

(65,4 %), чоловіків 28 (34,5 %). Усі вони лікувалися в ДЗ «Українська алергологічна лікарня МОЗ України».

Чинники ризику: ожиріння — 78 %; нікотинозалежність — у чоловіків 83 %, у жінок — 15 %.

АГ спостерігалася у хворих, яких довго лікували СКС. Частіше вона була у жінок віком 35–45 років, а також у тих, у кого був токсикоз вагітності (65 %).

У цієї групи хворих з АГ розвивалися психоемоційні розлади, реакції «тривожного очікування», панічні напади, тривожні депресії, з'являлися проблеми в контактах, спостерігалися соціальна ізоляція, замкненість, професійні труднощі, виникали сімейні проблеми, порушувалися нічний сон, з'являлися кардіологічні скарги.

Під час обстеження виявлено:

- АТ понад 160/100 мм рт. ст. у 75 % випадків, а у 25 % — від 140/90 до 160/100 мм рт. ст. Артеріальний тиск протягом доби коливався на понад 35 мм рт. ст. у 81 % хворих.
- Під час рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини у 93 % хворих виявлено розширення серцевої тіні.
- Лабораторні дослідження зафіксували підвищення холестерину у 91 %, в аналізах сечі — сліди білка у 89 %.
- За даними електрокардіологічного дослідження, гіпертрофія лівого шлуночка становила 95 %.

Для лікування хворих на БА, ускладнену АГ, крім бронхолітичних, муколітичних препаратів і СКС в інгаляційній

формі, призначали антигіпертензивні препарати та препарати, які поліпшували метаболізм у церебральних структурах, церебральні ангіопротектори та седативні препарати. Також призначали лікувальну фізкультуру (дозоване фізичне навантаження та фізіотерапевтичне лікування), масаж сегментарних зон, процедури загальної дії на шийнокомірцеву зону, а за неврастенічної симптоматики проводили психотерапію, аутотренінг, рефлексотерапію.

У 79 % хворих підвищення і коливання артеріального тиску спостерігали в нічний час. Їм призначали комбіновані антигіпертензивні препарати, пік дії яких настає через 3 год, а ефект триває добу. Тоді стан пацієнтів, особливо в нічний час, був стабільним.

Жінкам у клімактеричний період у разі підвищення артеріального тиску призначали ноотропи, які поліпшували пам'ять, увагу, мислення, орієнтацію, позитивно впливали на психоемоційну сферу. Зникали хронічні больові синдроми соматичного і психогенного генезу.

Висновки. Для профілактики ускладнень БА під час прийому СКС пацієнтів слід переводити на інгаляційні кортикостероїдні препарати, а ін'єкційні призначати тільки для надання екстреної медичної допомоги. У разі виникнення АГ як ускладнення прийому СКС слід прагнути відновити функції і дотримувати таких принципів: максимальна ранній початок лікування, безперервність, оптимальна доза і тривалість терапії.

УДК 616-002.5-08

Использование копинговых процессов у больных туберкулезом легких для формирования приверженности к лечению

Е.И. Булдакова¹, А.И. Эльгали¹, Д.И. Аванесова³, А.В. Асеев², Д.П. Дербенев²

¹ ГКУЗ ТО «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер», Тверь, Россия

² ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

³ ГБУЗ «ГП 201 ДЗ г. Москвы», Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

Актуальность. Одной из основных характеристик возможности адаптации к стрессу является система копинговых реакций (механизмов совладания, преодоления). Она является достаточно стабильной характеристикой личности и может носить адаптивный и неадаптивный характер. Научение больных адаптивным стратегиям копинг-поведения должно улучшить их социальную адаптированность, повысить приверженность к лечению.

Материалы и методы. В ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД» проведено исследование, целью которого было определение характера копинговых стратегий у пациентов противотуберкулезного диспансера. Опрошено 200 человек обоего пола в возрастной группе от 20 до 60 лет во время основного курса лечения. Для исследования использован опросник Е. Neim (1988). Контрольные показатели взяты из литературного источника. Всем больным проведена групповая психотерапия с просмотром видеофильмов, направленная на снятие эмоционального напряжения, тревоги, неопределенности, повышение коммуникативных навыков и получение от других больных туберкулезом образцов адаптивных механизмов совладания.

Результаты. Для больных туберкулезом легких, так же, как и для здоровых людей, характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга.

В поведенческой сфере адаптивные формы поведения встречались реже, чем в контроле (23 и 56 %). «Альтруизм» как форма поведения с оказанием бескорыстной помощи другим людям встретился у 12 % больных туберкулезом, в контроле — у 10 %. Отзывчивость, готовность оказать помощь ближнему и медицинскому персоналу наблюдались не реже, чем в общей популяции. «Сотрудничество» как форма поведения, когда больной идет на общение с другими людьми, которые, как ему кажется, имеют больший опыт в разрешении конфликтов и трудных жизненных ситуаций, и «обращение» встречались значительно реже в сравнении с контрольной группой (8 и 18 %; 3 и 28 %).

Неконструктивные формы преодоления в поведенческой сфере встречались у больных туберкулезом чаще, чем в контрольной группе (37 и 18 %). Например, «отступление» как проявление неспособности бороться с конфликтами и снижение фрустрационной толерантности наблюдались у 66 % больных туберкулезом (в контроле у 11 %). Условно адаптивной (по факту неадаптивной) стратегией поведения было злоупотребление алкоголем — весьма частый способ ухода от разрешения проблемы.

При исследовании реакций совладания в когнитивной сфере оказалось, что конструктивные и относитель-

но конструктивные стратегии преодоления встречались редко, что говорит о неадекватности поведенческих реакций в когнитивной сфере (в частности «передача смысла» — 4 %, в контроле 14 %; «религиозность» — 2 %, в контроле 20 %). Неадекватная стратегия «растерянность» у больных туберкулезом отмечалась в 15 раз чаще, чем в контрольной группе (31 и 2 %).

Наибольшие отличия выявлены при исследовании стратегий преодоления в эмоциональной сфере. Конструктивные формы копинг-поведения (оптимизм) здесь наблюдались почти в 5 раз реже, чем в контрольной группе (13 и 62 %). Среди относительно конструктивных форм преобладала пассивная кооперация (29 %, в контроле 10 %). Неконструктивные поведенческие стратегии в эмоциональной сфере больных туберкулезом встречались значительно чаще, чем в контрольной группе (86 и 26 %). При этом преобладало «подавление эмоций» (20 %) и «самообвинение» (14 %), пессимизм (52 %).

В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии получен положительный эффект, хотя удалось разрешить далеко не все проблемы. Использование видеofilмов позволило дать больным

образцы адаптивных стратегий копинг-поведения, способствовало научению использования этих стратегий в собственной жизни. Главным фтизиатрическим результатом стало повышение приверженности больных к противотуберкулезной терапии.

Выводы. Копинг-поведение определяется как стратегия действий, предпринимаемых индивидом при психологической угрозе, и проявляющееся в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности. Для больных, как и для здоровых людей, характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга за счет преобладания неадаптивных стратегий копинга. В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии получен положительный эффект. Достоверно чаще стали встречаться адаптивные варианты совладания в поведенческой и эмоциональной сферах, повысилась приверженность больных к лечению. Динамика механизмов совладания в процессе лечения связана с развитием коммуникативных навыков и уменьшением степени алекситимии, повышением фрустрационной толерантности.

УДК 616-002.5-08

Психологическое отношение больных туберкулезом к своему заболеванию

Е.И. Булдакова¹, А.И. Эльгали¹, Д.И. Аванесова³, А.В. Асеев², Д.П. Дербнев²

¹ ГКУЗ ТО «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер», Тверь, Россия

² ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

³ ГБУЗ «ГП 201 ДЗ г. Москвы», Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

Актуальность. Конечной целью лечения больного туберкулезом является максимально полная ликвидация проявлений казеозного воспаления, социальная и трудовая реабилитация его. Последние две задачи возможны только для человека, по крылатому выражению В.Н. Мясищева, «лечить можно и животное, но реабилитировать можно только человека». Для успешного лечения и последующей реабилитации необходимо знать психологические проблемы в связи с выявлением заболевания, тип отношения пациента к болезни. Ведь субъективное восприятие болезни может вести как к положительной, так и к отрицательной динамике его. Знание о типе отношения к болезни помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с больным, использовать соответствующие способы общения и мотивирования к лечению.

Материалы и методы. В ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД» проведено исследование, целью которого было определение типа отношения к болезни у пациентов противотуберкулезного диспансера. Опрошено 200 человек обо его пола в возрастной группе от 20 до 60 лет. Исследования проводилось с помощью психологической методики диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), в основе которой использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения к своему заболеванию: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный,

анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармонический.

Методика ТОБОЛ построена в форме опросника и выявляет тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. В основе лежат 12 тем: отношение к лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита. Каждая тема содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений. Варианты наиболее часто выбираемых утверждений в более значимых категориях представлены в таблице.

Результаты. Оказалось, что лишь 80 (40,0 %) больных реально оценивали и принимали свою болезнь (гармонический тип отношения к болезни), остальные 120 (60,0 %) по типу реагирования на болезнь характеризовались наличием психической дезадаптации: 22,9 % — меланхолический тип (удрученность, неверие в выздоровление); 15,6 % — эргопатический тип (уход от болезни в привычную деятельность); 6,1 % — эйфорический тип (необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению); 5,5 % — анозогнозический тип (активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях).

Оптимальным вариантом отношения к болезни считают гармонический тип. При таком типе реагирования