

3. Для больных ХОЗЛ с ИБС характерно сочетание обструктивной вентиляционной недостаточности, артериальной легочной гипертензии и гипервязкости крови, которые приводят к недостаточности систоло-диастолической функции обоих отделов сердца, что необходимо учитывать при выборе терапевтических подходов к лечению данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко А.П., Аксенова Т.Н., Лазарева Н.М. и др. Влияние обострения хронических неспецифических заболеваний легких на особенности течения ишемической болезни сердца // Пульмонология. — 1992. — № 2. — С.19—22.
2. Даниляк И.Г. Хронические обструктивные заболевания легких и ишемическая болезнь сердца // Там же. — С.22—23.
3. Жомов В.А. Нарушение реологических свойств крови у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких и их коррекция методом фототерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997.
4. Заботнов В.И. Реология крови и ее экстракорпоральная коррекция у больных ИБС и в сочетании с сахарным диабетом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993.
5. Задонченко В.С., Беспрозванный А.Б., Джанашия П.Х. и др. Влияние лечебного плазмафереза на реологические свойства крови у больных ИБС // Сов. мед. — 1991. — № 10. — С.3—5.
6. Игнатова Г.Л., Волкова Э.Г., Ионин А.П. Хронический бронхит и ассоциация его с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией по данным скрининга в рамках программы СИНДИ // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й. — М., 1995. — № 1044.
7. Кокосов А.Н., Александрова Н.И. Хронический бронхит: Этиология и патогенез // Современные представления об этиологии и патогенезе наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. — М., 1983. — С.77—78.
8. Петрик Г.Г. Показатели активации тромбоцитов на этапах формирования легочного сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Краснодар, 1994.
9. Путов Н.В. Хронический бронхит: спорные и нерешенные вопросы // Пульмонология. — 1991. — № 1. — С.9—15.
10. Танцырева И.В., Разживин А.А., Валеев И.И. и др. Клинические аспекты сочетаемости заболеваний при наличии и отсутствии ИЗЛ // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й. — Новосибирск, 1996. — С.523, № 1993.
11. Турланов К.М., Семенова Р.И., Турланова К. Эпидемиология неспецифических заболеваний легких среди пожилых лиц // Там же. — С.572, № 2177.
12. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. — 1995. — Vol.152. — P.S/77—S/120.
13. Mandecki T. Echocardiographic evaluation of left-ventricular function in disorders of intra-ventricular conduction // Kardiolog. pol. — 1985. — Vol.28, № 3—4. — P.227—234.
14. Optimal assessments and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS) // Eur. Respir. J. — 1995. — Vol.8. — P.1398—1420.

Поступила 18.12.98.

© МАЗУР Е.С., 1998

УДК 616.233-002.2-06:613.84

Е.С.Мазур

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Тверская государственная медицинская академия

THE PSYCHOLOGICAL PARTICULARITIES OF SMOKING AND NON-SMOKING PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

E.S.Mazur

Summary

The psychological examination of 126 patients with chronic obstructive bronchitis (COB) demonstrated that smokers were less anxious, better adapted to the disease and considerably less felt the deterioration of quality of life associated with their disorders than non-smokers. This fact should be taken into consideration in the realization of the anti-nicotine propaganda among patients with COB.

Резюме

Психологическое обследование 126 больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) показало, что курящие пациенты менее тревожны, лучше адаптированы к болезни, значительно лучше переносят ухудшение качества жизни, связанное с их патологией, чем некурящие. Этот факт следует принять во внимание при проведении антитабачной пропаганды среди курящих больных ХОБ.

Широкое распространение хронического обструктивного бронхита (ХОБ) и низкая эффективность его

лечения привлекают внимание к вопросам профилактики заболевания, в частности, к изучению причин резис-

тентности курящих к антитабачной пропаганде. Отказ от курения является основой вторичной профилактики ХОБ. Однако, как свидетельствует опыт, многие больные продолжают курить даже в далеко зашедших стадиях болезни. В настоящей работе сделана попытка выявить взаимосвязь между психологическими особенностями больных ХОБ и их отношением к курению.

Обследовано 126 больных ХОБ (мужчины, средний возраст $45,6 \pm 1,8$ года), находившихся на стационарном лечении в связи с обострением заболевания. Из числа обследованных 35 (27,8%) человек никогда не курили, 43 (34,1%) — бросили курить в связи с болезнью (в среднем $5,4 \pm 1,3$ года тому назад), 48 (38,1%) продолжали курить, хотя в беседе (по крайней мере формально) соглашались с необходимостью отказаться от этой привычки.

Психологический статус изучался с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) [3], обеспечивающего оценку по восьми клиническим (1 — ипохондрии, 2 — депрессии, 3 — истерии, 4 — асоциальной психопатии, 6 — паранойяльных изменений, 7 — психастении, 8 — шизоидии, 9 — гипомании) и трем корригирующим (L, F, K) шкалам.

Для изучения типа личностных реакций на болезнь использовался опросник Ленинградского психоневрологического института им В.М.Бехтерева [5]. Опросник позволяет получить оценки по 12 шкалам, каждая из которых соответствует одному из типов отношения к болезни, представленных в классификации А.Е.Личко и Н.Я.Иванова [4]. Шкалы гармонического (Г), эргопатического (Р) и анозогнозического (З) отношения к болезни отражают типы реагирования, характеризующиеся незначительной социальной дезадаптацией больного в связи с заболеванием. Дезадаптивные типы реагирования интрапсихической направленности отражают шкалы тревожного (Т), ипохондрического (И), неврастенического (Н), меланхолического (М) и апатического (А) отношения к болезни, а дезадаптивные типы реагирования интерпсихической направленности — шкалы сенситивного (С), эгоцентрического (Я), паранойяльного (П) и дисфорического (Д) отношения к болезни. Профиль шкальных оценок характеризует совокупность отдельных аспектов многомерного отношения к болезни, в котором интегрируются практически все психологические категории, входящие в понятие “внутренняя картина болезни”.

Для интегральной оценки качества жизни использована методика [2], позволяющая оценить отношение обследуемых к изменению в связи с заболеванием различных сторон их жизни (физической активности, умственной работоспособности, социальных контактов и прочее).

Полученные данные обработаны стандартными методами статистического анализа.

Использованные в настоящем исследовании опросники не выявили достоверных различий между никогда не курившими и отказавшимися от курения больными, что послужило основанием для объединения их в одну

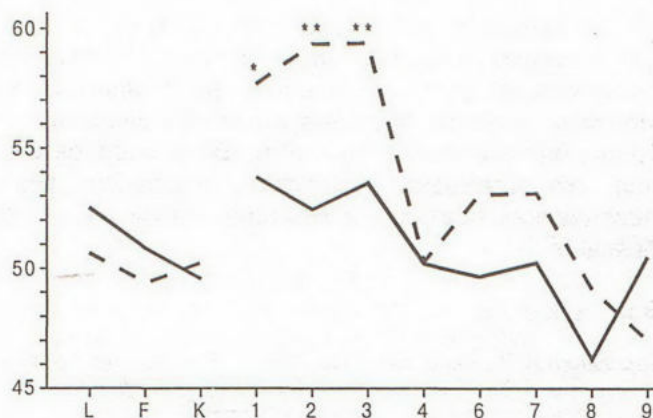


Рис. 1. Усредненные профили СМОЛ курящих (сплошная линия) и некурящих (пунктирная линия) больных ХОБ. Здесь и на рис. 2 звездочками отмечены статистически достоверные различия (одна — $p < 0,05$, две — $p < 0,01$).

группу. Психологические различия между этой группой и группой курящих больных оказались достаточно выраженными, о чем свидетельствуют усредненные профили СМОЛ, представленные на рис. 1.

Усредненный профиль СМОЛ некурящих больных характеризовался отчетливым подъемом по шкалам невротической триады ($57,4 \pm 1,3$; $59,1 \pm 2,3$ и $59,2 \pm 1,5$ Т-балла), менее выраженным — по 6-й ($52,8 \pm 1,6$) и 7-й ($52,7 \pm 1,6$) шкалам и относительным снижением по 9-й ($47,0 \pm 1,4$) шкале. Такая конфигурация отражает наличие стойких тревожно-депрессивных расстройств с тенденцией к формированию ограничительного поведения. За исключением 9-й шкалы профиль СМОЛ курящих больных располагался ниже, чем некурящих, причем по шкалам невротической триады ($53,7 \pm 1,0$; $52,3 \pm 1,7$; $53,3 \pm 1,3$) различия были статистически достоверными. В области невротической триады прослеживалась тенденция к формированию конверсионного V (повышение профиля по 1-й и 3-й шкалам при относительном снижении по 2-й), свидетельствующего об эффективном устранении тревоги за счет ее соматизации и вытеснения [1].

Усредненный профиль отношения к болезни в обеих группах имел сходную конфигурацию, определяемую наличием доминирующих пиков на шкале эргопатического и сенситивного типов реагирования (рис. 2). Такая конфигурация отражает сочетание стремления “уйти от болезни в работу” с озабоченностью тем впечатлением, которое болезнь может произвести на окружающих. Однако в области шкал адаптивных типов реагирования на заболевание профиль некурящих больных располагался несколько ниже, а в области шкал дезадаптивных типов реагирования выше, чем у курящих. При этом различия по шкалам анозогнозического ($5,9 \pm 1,7$ и $11,7 \pm 2,0$), тревожного ($10,9 \pm 1,2$ и $7,6 \pm 0,9$), неврастенического ($10,4 \pm 0,9$ и $7,3 \pm 0,8$), меланхолического ($8,7 \pm 1,3$ и $5,1 \pm 0,9$) и дисфорического ($6,8 \pm 0,8$ и $4,4 \pm 0,6$) типов реагирования на заболевание различия были статистически достоверными (все $p < 0,05$). Иначе говоря, по сравнению с курящими больными ХОБ у некурящих в отношении к болезни значительно выше “удельный вес” дезадаптивных типов

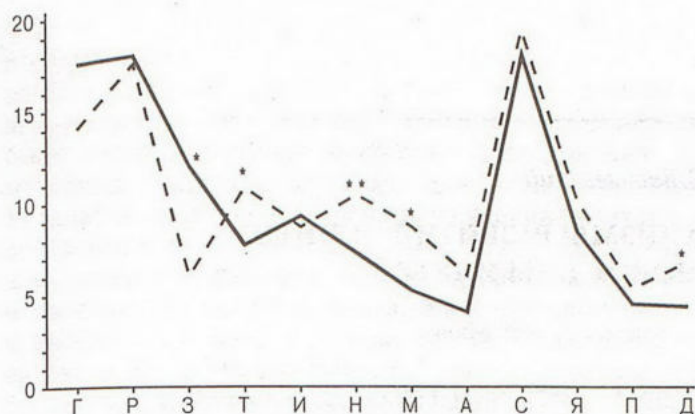


Рис.2. Усредненные профили отношения к болезни курящих (сплошная линия) и некурящих (пунктирная линия) больных ХОБ.

реагирования, что в эмоционально-аффективном плане проявляется реакциями по типу раздражительной слабости, подавленным, угнетенным состоянием, "уходом" в болезнь и т.п. Меньшая адаптированность некурящих больных к заболеванию предопределяет, по всей видимости, и различия в оценке качества жизни, величина которой у курящих ($8,8 \pm 1,4$) более чем в 7 раз превышает показатель некурящих ($1,2 \pm 1,7$; $p < 0,001$).

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют, что курящие больные по сравнению с некурящими менее склонны к реакциям невротического и депрессивного характера, лучше адаптированы к своему заболеванию и в значительно меньшей мере ощущают обусловленное болезнью снижение качества жизни.

Является ли курение причиной выявленных различий или же, напротив, исходные психологические особенности человека предопределяют его отношение к курению при возникновении заболевания?

Можно предположить, что курение обладает седативным и антидепрессивным действием (вследствие психофармакологических свойств никотина или как своеобразный психорелаксирующий ритуал), и объяснить этим низкие оценки по шкалам невротической триады у курящих больных. В этом случае курение следует рассматривать как средство психологической защиты, необходимое в первую очередь тем, кто склонен к реакциям тревожно-депрессивного характера, а у никогда не куривших больных ожидать низких оценок по шкалам невротической триады. Однако, как отмечалось выше, достоверных различий между бросившими курить и никогда не курившими выявлено не было. Средние значения по шкалам ипохондрии, депрессии и конверсионной истерии в этих группах больных равнялись соответственно $58,1 \pm 1,7$ и $56,3 \pm 2,1$; $58,4 \pm 3,0$ и $60,5 \pm 3,7$; $59,5 \pm 1,9$ и $58,3 \pm 2,5$ балла (все $p > 0,1$). Таким образом, предположение о снижении под влиянием курения невротизации больных оказывается неверным.

Остается признать, что именно исходные психологические особенности определяют отношение больного к курению. Лица, склонные к тревожно-депрессивным

реакциям, либо не начинают курить вовсе (более или менее осознанно опасаясь негативных последствий этой привычки для здоровья), либо отказываются от курения при появлении первых симптомов заболевания. У лиц же с исходно устойчивым психологическим статусом информация о вреде курения не вызывает выраженного эмоционального ответа и не становится достаточно веским мотивом для отказа от этой привычки.

Можно полагать, что в формировании резистентности к антитабачной пропаганде у курящих больных играют роль и особенности их отношения к болезни. Выше отмечалось, что у курящих больных оценка по шкале анозогнозического отношения к болезни была в два раза выше, чем у некурящих ($11,7 \pm 2,0$ и $5,9 \pm 1,7$, $p < 0,05$). Для анозогнозического типа реагирования на заболевание характерно активное неприятие мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительное отношение к лечебным и профилактическим мероприятиям, что, безусловно, пагубно сказывается на соматическом состоянии, но позволяет сохранить достаточно высокое качество жизни. Очевидно, что отказ от курения ради сохранения здоровья не укладывается в данный поведенческий стереотип, поскольку означает признание собственной болезни и необходимости изменения в связи с ней привычного образа жизни.

В свете вышеизложенного становится понятной резистентность ряда больных ХОБ к проводимой в рамках вторичной профилактики антитабачной пропаганде. Вероятно, при работе с таким контингентом следует изыскивать иные мотивы к прекращению курения, нежели угроза прогрессирования болезни. К сожалению, судя по доступной литературе, в настоящее время отсутствуют методики отказа от курения, учитывающие мотивационную сферу и психологические особенности личности курящего. Разработка таких методик является весьма актуальной задачей, поскольку, как показали результаты настоящего исследования, антитабачная пропаганда, ориентированная на "запугивание" курящих негативными последствиями этой привычки, в силу их личностных особенностей зачастую оказывается неэффективной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многоаспектного исследования личности. - М.: Медицина, 1976. — 176 с.
2. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнагель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. — 1982. — № 2. — С.100—103.
3. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психол. журн. — 1981. — № 3. — С. 118—123.
4. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 312 с.
5. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации / Под ред. А.Е. Личко. — Л., 1987. — С.27.

Поступила 06.12.96.