



Ирина Германовна Малкина-Пых

Простудные заболевания

текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=174635

Простудные заболевания. Освободиться и забыть. Навсегда: Эксмо; Москва; 2008

ISBN 978-5-699-25750-8

Аннотация

Грипп, ОРЗ, ОРВИ – кто из нас не знает, что это такое? Кому не знакомы температура, головная боль, насморк, кашель, слезящиеся глаза, ломота в суставах?

Острые респираторные заболевания вызываются самыми разными бактериями и вирусами, и, несмотря на все достижения медицины и фармакологии, они до сих пор считаются неуправляемыми инфекциями. Однако сейчас уже не только психологи, но и медики согласны, что наши отрицательные эмоции являются уж если не непосредственной причиной болезни, то сильнейшим провоцирующим фактором, способствующим возникновению любого заболевания, в том числе и простудного. Исследования доказали, что гнев, злость, обида, раздражение пагубно действуют на наше здоровье, нарушая работу иммунной системы.

Как же научиться справляться с отрицательными эмоциями? Как научиться находить истинную причину недомогания и способы его предотвращения? Как сделать свой организм неуязвимым для ОРЗ или гриппа? Об этом расскажет книга известного российского специалиста по проблемам психосоматики И.Г.Малкиной-Пых.

Содержание

Введение	4
Глава 1	10
1.1. Психосоматика – это «psycho» (душа) + «soma» (тело)	12
1.2. Причины трансформации эмоций в болезнь	14
1.3. Основные источники психосоматических заболеваний	17
1.4. Теории формирования психосоматозов	21
1.5. Стресс и здоровье. Какая связь?	22
Глава 2	27
2.1. Какие бывают острые респираторные заболевания	28
2.1.1. Грипп	28
2.1.2. Аденовирусная инфекция	30
2.1.3. Риновирусная инфекция	31
2.1.4. Парагрипп	31
2.1.5. Реовирусная инфекция	32
2.1.6. Респираторно-синцитиальная инфекция	32
2.1.7. Микоплазменная инфекция	32
Конец ознакомительного фрагмента.	34

Ирина Малкина-Пых

Простудные заболевания

Введение

Острые респираторные (лат. *respirare* – дышать) *заболевания* (ОРЗ) – заболевания с преимущественным поражением дыхательной системы – вызываются чаще всего особыми вирусами (лат. *virus* – яд), но «провокаторами» могут оказаться также бактерии, простейшие и грибы (Сорокина, Смирнихина, 2004).

Заболевания вирусной природы обычно называют *острыми респираторными вирусными инфекциями* (ОРВИ). В настоящее время установлено, что в подавляющем большинстве (почти в 90 %) случаев причиной т. н. простудных заболеваний являются вирусы респираторной группы. В нее входят *вирусы гриппа и парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, микоплазма*, которые, соответственно, вызывают такие заболевания как грипп, парагрипп, риновирусную инфекцию и т. д.

Существуют также ОРЗ, возбудителями которых являются не вирусы, а бактерии. Бактериальные ОРЗ могут развиваться и как самостоятельные заболевания без предварительного вирусного поражения, хотя чаще им предшествует «вирусная подготовка». Группа бактериальных возбудителей ОРЗ также чрезвычайно многочисленна. Многие из них давно известны – стрептококки, пневмококки, стафилококки и др. В последние годы выявлены и другие – хламидии, моракселла и др. Наиболее распространенное в этой группе заболевание – острый тонзиллит (лат. *tonsilla* – миндалина), или ангина.

ОРЗ, проявляющиеся чиханием, заложенным носом, насморком, воспалением носоглотки и миндалин, кашлем, чрезвычайно распространены и встречаются во всех частях света. При ОРЗ больше всего страдает дыхательная система – сложный комплекс органов, без которых невозможна жизнь. Началом этой системы является нос, а концом – альвеолярный (лат. *alveolus* – маленькая полость, ячейка) аппарат в легких. Нарушение в любом отделе влечет за собой кратковременные или длительные, более или менее тяжелые последствия.

Нет популяций, рас или возрастных групп, которые были бы невосприимчивы к острым респираторным заболеваниям. У детей они возникают в среднем 4–8 раз в год, у взрослых – реже; возможны в течение всего года, но в зонах умеренного климата – чаще в холодные месяцы, а в тропиках – в сезон дождей.

Издавна считалось, что вирусы передаются от человека к человеку воздушно-капельным путем, т. е. с инфицированными капельками слизи, выделяющимися при чихании или кашле. Однако недавно было показано, что заражение возможно и при прямом контакте с инфицированными выделениями; этот путь распространения инфекции может иметь даже большее значение, чем воздушный.

Острые респираторные заболевания остаются до настоящего времени неуправляемыми инфекциями, наносящими существенный ущерб здоровью населения и экономике стран во всем мире (Дерягин, 2006).

В неосложненной форме данные заболевания не представляют большой опасности, однако являются важной проблемой здравоохранения, принося обществу значительный экономический ущерб в виде миллионов дней нетрудоспособности ежегодно и миллиардов рублей, расходуемых на врачей и лекарства. Кроме того, возможны и различные серьезные осложнения (Дерягин, 2006).

В благополучной Америке ежегодно от «банального» гриппа и его последствий умирают от 10 до 40 тысяч человек. Экономический ущерб, причиняемый этой инфекцией, составляет около 4 млрд долларов.

По данным Министерства здравоохранения РФ, в последнее десятилетие в России ежегодно заболевают гриппом около 7 % населения, из которых умирают примерно 2,5 тысячи человек. Экономический ущерб составляет более 10 триллионов рублей (примерно 33 млрд долларов). Часто грипп выступает в роли «замаскированного убийцы», наносящего удар не в период кратковременного заболевания, а в ближайшие месяцы после него. Наибольшие жертвы грипп вызывает среди больных, страдающих хроническими болезнями сердечно-сосудистой и нервной систем.

По данным ВОЗ, каждый взрослый человек 1–2 раза в год переболевает гриппом или ОРЗ, дети гораздо чаще. Удельный вес среди всех инфекционных болезней гриппа и ОРВИ составляет 90–95 %.

В свое время директор Всесоюзного научно-исследовательского института гриппа МЗ СССР Г. И. Карпухин сказал: «Если бы мне предложили расставить основные проблемы здравоохранения в порядке их значимости, то я сделал бы так: кардиология, онкология, грипп и ОРЗ, медицинские аспекты воздействия окружающей среды. Но все идет к тому, что многие проблемы кардиологии и онкологии, вероятно, будут решены в конце нашего – начале следующего столетия. А вот грипп и ОРЗ – это работа на весь XXI век (газета „Неделя“, 1985).

Инфекционная природа гриппа известна более 2000 лет. Первые упоминания о болезни были отмечены много веков назад – еще в 412 году до н. э. описание гриппоподобного заболевания было сделано Гиппократом.

Более 800 лет, т. е. со времен первой, исторически зафиксированной эпидемии (гр. *epidemia* – повальная болезнь) гриппа (1173 г.), до второй половины XIX века, ученые не относили его к contagiозным (лат. *contagium* – зараза, возбудитель инфекционной болезни) болезням. И тому были веские основания. Поскольку грипп молниеносно охватывает крупные населенные пункты и страны, считалось, что эта болезнь вызывается *миазмами* – вредоносными природе человека началами, распространяющимися на большие расстояния с потоками воздуха (Супотницкий, 2005).

В течение многих столетий грипп и гриппоподобные заболевания фигурировали под разными названиями: «заразная горячка», «катаральная лихорадка», «молниеносный катар». Со второй половины XIX века их стали называть «инфлюэнцей» и «гриппом», болезнь приписывали дурному состоянию атмосферы и использовали в политических целях (страны «кивали» друг на друга, что оттуда передается эта зараза по воздуху), а сами эпидемии называли по месту их возникновения: «русская болезнь», «испанка», «азиатский грипп» и т. п.

XV век. Европейцам посчастливилось открыть Америку, но при этом не посчастливилось местным племенам: они во множестве стали умирать. В короткое время континент буквально опустел. Легенды рассказывают о свирепом нраве конкистадоров, которые мечом и огнем завоевывали новые территории, не щадя никого на своем пути. Но, как предполагают многие современные исследователи, дело не только в этом или, скорее, вовсе не в этом. Основной причиной опустошения явились вирусы, которые испанцы завезли с собой. Очень вероятно, что среди них был и вирус гриппа. С этим паразитом организм аборигенов не умел бороться, потому что никогда с ним не сталкивался. Грипп (по мнению многих наших современников «безобидный»!) собрал на новом континенте большую жатву.

Первая опустошительная пандемия (гр. *pandemia* – весь народ, распространение какой-либо инфекционной болезни на целые страны и материк) испанского гриппа («испанка») произошла в 1918 г. и унесла жизни более 20 млн человек.

От «испанки» серьезно пострадало 20–40 % населения земного шара. Смерть наступала крайне быстро. Человек, абсолютно здоровый утром, к полудню вдруг заболел и умер к ночи. Те же, кто не умер в первые дни, часто умирали от осложнений, вызванных гриппом, например, пневмонии. Необычной особенностью «испанки» было то, что она часто поражала молодых людей (обычно от гриппа в первую очередь страдают дети и пожилые люди).

Проблему этиологии (греч. *aitia* – причина) гриппа посчитали разрешенной, когда в 1931–1933 гг. английские ученые Шоуп, Смит, Эндрюс и Лейдлоу выделили тот вирус, который мы сегодня считаем возбудителем гриппа (вирус гриппа А). Они доказали вирусную природу заболевания, положив начало новому этапу научного изучения структуры гриппа.

В 1940 году было сделано важное открытие – вирус гриппа может быть культивирован на куриных эмбрионах. Благодаря этому появились новые возможности для изучения гриппа.

В том же году Мэджилл выделил вирус гриппа В, а 1947 г. Тэйлор – вирус гриппа С.

С обнаружением вируса гриппа в эпидемиологии болезни вроде стало «все понятно». Но в 1947 г., во время эпидемии в США, массовая вакцинация населения не дала эффекта. Причина этой неудачи была вскоре установлена – распространение еще до начала эпидемии новых штаммов (разновидностей) вируса.

Пандемии же возникают в результате появления штаммов вируса с сильно измененными свойствами, против которых человек не имеет иммунитета. Эти представления блестяще подтвердились во время пандемии Азиатского гриппа (1957, 1959) и уже более 50 лет считаются не менее очевидными, чем когда-то учение о миазмах.

Пандемия Азиатского гриппа началась в феврале 1957 года на Дальнем Востоке и быстро распространилась по всему миру. Только в США во время этой пандемии скончалось более 70 000 человек.

В 1968–1969 гг. произошел средний по тяжести Гонконгский грипп. Пандемия стартовала в Гонконге в начале 1968 года. Наиболее часто от вируса страдали пожилые люди (старше 65 лет). Всего число погибших составило 33 800 человек.

В 1977–1978 гг. произошла относительно легкая по степени тяжести пандемия, названная «русским» гриппом. Вирус гриппа, вызвавший эту пандемию, уже вызывал эпидемию в 50-х гг. Поэтому в первую очередь пострадали лица, родившиеся после 1950 г.

Острые респираторные заболевания продолжают подробно и тщательно изучать в специализированных научных центрах, им посвящаются медицинские конференции и научные труды. Ученые открывают все новых и новых возбудителей, вызывающих практически у всех одни и те же симптомы: общее недомогание, подъем температуры, кашель и насморк (Сорокина, Смирнихина, 2004). Выясняют мельчайшие подробности воздействия вирусов и микробов как на человеческий организм в целом, так и на ничтожные по размеру фрагменты живой клетки. Усердно ищут новые лечебные и профилактические средства.

Однако заболевания дыхательных путей как были, так и остаются неизбежными и неприятными недугами детей и взрослых на протяжении всей жизни. Иногда при этом человек почти не страдает, но в некоторых случаях болезнь представляет смертельную опасность. К сожалению, человечество до сих пор не располагает достаточно надежным и универсальным средством борьбы с вирусами. В настоящее время нет противовирусных препаратов, которые можно было бы сравнить с эффективностью антибиотиков при лечении микробных инфекций.

Английские ученые пришли к неутешительному выводу о бесперспективности профилактики и лечения гриппа и ОРЗ. Они советуют изменить стиль жизни, место обитания (выбрать более благоприятный климат), соблюдать диету (Дерягин, 2006).

Американские эпидемиологи подсчитали, что если бы не было ежегодных гриппозных нашествий, удалось бы продлить человеческую жизнь не менее чем на пять лет.

Другое простудное заболевание, ангина, или заболевание глотки, также известна с древнейших времен. Само слово «ангина» обязано своим происхождением древнегреческим врачам (лат. *ango* – душить, сжимать) (Плужников и др., 2005).

Описание клиники и лечения заболевания можно встретить в дошедших до нас трудах Гиппократов, Корнелия Цельса, Авиценны. Древние греки не имели понятия про вирусы и бактерии, под словом «ангина» они понимали все болезни, сопровождающиеся воспалением тканей глотки и нарушением глотания и дыхания. Термин «ангина» в те годы использовался для обозначения типичных симптомов удушья, и Корнелий Цельс предложил его использовать для воспалительных состояний небных миндалин – *angina tonsillaris*.

Следует сразу отметить, что воспалительные заболевания небных миндалин очень редко сопровождаются симптомом удушья, и сам по себе термин «ангина» не отражает природу болезни, более правильно употреблять название острый тонзиллит. Однако термин ангина, как острое воспалительное заболевание небных миндалин, стал общепринятым в течение уже нескольких веков.

В трудах ученых-медиков древности и средневековья можно найти упоминания о связи ангины с заболеваниями суставов, с появлением отеков, с развитием абсцессов глотки. Их представления о природе заболевания и методах лечения базировались в основном на клиническом опыте.

Только развитие микробиологии в конце XIX и начале XX века стало научным базисом для последующих исследований в этой области. В это время была подтверждена инфекционная природа заболевания, были открыты патогенные (греч. *pathos* – страдание + *genesis* – происхождение) штаммы стрептококков, стафилококков, пневмококков, вызывающие ангину.

С тех пор существует два взгляда на небные миндалины: как на входные ворота инфекции и как на защитный орган иммунной системы.

В настоящее время, благодаря многочисленным исследованиям, изучаются механизмы патогенеза, этиология, эпидемиология и профилактика хронического тонзиллита и ангины. Проблемой остается причина хронического воспаления небных миндалин, которое возникает на фоне снижения общей и местной реактивности организма. Часто при хроническом тонзиллите ангины носят повторяющийся характер.

Иммунитет, возникающий после перенесенной ангины, носит типоспецифический характер. Иными словами, в организме появляются антитела, которые защищают только от одного типа стрептококка, а при инфицировании другим заболеванием может развиться снова. К сожалению, средств прививочной профилактики стрептококковой инфекции пока нет.

Современная медицина преуспела в лечении таких тяжелых состояний, как переломы, раны, аппендицит, серьезные инфекционные заболевания, подобные пневмонии, которые хорошо поддаются лечению антибиотиками. Она действительно может спасти жизнь. Кроме того, у нее есть эффективные средства лечения опасных заболеваний, которые требуют хирургического вмешательства. Но с такими современными болезнями, как аллергия, гипертония, артрит, астма, рак, остеопороз, вирусные инфекции, и в том числе острые респираторные

торные заболевания и ангина, медицина управляется значительно менее уверенно. О большинстве таких болезней в медицинских книгах честно написано: «Этиология неизвестна». ***Как это ни удивительно, но даже по мере развития медицинских знаний, особенно бурного в XIX и XX веках, вопрос о причинах болезней становился не намного яснее.***

Недаром великий физиолог И.П. Павлов говорил: «Этиология – самый слабый отдел медицины. И в самом деле, разве обыкновенно причины болезни не закрадываются и не начинают действовать в организме раньше, чем больной делается объектом медицинского внимания?»

А если неизвестна причина возникновения болезни, то как же ее лечить?

Обнадешивает, что многие направления медицинских исследований сейчас все больше и больше склоняются в сторону той области, которая до сих пор считалась сферой деятельности психологов, получает признание тот факт, что заболевания имеют не только физиологические, но и психологические причины. То есть начинает признаваться реальность существования связи между душой и телом, которая может оказывать непосредственное воздействие как на состояние нашего здоровья, так и на нашу способность исцеляться (Шапиро, 2004).

Чтобы понять эту связь между душой и телом, нужно, в первую очередь, признать, что они составляют единое целое человеческого существа. И хотя существует множество разных компонентов, составляющих единую личность, их не следует рассматривать отдельно друг от друга, так как они всегда тесно взаимосвязаны между собой. В устройстве человека отражаются психологическая и телесная гармонии. Тело – это просто самое очевидное свидетельство тонкости и развитости нашего разума (Шапиро, 2004).

Общеизвестно, что любая болезнь существует в форме ее симптомов; вместе с тем следует обратить особое внимание на то, что симптом – это защитное поведение организма, который хочет исцелиться, то есть восстановить свою целостность. Отсюда и происходит слово «исцеление». Такие негативные эмоции, как страх, застойная тревога, обида, гнев, чувство вины, а также критика себя и других, могут вызвать повышение артериального давления, язвенную реакцию и соответствующую боль в желудке, дискинезию желчных путей, способствуют развитию вегето-сосудистой дистонии, головной и сердечной боли, бронхоспазму, одышке, слабости, понижению иммунитета и т. д. Это принято называть «болезнями цивилизации», которые невозможно вылечить традиционными способами.

Одним из недостатков медицинского вмешательства является создание зависимости. Мы склонны не доверять мысли, что можем исцелить себя сами, начинаем беспокоиться, если не получаем достаточно лекарств, верим в улучшение, как только получим рецепт. Однако большинство докторов согласится с тем, что не они, и даже не рецепты, выполняют основную работу. Они могут лишь обеспечить нам среду, благоприятную для лечения.

Несомненно, что силой для выздоровления и исцеления обладает каждый из нас. Мы должны захотеть стать лучше, быть готовыми к работе с различными вопросами в нашей жизни, изменить свое привычное поведение или образ мыслей. Только тогда мы сможем взаимодействовать с любыми видами медицинского или дополнительного лечения, которые нам понадобятся.

Ослепленные необыкновенным действием новых препаратов или методов лечения, мы забываем, что все это лишь героические меры борьбы с болезнью, которая уже зашла слишком далеко. Ведь болезнь – это последний сигнал о неполадках, которые требуют вмешательства.

Не существует универсального «рецепта здоровья». В наших телах таится огромный запас внутренних способностей поддерживать здоровье, который мы часто игнорируем. Разум и тело постоянно подталкивают друг друга к здоровью или болезни. Не организм заболевает – человек делает это.

Мы создаем наше здоровье каждый день своей жизни. Его не найти в лекарствах, и его не раздают доктора, какими бы ни были их философия и методы лечения – традиционными или нетрадиционными.

Основная идея, которую я хочу передать в этой книге, заключается в том, что вы можете сами оказывать влияние на свое физическое здоровье: ваше тело является неотъемлемой вашей частью, а не чем-то таким, что время от времени заставляет вас болеть, и у него есть удивительная способность учиться и исцелять себя.

Этими словами я не отрицаю важной роли медицины, а скорее предлагаю задействовать любые средства: как медицинские, так и дополнительные, для того, чтобы исцеление было полным. Очень часто бывает необходимо лекарственное или хирургическое вмешательство для спасения жизни или облегчения страданий. Однако устранение симптомов еще не означает исцеления. Исцелиться – значит стать целым, воссоединиться с тем, что было отделено от нас, достичь единства тела, разума, эмоций и духа, в то время как вылечить – значит просто устранить сиюминутную проблему. Лечение направлено не на все тело, а лишь на больную его часть. Если мы работаем только на поверхности, борясь с симптомами, это не приводит к изменениям на более глубоком уровне, и тогда эти или подобные симптомы могут появиться вновь.

Данная книга не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

Глава 1

О единстве души и тела, или Что такое психосоматика

Более двух тысяч лет назад великий Сократ произнес: «Нет телесной болезни, отдельной от души». Однако многие психологи и большинство медиков до сих пор не рассматривают эту связь всерьез. Тем не менее и у нас в стране, и за рубежом появляется все больше работ на эту тему. Теоретические и практические исследования достоверно подтверждают тот факт, что базовые эмоции, такие как гнев, печаль, страх, радость, оказывают влияние на состояние здоровья человека, непосредственно связаны с теми или иными физическими заболеваниями.

Осознание важности воздействия эмоций на здоровье организма может по праву считаться одним из величайших достижений современной медицины. Эта точка зрения убеждает в том, что разум и тело работают как единое целое, что разум влияет на тело так же, как и тело влияет на разум. Все болезни нужно рассматривать и лечить, принимая организм человека как целое. Это стало фундаментальным положением, на основании которого строится психосоматический подход к человеку. Слово «психосоматический» произошло от двух греческих корней: «психо» – душа и «сома» – тело.

Вплоть до XVIII и начала XIX века такие психологические факторы, как потеря удачи, смерть любимого человека или разочарование в любви, вполне естественно признавались врачами как играющие важную роль в порождении заболевания. Но к концу XIX века растущие знания в области патологии и введение новых методов в микроскопии привели немецкого патолога Р. фон Вирхова и других медиков к предположению, что все заболевания носят органический характер, а до тех пор, пока под микроскопом не могут быть обнаружены заметные клеточные изменения, о существовании какой-либо болезни не может быть и речи (Браун, 1999).

К началу прошлого столетия труды З. Фрейда и его коллег вновь привлекли внимание медиков и психиатров к понятию психологически производимого расстройства. Вновь возникло осознание того, что органические заболевания, равно как и умственные, могут иметь психологическое происхождение.

Однако систематическое клиническое и экспериментальное исследование взаимодействия между душой и телом стало возможным лишь после того, как была устранена философская путаница относительно их определений (Александр, Селесник, 1999).

Западное представление о том, что тело и душа суть разные части человека, старо как мир. Эта роковая путаница была закреплена Р. Декартом. Она существовала задолго до него и повлияла на медицину больше, чем на другие области познания. Мифология, религия, философия во все времена были озабочены взаимосвязью тела и души, но в разные века разные авторы трактовали это соотношение по-своему. Платон утверждал, что дух властвует над телом, которое является лишь исполнителем желаний и идей духа. Гиппократ, напротив, считал психические процессы не более чем вторичным патологическим явлением (эпифеноменом), незначительным отражением телесных процессов, которые сами по себе подчиняются универсальным физическим законам.

Первобытный человек объяснял природные явления с психологической точки зрения. Современный человек сначала отбросил прочь сверхъестественную и психологическую

мотивацию неживого мира, а затем попытался «обезжизнить» взгляд на самого себя до такой степени, что человеческая личность стала считаться несущественной для научного исследования человека. Лишь на исходе XIX в. маятник качнулся в другую сторону, и личность – эмоции и мотивации человека – стала считаться законным объектом методического научного исследования.

Физические реакции на эмоции – одни из самых распространенных повседневных ощущений. Человек боится – его пульс учащается, дыхание становится глубже. Человек сердится – лицо краснеет, мышцы напрягаются. Человек чувствует отвращение – желудок начинает дрожать. Расслабляясь от напряжения, человек делает глубокий вздох (Александр, Селесник, 1999).

Субъективные ощущения (страх, злость, отвращение, радость, печаль) мобилизуют исключительно сложные телесные процессы. К ним относятся изменение сердечного ритма и циркуляции крови, дыхания, деятельности желудочно-кишечного тракта, изменения в мускульной системе и железах. Поскольку эти явления постоянно сопутствуют нам в повседневной жизни, мы принимаем их как должное и не осознаем, что, когда мы смеемся или плачем, мы вовлечены в одно из величайших таинств биологической науки. Процессы, в которых начальные звенья общей цепи воспринимаются **субъективно** как эмоции, а последующие – **объективно** как изменение телесных функций, называются психосоматическими явлениями. Их частично субъективная, а частично объективная природа привела к широко распространенному заблуждению о противоположности духовного и физического.

Повышение кровяного давления и учащение сердечного ритма, сопутствующие гневу или страху, можно изучать по объективным параметрам. Однако страх или гнев может испытывать лишь только тот человек, который затронут им. Сам факт, что физиологические и психологические явления происходят в одном и том же организме, интерпретировался таким образом, что человек разделен на душу и тело; изучение человека было соответственно разделено на два направления, которые веками оставались изолированными друг от друга.

Да, наши чувства постоянно влияют на наши телесные функции. Но так же хорошо нам знакомы и явления обратного порядка, когда изменения физиологические влияют на нашу психологию. Это – двухстороннее движение. Мы принимаем алкоголь, он изменяет химический состав организма, мы быстро реагируем на это изменением настроения. Некоторые становятся агрессивными, теряют контроль над собой, некоторые – сентиментальными и плаксивыми. Седативные лекарства влияют на нас физиологически: как результат, мы чувствуем сонливость. Транквилизаторы освобождают нас от эмоционального напряжения. Высокая температура вызывает состояние бреда.

Таким образом, очевидно, что мы являемся неделимыми организмами. Поскольку человек и сложный физиологический аппарат, и, одновременно, осознающий себя индивид, способный выразить свое состояние (вербальная коммуникация), его следует изучать с психической, и с физиологической стороны (комплексно). Совмещение результатов этих двух видов наблюдения и составляет суть психосоматического подхода.

1.1. Психосоматика – это «psycho» (душа) + «soma» (тело)

Нет никаких только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме; жизненность его и состоит именно в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни.

Р. А. Лурия

Термин «психосоматика» предложил в 1818 году врач из Лейпцига Я. Хейнрот, который объяснял многие соматические болезни как психогенные, прежде всего в этическом аспекте. Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как результат переживания чувства злобы и стыда, а особенно – сексуальных страданий. Через 10 лет М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое», как противоположное и в то же время дополняющее, по отношению к «психосоматическому». Во врачебный лексикон термин «психосоматика» был введен лишь столетие спустя.

Первоначально понятием «психосоматические» объединялись заболевания, в развитии которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма). В настоящее время термин имеет два значения: одно связано с его применением к области медицины, второе – к болезням, в которых важную роль играют психологические факторы.

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции З. Фрейда, который доказал, что «подавленный аффект», «психическая травма» путем «конверсий» (лат. *con* shy; *ver* shy; *sio* – превращение) могут проявляться соматическим симптомом. Хотя непосредственно сам З. Фрейд не внес большого вклада в изучение психосоматических заболеваний, его теории сделали возможным серьезное рассмотрение психологически продуцируемой болезни, первоначально в области невроза. Другими словами, без Фрейда и психоанализа мы не знали бы того, что знаем теперь. Например, любая болезнь имеет определенный смысл для страдающего, она, осознанно или неосознанно, преднамеренна и может быть исцелена путем обнаружения этого намерения, этого смысла.

Творчески развивая идею З. Фрейда, Ф. Александер предложил теорию эмоциональных конфликтов, принципиально воздействующих на внутренние органы, связывая специфику психосоматического заболевания с типом эмоционального конфликта.

Формулировки, данные Ф. Александером специфическим психологическим конфликтам, вызвали много возражений, из-за которых были забыты другие его высказывания. В действительности его объяснение возникновения болезней имело три аспекта:

1. Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие генетические, биохимические и физиологические факторы.

2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент излишне чувствителен в силу своих ключевых конфликтов, вновь активируют и усиливают эти конфликты.

3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

Кроме того, имеются прямые различия в автономных реакциях индивидов на различные формы нагрузок. Индивидуальные особенности интенсивности и проявлений автономных реакций могут объяснить различные проявления психосоматических заболеваний.

В дальнейшем Ф. Данбар выдвинула концепцию зависимости психосоматической патологии от тех или иных особенностей профиля личности человека.

К. Ясперс акцентировал внимание на роли нарушений социального общения в происхождении психосоматической патологии.

А. Мичерлих, открывший первую в мире психосоматическую клинику, полагал, что при хроническом психосоматическом развитии происходит сначала борьба с невротическим комплексом, путем его вытеснения, а затем – сдвиг в динамике соматических защитных процессов.

Развитие знания относительно влияния эмоций на органические процессы в тех органах, которые не управляются сознательно, приходится на тот период, когда американский физиолог У. Кэннон предложил новую идею, родившуюся из его оригинальных исследований физиологического эффекта гнева и страха. Кэннон показал, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре, и продемонстрировал, что эмоциональные состояния активизируют физиологические функции, призванные подготовить организм к той ситуации, о которой сигнализируют эмоции.

Страх и гнев стимулируют кору надпочечников, вследствие чего адреналин активизирует углеводный обмен таким образом, что начинает усиленно выделяться сахар для поддержания энергии. Кровяное давление и циркуляция крови изменяются так, чтобы кровь обильнее поступала к тем органам, которым, возможно, предстоит борьба. Одновременно ассимиляционные и резервные функции (пищеварение или усвоение) подавляются. Организм, который должен напрячь все свои силы, чтобы справиться с чрезвычайной ситуацией, включающей страх или гнев, не может себе позволить роскошь переваривать или усваивать пищу.

Когда исследование Кэннона о механизмах влияния эмоций на функции жизненно важных внутренних органов было применено к изучению эмоционального стресса при хронических органических болезнях, в мире действительно наступила психосоматическая эра.

После Второй мировой войны Т. Икскульем была изложена и теоретически обоснована оригинальная всеобъемлющая «биопсихосоциальная модель». Биопсихосоциальный подход изначально рассматривает человека в его естественном психобиологическом развитии применительно к здоровью и болезни в его окружении, которое он не только воспринимает, но и по мере возможности создает сам. Икскуль описал «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нарастанию активации физиологических функций. Заболевание развивается в тех случаях, когда разрешение состояния готовности невозможно. Т. Икскуль создал концепцию внешнего мира и организма как «динамически развивающегося целого». Подобных взглядов придерживался и Х. Вайнер, который попытался описать «организм в здоровье и в болезни» на всех уровнях и ступенях организации и развития как интегрированную регуляторную систему.

На сегодняшний день существует достаточно большое количество психосоматических теорий и моделей. Интересующийся читатель может более подробно познакомиться с ними в моих книгах из серии «Справочник практического психолога» «Психосоматика» и «Терапия пищевого поведения» (см. список литературы).

1.2. Причины трансформации эмоций в болезнь

Почему же эмоции трансформируются в болезнь? В силу общей психологической закономерности. Дело в том, что любая эмоция трансформируется в физиологическую реакцию, которая в организме проявляется в виде симптомов болезней. Кстати, несчастные случаи, травмы и многие психологические проблемы объясняются этой же закономерностью. Важно уяснить, что эмоции составляют существенный аспект психосоматической болезни.

Чтобы понять зарождение психосоматических заболеваний (строго говоря, все заболевания являются психосоматическими, но здесь мы употребляем это слово в его наиболее определенном смысле для обозначения тех органических расстройств, в отношении которых есть основания считать, что в их развитии главную роль сыграл эмоциональный стресс), необходимо кое-что сказать об анатомии и физиологии нервной системы.

В нервной системе имеются различные уровни, от высших и наиболее сознательных до бессознательных и более или менее автоматических центров, ответственных за адаптацию положения тела, поддержание равновесия и координацию движений. Но помимо центральной нервной системы, включающей в себя головной и спинной мозг с сенсорными и моторными нервами, осуществляющими передачу в обоих направлениях, существует и более примитивная система, известная как автономная нервная система, образованная двумя тонкими нервными цепочками с ганглиями или узлами нервных клеток, располагающимися на расстоянии друг от друга по обеим сторонам позвоночного столба позади брюшной полости, таза и грудной клетки (Браун, 1999).

Солнечное сплетение в верхней части брюшной полости представляет собой один из таких ганглиев. Подобно тому, нервы центральной нервной системы, идущие к коже и произвольным мышцам, делятся на два основных типа – моторные и сенсорные. Нервы автономной нервной системы поддерживают работу наружных органов. Они также разделены на парасимпатическую и симпатическую группы. Управляющий центр автономной нервной системы лежит у основания головного мозга в области, известной как гипоталамус. Эта система обеспечивает работу желудка, кишечника, сердца, кровеносных сосудов и других органов, включая важные эндокринные железы, и ее значение заключается в том факте, что здесь расположено физиологическое основание эмоций.

Жизнь организма можно сравнить с жизнью нации, в которой есть два экстремальных состояния: война и мир. Война – это состояние, при котором организм вынужден иметь дело с непредвиденной ситуацией, а мир – состояние отдыха и расслабления.

Именно симпатическая часть автономной нервной системы готовит к экстремальной ситуации или, в биологических терминах, к борьбе или бегству, а когда симпатические нервы стимулированы, происходят определенные телесные изменения: сердце бьется быстрее, зрачки расширяются, желудочная активность (процесс мирного времени) подавляется, из печени высвобождается сахар и так далее. Эти активности сопровождаются выделением из надпочечных желез гормона адреналина, интенсифицирующего их действие. Расширенные зрачки, бледность кожи (вследствие сужения малых кровеносных сосудов) и частый пульс составляют внешне наблюдаемые признаки таких экстремальных реакций в страхе и злости, которые выполняют функцию увеличения эффективности действия (борьбы или бегства).

Когда, с другой стороны, организм отдыхает – например, после сытного обеда, полового акта или сна – происходят обратные изменения вследствие парасимпатической стимуляции: сердце бьется медленно, желудок продолжает переваривать свое содержимое, кожа

приобретает румянец, зрачки сужаются, а в печени откладывается сахар. Таким образом, симпатическая активность является процессом распада (катаболическим), тогда как парасимпатическая активность суть процесс накопления (анаболический), и эти две фундаментальные реакции полезны животным тем, что они готовят организм к действию или к ослаблению.

Но человеческие существа отличаются от животных в двух очень важных позициях. Во-первых, у животных и, до некоторой степени, в нормальном человеческом существе эти физиологические изменения длятся лишь до той поры, пока в них есть необходимость; в частности, у животных «с глаз долой – из сердца вон». Животные живут в вечном настоящем, тогда как человеческий индивид, по причине его способности к визуализации прошлого и будущего, может испытывать страх или возмущение по поводу их обоих. Симпатическая стимуляция необходима, когда индивид сталкивается с реальной опасностью или нуждается в повышенной активности, но когда он разозлен или напуган вчерашними или возможными завтрашними событиями, то, что должно было бы быть экстремальной реакцией, становится реакцией затянувшейся и хронической.

Например, оправданное временное повышение кровяного давления в экстремальной ситуации может стать патологическим и постоянно повышенным кровяным давлением затянувшегося негодования или фрустрации. Другое отличие между животными и человеческими существами – способность последних рассматривать, в качестве экстремальных, ситуации, когда опасность угрожает не жизни и здоровью, но всего лишь гордости и чувству собственного достоинства.

Животное, а при нормальных обстоятельствах и человек, чья симпатическая система подверглась стимуляции, входит в экстремальное состояние (будь то борьба, бегство, вербальное выражение своей враждебности или более конструктивное поведение), но характерной чертой невротика, конечно же, является склонность подавлять или сдерживать эти эмоции, вместо высвобождения экстремальной реакции, в соответствующем поведении – борьбе, бегстве или конструктивной деятельности, таким образом никогда не завершая их. Он погружается в постоянное состояние готовности перед лицом угрозы, которая может быть чисто субъективной и никогда не приводит его к каким-либо действиям. В результате описанные выше физиологические изменения могут превратиться из временных экстремальных реакций в постоянные и закрепленные. Такова физиологическая основа психосоматических расстройств.

Психосоматическая медицина начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. В современной классификации к психосоматическим заболеваниям и расстройствам отнесены (Радченко, 2001):

1. Психосоматические реакции (сильные психологические переживания, получающие соматический ответ, например, влюбленность).

2. Конверсионные симптомы (невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен, например, психогенная слепота, глухота, рвота или болевые феномены).

3. Функциональные синдромы (органные неврозы по одной из классификаций): разнообразные нарушения в органах рассматриваются как телесные проявления, сопровождающие аффект. Например:

- ком в горле – внутреннее беспокойство;
- затруднение дыхания – депрессия;
- ощущения в области сердца – симптомы страха.

4. Органические психосоматозы (к ним отнесены бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, нейродермит, гипертиреоз и многие другие, в том числе и острые респираторные заболевания).

Вопрос о механизме возникновения психосоматических заболеваний и их причинах сложен. Здесь играют роль и специфичность травмирующей ситуации, и личная история человека, его характерологические особенности и пр. В основе любого психосоматического заболевания может лежать неразрешенный внутренний конфликт (или противоречие), который перестал пониматься или решаться человеком; он исчезает из осознанного восприятия проблемы, но сохраняет свое бессознательное присутствие. Вытеснение проблемы происходит по разным причинам. Иногда это страх посмотреть на нее прямо, найти в себе силы действовать, а иногда просто отсутствие возможности, внутренних ресурсов, как это бывает у детей.

Столкнувшись с какой-то проблемой, которую, экономя энергию сознания, нам не хочется обсуждать, мы, что называется, закрываем на нее глаза. Проблема переходит в психическую сферу, а затем еще «ниже» – в сферу физическую.

Информация, которую, как нам кажется, игнорируя, можно устранить, фактически закрепляется, сохраняя свое исходное значение, по терминологии К. Г. Юнга, в «тени». Тень – это все то, что для нас неприемлемо, что мы не желаем в себе признавать и охотнее всего вовсе не замечали бы. Она диаметрально противоположна нашему «Я», состоящему из личностных качеств, которые нам нравятся и с которыми мы себя идентифицируем. Поэтому ни одно «Я» не стремится встретиться с накопившимися в тени проблемами (Дальке, 2004).

Впрочем, причин может быть гораздо больше, и мы остановимся лишь на некоторых из них (Радченко, 2001).

1.3. Основные источники психосоматических заболеваний

Психологами описано семь основных источников эмоционально обусловленных, т. е. психосоматических, заболеваний.

1. Мотивация или условная выгода. Это очень серьезная причина, потому что часто симптом несет условную выгоду для человека.

Например, если вы болеете, то внимание и забота к вам родных и близких усиливается. Если вы не хотите общаться (что-то делать), то жестокий насморк может освободить вас от этого действия.

На фоне негативных переживаний, проблем на работе или в личной жизни намного проще заболеть. Когда у меня лихорадка, болит голова, из носа течет – я чувствую себя беспомощным и жалким. Мое состояние на какое-то время ставит меня перед необходимостью сделать паузу и отойти от текущих дел, чтобы восстановиться.

Кроме того, суть неосознанного бегства в болезнь – в привлечении внимания близких людей, в стремлении получить поощрение, фору, отсрочку, снисходительное отношение. «Я болен, я страдаю и нуждаюсь в вашей помощи!» – так выражается негативная, манипулятивная сторона болезни.

В таком контексте заболевание также можно истолковать как неосознанное наказание близких за недостаток внимания. Сидеть у постели несчастного больного, переживать за его состояние здоровья, бегать в аптеку за лекарствами, приносить фрукты и новые книжки – это же святое дело! А тех, как правило, мучает совесть за то, что вот ведь, я был таким невнимательным, человек тут умирает, и как же мне теперь загладить свою вину.

Люди очень часто путают причинно-следственные соотношения, которые появляются между болезнью и человеком. Например, человек говорит: «Я болею и поэтому не могу это сделать!» Но на самом деле это выражение на психосоматическом языке означает: «Мне не хочется это делать. Но так просто отказаться от этого я не могу. Если я болею, то у меня есть легальная возможность этого не делать. Что самое важное – никто меня за это не упрекнет».

Достаточно часто нежелание встретить требования обычной семейной или общественной жизни или неспособность справляться с трудностями заставляет людей бессознательно искать убежища в болезни или инвалидности.

Также важно, что семья при помощи болезни одного члена может поддерживать свое равновесие и функционирование. Например, болезнь ребенка приводит к сплочению родителей, уводя в сторону от конфликтов и тем самым стабилизируя ситуацию. И семья будет делать все для того, чтобы ребенок не выбрался из этой ямы. Как только он действительно начинает выздоравливать, то начинается «скандал в благородном семействе». Нарушение договоров (пусть даже они заключены на бессознательном уровне) не нравится никому!

Иногда болезнь сдерживает развитие другого, более тяжелого заболевания. Понятие сдвига симптомов было введено в традиционной медицине и психологии после признания того факта, что, «устраняемые с помощью терапии», они внезапно возникают в другой форме. Можно было бы даже сказать так: симптомы «блуждают» от органа к органу, а пациент – от специалиста к специалисту.

Так как данный механизм работает на уровне бессознательного, нет смысла объяснять его больному на уровне сознания. Если человеку попытаться объяснить, что болезнь для него выгодна, он, чаще всего, с этим не согласится. Особенно это характерно для истеричных людей. Они могут много ходить по врачам и пытаться вылечиться, но, как правило, если они чувствуют, что выздоровление близко, то находят уважительную причину, чтобы прервать лечение. В дальнейшем они будут жаловаться, что этот метод лечения или этот

специалист тоже не смогли им помочь. А если терапевт действует достаточно энергично, и больной «пропускает» момент излечения от данного симптома или болезни, а на смену тут же возникает новый недуг, то о старой болезни он уже может и не вспомнить, как будто ее и не было.

С учетом данного механизма, иногда лучше не излечивать человека полностью, а только слегка облегчить его состояние. Это его, скорее всего, удовлетворит, так как он не нуждается в излечении, его интересует сам процесс лечения, при помощи которого он демонстрирует свое страдание.

К другим источникам возникновения психосоматических заболеваний относятся следующие.

2. Внутренний конфликт, конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них над другой.

Например, у человека в результате родительского воспитания сформирована часть личности, которая живет под девизом «Если быть, то быть лучшим» и всячески вынуждает человека этому девизу следовать.

Вторая часть в конце концов не выдерживает: «Замолчи, я уже надорвался быть лучшим!». И заставляет замолчать первую единственным доступным для нее способом – заболеванием тяжелой простудой.

Обе эти части, как на чаше весов, доминируют попеременно, создавая глубокий внутренний конфликт.

3. Эффект внушения. В данном случае имеется в виду внушение другим человеком.

Если ребенку все время говорить, что у него слабое здоровье, что он должен беречься от простуд, то велика вероятность, что он таким и вырастет.

Особенно опасно в этом смысле общение с врачами. Слово, сказанное врачом и неверно истолкованное пациентом, может глубоко запасть в подсознание и оказаться причиной развития или закрепления настоящей патологии.

4. «Элементы органической речи». Болезнь – может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «я на дух его не переношу», «я лишился дара речи» могут превратиться в реальные симптомы.

В этом случае болезнь также может рассматриваться как способность выразить свою психологическую потребность в телесной форме.

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то.

Человек выбирает себе идеал и пытается быть похожим на него. Но постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя все время в другой «ауре», он в конце концов начинает от этого страдать. Особенно опасно бессознательное подражание родителям. Выполнение родительского сценария, возможно, является одной из причин наследственных заболеваний.

Генетики могут возразить, что наследственные болезни переносятся генами. Но они согласятся с тем, что гены многих заболеваний носят все люди, а далеко не все болеют. Может, родительский сценарий и является тем фоном, на котором наследственная патология начинает развиваться. Поэтому, если мы не хотим, чтобы наши дети болели теми же тяжелыми заболеваниями, что и их бабушки и дедушки, т. е. наши родители, то именно мы должны постараться избежать этих заболеваний, поломать сценарий. К сожалению, сценарные нарушения плохо поддаются психологической коррекции, может, поэтому их и отнесли к группе наследственных заболеваний, ибо что заложено в генах, медицина изменить не может.

6. Самонаказание. Это происходит, когда за совершенный неблагоприятный поступок человек начинает бессознательно наказывать себя.

Часто это результат того, что человек поступает не так, как его воспитывали, что приводит к возникновению чувства вины, а вина ищет наказания. Часто этим наказанием является возникновение какой-то болезни.

Вспомним самые частые наши заболевания, и мы без труда обнаружим, что заполучили их именно в детстве. Не без «помощи» взрослых, разумеется. Как? Ну, хотя бы из желания (или необходимости) быть «хорошим мальчиком» или «хорошей девочкой» вы запретили себе проявлять какое-то чувство. Скажем, злость. Нас ведь всех учили: «Злиться некрасиво. Злой человек – это плохой человек». А плохим быть кому ж охота? И так в какой-то своей части вы отказались от права быть собой, проявлять себя.

7. Болезненный, травматический опыт прошлого – самый серьезный, самый глубокий источник. Как правило, это психические травмы раннего периода детства, вытесненные, забытые, но активно влияющие на поведение и здоровье человека из бессознательной части личности. Но иногда они могут быть и не забыты, а постоянно держаться в памяти или периодически всплывать.

Ну, скажем, вы просто радуетесь жизни. Бурно, по-детски радуетесь. Вы довольны и миром, и собой, выражаете свой восторг, как умеете и можете. Но серьезные взрослые ваш восторг не разделяют: они устали, вы им мешаете своим бурным самовыражением. И что вы слышите? «Не ори, – говорят взрослые. – Что ты вопишь как резаный?» А то и подзатыльник получаете. Раз, другой, третий – и вот уже вам самому кажется, что когда вы бурно радуетесь, то совершаете нечто плохое. И вот вы уже сами запрещаете себе кричать. Потому что знаете, что за этим последует наказание, а с ним – боль. И поскольку боли вы не хотите, вы готовы лучше встать на горло собственной песне: вы перестаете не только кричать, но даже говорить громко. А потом у вас заболит горло. Одна ангина, другая, третья. Хронический тонзиллит на всю жизнь.

А все лишь потому, что под влиянием родителей вы запретили себе открытое самовыражение. Напряжение «разрядилось» именно в области, ответственной за речь, – в гортани. «Не пойму, в кого он такой слабый», – удивляются родители, даже не осознавая, что способствовали возникшему заболеванию, запрещая ребенку быть собой. Если по этому поводу в вас живет подспудная обида на родителей, которые вас подавляли, то эта обида, разумеется, создает напряжение – а значит, источник новых болезней.

Еще одной очень важной причиной психосоматических заболеваний может быть алекситимия. Алекситимия (от греч. а – отсутствие, lexis – слова, речь и thymos – чувство) – буквально означает: «без слов для чувств» или в близком переводе – «нет слов для названия чувств». Ограничение этой способности особенно выражено у психосоматических пациентов.

Согласно современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой человека, определяемой следующими особенностями:

- 1) трудность в распознавании и определении собственных эмоций и чувств;
- 2) затруднения в определении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) сниженная способность к символизации, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям;
- 4) сосредоточенность в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

У психосоматических пациентов крайне обеднена способность выражать свои ощущения и переживания, особенно имеющие конфликтное содержание. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность распознавать свои чувства. Как правило, социально это хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии является

ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит жесткое следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека.

1.4. Теории формирования психосоматозов

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний (Лиманов, 2004).

Согласно одной из них, психосоматические заболевания являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами.

Другая теория связывает возникновение психосоматических заболеваний с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний. При этом, в отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический конфликт, психосоматическим заболеваниям свойственно двойное вытеснение, неприемлемое не только для сознания мотива, но и невротической тревоги и всего невротического поведения.

Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов (как и неустранимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или маскированной депрессии. Поражение же тех или иных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития, определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты.

Итак, в очень упрощенном виде, формирование психосоматозов могут быть связаны с разными событиями и явлениями. Вот основные:

- стрессовые ситуации;
- собственные негативные мысли и чувства;
- подсознательный запрет на проявление чувств (не только негативных, но и позитивных, таких как радость, любовь, восхищение, удовольствие);
- неадекватные поступки – то есть поведение разрушительное, противоречащее истинной сути, жизненному пути или требующее чрезмерных для нас затрат сил и энергии (когда вы садитесь не в свои сани; делаете то, что делать не хотите или что наносит вред, и т. д.).

1.5. Стресс и здоровье. Какая связь?

Последние исследования показали, что, наверное, половина людей, которые обращаются за медицинской помощью, страдают болезнями, которые были вызваны или усугублены длительным стрессом. Даже легкие заболевания могут перерасти в серьезные болезни, если они сопровождаются волнением, слишком большим беспокойством или сильным страхом. Когда напряжение этого типа повторяется слишком часто или продолжается очень долгое время, то химический состав вашего организма разбалансируется. Этот дисбаланс проявляется каждый раз, когда вы перерабатываете, волнуетесь до такой степени, что волнение перестает быть безобидным, или когда вы находитесь в таком состоянии, что не можете заснуть ночью.

Таким образом, первичным запускающим механизмом, на основе которого, в конце концов, образуются болезни и социальная дезадаптация, является стресс.

Почти четверть века назад молодой австрийский эндокринолог опубликовал краткую медицинскую статью, в которой описал главные признаки того, что он назвал «стрессовым синдромом». Из этого крошечного семечка выросла новая концепция возникновения болезней, концепция, которая явилась величайшим вкладом в области биологии и медицины со времен Луи Пастера. Этим человеком был Ганс Селье (Кернер, 2003).

В своих первых работах Селье определял стресс как синдром, вызываемый различными повреждающими агентами. А дословно «стресс» переводится как «напряжение».

Селье пришел к выводу, что «люди не в состоянии избежать стресса, а полная свобода от стресса – означает смерть!» Начиная с Селье, под стрессом стали понимать неспецифическую реакцию организма на любое предъявленное к нему требование. То есть стресс – это ответ организма на любое воздействие. Селье писал: «Стресса может избежать лишь тот, кто ничего не делает».

Стресс биологически необходим нам, как воздух, он – неотъемлемый компонент нашей жизни. В действительности стресс не всегда плох. В более поздних работах Ганс Селье сужает понятия «дистресс» и «эустресс» («эветресс»). Дистрессом он обозначил все эмоционально-стрессовые состояния, характеризующиеся неприятными, отрицательными переживаниями и приводящие к патологическим нарушениям, а эустрессом – положительные эмоциональные реакции. Если человек испытывает воздействие оптимального стресса, т. е. находится в адекватных жизненных условиях, то его работоспособность повышается, он позитивно настроен и эффективен в целом. Если возникает недостаток или избыток стресса, то субъективное качество жизни, равно как самочувствие и здоровье, ухудшается. В качестве примера недостатка стресса можно привести депривацию (искусственное ограничение воздействий на органы чувств).

Для разных людей разными будут и источники эустресса и дистресса. То, что отрицательно сказывается на одном, не обязательно будет таким же образом действовать на другого. Иными словами, один и тот же стресс-фактор для кого-то окажется вредным, а для кого-то – безболезненным. Это обусловлено индивидуальными механизмами восприятия и оценки окружающей действительности (Каменюкин, Ковпак, 2004).

То есть мы должны запомнить, что не внешнее событие может привести к такой ситуации, но наша реакция на него. Стресс – это не само событие как таковое, а психологическая реакция на него. И не внезапная и вскоре забытая вспышка гнева или отчаяния может подать тревожный сигнал, но совокупный эффект постоянных, давно подавляемых отрицательных эмоций. Чем дольше сохраняется скрываемое состояние, тем больше

вреда оно способно принести, поскольку ослабляет тело и сознание и является источником непрекращающихся отрицательных посланий организму.

Итак, назовем стрессом *неспецифический ответ организма на возросшие требования к нему*. Под требованиями мы подразумеваем все воздействия или стрессоры, которые ведут к изменению деятельности организма. Это могут быть и изменение социального статуса, и возросшие нагрузки на работе, и конфликт, и проблемные взаимоотношения с подчиненными, и внезапная травма, болезнь, потеря близкого человека и многое другое. Стрессорами могут выступать факторы внешней или внутренней среды, которые вызывают развитие стресса.

Термин «неспецифический» обусловлен тем, что человеческий организм реагирует на воздействие любого стрессора стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями. Цель данных изменений – сохранить стабильность состояния и целостность организма в условиях предъявляемых к нему требований и нагрузок, т. е. адаптироваться к новым условиям среды и выжить. Однако эта адаптация сопровождается развитием крайнего напряжения органов и систем организма и приводит к максимальной мобилизации функциональных резервов.

Достаточно условно стрессоры можно подразделить на две группы в зависимости от того, что является первичным, запускающим стресс, фактором. Вот эти группы:

1. Физические стрессоры (болезнь, травма, избыточные нагрузки). Это факторы, непосредственно влияющие на организм. Чрезмерные умственные нагрузки тоже относятся к физическим стрессорам, так как вызывают развитие состояния утомления, снижение активности психомоторных процессов, в основе которых лежат биологические изменения, а именно истощение нервной системы.

2. Психологические, или информационные, стрессоры (конфликты, неприятная информация, переживания в связи с чем-либо). Информационные стрессоры – это определенная информация, при восприятии которой начинается развитие стресса. Информация сама по себе не может вызвать стресс: здесь играет роль тот смысл, который она несет в себе для конкретного человека, то, как она трактуется. Механизм стресса запускается в двух случаях.

Первый – если воспринимаемая информация расценивается как угроза физической либо психической целостности – угроза «я». Например, работа минера сопровождается информационным стрессом: знание о непосредственной опасности запускает механизм стресса. Иными словами, предположение о том, что есть угроза целостности организма, вызывает активацию стресса.

Кроме информации об угрозе к психологическим стресс-факторам относятся:

- **Конфликты** (если не применяется физическое воздействие). Конфликты между людьми вызывают состояние стресса, так как конфликт – это столкновение двух несовместимых тенденций, двух точек зрения. А отказ от своей точки зрения означает угрозу целостности. Поэтому деятельность организма мобилизуется, и личность активнее отстаивает свою позицию.

- **Отсутствие гармоничных отношений в коллективе** выступает перманентным стресс-фактором, так как обуславливает высокую вероятность развития конфликтов.

- **Нескоординированность действий** в команде при возникновении нестандартных ситуаций на работе является источником стресса, так как приводит к неадекватным действиям и ухудшает эффективность работы всей команды.

Второй – если возникает противоречие между двумя несовместимыми мыслями: *когнитивный диссонанс*. «Оказываясь между двух огней», между воображаемой и реальной действительностью, в которой желаемое неосуществимо или противоречит убеждениям, человек начинает испытывать внутренний конфликт. Для разрешения конфликта он должен

сделать выбор одной из сторон. Если же выбор не делается, то существование двух противоборствующих когний запускает механизм стресса.

Процесс формирования информационного стресса проходит в несколько этапов:

1. Воздействие фактора.
2. Поступление информации о факторе в центральную нервную систему, в кору головного мозга.
3. Оценка фактора. Если расценивается как угрожающий, то:
4. Активируется симпатический отдел вегетативной нервной системы.
5. Нервные импульсы из мозга по активированному симпатическому отделу вегетативной нервной системы направляются:

- в мышечные структуры, которые оперативно приводятся в напряженное состояние в результате выделения нервными окончаниями норадреналина. Эта мобилизация мышечной активности есть проявление древнейшего механизма выживания: все живые организмы при встрече со стрессором либо вступают в схватку с ним, либо убегают от него, что в любом случае требует активной работы мышц. И человек – не исключение, только эта программа не реализуется у представителей рода человеческого в полном объеме: большинство современных людей не использует для защиты от стресс-факторов приемы, которые находились в арсенале у предков. Но тем не менее мышцы приводятся в состояние готовности к активной деятельности, чтобы обеспечить совершение необходимых для защиты от стрессора действий (так как все внимание обращено на стресс-фактор, то мышечное напряжение не всегда осознается и может субъективно восприниматься как дрожь);

- в мозговое вещество надпочечников, которые выделяют определенные гормоны: адреналин и норадреналин. Появление в крови этих гормонов влияет на различные органы и системы организма, определяет картину стресса.

Включаются функциональные системы организма:

1. *Симптоадреналовая*. Она состоит из симпатической нервной системы и мозгового вещества надпочечников, продуцирующего такие гормоны, как адреналин и норадреналин. Данная система является экстренной «помощью» для адаптации организма к последующим действиям и активируется в первые минуты воздействия стрессового фактора. Эта система вызывает следующие изменения в организме:

- сужение периферических сосудов (изменяется цвет кожных покровов – они бледнеют), что приводит к повышению артериального давления;
- перераспределение крови от периферии к центру в основные жизнеобеспечивающие органы: мозг, сердце, легкие;
- усиление деятельности жизнеобеспечивающих функций: интенсификация (учащение) сердцебиения и дыхания;
- активизация психической деятельности: обострение внимания, ускорение реакции;
- сужение зрачков;
- повышение активности потовых желез;
- снижение активности слюнных желез;
- снижение активности в деятельности желудочно-кишечного тракта.

2. *Гипоталамо-надпочечниковая*. Она состоит из гипоталамуса, передней доли гипофиза (аденогипофиз) и коркового слоя надпочечников. Данная система активируется позднее, но действует несколько часов (до нескольких суток). Результатом действия этой системы является:

- усиление обменных процессов;
- подавление воспалительных процессов (глюкокортикоиды коры надпочечников);

- предотвращение аллергических реакций (глюкокортикоиды коры надпочечников), но обратной стороной этого эффекта является снижение иммунитета, развивающееся к третьей стадии стресса;

- повышение порога болевой чувствительности, т. е. обезболивание бетаэндорфинами и энкефалинами, выделяемыми гипофизом.

В своем развитии стресс проходит 3 стадии.

Стадия 1. Стадия мобилизации, напряжения или тревоги. Организм задействует все свои защитные силы. Активизируются все функциональные системы и резервы психики. Субъективно эта стадия воспринимается как волнение, «мандраж». Такое состояние свойственно многим людям перед экзаменом, ответственной встречей, стартом, операцией. Необходимо помнить, что сильное, чрезмерное волнение чревато «перегоранием». Перегорание можно определить как преждевременное истощение и нехватку ресурсов для дальнейшего противостояния стрессу. Но излишнее спокойствие также не пойдет на пользу, так как оно не даст возможности организму мобилизоваться в достаточной для отражения стресса степени.

На этой стадии в организме человека отмечается усиление иммунологической сопротивляемости.

Стадия 2. Стадия адаптации. Активно противодействуя стрессу и приспособляясь к нему, организм пребывает в напряженном, мобилизованном состоянии. Организм и стресс-фактор сосуществуют вместе в противостоянии. Между ними создается «стратегический паритет».

Стадия 3. Стадия истощения. Постоянное пребывание в стрессовом состоянии и длительное сопротивление стрессу приводят к тому, что постепенно резервы организма подходят к концу. Развивается истощение, или астенизация. К началу этой стадии, если влияние стресс-фактора не было устранено, адаптационные способности человека исчерпываются. Стресс становится патологическим, потому что отсутствуют как психические, так и физические ресурсы. Эта стадия является переходной к развитию болезненных процессов, что особенно вероятно, если стресс-фактор продолжает влиять. Возможно формирование соматической патологии (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, инсульт). Часто выходом из этой стадии становятся депрессивные реакции, что требует соответствующей медикаментозной терапии и помощи врача-психиатра – психотерапевта. И если воздействие стресс-фактора не прекращается, то в самом худшем случае возможен летальный исход.

Продолжительность стадий и выраженность проявлений стресса зависят от индивидуальных психофизиологических особенностей человека. Они определяются характеристиками организма: во-первых, генетически обусловленными возможностями и функциональными параметрами и, во-вторых, тем, был ли опыт подобных воздействий, существуют ли навыки преодоления стресса и каков уровень их владения.

В ходе эволюции животного мира в нервной системе у представителей *Homo Sapiens* появилась так называемая промежуточная переменная между стимулом (проще говоря, ситуацией) и реакцией (поведением человека и его организма). Это – когниции, мысли или система оценки ситуации.

То, как вы думаете, имеет прямое влияние на то, как вы чувствуете. Вы переводите свои несчастья с языка мысли на язык тела. То, чему вы позволите повлиять на ваш мозг (боль или радость, надежда или страх) окажет свое влияние на ваше тело. Финансовые неприятности, монотонная работа, напряженная обстановка в офисе, эмоциональные расстройства дома – все это и многое другое может проявить себя физически в форме приобретенных недугов, простуды, кожных болезней, головной боли, аллергии и повышенного кровяного давления.

В результате развития у человека образуются шкалы ценностей и опасностей, по которым оценивается все, что происходит во внешнем и внутреннем мире. И если бессознатель-

ное придет к выводу, что ценностям грозит опасность, то образуется стресс, сила которого будет соответствовать этой опасности в оценке подсознания (Васютин, 2004).

Мы уже говорили выше, что в данном процессе реальная опасность, идущая от объекта, не имеет никакого значения. Важно только то, как эта опасность оценивается бессознательным. А если учесть, что шкалы ценностей и опасностей практически у всех людей неадекватны той реальности, в которой они живут в настоящем времени, то понятно, что стресс и дистресс являются чуть ли не ежедневными состояниями, которые испытывает современный человек.

С. И. Ховард определил стрессовую ситуацию как остро возникающее или длительно сохраняющееся несоответствие между требованиями, предъявляемыми к организму, и его возможностями с ними справиться. Согласно его предположению, можно выделить 4 аспекта стресса:

- **биологический** (когда образ жизни человека резко отличается от того, к которому он адаптировался в процессе эволюции);
- **онтогенетический** (если воспитание и образование индивида не соответствуют запросам, предъявляемым ему в связи с образом жизни);
- **социальный** (когда человек вынужден выступать в несвойственной ему роли в обществе, или когда создаются конфликтные обстоятельства социального характера);
- **феноменологический** (если образ жизни человека не соответствует его идеалам и его стремлениям).

Практически все люди имеют или биологические, или онтогенетические, или социальные, или феноменологические основания для постоянного нахождения в стрессе. Естественно, долго это продолжаться не может. Рано или поздно в его организме что-нибудь начнет «рваться». И чаще всего, в «тонких» местах.

Глава 2

Острые респираторные заболевания: о физиологии

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – заболевания с преимущественным поражением дыхательной системы; вызываются чаще всего особыми вирусами, но возбудителями могут быть также бактерии, простейшие и грибы. Насчитывается огромное количество возбудителей ОРЗ.

Заболевания вирусной природы обычно называют острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Возбудителями ОРВИ являются многочисленные вирусы респираторной группы. В нее входят вирусы гриппа и парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, которые, соответственно, вызывают такие заболевания как грипп, парагрипп, риновирусная инфекция и т. д.

Каждая из подгрупп, перечисленных выше, включает в себя еще большее число разновидностей. Установлено, что у возбудителя гриппа могут изменяться отдельные фрагменты, в результате чего возникает новый подвид вируса, к которому у большинства жителей нашей планеты нет иммунитета. Этот новый вирус гриппа может стать причиной настоящей пандемии – так называют эпидемию, распространяющуюся среди населения в масштабах всего земного шара (Сорокина, Смирнихина, 2004).

Существуют также ОРЗ, возбудителями которых являются не вирусы, а бактерии. Бактериальные ОРЗ могут развиваться и как самостоятельные заболевания без предварительного вирусного поражения, хотя чаще им предшествует «вирусная подготовка». Группа бактериальных возбудителей ОРЗ также чрезвычайно многочисленна. Многие из них давно известны – стрептококки, пневмококки, стафилококки и др. В последние годы выявлены и другие – хламидии, моракселла и др. В этой группе наиболее распространенным заболеванием является острый тонзиллит, или ангина.

2.1. Какие бывают острые респираторные заболевания

Говорить о клинической картине ОРЗ и трудно, и просто, так как, несмотря на множество различных возбудителей, вызывающих эти заболевания, жалобы больных и симптомы болезни мало отличаются друг от друга.

Чаще всего это слабость, недомогание, снижение аппетита, иногда его полное отсутствие, сонливость, повышение температуры. Нередко отмечается головная боль. Как правило, больной страдает от насморка и кашля. Однако степень выраженности этих явлений может быть различной. Расстройство носового дыхания, которым почти всегда сопровождается насморк, особенно сильно беспокоит детей раннего возраста, получающих грудное вскармливание (из-за невозможности сосать и дышать одновременно). При ОРВИ обычны обильные выделения из носа: бесцветные, прозрачные, водянистые; при присоединении микробного воспаления характер выделений меняется, приобретая гнойный компонент. Они становятся более густыми, иногда зеленоватой или желтоватой окраски. В некоторых случаях выделения из носа почти отсутствуют, но наблюдается заложенность носа, так что больной вынужден дышать ртом (Сорокина, Смирнихина, 2004).

Инкубационный период ОРВИ может длиться 1–3 дня. Заболевание начинается почти всегда остро. Некоторые больные в первые часы болезни замечают появление легкого недомогания, снижение работоспособности, слабость, сонливость, разбитость, ухудшение аппетита. Иногда начало болезни сопровождается сильным ознобом или легким «познабливанием». Эти предвестники болезни длятся от нескольких часов до 1 суток. Они особенно характерны для **гриппа** и чаще наблюдаются у детей.

2.1.1. Грипп

Свое название вирус и болезнь, вызываемая им, получили от французского слова «grippe» – хватать, схватывать. Начало болезни действительно напоминает схватку. Иммунная система человека включается в борьбу сразу же после атаки вирусов.

Сначала иммунная система должна распознать поврежденную врагом, собственную клетку, а затем включиться в борьбу, а отличить маленький и примитивный вирус от более заметных и неосторожных бактерий очень непросто.

Во-первых, борются сами клетки, на которые было совершено нападение: они начинают вырабатывать интерферон, который ограничивает распространение вируса.

Во-вторых, как только иммунная система обнаруживает в нашем организме измененные вирусом клетки, она посылает на «поле боя» специальные иммунные «войска». Один род «войск» уничтожает клетки, пораженные вирусом, не давая выйти паразиту наружу. А другой – элитный – запоминает стратегию борьбы, чтобы облегчить уничтожение такого же вируса, если он вновь попадет в организм. Воспалительная реакция, отек в области верхних дыхательных путей – так проявляется иммунный ответ организма на разрушительную работу вируса.

Как только вирус побежден, иммунная система прекращает боевые действия: специальные вещества сначала замедляют, а затем вовсе останавливают работу всех иммунных клеток. Однако программа борьбы именно с этим вирусом остается в памяти системы на много лет в виде специфического, или приобретенного, иммунитета.

Определение гриппа звучит следующим образом.

Грипп – это острое заболевание дыхательных путей, вызываемое вирусами типа А, В, С, передающееся от человека человеку воздушно-капельным путем, характеризующееся изменчивостью возбудителя и, в связи с этим, нередко принимающее эпидемическое или даже пандемическое распространение.

Грипп А – заболевание средней и сильной тяжести. Страдают все возрастные группы. Вирус может поражать человека и некоторых животных, например, свиней. Грипп В, как правило, более легкая болезнь. Заболевают чаще всего дети. Вирус гриппа В более устойчив, чем вирус гриппа А. Поражает только человека. Грипп С, в большинстве случаев, протекает со слабовыраженными симптомами. Не вызывает эпидемий.

Начало болезни острое, иногда внезапное. Как правило, ухудшается общее состояние, температура тела повышается до 38,0° и выше. Появляется головная боль, а затем насморк и кашель. Кроме того, к характерным начальным симптомам относятся: ломота во всем теле, боль в мышцах, болезненные ощущения в глазах, дети иногда жалуются на боли в животе. Заболевание может начаться ознобом, рвотой, повышением температуры тела до 40° и выше, носовыми кровотечениями. Ни кашля, ни насморка в начале болезни нет, они появляются позже, к концу первых или на вторые сутки болезни; могут наблюдаться слезотечение, светобоязнь, затруднение носового дыхания, но сильнее всего при гриппе поражается трахея.

При гладком течении болезни и отсутствии осложнений симптомы постепенно ослабевают и проходят через 6–7 дней, однако после тяжелой формы окончательное выздоровление наступает только через 2 недели.

Симптомы гриппа очень похожи на симптомы других простудных заболеваний. Ниже, в таблице, приведены основные отличия. Однако стоит особо подчеркнуть, что окончательный диагноз грипп может поставить только врач.

Симптомы	Грипп	Простуда
Начало	Внезапное	Постепенное
Температура	Всегда. Высокая температура держится 3–4 дня	Редко
Кашель	Сухой	Может быть сильным
Головная боль	Часто	Редко

Симптомы	Грипп	Простуда
Боли в мышцах	Часто. Как правило сильные	Слабые
Слабость	Может длиться 2—3 недели	Легкая
Недомогание	Упадок сил	Возникают рано и резко выражены
Неприятные ощущения в грудной клетке	Часто	Выражены слабо или умеренно
Заложенность носа	Иногда	Часто
Чихание	Иногда	Часто
Боли в горле	Иногда	Часто

2.1.2. Аденовирусная инфекция

Для **аденовирусной** (гр. *aden* – железа) **инфекции**, протекающей в классическом варианте, характерно постепенное начало, температура повышается до 38°, с первых дней болезни наиболее выражено воспаление слизистых оболочек носа, глотки и глаз.

Вирус проникает в организм различными путями: через слизистую носа, ротоглотки, глаз; способен интенсивно размножаться в кишечнике и может распространяться путем, свойственным кишечным инфекциям. Аденовирусные заболевания широко распространены во всех странах, заболеваемость повышается в холодное время года.

Лицо больного изменяется: бледнеет, отекают веки, глазные щели суживаются, при поражении глаз (слизистой оболочки век и глазных яблок) появляются выделения из конъюнктив (лат. *conjunctivus* – соединительная оболочка глаза), слезотечение, светобоязнь, чувство жжения и рези в глазах. Конъюнктивиты – один из ведущих симптомов аденовирусного заболевания (чувство «песка» и «резь» в глазах). Носовое дыхание значительно затрудняется, наблюдаются обильные слизистые выделения из носа. Больной вынужден дышать через рот. Губы сохнут. Язык густо обложен, суховат. Нередко отмечаются ощущение саднения в глотке и боль в горле. Голос гнусавый.

Кашель возникает не всегда, у некоторых в виде покашливания, поперхивания. Кроме того, заметно увеличиваются все группы лимфатических узлов шеи. Иногда на миндалинах больного аденовирусной инфекцией обнаруживаются белесоватые пленки. Поражение глотки сопровождается болью в горле и напоминает ангину.

Течение болезни более длительное, чем других ОРВИ. Симптомы могут сохраняться на протяжении двух недель и более. Возможно волнообразное течение, периодическое ослабление симптомов болезни и вновь ухудшение.

Помимо обычных клинических проявлений, у некоторых больных определяется увеличение печени и селезенки. Сам больной, естественно, обычно не замечает этого, иногда ощущая боль или тяжесть в правом подреберье; при осмотре врачом может обнаружиться увеличение печени, что влечет за собой необходимость дополнительного обследования на гепатит.

2.1.3. Риновирусная инфекция

Риновирусная (гр. *rhinos* – нос) **инфекция** обычно протекает без повышения температуры тела, но сопровождается недомоганием и сильным насморком, «из носа течет». Длительность болезни – 4–7 дней. Новорожденные дети и дети раннего возраста очень восприимчивы к риновирусам, заболевание у них протекает тяжело, возможны осложнения – воспаление легких и среднего уха.

Инкубационный период – до двух дней. Патологические изменения при риновирусном заболевании выражены в слизистой оболочке носа. Начало чаще острое, реже – постепенное. Явления в виде общего недомогания, познабливания, «тяжести» в голове могут быть слабыми или отсутствовать. С первых часов заболевания появляются чиханье, ощущение першения, царапания в горле, затруднения носового дыхания, а через несколько часов – обильные водянисто-слизистые выделения из носа.

Объективно отмечаются покраснение крыльев носа, отек глаз, обильное слезотечение, которое наряду с обильными выделениями из носа является характерным симптомом риновирусной инфекции.

Больных беспокоит покашливание, возникающее в результате чувства «саднения» в горле, появляется охриплость голоса.

Изменений со стороны других органов и систем нет.

2.1.4. Парагрипп

Парагриппозная инфекция имеет сходные проявления с гриппом, однако обычно нарушения носят более слабый характер, а температура тела не превышает 38–39°. Заболевание начинается с недомогания, небольшого кашля, насморка, температура иногда остается нормальной или слегка повышается. Голос становится сиплым, охрипшим, иногда пропадает совсем, в горле першит. Кашель появляется с начала болезни и может иметь типичные черты для поражения гортани: он громкий, грубый, «лающий». Воспаление слизистой оболочки гортани опасно из-за возможного развития крупа – стеноза (сужения просвета гортани), чреватого удушья.

Парагриппозные вирусы, попадая на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, проникают в клетку и там размножаются, вызывая деструкцию и воспалительный процесс, который протекает вяло; его особенностью является склонность к отеку слизистой оболочки, что приводит (часто у детей, редко – у взрослых) к развитию ложного крупа.

В целом, парагрипп у взрослых больных протекает как доброкачественное острое респираторное вирусное заболевание, которое клинически отличить от гриппа трудно. Для постановки диагноза обязательно необходимо лабораторное подтверждение.

Развитие крупа при ОРВИ опасно для детей раннего возраста (от 1 до 3 лет). Он возникает, как правило, ночью и, как правило, в начале заболевания. Первый признак начинающегося крупа – появление одышки. Дыхание учащается и становится шумным (вдох), позднее в акт дыхания постепенно вовлекаются дополнительные мышцы. Ребенок просыпается в страхе от ощущения удушья и начинает метаться в кровати. В дальнейшем появляются признаки дыхательной недостаточности: беспокойство может смениться апатией; кожные покровы, которые в начале болезни были нормального цвета или немного покрасневшими, становятся бледными; губы, кончик носа, пальцы рук и ног синеют, выступает холодный пот. Это состояние очень опасно, больному ребенку необходима срочная госпитализация в специализированное отделение, иначе ему грозит гибель.

Стеноз гортани может либо прогрессировать в течение нескольких часов, а затем проходит, либо сохраняется 2–3 дня в слабой степени, у некоторых больных наблюдаются рецидивы. Поражение гортани вызывается практически любыми респираторными вирусами. Кроме выраженных дыхательных расстройств, связанных с крупом, у больных отмечаются высокая температура, сильная головная боль и другие признаки, присущие гриппу.

2.1.5. Реовирусная инфекция

Реовирусная инфекция – это острое инфекционное заболевание, сопровождающееся поражением верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Название этого семейства вирусов произошло от аббревиатуры их названия на английском (*respiratory enteric orphan viruses* – респираторные, кишечные вирусы-«сиротки»).

Инкубационный период составляет 2–5 дней. Заболевание сопровождается умеренной интоксикацией, больные отмечают слабость, познабливание, умеренную головную боль, насморк и кашель. У некоторых больных (чаще у детей) появляются рвота и диарея, боли в животе. Температура невысокая, реже достигает 38–39°. При осмотре определяются лопнувшие сосуды белков глаз, покраснение горла. В легких выслушивается жесткое дыхание, сухие хрипы. При пальпации (лат. *palpatio* – ощупывание) живота отмечаются урчание, иногда болезненность в правой подвздошной области. Нередко наблюдается увеличение печени.

2.1.6. Респираторно-синцитиальная инфекция

При **респираторно-синцитиальной инфекции** также отмечаются обычные для ОРВИ симптомы. Заболевание начинается постепенно. Появляется недомогание, незначительно повышается температура тела, снижается аппетит. Кашель и насморк появляются с первых часов заболевания. Голос не изменяется. Кашель влажный, глубокий, с трудно отходящей мокротой, часто имеющий особые признаки, связанные с поражением глубоких отделов дыхательных путей – бронхов, бронхиол, альвеол.

Из-за нарушения проходимости воздуха в мелких бронхах возможна одышка. Дыхание учащается, выдох затруднен. Свистящие хрипы иногда слышны на расстоянии. Это патологическое состояние называют обструктивным, или астматическим, бронхитом.

Длительность респираторно-синцитиальной инфекции при отсутствии осложнений – 1,5–2 недели. Нередко это заболевание осложняется пневмонией, и тогда его длительность зависит от течения осложнения. Наиболее опасна респираторно-синцитиальная инфекция для детей первых лет жизни.

Одной из особенностей респираторно-синцитиальной инфекции является вовлечение в процесс печени. Больные жалуются на боли, неприятные ощущения в эпигастрии и правом подреберье, отрыжку желчью, отмечается увеличение и болезненность печени.

Общее течение респираторно-синцитиальной инфекции длительное, вялое, с периодами ухудшения и улучшения самочувствия. Развитие ее на фоне сопутствующих заболеваний приводит к их обострению. Наиболее тяжело, с выраженными явлениями интоксикации, длительной лихорадкой, частыми осложнениями пневмонией протекает это заболевание у лиц старше 60 лет.

2.1.7. Микоплазменная инфекция

Для **микоплазменной** (гр. *mykes* – гриб) **инфекции** характерно поражение преимущественно глубоких отделов дыхательных путей. Однако, как и при рассмотренных выше вирусных инфекциях, возможно вовлечение слизистых оболочек носа, глотки, трахеи и т. д.

Возбудитель занимает промежуточное положение между вирусами и бактериями, с вирусом его сближает способность проникать через фильтры, с бактериями – возможность культивироваться на бесклеточных средах. В настоящее время известно около 40 видов микоплазм, выделенных от человека и животных.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.