

УДК 616.248-02

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

© 2015 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Бронхиальная астма (БА) является масштабной социальной эпидемией современного мира, приводящей к тяжелым осложнениям и огромным экономическим затратам. Предложена синергетическая биопсихосоциодуховная концепция БА, включающая три донозологических фактора: предрасположения – астмогенная семья, латентный – астмогенный диатез, инициальный – преастма и три нозологических: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. Обоснована мультидисциплинарная бригадная организация превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи.

Ключевые слова: бронхиальная астма, синергетика, биопсихосоциодуховная концепция, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, терапевтическая бригада

SYNERGETIC BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUAL CONCEPTION OF BRONCHIAL ASTHMA SOCIAL EPIDEMIC

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Bronchial Asthma (BA) is a widespread social epidemic of the contemporary world, resulting in severe complications and enormous economic expenses. There has been proposed a synergetic bio-psycho-socio-spiritual BA conception, including three prenosological fractals predisposition – an asthmogenic family, latent - asthmogenic diathesis, initial - preasthma, and three nosological fractals: a full-scale clinical picture, chronization and an outcome. The multidisciplinary team organization of preventive-corrective and medical-rehabilitation aid has been grounded.

Keywords: Bronchial Asthma, synergetics, bio-psycho-socio-spiritual conception, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, therapeutic team

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И., Совершаева Е. П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция социальной эпидемии бронхиальной астмы // Экология человека. 2015. № 2. С. 42–50.

Sidorov P. I., Sovershaeva E. P. Synergetic Bio-psycho-socio-spiritual Conception of Bronchial Asthma Social Epidemic. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 2, pp. 42-50.

Бронхиальная астма (БА) (от греч. *asthma* – затрудненное дыхание) – хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов, которое характеризуется их гиперреактивностью, обусловленной специфическими (иммунологическими) и/или неспецифическими (неиммунологическими), врожденными и/или приобретенными механизмами, и основным обязательным признаком которого является приступ удушья вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции, дискринии и отека слизистой оболочки бронхов [9, 17].

Бронхиальная астма является серьезной медицинской проблемой здравоохранения во всем мире, поражая людей всех возрастов. Распространение астмы растет как в России, так и за рубежом. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 10 % населения планеты страдают БА. В течение последних 20–30 лет отмечается более злокачественное течение БА, нередко со смертельным исходом, и существует отчетливая тенденция к увеличению распространенности этого заболевания [9, 21]. Эпидемиологические

исследования свидетельствуют о том, что признаки заболевания имеют более 9 % детей и 5 % взрослого населения России. Однако официально болезнь учитывается только у 1 из 4–5 больных.

По крайней мере 300 млн людей уже страдают от астмы, а еще 100 млн, согласно предположениям, астма достигнет к 2025 году. [22]. Распространенность БА в Москве составляет 6,4 % у мужчин и 6 % у женщин, в Санкт-Петербурге среди взрослого населения достигает 7,3 % [17]. Самые высокие показатели отмечаются в городах Москве, Санкт-Петербурге, а также в Алтайском крае. Именно в этих регионах страны находятся центры по пульмонологии и ведется плановая работа по эпидемиологии БА, поэтому можно полагать, что из этих мест приходит достаточно объективная информация. Согласно эпидемиологическим данным, БА распространена более чем в 9 % подростковой субпопуляции [18].

Рост заболеваемости, смертности и инвалидизации при БА наблюдается на фоне интенсивного внедрения новых противоастматических препаратов и бурного

развития новых методов её лечения. Этот факт может объясняться наряду с общими причинами и такими, как ухудшение экологии, недостаточная квалификация медицинского персонала, несвоевременное оказание медицинской помощи, плохой контакт между медицинским персоналом и больным, низкая восприимчивость советов врача больным и низкий уровень знаний больного о своей болезни.

Увеличение заболеваемости БА объясняет интерес к ранней диагностике и новым методам её лечения. Сложность патогенеза БА, увеличение частоты трудно поддающихся лечению форм предполагает поиск решения данной проблемы на пересечении сфер интересов различных научных дисциплин. Признанным лидером мультидисциплинарного подхода к изучению БА является академик А. Г. Чучалин [9].

Экономические затраты, связанные с астмой, оценивают выше таковых при туберкулезе и ВИЧ/СПИДе вместе взятых. В США ежегодное экономическое бремя из-за астмы в прямых затратах здравоохранения и не прямых (потеря продуктивности труда) расходах оценили в 4 млрд долларов США. Оценки затрат здравоохранения по астме в Великобритании и Австралии составили 1,8 млрд и 46 млн долларов США соответственно [22].

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной концепции БА, а также выделение новых ресурсов превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи.

Этиопатогенез бронхиальной астмы

Бронхиальная астма является классическим примером многофакторной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные соматические и психические, социальные и духовно-нравственные факторы. К факторам, способствующим развитию БА, относятся различные аллергены, некоторые лекарственные средства, инфекции, физические усилия, метеорологические, профессиональные, эндокринные и психогенные, социально-стрессовые и моральные факторы.

Современное течение БА отличается значительной тяжестью, резистентностью к проводимой терапии, более частым развитием обострений, увеличением числа летальных исходов и ростом инвалидности. Это в значительной степени обусловлено тем, что БА относится к группе психосоматических заболеваний, поскольку в ее происхождении разнообразны факторы тесно переплетаются, создавая сложные причинно-следственные связи.

Бронхиальная астма — хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей вне зависимости от тяжести течения. Признаки иммунного воспаления обнаруживаются в дыхательных путях даже при легком течении заболевания, а также в ремиссию. Воспалительный процесс, в свою очередь, приводит к гиперреактивности бронхов, обструкции

и появлению респираторных симптомов. Данное положение является принципиально важным в современной концепции болезни, обосновывая необходимость длительной, а иногда и постоянной базисной терапии БА независимо от того, находится ли болезнь в данный момент в обострении, или нет.

По данным многих исследователей, существенная роль в этиопатогенезе БА принадлежит стрессовым факторам [7, 9, 17]. Бронхиальная астма относится к числу «классических» психосоматических заболеваний [2]. В процессе формирования психосоматических расстройств невозможно выделить однонаправленный вектор воздействия психических или соматических влияний, так как они могут рассматриваться только в их взаимодействии [16]. По данным В. И. Курпатовой и В. В. Титовой [8], мультидисциплинарный подход к психосоматическим расстройствам исходит из рассмотрения биопсихосоциальной модели, когда нарушения особо значимых отношений личности приводят к «классическим» психогенно обусловленным психосоматическим заболеваниям.

С целью выявления факторов риска, специфичных для БА, нами [10] было проведено обследование 52 больных (35 женщин и 17 мужчин; средний возраст $(46,41 \pm 2,27)$ года). Наиболее часто (94,4 %) встречался психоэмоциональный стресс, который и был провоцирующим этиологическим фактором. Почти у 77,8 % пациентов перед дебютом заболевания отмечалось наличие инфекционного аллергена: вирусных (острое респираторное заболевание, грипп) и бактериальных (пневмония) инфекций. У 61,1 % обследованных перед возникновением БА наблюдались аллергические заболевания (аллергический дерматит, реакции по типу отека Квинке, вазомоторный ринит). Почти у половины (44,4 %) пациентов имелась сенсibilизация к атопическим аллергенам (пыльца растений, растительные и животные белки, лекарственные средства). У каждого третьего обследованного развитию БА предшествовало воздействие метеорологических и физических факторов, среди которых: изменения температуры, влажности воздуха, а также колебания атмосферного воздуха. Неслучайно заболевание у большинства больных БА чаще возникает осенью и весной, когда погода наименее устойчива. Наследственная предрасположенность к БА была выявлена у четверти пациентов. У четверти лиц возникновению БА предшествовали механические или химические воздействия (пары кислот, щелочей, неорганическая пыль). У большинства пациентов подобные аллергены были связаны с особенностями их труда на различных вредных производствах (маляр, сварщик, уборщица, заправщик топлива, работа на целлюлозно-бумажном комбинате, очистных сооружениях). У каждого десятого пациента манифестации БА предшествовала интенсивная физическая работа.

В ходе выполнения множественного регрессионного анализа нами [10] было построено регрессионное

уравнение, позволяющее прогнозировать величину риска возникновения БА по наличию факторов риска. Для составления регрессионной модели были использованы данные обследования пациентов, не имеющих психосоматических заболеваний. Составленное регрессионное уравнение имело следующий вид:

$$A = 0,136 + 0,544 \times \text{стресс} + 0,189 \times \text{атопич. аллергены} + 0,253 \times \text{инфекц. аллергены} + 0,275 \times \text{физич. и метеорол. факторы} + 0,255 \times \text{аллерг. заболев.}$$

Присутствие каждого из признаков у обследуемого оценивалось как 1 балл, а отсутствие – 0 баллов. Коэффициент множественной регрессии (R) = 0,908. Уравнение объясняет 82,5 % (R² = 0,825) вариации зависимой переменной. Все коэффициенты уравнения значимы на уровне p ≤ 0,009. Ограничение модели: возраст от 16 до 50 лет. При значениях 0,136–0,369 риск оценивался как низкий; 0,370–0,874 – средний; 0,875–1,380 – высокий.

Учет, измерение и прогнозирование актуализации факторов риска БА у каждого конкретного пациента в рамках разработанной нами синергетической биопсихосоциодуховной модели позволял сформировать контролируемые и управляемые параметры стиля и качества жизни, обеспечивающие персонализацию превентивно-коррекционных стратегий ментального резильянса [14].

Эпидемические масштабы распространенности БА могут оцениваться как *социальная эпидемия* – возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышки) с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Социальные эпидемии переходят в разряд деструктивных, когда начинают угрожать

общественному здоровью и национальной безопасности всей страны в целом. В этом случае включаются *механизмы генерализации, расширенного и неконтролируемого воспроизводства*, раскручивая интенсивность эпидемического процесса до *пандемии*, охватывающей не только страны, но и континенты [12]. Если при социальных эпидемиях преобладают ранние формы БА, то при деструктивных социальных эпидемиях – хронические типы течения, а при пандемиях – исходные состояния и осложнения.

Синергетика бронхиальной астмы

Динамика БА включает следующие фракталы (табл. 1): *предиспозиция* – астмогенная семья, *латентный* – астмогенный диатез, *инициальный* – преастма, *развернутая клиническая картина* БА, *хронизация* – формы и типы течения БА, *исход* – соматические осложнения БА.

Фрактал *астмогенной семьи* является начальным при формировании БА, так как социализация с момента рождения у человека происходит преимущественно в семье. Вследствие этого нарушения семейных взаимоотношений могут способствовать формированию данной патологии.

Психологические факторы, связанные с семьей, могут играть определенную роль в возникновении БА. Основное значение в развитии БА отводят подавлению матерью эмоциональных проявлений у ребенка в раннем возрасте – крика, плача и т. д. Родительские семьи больных БА характеризуются сдержанностью в проявлениях эмоций; родители стремятся контролировать и подавлять инициативу своих детей, блокировать несанкционированные эмоциональные проявления [19].

Таблица 1

Фрактальная динамика развития социальной эпидемии бронхиальной астмы

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: астмогенная семья	Латентный: астмогенный диатез	Инициальный: преастма	Развернутая клиническая картина бронхиальной астмы/ социальной эпидемии	Хронизация: формы и типы течения бронхиальной астмы/ деструктивной социальной эпидемии	Исход: соматоневрологические осложнения астмы/пандемии
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Бронхит, пневмония, аллергические заболевания	Бронхиальная астма	Формы и типы течения бронхиальной астмы	Соматические осложнения
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоформные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихические нарушения
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

Психодинамическим конфликтным фактором, вызывающим БА, является сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери или лица, заменяющего мать. Это лицо должно доминировать, быть заботливым и совершенным, ухаживать за больным и защищать его. Если поддержка не проявляется, развивается приступ БА. Некоторые больные БА дети выздоравливают, если вынуждены разлучиться с эмоционально-холодной или равнодушной матерью [2].

У подростков с БА имеются следующие особенности семейных коммуникаций, определяющие семейную дисфункцию: разводы в ряду поколений, гипернормативность членов семьи, невысказанность эмоций. Наличие в семье брата или сестры усложняет семейную коммуникацию: происходит либо вытеснение сибса, либо самоустранение из зоны конфликта. Патологизирующим типом семейного воспитания при БА является «доминирующая гиперпротекция» [3].

Следующим является фрактал *астмогенного диатеза* — это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс и др.) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т. п.) факторов. Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов. Психосоматический диатез — это совокупность признаков, характеризующих предрасположенность к соответствующей патологии.

У человека, имеющего астмогенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развивается *предастма* — это вазомоторные расстройства слизистой оболочки дыхательных путей, острый и хронический бронхит, пневмония с элементами бронхоспазма, вазомоторный ринит, явления аллергии (крапивница, отек Квинке), которые при дальнейшем воздействии негативных факторов могут перейти в стадию развернутой БА. Предастма — последний признак угрозы возникновения БА.

При воздействии специфических для БА факторов риска это может привести к развитию *клинической картины впервые возникшей бронхиальной астмы*. При возникновении БА, кроме наследственной предрасположенности, соматического состояния человека, стрессового фактора, имеют значение и другие специфические и предрасполагающие факторы, среди которых преобладают: атопические аллергены, инфекционные аллергены, физические и метеорологические факторы, гормональные нарушения, химические воздействия, аллергические заболевания. Каждый из данных факторов может способствовать развитию заболевания.

Различные уровни контроля, формы и типы течения БА отражают многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и контроля БА зависят от воздействия психосоциальных и соматических факторов. Течение заболевания

может быть стабильным с редкими обострениями или лабильным.

Постановка диагноза БА базируется на анализе следующих данных: жалобы, клинические симптомы и анамнез заболевания; результаты физикального обследования; данные исследования функции внешнего дыхания; эозинофилия мокроты и/или бронхиального секрета (обязательный признак) и эозинофилия крови (дополнительный признак); аллергологический статус.

Уровни контроля над БА устанавливаются в соответствии с положениями, определенными Глобальной инициативой по профилактике и лечению БА, и базируется на следующих показателях: количество ночных симптомов в месяц, неделю, сутки; количество дневных симптомов в неделю, день; выраженность нарушений физической активности и сна; объем форсированного выдоха (ОФВ₁) за 1 с и пиковая скорость выдоха (ПСВ), процентное соотношение с должными величинами или наилучшими значениями больного; суточные колебания величин ПСВ и ОФВ₁.

К *соматопсихическим осложнениям БА* относятся легочные осложнения: эмфизема легких, легочная недостаточность, ателектаз, пневмоторакс и др.; внелегочные: дистрофия миокарда, легочное сердце, сердечная недостаточность и др., а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматические осложнения являются исходом длительно текущего с лабильным течением заболевания.

У больных БА обнаруживаются невротические расстройства, возникающие по механизму нозогений [16]. Среди них преобладают гипервентиляционный синдром, тревожно-фобические реакции, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство [5]. Более выраженные нарушения в психоэмоциональной сфере соответствуют более тяжелому течению БА [20].

Синергетическая концепция формирования заболевания вписывается в существующий в настоящее время взгляд на многофакторную природу БА.

Остановимся на каждом из векторов синергетической модели БА.

Соматогенез (онтогенетическое развитие соматических функций) предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности. Наследственная предрасположенность выявляется у 25,4–46,3 % больных, причем она более выражена при атопической форме. Высказывается предположение о рецессивном типе наследования БА с 50 % пенетрантностью [10, 17].

В латентном фрактале соматогенеза БА отмечается склонность к патологическим физиологическим реакциям, что может проявляться, например, явлениями бронхоспазма при стрессовых ситуациях. Здесь очень важными оказываются ранее указанные нами факторы, предрасполагающие к развитию БА. Предастма нами обозначена как функциональное расстройство,

так как оно может и не перейти в стадию дебюта. Далее следует развернутая клиническая картина впервые возникшего заболевания. Формы и типы течения БА зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, в связи с чем возможно относительно благоприятное течение заболевания или лабильное с частыми обострениями. Конечным фактором соматогенеза БА являются соматические осложнения, среди которых можно отметить легочно-сердечную недостаточность, миокардиодистрофию и т. д.

Психогенез (онтогенетическое развитие психических функций) в первом фактале представлен психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания. Нами, в частности, обнаружены следующие психофизиологические особенности: слабый или среднеслабый неуравновешенный тип нервной системы, высокая эмоциональность и эмоциональная неустойчивость [10].

При БА формируется психовегетативный синдром, в основе которого лежит парасимпатическая направленность вегетативного тонуса и реактивности, недостаточность вегетативного обеспечения. Эти сдвиги сочетаются с избыточной восходящей неспецифической активацией и тревожно-ипохондрическими сдвигами в структуре личности. То есть при БА формируется диссоциированный психовегетативный синдром, при котором дисфункция надсегментарных отделов вегетативной нервной системы характеризуется недостаточностью восходящих неспецифических влияний, исходящих из лимбико-ретикулярных структур [9].

От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор.

Второму факталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить высокую личностную тревожность, высокий уровень алекситимии. В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния, с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа. Подтверждением этого являются данные о том, что развитию БА предшествуют невротические расстройства в виде органического невроза [5].

При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами.

В данном фактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной, фобической и депрессивной симптоматикой. В дальнейшем возможен

переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер.

Для пациентов с БА на этапе формирования нервно-психического механизма патогенеза свойственны истероподобные или неврастеноподобные невротические реакции. Для этих лиц характерна тенденция к ухудшению принятия себя в микросоциальной среде, что обусловлено актуализацией личностно-значимого конфликта. Непосредственно после приступа могут отмечаться: сниженное настроение, капризность, раздражительность, повышенная возбудимость, истощаемость, неустойчивость настроения, неврастенические и фобические расстройства. Для больных БА характерен высокий уровень реактивной и личностной тревожности, депрессии [6].

При плохо контролируемой БА вероятно наличие астенодепрессивной, ипохондрической, тревожно-депрессивной симптоматики. Нами установлено, что для больных БА были свойственны сниженное настроение, склонность к фиксации на телесном «Я» и вытеснению психотравмирующих факторов, повышенная тревожность, частые фобии, замкнутость, низкая работоспособность [10]. В самом последнем фактале, говорящем об исходе заболевания, возникают соматопсихические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего заболевания.

Хронически рецидивирующее течение заболевания отчетливо отражается на специфике отношения к болезни. На фоне относительно высоких и устойчивых адаптивных компонентов реакций личности на болезнь отчетливо выявляются постоянно сниженное настроение, тревога и опасение новых приступов удушья. Повышенные оценки по шкале «тревожного» типа сочетаются с близкими по значению величинами шкал «ипохондрического», «неврастенического» и «сенситивного» типов [4].

Социогенез (онтогенетическое развитие социальных ролей и отношений) начинается с дисгармонии семейных отношений. Дисгармония может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений во взрослом состоянии, которые станут стрессогенным фактором. В стадии развернутой клинической картины БА могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении БА возможно

наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

Самым тяжелым следствием БА для больных следует считать невозможность осуществлять социальные связи в соответствии с их возрастом и социально-экономическим положением. Тревожное ожидание приступов, витальная угроза постоянно фрустрируют больных, дезадаптируют их в социальном плане, мешают строить жизненные планы и семейные взаимоотношения. Возникают навязчивые страхи и опасения, фиксированные на приступах. Формируется «уход в болезнь». У больных БА имеется выраженная тенденция к преодолению болезни, постоянным поискам новых и более эффективных способов лечения, консультаций у крупных специалистов [4, 10, 16].

Анимогенез (онтогенетическое духовно-нравственное развитие личности) начинается во фрактале predispositions с духовно-нравственной дисгармонии, дефицитарности или амбивалентности семейных отношений, создающих осознаваемое или неосознаваемое психоэмоциональное напряжение.

Латентный фрактал астмогенного диатеза представлен дисгармонией и дисхронозом формирования и развития основных нравственных чувств: веры и ответственности, совести и долга, чести и достоин-

ства. Это проявляется замедлением и нарушением моральной социализации и развития личности в любом возрастном периоде.

В инициальном фрактале предастмы становятся заметными ранние деформации нравственного облика, проявляющиеся недостаточностью выдержки и терпения, гуманности и милосердия, скромности и тактичности. В дальнейшем развивается синдром деморализации [12], клиническая картина которого в каждом конкретном случае и фрактале формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в био-, психо- и социогенезе.

Фрактал развернутой клинической картины БА проявляется деструкцией духовно-нравственной позиции: начинающимся снижением способности различия добра и зла, проявлений дружеской привязанности и любви, снижением сопротивления и возможным отказом от борьбы и продолжения жизненных испытаний, сопряженных в восприятии больного с БА.

Фракталы хронизации и исхода БА характеризуются нарастанием всех проявлений синдрома деморализации.

**Медико-психосоциодуховная помощь
больным бронхиальной астмой**

На основе синергетической методологии формирования БА нами разработана программа помощи больным, включающая четыре блока: медицинский и психологический, социальный и духовно-нравственный (табл. 2).

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным бронхиальной астмой

Блок	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: астмогенная семья	Латентный: астмогенный диатез	Инициальный: предастма	Развернутая клиническая картина БА/социальной эпидемии	Хронизация: формы и типы течения БА/деструктивной социальной эпидемии	Исход: соматоневрологические осложнения/пандемии
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям	Диагностика аллергических заболеваний, бронхитов и пневмоний с явлениями бронхиальной обструкции при профосмотрах; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений, обучение в «Астма-школе»	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия, профилактика осложнений	Лечение соматических осложнений
Психологический	Выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение их в группу риска	Коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция соматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

Синергетическая модель формирования БА требует внедрения бригадных форм организации профилактики и коррекции, лечения и реабилитации. Превентивно-коррекционные мероприятия реализуются в первых трех донологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол помощи больным БА в рамках синергетической методологии ментальной медицины.

Медицинский блок в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, пульмонологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (кардиологи и др.). *Психологический блок* помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. *Социальная помощь* оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов по социальной работе. *Духовно-нравственный блок* в векторе анимогенеза реализуется с участием семьи и референтного окружения в микросоциальной и производственной среде, с использованием современных методов и форм образования и воспитания взрослых, коучинга и тренинга личностного роста, подключением экспертов и консультантов корпоративных этических комитетов и служб ментального здоровья в случаях угрозы возникновения деструктивного профессиогенеза (моббинг, боссинг, трудовые конфликты и т. п.) и необходимости медиации, духовных наставников из официальных российских конфессий, участия в программах и мероприятиях общественных организаций родственников и больных БА, волонтерских и социальных движений, профсоюзных и ветеранских организаций.

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию первичных профилактических мероприятий еще во *фрактале предиспозиции (астмогенная семья)*, где мероприятия направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и на этико-психологическую гармонизацию семейных отношений.

В *латентном фрактале* санирующие мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей. Диагностика патологических физиологических реакций должна заключаться в исследовании аллергологического статуса и функций дыхания у лиц, имеющих нарушения в моральной социализации личности и преморбидные личностные особенности.

В *инициальном фрактале* при развитии предастмы — состояния, предшествующего развитию БА, необходимы своевременная диагностика и коррекция образа жизни и отказа от вредных привычек, начальных признаков синдрома комплекса деструктивного профессиогенеза и синдрома деморализации [11].

При возникновении аллергических заболеваний для профилактики развития БА предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания. Отмечена возможность профилактики БА с применением десенсибилизирующей терапии. Стратегическим направлением в борьбе с БА считается программа ее первичной профилактики. Однако пока что выполнение этого проекта носит только научный характер.

Во *фрактале развернутой клинической картины* БА требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, социальная и духовно-нравственная помощь.

В первую очередь проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм больного тех или иных аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение специальных так называемых элиминационных диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии и др.). При выявлении реакции больного на определенные аллергены можно попытаться провести специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген.

Очень важным в этот период становится адекватное лечение для недопущения перехода в следующий фрактал. С учетом тяжести заболевания в стабильном состоянии больного терапия должна осуществляться согласно рекомендациям, представленным в GINA.

При лечении БА применяют «ступенчатый» подход, при котором интенсивность терапии возрастает по мере увеличения степени тяжести БА. Цель ступенчатого подхода состоит в достижении контроля над БА с применением наименьшего количества препаратов. Доза и кратность приема лекарств увеличиваются, если течение БА ухудшается, и уменьшаются, если течение БА хорошо контролируется. Только при хорошем контроле БА в течение трех месяцев возможен переход с одной ступени на другую [9].

При возникновении исходного состояния БА с развитием соматопсихических осложнений пациентам проводится медицинская и социальная, психологическая и духовно-нравственная реабилитация.

Медицинский блок программы представлен в руководствах по пульмонологии и не требует специального обсуждения в этой статье [9, 17]. Для коррекции коморбидных психических расстройств преимущественно в психоэмоциональной сфере (ипохондрия, депрессия, повышенная тревожность, нозофобия и др.) широко используются анксиолитики, антидепрессанты и ноотропы [10, 16].

Психологический блок программы. Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при БА способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их соци-

ального функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении БА. С этой целью применяются различные методики психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, групповая психотерапия.

Коррекция нарушений в рамках семейной психотерапии должна осуществляться по двум направлениям: 1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье с использованием невербальных техник; 2) разыгрывание ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной психотерапии следующего содержания: «просьба», «требование», «благодарность» и другое, которые в дальнейшем обсуждаются. Такая психотерапия, применяемая в комплексе с другими лечебными воздействиями, приводит к облегчению течения болезни и значительному урежению приступов бронхоспазма, а также к редукции у 92,1 % больных БА нервно-психических механизмов патогенеза [1, 10].

Больным БА в комплексе с соматотропным лечением обязательно должна проводиться адекватная психотерапия, выбор видов и форм которой зависит от особенностей течения болезни и личности больного.

Социальный блок программы. Особую актуальность приобретает информированность больных БА о своем заболевании. Групповые регулярные занятия в «Астма-школе», партнерские отношения между врачом и пациентом, соблюдение больными рекомендаций по лечению выступают в виде новой, социальной формы помощи.

Духовно-нравственный блок программы. Скрининг и коррекция морального климата семьи осуществляются в ходе семейной психотерапии, реализующей задачи этико-психологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем духовно-нравственным модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации, с учетом индивидуальных характерологических особенностей и микросреды, коморбидных и ассоциированных расстройств у каждого конкретного пациента. Очень важно своевременно находить ресурсы для обеспечения адаптивного профессиогенеза [11], профилактики боссинга и моббинга, деэтизации и дегуманизации профессионального сознания.

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует привлечения ресурсов тренинга этики делового общения, коучинга и духовных (религиозных) практик [13, 15].

Духовно-нравственная реабилитация осуществляется в рамках поддерживающей терапии, реализующей задачи нивелирования пессимистическо-

катастрофических установок и поддерживания оптимистично-ресурсной жизненной позиции.

Таким образом, синергетическая методология ментальной медицины при бронхиальной астме позволяет организовать наиболее раннюю профилактику заболевания еще на донологическом уровне, а в случае возникновения — раннее комплексное лечение мультидисциплинарной бригадой специалистов: врача-пульмонолога, психотерапевта, клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике.

Список литературы

1. Абабков В. А., Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб. : Питер, 2012. 672 с.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2009. 319 с.
3. Билецкая М. П., Мельникова Н. О. Особенности совладающего поведения в неполных семьях подростков с бронхиальной астмой // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2010. Т. 17, № 2. С. 42–44.
4. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб. : Речь, 2011. 271 с.
5. Дробижев М. Ю., Макух Е. А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. Т. 9, № 4. С. 26–29.
6. Ильяшевич И. Г. Психологический статус больных бронхиальной астмой // Сборник материалов ко 2-му Международному конгрессу «Психосоматическая медицина - 2007». СПб. : Реноме, 2007. С. 78–79.
7. Красноруцкая О. Н. Психосоматическое состояние детей и подростков, больных бронхиальной астмой : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Воронеж, 2009. 18 с.
8. Курпатов В. И., Титова В. В. Механизмы формирования психосоматических расстройств с позиций биопсихосоциального подхода // Сборник материалов ко 2-му Международному конгрессу «Психосоматическая медицина - 2007». СПб. : Реноме, 2007. С. 3–13.
9. Пульмонология : национальное руководство / под ред. А. Г. Чучалина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 960 с.
10. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина : руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.
11. Сидоров П. И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014. № 2. С. 13–25.
12. Сидоров П. И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.
13. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
14. Сидоров П. И. Ресурсы и направления ментальной превентологии // Экология человека. 2014. № 10. С. 31–43.
15. Сидоров П. И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
16. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : Медпресс-информ, 2011. 720 с.

17. Федосеев Г. Б., Трофимов В. И. Бронхиальная астма. СПб. : Нордмедиздат, 2006. 308 с.
18. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма : клинические рекомендации. М. : Атмосфера, 2008. 224 с.
19. Эйдемиллер Э. Г., Александров Н. В., Юстицкий В. Семейная психотерапия : хрестоматия. СПб. : Речь, 2007. 400 с.
20. Feldman J. M. et al. The role of panic-fear in comorbid asthma and panic disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 2009. Vol. 23, Iss. 2. P. 178–184.
21. Kheradmand F., Rishi K., Corry D. B. Environmental contributions to the allergic asthma epidemic // *Environ. Health Perspect.* 2002. Vol. 110 (Suppl. 4). P. 553–556.
22. Masoli M. et al. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report // *Allergy*. 2004. Vol. 59. P. 469–478.

References

1. Ababkov V. A., Karvasarskii B. D. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2012, 672 p.
2. Aleksander F. *Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i primeneniye* [Psychosomatic Medicine. Principles and Application]. Moscow, 2009, 319 p.
3. Biletskaya M. P., Mel'nikova N. O. Peculiarities of coping behavior in single-parent families of adolescents with Bronchial Asthma. *Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova* [Bulletin of Saint-Petersburg State Medical University named after Acad. I. P. Pavlov]. 2010, 17 (2), pp. 42-44. [in Russian]
4. Vasserman L. I., Trifonova E. A., Shchelkova O. Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike* [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic]. Saint Petersburg, Rech' Publ., 2011, 271 p.
5. Drobizhev M. Yu., Makukh E. A. Depressions in patients followed up by doctors of different specialties in General Medicine. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2007, 9 (4), pp. 26-29. [in Russian]
6. Il'yashevich I. G. Psikhologicheskii status bol'nykh bronkhial'noi astmoi [Psychological status of patients with Bronchial Asthma]. In: *Sbornik materialov ko 2-mu Mezhdunarodnomu kongressu «Psikhosomaticheskaya meditsina-2007»* [Proceedings of 2-d International Congress "Psychosomatic Medicine-2007"]. Saint Petersburg, Renome Publ., 2007, pp. 78-79.
7. Krasnorutskaya O. N. *Psikhosomaticheskoe sostoyanie detei i podrostkov, bol'nykh bronkhial'noi astmoi. Avtoref. kand. diss.* [Psychosomatic state of children and adolescents with Bronchial Asthma. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Voronezh, 2009, 18 p.
8. Kurpatov V. I., Titova V. V. Mekhanizmy formirovaniya psikhosomaticheskikh rasstroystv s pozitsii biopsikhosotsial'nogo podkhoda [Mechanisms of psychosomatic disorders formation from perspective of biopsychosocial approach]. In: *Sbornik*

materialov ko 2-mu Mezhdunarodnomu kongressu «Psikhosomaticheskaya meditsina-2007» [Proceedings of 2-d International Congress "Psychosomatic Medicine-2007"]. Saint Petersburg, Renome Publ., 2007, pp. 3-13.

9. *Pul'monologiya. Natsional'noye rukovodstvo* [Pulmonology. National Guide], ed. A. G. Chuchalin. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009, 960 p.

10. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina. Rukovodstvo* [Mentality Medicine. Guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.

11. Sidorov P. I. Adaptive professionalogenesis as priority of corporate Mentality Medicine Service. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014, 2, pp. 13-25. [in Russian]

12. Sidorov P. I. Mechanisms of social epidemics and synergetics of effective response. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 5, pp. 32-44. [in Russian]

13. Sidorov P. I. Spiritual-moral resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 6, pp. 22-39. [in Russian]

14. Sidorov P. I. Resources and Lines of Mental Preventology. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 10, pp. 31-43. [in Russian]

15. Sidorov P. I. Religious resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 12, pp. 65-76. [in Russian]

16. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroystva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow, Medpress-inform, 2011, 720 p.

17. Fedoseev G. B., Trofimov V. I. *Bronkhial'naya astma* [Bronchial Asthma]. Saint Petersburg, 2006, 308 p.

18. Chuchalin A. G. *Bronkhial'naya astma. Klinicheskie rekomendatsii* [Bronchial Asthma. Clinical Recommendations]. Moscow, Atmosfera Publ., 2008, 224 p.

19. Eidemiller E. G., Aleksandrov N. V., Yustitskis V. *Semeinaya psikhoterapiya. Khrestomatiya* [Family Psychotherapy. Reader]. Saint Petersburg, Rech' Publ., 2007, 400 p.

20. Feldman J. M. et al. The role of panic-fear in comorbid asthma and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009, 23, iss. 2, pp. 178-184.

21. Kheradmand F., Rishi K., Corry D. B. Environmental contributions to the allergic asthma epidemic. *Environ. Health Perspect.* 2002, 110 (suppl. 4), pp. 553-556.

22. Masoli M. et al. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*. 2004, 59, pp. 469-478.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович — академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51.
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com