розлучення, викликає безліч нервових, психосоматичних та поведінкових розладів. У хворих даного контингенту доцільно проводити невербальну психокорекцію з застосуванням психогімнастики, поведінкової терапії, аутотренінгу.

**Ключові слова:** сурдомутизм, самотність, дезадаптація, психокорекція.

#### PROBLEM OF LONELINESS AT DEAF-MUTES

Filatova O.A.

In clause problems of chronic and situational loneliness of deaf-mutes are considered. At the majority of patients it acts as internal installation of the person having acoustical and communicative deficiency. The sudden loneliness arising after death native, of the partner on marriage or divorce, causes set nervous, psychosomatic and behavioural frustration. Patients of the given contingent are recommended to spend nonverbal psychotherapeutic correction with use of psychogymnastics, behavioural therapy and autogenic trainings.

**Key words:** deaf-mutes, loneliness, desadaptation, psychotherapeutic correction.

УДК: 616.24-002.5:615.357

#### ГЛЮКОКОРТИКОЇДНА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

А.Г. Ярецько, В.М. Ждан, М.В. Куліш, О.А. Пось, М.М. Колтєв  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,  
Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер,  
м. Полтава

*Робота є фрагментом НДР кафедри фтизіатрії: «Вивчити ефективність інформаційно-хвильової терапії та патогенетичних засобів в комплексному лікуванні вперше виявленого та хронічного деструктивного туберкульозу легень», номер державної реєстрації 0107U010633*

В умовах сучасних режимів антимікобактеріальної терапії, великої кількості хворих з медикаментозною резистентністю, особлива роль в подальшому підвищенні ефективності лікування належить патогенетичним засобам. Патогенетична терапія дозволяє на 10-15% [4, 5] покращити результати лікування, зменшити функціональний дефект легень, скоротити терміни досягнення кінцевих результатів і тривалість перебування у стаціонарі, зменшити частоту виникнення побічних дій протитуберкульозних препаратів (ПТП), зменшити частоту формування хронічного туберкульозу легень (ХТБ).