

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. – М.: Медицина, 1985.
2. Генпе Н.А. и др. Недокромил натрия (тайлед) в лечении легкой и среднетяжелой бронхиальной астмы у детей // Материалы 8 Съезда педиатров России. – М., 1998. – С.21–23.
3. Генпе Н.А., Куличенко Т.В. и др. Возможности противоречивой терапии при бронхиальной астме у детей раннего возраста // Аллергология. – 1999. – № 3. – С.7–11.
4. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. – М.: Фармарус Принт, 1998.
5. Механизмы воспаления бронхов и противовоспалительная терапия / Под ред. Г.Б.Федосеева. – СПб.: Нормед-Издат, 1998.

6. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". – М., 1997.
7. Brogden R., Sorcin E. Nedocromil sodium. An update review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in asthma // Drugs. – 1993. – Vol.45, № 5. – P.693–715.
8. Grossman J. The evolution of inhaled technology // J. Asthma. – 1994. – Vol.31, № 1. – P.55–64.
9. Verrotti A., Verini M. et al. Effectiveness of nedocromil sodium in preventing exercise-induced asthma in children // Panminerva Med. – 1995. – Vol.50. – P.210–213.

Поступила 29.08.2000

© ПРОВОТОРОВ В.М., БУДНЕВСКИЙ А.В., 2000

УДК 616.248–08

В.М.Провоторов, А.В.Будневский

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ В "АСТМА-ШКОЛЕ"

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ORGANIZATION AND TRAINING CONDUCTION AT "ASTHMA-SCHOOL"

V.M.Provotorov, A.V.Budnevsky

Summary

We examined 228 bronchial asthma (BA) patients taught at an "Asthma-school" by means of the Toronto alexithymic scale (TAS), and a brief version of the personality multilateral investigation method (PMIM), and the Spilberger-Khanin's scale. Alexithymia was found in 54.9% of the BA patients. They were significantly higher neurotized compared with non-alexithymic persons. Smoking and excessive alcohol consumption as harmful behaviour features were noted reliably more often in alexithymic persons compared with non-alexithymic ones. Individual training of the alexithymic patients were aimed to the formation of "emotion bank" and to stress removal and increased the efficacy of the training and asthma management.

Резюме

Обследовано 228 больных бронхиальной астмой (БА), проходивших обучение в "Астма-школе", с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ), теста Спилбергера-Ханина. Алекситимия выявлена у 54,9% пациентов с БА. Больные БА с алекситимией имели достоверно более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды. Курение и злоупотребление алкоголем как вредные поведенческие особенности у алекситимичных индивидов встречались достоверно чаще, чем у неалекситимичных. Индивидуальные занятия с алекситимичными больными по формированию банка "эмоций" и способам купирования стресса приводили к снижению общей невротизации и тревожности пациентов с БА, что способствовало повышению эффективности обучения и лечебно-профилактических мероприятий при астме.

В настоящее время одним из основных направлений программы борьбы с бронхиальной астмой (БА) является обучение больных, в результате которого они должны стать партнерами врачей в деле лечения БА [1,3–5]. Создание для этих целей "Астма-школ" способствует повышению эффективности терапии и значительному улучшению качества жизни больного при таком подходе к организации лечения. Одним из

немаловажных аспектов организации деятельности "Астма-школы" является оказание психологической и психотерапевтической помощи больным БА, что в значительной мере определяет необходимость изучения психологических и поведенческих особенностей пациентов, влияющих на эффективность образовательных программ и лечебно-профилактических мероприятий при БА [9,10].

БА представляет собой классический пример многофакторной обусловленности болезни, при которой взаимодействуют многочисленные соматические, психологические и личностные факторы [2].

Среди личностных характеристик больных БА наименее изученной является алекситимия [7,12].

Впервые концепция алекситимичной личности была сформулирована *J.Nemiah* и *P.Sifneos* в 1973 году. Ими была выдвинута гипотеза, согласно которой недостаточное осознание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте. В результате это приводит к развитию психосоматических расстройств [16,17].

Согласно современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой индивида, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- 1) трудность в определении аффекта, идентификации и определения собственных чувств;
- 2) затруднения в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) сниженная способность к символизации, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям;
- 4) фокусирование в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [18,19].

Алекситимический радикал способствует поддержанию болезни, затрудняя процесс лечения БА и контакт "врач—больной" [7,11]. Алекситимичные больные БА требуют более частых и длительных госпитализаций и испытывают значительные затруднения в субъективной оценке степени одышки. За счет этого они чаще злоупотребляют β_2 -агонистами. У алекситимичных пациентов искажения в восприятии степени обструкции дыхательных путей наблюдаются как до, так и после ингаляции. Индивидуальное восприятие степени диспноэ у них не соответствует объективным данным функции внешнего дыхания. А в ряде случаев оно даже имеет противоположную направленность [9,10,13].

Цель работы — изучение психологических особенностей больных бронхиальной астмой во время обучения в "Астма-школе" для повышения эффективности образовательных программ и лечебно-профилактических мероприятий при БА.

Обследовано 228 больных БА (98 мужчин и 130 женщин) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст $39,7 \pm 1,9$ года). Из них легкая персистирующая БА была у 84 (36,8%) больных, средней степени тяжести — у 102 (44,7%) пациентов, тяжелая астма с кортикозависимостью — у 42 (18,4%). Всем пациентам было проведено полное клинико-функциональное обследование. Диагностика БА и оценка степени тяжести основывались на общепринятых критериях [4]. Пациенты прошли полный курс обучения в "Астма-школе" по программе, разработанной в НИИ пульмонологии [1]. Каждый цикл занятий длился 2 недели, состоял из 10 занятий, проводившихся ежедневно.

Алекситимию изучали с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной *G.Taylor* (1985) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева (1994). Алекситимичными считали больных, набравших 74 и более баллов, менее 62 баллов — неалекситимичными, к зоне неопределенности отнесены набравшие от 63 до 73 баллов. Предельное теоретическое распределение баллов от 26 до 130.

Психологический статус изучали с помощью сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности ММПИ—теста СМОЛ, шкалы личностной и ситуативной тревожности Спилберга—Ханина.

Полученные результаты обрабатывали с помощью стандартных методов биостатистики с использованием программы *STATGRAPHICS 2.1. for WINDOWS*. Достоверность межгрупповых различий оценивали с помощью *t*-критерия Стьюдента, сравнение долей проводили с использованием критерия хи-квадрат с поправками Йетса на непрерывность и Бонферрони для множественных сравнений.

По результатам тестирования с помощью TAS алекситимичными признаны 95 (54,9%) больных, неалекситимичными — 54 (31,2%), к зоне неопределенности отнесены 24 (13,9%) человека. Средний балл алекситимии составил $72,3 \pm 1,6$.

У пациентов, страдающих тяжелой формой БА, средний балл алекситимии был выше, чем у больных с легкой персистирующей БА и астмой средней тяжести ($78,6 \pm 2,1$; $66,7 \pm 1,8$ и $71,6 \pm 1,7$ балла соответственно). Таким образом, пациенты с легкой персистирующей БА имели достоверно более низкий показатель алекситимии, чем с тяжелой.

Больные, постоянно принимающие глюкокортикостероиды в таблетированной форме, имели достоверно более высокий показатель алекситимии ($78,8 \pm 1,7$ балла), чем больные без кортикозависимости ($66,2 \pm 1,6$ балла), $p < 0,05$. Более тяжелое течение БА отмечалось у алекситимичных индивидов, по-видимому, из-за имеющихся у них нарушений в системе межлично-

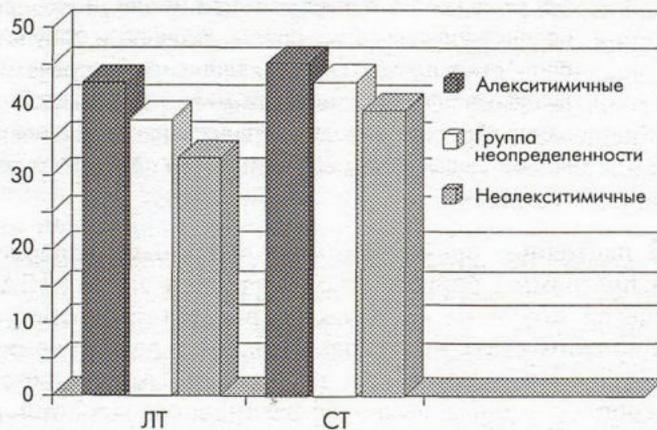


Рис. Средние значения показателей личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности у больных БА в зависимости от алекситимии

Поведенческие особенности больных БА в зависимости от алекситимии

Анализируемые показатели	Алекситимичные больные n=65		Группа неопределенности n=37		Неалекситимичные больные n=16	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Соблюдают безаллергенную диету	9*	13,8	12	32,4	7	43,8
2. Ведут дневник самоконтроля	11*	16,9	19	51,3	10	62,5
3. Курение						
а) курят	26*	40,0	10	27,0	2	12,5
б) курили, но бросили курить	11	16,9	6	16,2	1	6,3
в) не курят	28	43,1	21	56,8	13	81,2
4. Употребление алкоголя						
а) полностью отказались	2	3	3	8,1	6	37,5
б) 1 раз в месяц	10	15,3	19	51,3	3	18,8
в) 1 раз в неделю	39	60	9	24,3	4	25,0
г) 3 и более раз в неделю	14	21,5	6	16,2	3	18,8

Примечание. * — $p < 0,05$ — различия достоверны между сравниваемыми подгруппами

стных контактов. Недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении у алекситимичных пациентов ведет к значительному усилению вегетативно-гуморальной активации при возникновении эмоционального напряжения и тревоги [8].

При анализе личностных характеристик больных выявлено с помощью СМОЛ вне зависимости от уровня алекситимии повышение личностного профиля по 1 и 3 шкалам "невротической триады". Данная особенность свидетельствует о соматизации тревоги и вытеснении ее с формированием демонстративного поведения. Для алекситимичных пациентов, в отличие от неалекситимичных, были характерны достоверно более высокие значения по 1, 2, 3, 7 и F-шкалам ($p < 0,05$). Высокие показатели по шкале достоверности объясняются сниженным контролем над эмоциями в связи с их недостаточным осознанием. Повышение личностного профиля по 1, 2, 3 шкалам свидетельствует о более высоком уровне невротизации алекситимичных индивидов и отражает склонность к формированию невротических расстройств.

Тестирование по методике Спилбергера—Ханина выявило достоверные различия по уровню личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности между алекситимиками и неалекситимиками (рис.). Средние значения ЛТ и СТ были достоверно выше у алекситимичных пациентов по сравнению с неалекситимичными. Они составили соответственно у алекситимичных индивидов — $42,8 \pm 1,1$ и $47,1 \pm 1,4$ балла, у неалекситимичных — $34,3 \pm 1,5$ и $38,8 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$).

Высокие значения показателя ЛТ как свойства личности, определяющего индивидуальные особенности реагирования на фрустрацию, и СТ как показателя актуального личностного состояния, отражающего приспособительную реакцию личности на действие стрессовых факторов, свидетельствуют о боль-

шей стрессчувствительности алекситимичных пациентов с БА по сравнению с неалекситимичными.

Алекситимичные пациенты с высоким уровнем тревоги демонстрировали более низкую готовность в выполнении врачебных рекомендаций и предписаний, чем неалекситимичные. Курение и злоупотребление алкоголем как вредные поведенческие особенности у алекситимичных индивидов встречались достоверно чаще, чем у неалекситимичных (таблица). Это объясняется тем, что недостаточное отреагирование эмоций в поведении приводит к тому, что алекситимичные пациенты прибегают к курению и употреблению спиртных напитков как к наиболее простому и доступному для них способу купирования стресса. В настоящее время курение рассматривается как один из способов компенсации некоторых неудовлетворенных желаний, как следствие недостатка жизненной мотивации, как поведенческое выражение подавленной тревоги, как проявление некоторых комплексов несовершенства и неполноценности. Курение и злоупотребление алкоголем на фоне длительно и часто повторяющихся нервно-эмоциональных перенапряжений рассматриваются в качестве факторов, способствующих снижению показателей функции внешнего дыхания и ухудшению течения БА [3]. Большая встречаемость указанных вредных поведенческих особенностей у алекситимичных индивидов обуславливает у них, по-видимому, более тяжелое течение БА.

Алекситимичных больных БА можно отнести к трудной в деонтологическом плане контактов категории пациентов терапевтической клиники и с позиции установления оптимальных психологических контактов. Они в меньшей степени склонны следовать рекомендациям лечащего врача по соблюдению безаллергенной диеты. Среди алекситимичных пациентов лиц, не соблюдающих диету, было в 2 раза больше,

чем среди неалекситимичных (см. табл.). Данная группа больных более настороженно относится к предстоящему обследованию и лечению, особенно гормональной терапии БА. Алекситимичные пациенты не так часто, как того требуют предписания лечащего врача, используют глюкокортикостероиды при ухудшении течения БА. Они склонны использовать недостаточно эффективную дозировку и стремятся как можно быстрее снизить поддерживающую дозу, самостоятельно отменяют гормональную терапию. Среди лиц, проводивших регулярно пикфлоуметрию, алекситимиков было в 2,5 раза меньше, чем неалекситимичных индивидов.

Полученные нами данные лишней раз подтверждают, что эмоциональная сфера у алекситимичных больных с БА является первым и наиболее чувствительным адаптивным механизмом, через который реализуется влияние комплекса факторов внешней среды. Здесь важную роль играют такие психологические черты личности алекситимичных индивидов, как недостаточная когнитивная способность в продуцировании и регулировании эмоций, склонность к депрессивному типу реагирования на дистресс, высокий уровень тревоги [8,9,15]. На наш взгляд, алекситимия является универсальной личностной характеристикой, обуславливающей психосоциальную неконгруэнтность личности, ее повышенную подверженность стрессовым воздействиям и более тяжелое течение БА.

В работе "Астма-школы" мы учитывали выявленные психологические особенности больных. Отдельно формировали группы из лиц с высоким баллом алекситимии, в которых проводили занятия по вопросам психологической самопомощи при стрессе. На занятиях рассматривались общие подходы в индивидуальном решении проблем стресса, психологические и физические методы его купирования. Индивидуальные беседы с каждым пациентом по преодолению выраженности алекситимичных черт на основе создания банка "эмоций", проведения различий между чувствами и телесными ощущениями способствовали повышению эффективности обучения в "Астма-школе". Последующие тестирования в группе алекситимичных пациентов по методике Спилбергера-Ханина выявили достоверное снижение индекса ситуативной тревожности по сравнению с этим показателем до занятий в "Астма-школе". Указанный показатель снизился у 39 (41,1%) пациентов. Помимо этого отмечено уменьшение выраженности изменений по 1, 3 и 7 шкалам методики СМОЛ, что свидетельствует о снижении общего уровня невротизации алекситимичных индивидов. При этом у 8 высоко алекситимичных пациентов значительно уменьшился индекс алекситимии с $82,7 \pm 1,3$ до $70,6 \pm 1,1$ балла. По-видимому, у данной группы больных имела место вторичная алекситимия, возникшая в ответ на тяжелую психотравмирующую ситуацию. Выявленные положительные изменения психологического

статуса алекситимиков способствовали появлению партнерских взаимодействий между пациентами и врачом, исчезновению "баррикадных" отношений, появлению конструктивного диалога.

Таким образом, в настоящее время трудно представить себе лечебно-профилактических мероприятий при бронхиальной астме без учета такой личностной характеристики, как алекситимия.

Выводы

1. Среди контингента больных БА, проходивших обучение в "Астма-школе", алекситимия встречается с высокой частотой — в 55,1% случаев.
2. По данным комплекса психодиагностических методик (ММРІ, тест Спилбергера—Ханина) больные БА с алекситимией имеют более высокий уровень невротизации личности и тревоги, чем неалекситимичные индивиды.
3. Курение и злоупотребление алкоголем как вредные поведенческие особенности у алекситимичных индивидов встречались достоверно чаще, чем у неалекситимичных.
4. Выявленные нами психологические и поведенческие особенности алекситимичных больных с БА обуславливают необходимость проведения адекватной психотерапевтической и медикаментозной коррекции алекситимии при БА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Организация и проведение занятий в астма-школе: Метод. рекомендации № 96/93.— М., 1996.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина.— М., 1999.
3. Бронхиальная астма / Под ред. А.Г.Чучалина.— М., 1997.— Т.2.— С.187—207.
4. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь (США) и Всемирной организации здравоохранения // Пульмонология.— 1996.— Прил.— С.1—165.
5. Лещенко И.В., Кузнецова Е.И., Медведский Е.А. О психологических особенностях больных бронхиальной астмой во время длительной базисной терапии и занятий в Астма-школе // Тер. арх.— 1999.— № 3.— С.19—21.
6. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Клин. мед.— 1997.— Т.75, № 9.— С.16—19.
7. Провоторов В.М., Будневский А.В., Харчевникова С.В. и др. Психологические аспекты профилактики бронхиальной астмы // Актуальные проблемы медицины.— Воронеж, 1998.— С.305.
8. Провоторов В.М., Будневский А.В., Кравченко А.Я. и др. Алекситимия в структуре личности больных бронхиальной астмой // Современные аспекты пульмонологии.— М., 2000.— С.272—276.
9. Семенова Н.Д., Малевич М., Периц С. Психотерапия в системе реабилитации больных бронхиальной астмой (на материале клуба для больных астмой). Часть 1: Групповая психотерапия и групповая динамика // Пульмонология.— 1997.— № 3.— С.22—27.
10. Семенова Н.Д., Малевич М., Периц С. Психотерапия в системе реабилитации больных бронхиальной астмой (на материале

клуба для больных астмой). Часть 2: Основное содержание психотерапии // Там же.— С.28–31.

11. Чучалин А.Г., Медников Б.Л., Белевский А.С. и др. Бронхиальная астма. Руководство для врачей России. (Формулярная система) // Там же.— 1999.— Прил.— С.28–33.
12. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and psychosomatic maintenance of bronchial asthma // Psychother. and Psychosom.— 1981.— Vol.36, № 1.— P.63–71.
13. Irie M., Kihara H., Kawamura H. et al. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma. I. Evaluation by questionnaire // Jap. J. Allergy.— 1991.— Vol.40, № 10.— P.1297–1309.
14. Irie M., Kubo C., Sogawa H., Kawamura H. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma. II. Relationship between subjective self-assessment of dyspnea and peak expiratory flow rates // Ibid.— № 11.— P.1384–1390.

15. Joukama M., Karlsson H., Sohlman B., Lehtinen V. Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care // Psychother. and Psychosom.— 1996.— Vol.65, № 4.— P.199–200.
16. Jula A., Salminen J.K., Saarijarvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension // Hypertension.— 1999.— Vol.33, № 4.— P.1057–1061.
17. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychother. and Psychosom.— 1973.— Vol.22, № 2.— P.255–262.
18. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiatr.— 1984.— Vol.141, № 6.— P.725–732.
19. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness.— Cambridge: University Press, 1999.

Поступила 19.04.2000

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 616.248–053.2–08

А.Б.Малахов, В.П.Желудова, С.А.Макарова, Е.Г.Рыжова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ивановская государственная медицинская академия,
детская клиническая больница скорой помощи, г. Владимир

EFFICACY OF NEBULIZED THERAPY FOR OUTPATIENT BRONCHIAL ASTHMA EXACERBATION IN CHILDREN

A.B.Malakhov, V.P.Zheludova, S.A.Makarova, E.G.Ryzhova

Summary

An open comparative research of the efficacy of traditional (based on theophylline) and modern (beta-agonists and anticholinergic drugs) medications in outpatients bronchial asthma exacerbations in children was performed. The observation involved 404 children aged from 1.5 to 15 years divided into two groups depending on a therapy. The groups were comparable on the age, demographic and functional parameters. Subgroups were separated into each of the groups regarding to the exacerbation severity. The medication effectiveness was evaluated by clinical symptoms of the exacerbation (breathlessness, cough, remote wheezing, physical lung signs) and peak expiratory flow rate and/or lung function parameters as well.

The obtained results demonstrated that asthma attacks were stopped in 96.7% of the cases using nebulized short-acting beta agonists (Salbutamol or Salgim) and/or the combined drug Berodual which were given differentially in accordance with the exacerbation severity and the patient's age: the peak expiratory flow rate became normal, the lung function main parameters tended to their normal values and clinical signs of asthma exacerbation regressed.

The nebulized treatment with Berodual was reliably confirmed to be the first-line therapy for moderate bronchial asthma exacerbations as it is optimal in sight of the effectiveness and safety.

Резюме

Проведено открытое сравнительное исследование эффективности традиционного (основу составил эуфиллин) и современных (бета-агонисты и антихолинолитические средства) медикаментозных комплексов в терапии обострений бронхиальной астмы у детей на догоспитальном этапе. Под наблюдением находились 404 ребенка в возрасте от 1,5 до 15 лет, которые были разделены на 2 группы в зависимости от получаемой терапии и были сравнимы по возрастно-демографическим и функциональным по-