

Е.Ю. Гашинова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Большая частота нервно-психических расстройств при бронхиальной астме (БА) и хроническом обструктивном бронхите (ХОБ) приводит к усугублению клинических проявлений этих болезней и усложнению течения [3, 4, 7, 8, 9, 11, 12]. Поэтому в последнее время все чаще встает вопрос о необходимости проведения коррекции психологического статуса в ходе лечения и реабилитации больных БА и ХОБ [9, 10, 12, 14, 15]. В связи с тем, что большинство психотропных препаратов обладает рядом побочных эффектов и мало влияет на состояние функции внешнего дыхания [2, 5], основной акцент делается на проведении безмедикаментозной психотерапии.

В современной лечебной практике психотерапия представлена десятками методов, оценка эффективности которых проводится по различным критериям [1, 3, 6, 8]. В литературе имеется ограниченное количество данных о сочетании индивидуальной и групповой психотерапии у пациентов с синдромом бронхообструкции. Нам не встретилось работ, посвященных влиянию этих видов психотерапии на функцию внешнего дыхания и показатели парасимпатической активности у больных БА и ХОБ. Все это определило задачи нашей работы.

Материалы и методы

Все обследуемые были разделены на две группы: I группу составили 46 человек: 32 (70 %) больных БА и 14 (30 %) — ХОБ. В группу II было включено 46 человек: 29 (64,7 %) с БА и 17 (35,3 %) с ХОБ. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести течения заболеваний.

Больным, входящим в группу I проводилась только стандартная терапия в соответствии с международными соглашениями по лечению БА [13] и ХОБ [16], включающая бронхолитики (в том числе холинолитики), противовоспалительные препараты, отхаркивающие средства.

С целью улучшения качества лечения пациентам группы II наряду с традиционной терапией назначалась индивидуальная (рациональная психотерапия, аутотренинг) и групповая (аутотренинг, гипносуггестия) психологическая коррекция.

Эффективность лечения в обеих группах оценивалась по динамике показателей ФВД, психологического статуса, состояния парасимпатической нервной системы и данным катamnестического наблюдения до, через 1 и 12 месяцев после начала лечения.

Изучались ОФВ₁, ММЕФ, РЕФ, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅, уровни вегетативной лабильности, депрессии, ситуативной и личностной тревожности.

Результаты исследования

Установлено, что в процессе лечения независимо от нозологии и вида терапии все показатели ФВД обследуемых пациентов имели тенденцию к улучшению. Однако у больных БА и ХОБ, получавших традицион-

ную терапию, через 1 месяц после начала лечения статистически значимо ($p < 0,05$) увеличился только МОС₅₀, изменения же остальных показателей не были достоверными. В то же время у больных БА и ХОБ, прошедших также курс психотерапии, уже через 1 месяц был получен достоверный ($p < 0,05$) прирост значений ОФВ₁, РЕФ и МОС₇₅. Через 12 месяцев от начала терапии все параметры, характеризующие ФВД, у больных БА (кроме МОС₂₅), достоверно улучшились в обеих группах. У пациентов с ХОБ, получавших традиционную терапию, через 12 месяцев от начала лечения достоверно увеличились только показатели ОФВ₁, МОС₅₀ и МОС₇₅. В то же время, у больных ХОБ, прошедших, наряду с традиционной, курс психотерапии, через 12 месяцев получено достоверное улучшение всех исследуемых показателей ФВД. Прирост всех показателей у больных БА и ХОБ, проходивших психотерапию, более чем в полтора раза превосходил изменения в группе, получавшей традиционное лечение. Интересным представляется тот факт, что при традиционном лечении показатели функции внешнего дыхания при ХОБ хоть и изменялись, но были менее динамичными в сравнении с БА. В то же время, у больных ХОБ, прошедших психотерапию, удалось добиться обратимости бронхообструкции, сравнимой с таковой при бронхиальной астме.

Влияние терапии на состояние парасимпатической нервной системы у больных БА и ХОБ, получавших различное лечение, изучалось по уровню холинэстеразы эритроцитов периферической венозной крови. В ходе лечения этот показатель статистически значимо улучшился уже через 1 месяц в обеих группах, как у больных БА, так и ХОБ. Через 12 месяцев уровень холинэстеразы с высокой достоверностью отличался от исходного у всех обследованных. Однако следует отметить, что в I группе конечные показатели были значимо ($p < 0,05$) ниже, чем в группе, прошедшей психокоррекцию. Кроме того, у больных ХОБ, получивших курс психотерапии, значения холинэстеразы периферической венозной крови через 12 месяцев были максимально приближены к нижней границе нормы, чего не наблюдалось в других группах. Показатели динамики уровня холинэстеразы существенно различались в группах сравнения. Так, у больных БА в группе стандартной терапии через 1 месяц увеличение показателя составило $3,8 \pm 0,1$ ммоль/ч.л, а через 12 месяцев — $10,8 \pm 0,5$ ммоль/ч.л. У больных же БА, получавших психотерапию, прирост был приблизительно вдвое большим. Сходная картина наблюдалась у больных ХОБ, где увеличение уровня холинэстеразы было также более значительным у пациентов, прошедших психокоррекцию.

Для оценки влияния проводимой терапии на психологический статус больных изучался уровень вегетативной лабильности (по тесту VELA, 1965), депрессии

Таблиця 1

Сравнительная характеристика эффективности различных видов лечения БА и ХОБ

Вид лечения	Заболевание	Количество обострений за год ($M \pm m$)	Длительность ремиссии (месяцы, $M \pm m$)	Увеличение физической активности (% больных)	Уменьшение потребления медикаментов в течение года (% больных)
Традиционное лечение	БА n=32	2,11 $\pm$ 0,23	5,34 $\pm$ 0,37	59,4	65,3
	ХОБ n=14	1,96 $\pm$ 0,15	6,34 $\pm$ 0,41	64,6	58,1
Традиционное лечение + психотерапия	БА n=22	0,87 $\pm$ 0,12	9,93 $\pm$ 0,84	77,6	81,4
	ХОБ n=12	0,78 $\pm$ 0,2	9,87 $\pm$ 0,65	83,5	75,3

(по шкале Zung, 1965), ситуативной и личностной тревожности (по опроснику Ch.D. Spilberger, 1972).

У пациентов, получавших только традиционную терапию, ни один показатель, характеризующий психологическое состояние, достоверно не улучшился через 1 месяц от начала лечения независимо от нозологии. Через 12 месяцев в этой группе произошло значимое снижение уровня депрессии, а у больных ХОБ — и ситуативной тревожности, однако эти показатели были далеки от нормальных величин. В группе, прошедшей также курс психотерапии, напротив, через 1 месяц наблюдалось достоверное ($p < 0,001$) падение уровня вегетативной лабильности, депрессии, ситуативной и личностной тревожности как у больных БА, так и ХОБ. Через 12 месяцев от начала лечения значения показателей депрессии, ситуативной и личностной тревожности находились в пределах нормы; уровень вегетативной лабильности у больных БА и ХОБ отличался от нормального лишь незначительно. При анализе динамики уровня вегетативной лабильности, депрессии, ситуативной и личностной тревожности установлено, что в группе, прошедшей курс психокоррекции, разница между исходными показателями и значениями, полученными через 1 и 12 месяцев, была достоверно больше, чем у больных, получавших только стандартную терапию. Максимальное снижение показателей произошло у больных ХОБ, которые в дополнение к традиционному лечению прошли курс психотерапии.

Следует отметить, что в группе, получавшей психотерапию, исходные значения вегетативной лабильности и депрессии были несколько больше у пациентов с БА. После же лечения эти показатели существенно не отличались у больных БА и ХОБ. Выявлено, что в обеих группах через 12 месяцев от начала лечения показатели претерпели наибольшие изменения, что свидетельствует о необходимости длительной психологической коррекции у больных с бронхообструкцией.

Результаты катamnестического наблюдения за больными, получавшими различные виды лечения, представлены в табл. 1.

Как видно из табл.1, комплексное лечение БА и ХОБ с использованием индивидуальной и групповой психокоррекции и традиционной терапии способствует уменьшению количества обострений в течение года, удлинению фазы ремиссии и улучшению качества жизни больных.

Выводы

1. Применение индивидуальной и групповой психотерапии у больных БА и ХОБ благоприятно сказывается на состоянии функции внешнего дыхания, приводя к более быстрому и значительному улучшению

показателей ОФВ₁, ММЕФ, РЕФ и МОС₇₅. У больных хроническим обструктивным бронхитом проведение психотерапии в значительной мере способствует усилению обратимости бронхообструкции.

2. Включение психотерапии в комплекс лечебных мероприятий при БА и ХОБ способствует нормализации уровня холинэстеразы эритроцитов периферической венозной крови и приводит к улучшению состояния парасимпатической нервной системы у данного контингента больных.

3. Сочетание групповой и индивидуальной психотерапии в лечении БА и ХОБ приводит к снижению уровня вегетативной лабильности, тревожности и депрессии, способствует более динамичному их изменению и, в конечном итоге, нормализует психологическое состояние пациентов.

4. Под влиянием психотерапии происходит более быстрое стихание обострения БА и ХОБ. Проведение психотерапии оказывает благоприятное влияние на длительность ремиссии и количество обострений заболевания.

5. Включение психотерапии в программу лечения БА и ХОБ приводит к снижению потребления лекарственных препаратов, увеличению физической активности и улучшению качества жизни больных.

6. В целом, наиболее эффективной в отношении нормализации парасимпатической регуляции и коррекции психологического статуса проводимая психотерапия оказалась у больных с хроническим обструктивным бронхитом.

ЛИТЕРАТУРА

- Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой // Бронхиальная астма. Под ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина: В 2-х томах. Т. 2. — Москва: Агар, 1997. — С. 375–393.
- Белоусов Ю.Б., Омеляновский В.В. Клиническая фармакология болезней органов дыхания: руководство для врачей. — Москва: Универсум паблишинг, 1996. — 176 с.
- Гаркалов К.А., Белевский А.С. Медико-социальное значение обучения больных бронхиальной астмой // Пульмонология. — 1996. — № 4. — С. 28–33.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Расстройства настроения: перспективы в лечении // Медицина для всех. — 1997. — № 2 (4). — С. 28–30.
- Замотаев И.П. Фармакотерапия в пульмонологии. Справочник. — Москва: Интербук, 1998. — 262 с.
- Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Ленинград, 1983. — 115 с.
- Каюмходжаева М.А., Гафуров Б.Г. Психологические особенности личности и состояние вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой // Мед. журнал Узбекистана. — 1991. — № 8. — С. 48–50.

8. Кириллов М.М., Орлова М.М. Психологическая диагностика и реабилитация больных с заболеваниями легких: Учебно-методические рекомендации. — Саратов, 1984. — 96 с.
9. Кулаков Ю.А. Вегетативные и эмоциональные нарушения при хроническом обструктивном бронхите // Тер. архив. — 1985. — Т. 57. — № 3. — С. 22–25.
10. Кулаков Ю.А. О "факторах риска" при хроническом бронхите, обусловленных влиянием вегето-сосудистой дистонии // "Факторы риска" при неврологических и пограничных заболеваниях. — Томский мед. институт. — 1987. — Вып. 2. — С. 51–54.
11. Лотоцкий Ю.А. Значение нервно-психических факторов в патогенезе преастмы и бронхиальной астмы // Научно-техническое творчество молодежи — практическому здравоохранению: Сб. научных трудов. — Ленинград, 1990. — С. 46–47.
12. Осипова Н.Н., Щеглов Ю.Д., Акшулакова Б.Т. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1990. — Т. 90. — № 9. — С. 89–92.
13. Отчет о международном соглашении по диагностике и лечению бронхиальной астмы. — 1992. — Публикация № 92–3091.
14. Патласова Г.В. О ранних психических нарушениях при бронхиальной астме // Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний: Сб. материалов конференции. — Москва, 1988. — С. 117–124.
15. Семенова Н.Д. Групповая психотерапия в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой. Автореф. дисс.... канд. психол. наук 14.00.05 / 2-й МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова. — Москва, 1988. — 19 с.
16. Синопальников А.И. Фармакотерапия хронического обструктивного бронхита. Методическое пособие. — Москва, 1997. — 14 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

Е.Ю. Гашинова

Резюме

В работе изучена эффективность комплексной терапии, включающей индивидуальную (рациональная психотерапия, аутотренинг) и групповую (аутотренинг, гипносуггестия) психологическую коррекцию, при БА и ХОБ. Установлено, что включение психотерапии в комплекс лечебных мероприятий при БА и ХОБ способствует улучшению показателей ФВД, приводит к улучшению состояния парасимпатической нервной системы, нормализует психологическое состояние пациентов, способствует уменьшению количества обострений в течение года, удлинению фазы ремиссии и улучшению качества жизни больных. В целом, наиболее эффективной проводимая психотерапия оказалась у больных с хроническим обструктивным бронхитом.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

E.Yu. Gashinova

Summary

The efficacy of complex therapy, including individual (rational psychotherapy, auto-training) and group (auto-training and hypnosuggestion) psychocorrection, have been studied in patients with asthma and chronic obstructive bronchitis (COB). It has been proved that application of psychotherapy in complex treatment of patients improved pulmonary ventilation, normalized parasympathic nervous system and psychological state of the patients, decreased the frequency of exacerbations, prolonged the remissions and improved the quality of life. Generally, psychotherapy was more effective in COB patients.

УДК: 616.25-002.057-006-079.4

А.В. Басанец, Н.С. Опанасенко, И.В. Андрусишина

КОНЦЕНТРАЦИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ И ЭЛЕКТРОЛИТОВ В ЭКССУДАТЕ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПЛЕВРИТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Институт медицины труда АМН Украины

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

Известным является тот факт, что среди злокачественных новообразований бронхолегочной системы определенная часть возникает при воздействии факторов производственной среды. Одним из таких факторов является асбест, который известен с незапамятных времен. Первое упоминание об использовании асбеста относится к временам Древнего Египта, где фараоны применяли его для бальзамирования тел усопших.

Промышленное использование асбеста было начато в 80-х годах прошлого века с открытием хризотилевой шахты в Квебеке. Интенсивность использования асбеста возрастала в начале XX века (в особенности — в 40-е годы) и достигла апогея в 1975–80 гг., когда мировая добыча асбеста составляла 5 млн. тонн [10].

В основном применение асбеста было связано со строительной индустрией, где асбест используется в качестве строительного материала в виде асбо-цементных плит, изоляционного материала — для трубопроводов любого назначения и металлических конструк-

ций, отопительных систем. Кроме этого асбест используется в конструкции вращающихся деталей тормозных устройств, а также может входить в состав строительных растворов, мастики, клея. В фармацевтической и пищевой промышленности длительное время применяли фильтры на основе асбеста для эвакуации микроорганизмов [5, 9].

Нельзя не упомянуть о широком применении асбеста в военной промышленности и, в особенности — в конструировании подводных лодок.

Негативные эффекты влияния асбеста на здоровье человека известны с начала нашего века. В 1907 году в Лондоне был описан первый случай легочного фиброза у рабочего, подвергавшегося воздействию асбеста и умершего в возрасте 34 лет [5]. В 1908 году была опубликована работа о выявлении 50 случаев фиброза легких у рабочих производства асбестовых волокон в Нормандии. В конце 70-х годов появились первые работы о диагностировании бронхоальвеолярного рака (БАР) и несколько позднее — мезотелиомы плевры (МП) при воздействии асбеста [9]. В 1977 году МОТ