

Результаты топо-рН-метрии до и после эндоскопического лечения язвенной болезни

Место измерения рН	Сроки обследования					
	до лечения		на 10—14-е сутки после лечения		через один год и более после лечения	
	п	M ± m	п	M ± m	п	M ± m
Тело желудка	36	0,93 ± 0,03	36	1,25 ± 0,04	25	1,22 ± 0,03
Антральный отдел	36	1,27 ± 0,16	36	2,29 ± 0,20	25	1,97 ± 0,19
Луковица двенадцатиперстной кишки	16	6,50 ± 0,17	16	7,23 ± 0,09	16	7,09 ± 0,13

1,5—2 года после первого курса эндоскопического лечения у 5 больных с рецидивом язвы эту лечебную процедуру повторили с хорошим непосредственным клиническим результатом.

### ВЫВОДЫ

1. Метод эндоскопического понижения желудочной секреции является эффективным при лечении терапевтически резистентных пилоробульбарных язв у больных с повышенным секреторным фоном.

2. После применения эндоскопического понижения желудочной секреции отмечается существенное и стойкое снижение кислотопroduкции, в основном за счет первой фазы желудочной секреции.

3. Данный метод лечения полезен и при лечении рецидивов язвенной болезни.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С. // Тер. арх.— 1987.— № 10.— С. 66—68.
2. Бунянов В. М., Фокин Н. С., Перминова Г. И. // Клин. хир.— 1981.— № 2.— С. 1—4.
3. Бунянов В. М., Фокин Н. С., Перминова Г. И. // Сов. мед.— 1985.— № 12.— С. 31—33.

4. Галлингер Ю. И., Федоров Е. Д. // В кн.: Материалы IX съезда хирургов Белоруссии.— Витебск, 1985.

5. Доценко А. П. // Клин. хир.— 1985.— № 8.— С. 21—23.

6. Кириллов В. А., Преображенский В. Н., Ермаков Е. В., Кручинин Е. З. // Тер. арх.— 1986.— № 4.— С. 79—82.

7. Кочетов А. М. // Врач. дело.— 1986.— № 7.— С. 77—79.

8. Панченков Р. Т., Попов Ю. П., Семенов В. В. и др. // В. кн.: Патология желудка и двенадцатиперстной кишки.— М., 1985.

9. Панченков Р. Т., Семенов В. В. // Хирургия.— 1984.— № 9.— С. 111—114.

10. Саидмуратов А. // Здравоохран. Таджикистана.— 1983.— № 2.— С. 44—47.

11. Соколов Л. К. // Сов. мед.— 1985.— № 8.— С. 107—109.

12. Стародуб Е. М. // Врач. дело.— 1984.— № 9.— С. 46—47.

13. Тамулевицте Д. С. // В. кн.: III Всесоюзный съезд гастроэнтерологов.— М., 1985.

14. Федоров И. В., Одинцов В. В. // В. кн.: Тезисы докладов научно-практической конференции врачей.— Казань, 1987.

15. Шишков А. С. // Тер. арх.— 1986.— № 3.— С. 76—77.

16. Vicari F. // Presse Med.— 1982.— Vol. 11.— P. 1063—1066.

Поступила 28.03.88.

УДК 616.24—002.5—085.851.13

## ОТНОШЕНИЕ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Р. Ш. Валиев, Г. А. Смирнов

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Одной из основных причин недостаточной эффективности лечения свежих форм туберкулеза легких и последующего их исхода в фиброзно-кавернозные процессы является преждевременная выписка больных из стационара [2]. По данным В. Д. Чернецкого [11], в 62,8% случаев это происходит в первые 3 месяца, из них в 49,3% — в первый месяц. К преждевременной выписке нередко ведут изменения психики [8] и сопутствующий хронический алкоголизм

[7], которые влияют на отношение к болезни. Исследования, посвященные изучению отношения к болезни больных туберкулезом легких, были проведены в основном в доантибактериальном периоде и носили преимущественно описательный характер. В настоящее время сложилась диспропорция между уровнем соматического обследования больного и полнотой изучения его как личности [5]. В эру химиотерапии отношение к своей болезни пациентов с туберкулезом

легких вызывало научный интерес преимущественно со стороны психиатров [8]. В отечественной фтизиатрии имеются лишь единичные публикации на эту тему [1, 12], причем авторы применяли клинический метод, который, хотя и является наиболее достоверным, однако требует значительного времени и чаще недоступен врачам-фтизиатрам из-за их недостаточной подготовленности в области психиатрии и медицинской психологии [4].

В последние годы для выявления отношения к болезни начали применять экспериментально-психологические методики, среди них привлекает внимание личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Исследования, выполненные с его помощью при различных соматических заболеваниях, показали высокую информативность и надежность названной методики.

Данный тест представляет собой модель мышления клинического психолога и потому позволяет диагностировать типы личностных реакций на болезнь у соматических больных врачами, не имеющими специальной подготовки в области психиатрии и медицинской психологии [3]. ЛОБИ имеет 12 шкал, с помощью которых можно определить отношение пациента к лечению, врачам и медперсоналу, а также понять, как пациент оценивает свое одиночество и будущее. Кроме того, ЛОБИ дает представление о некоторых жизненных функциях больного — сне, аппетите, самоочувствии, настроении. В основу психодиагностики положена классификация, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым [6]. Она включает следующие типы реакции на болезнь: тревожно-депрессивный, ипохондрический, меланхолический, паранойяльный, апатический, неврастенический, эгоцентрический, эйфорически-анозогнозический, дисфорический, эргопатический, сенситивный и гармоничный.

Нами обследованы 118 больных туберкулезом легких в возрасте от 20 до 59 лет, которых раньше не лечили. Очаговый процесс был обнаружен у 5 человек, инфильтративный — у 105, диссеминированный — у 4, туберкулома — у 3, экссудативный плеврит — у одного. Фаза распада установлена у 85 больных, бацилловыделение — у 98. Обследование проводили в первые 2—3 нед пребывания в стационаре.

Анализ полученных данных показал, что гармоничное, адекватное реагирование на болезнь без склонности преувеличивать ее тяжесть, но и без недооценки последней выявлено всего у 21,2% больных. Такие больные, за редким исключением, стремятся активно содействовать успеху лечения.

Среди аномальных типов отношения к болезни чаще встречался эргопатический тип (27,1%), характеризующийся уходом от болезни в работу, желанием лечиться

и обследоваться без отрыва от нее.

Сенситивный тип отношения к болезни был обнаружен у 19,5% пациентов. Больные с подобным типом чрезмерно опасались, что окружающие станут избегать их в связи с болезнью, считать неполноценными, пренебрежительно к ним относиться.

Эйфорически-анозогнозическое реагирование на болезнь имело место у 15,2% больных. При таком отношении к болезни пациенты легкомысленно относятся к лечению, у них нередко обнаруживается повышенное (иногда наигранное) настроение. Они часто отказываются от обследования и лечения или нарушают режим, хотя это может отрицательно сказаться на течении болезни. У больных туберкулезом, страдавших хроническим алкоголизмом, данный тип отношения к болезни встречался в 2 раза чаще, чем у пациентов, не состоящих на учете у нарколога.

У 13,5% больных был определен диффузный тип отношения к болезни, при котором сочеталось 3 и более типов. Для данных пациентов было характерно часто дезадаптивное поведение, проявлявшееся тревожно-депрессивным состоянием и беспокойством о своем здоровье.

Всем больным проводилось комплексное антибактериальное и патогенетическое лечение с включением в показанных случаях рифампицина, глюкокортикоидных и анаболических гормонов, туберкулинотерапии, УЗ, пирогенала, коллапсотерапии.

В соответствии с типом отношения к болезни 57 больным (основная группа) была назначена рациональная психотерапия. Остальные (61) составили контрольную группу. Обе группы были сопоставимы по характеру туберкулезного процесса с некоторым преобладанием (у больных основной группы) числа бациллярных и деструктивных форм.

В литературе имеются сообщения о показаниях и опыте применения различных методов психотерапии у больных туберкулезом легких [10, 12] преимущественно на санаторном этапе. Однако в этих работах приводятся лишь результаты влияния психотерапии на устранение невротических наслоений, вызванных болезнью. В них отсутствуют сравнительные данные о влиянии психотерапии на длительность и эффективность лечения туберкулеза — на частоту заживления деструкции и абциллирования, причем в большинстве исследований психотерапию проводили психиатры. В то же время в практической работе противотуберкулезных стационаров психиатры обычно являются лишь консультантами и не могут оказывать систематическую психотерапевтическую помощь таким больным.

Нами применялась методика рациональной психотерапии, направленная как на устранение нервно-психических нарушений,

вызванных заболеванием туберкулезом, так и на коррекцию неадекватных типов отношения к болезни.

У больных основной группы после психотерапии отмечена меньшая частота преждевременных выписок из стационара, чем у лиц контрольной группы. По медицинским показаниям больных выписывали, когда у них наступало рассасывание инфильтративных изменений, прекращалось бацилловыделение и закрывались полости распада. Выписка по инициативе больных или за нарушение режима в более ранние сроки считалась преждевременной.

Из 57 больных основной группы по показаниям выписаны 43 (75,4%), преждевременно — 14 (24,6%), в контрольной группе — соответственно 32,8% и 67,2% ( $P < 0,001$ ).

Поскольку в основной группе было 15 больных с сопутствующим хроническим алкоголизмом, а в контрольной — 24, мы проанализировали частоту преждевременных выписок в каждой группе. В основной группе среди больных, не состоявших на учете у нарколога, по показаниям выписаны 37 (88,1%) из 42, досрочно — только 5 (при этом один — через 4 мес, 2 — через 7, один — через 9); в контрольной группе — соответственно 16 (43,2%) и 21 (56,8%) из 37 больных ( $P < 0,01$ ). Это отразилось и на результатах лечения. Так, если в основной группе частота закрытия полостей к моменту выписки из стационара составила 84,8% (28 из 33), а абацилирование — 94,4% (34 из 36), то в контрольной группе — соответственно 48% (12 из 25) и 64,3% (18 из 28,  $P < 0,05$ ).

В группе больных-алкоголиков результаты психотерапии оказались менее выраженными. Из 15 больных, которым была проведена психотерапия, 9 выписаны преждевременно (при этом у 4 лиц в момент выписки из стационара сохранялась полость деструкции, у одного — бацилловыделение). Среди алкоголиков контрольной группы досрочно выписаны 19 больных из 24 (деструкция сохранялась у 10, бацилловыделение — у 6), однако продолжительность пребывания в стационаре больных с сопутствующим хроническим алкоголизмом все же была выше в основной группе ( $P < 0,05$ ). Если учесть тот факт, что на противояздовое лечение соглашаются всего около 3% больных туберкулезом [9], а 37,1% из них вскоре его прерывают [7], то психотерапия остается наиболее эффективным методом предупреждения нарушений режима у данной категории больных. Поэтому полученные нами результаты психотерапии у алкоголиков можно считать заслуживающими внимания.

После 3—4 мес пребывания в стационаре 45 больных основной и 18 больных конт-

рольной группы были обследованы повторно с помощью ЛОБИ. В основной группе гармоничный тип отношения к болезни выявлен у 53,3% больных, то есть в 2,5 раза чаще, чем при первичном обследовании ( $P < 0,001$ ). В контрольной группе достоверных различий не установлено.

## ВЫВОДЫ

1. Личностный опросник Бехтеревского института позволяет фтизиатрам, не подготовленным в области психиатрии и медицинской психологии, определить в течение короткого времени тип отношения к болезни у больных туберкулезом.

2. Только у 21,2% больных туберкулезом легких было отмечено адекватное реагирование на болезнь. В остальных случаях констатируются разнообразие типы отношения к болезни, обуславливающие преждевременное прекращение лечения в стационаре.

3. Проведение психотерапевтической коррекции неадекватных типов отношения к болезни позволяет сократить количество преждевременных выписок из стационара и увеличить частоту заживления полостей распада и абацилирования уже при первом поступлении больных в стационар.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев О. С. // Пробл. туб. — 1987. № 2. — С. 30—32.
2. Калинина Т. Я. // В кн.: Интенсификация противотуберкулезных мероприятий в современных эпидемиологических условиях. — Тез. докл. IV съезда фтизиатров Белорусской ССР. — Минск, 1980.
3. Карпова Э. Б. // Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. — Автореф. канд. дисс. — Л., 1985.
4. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. // Психология больного. — М., Медицина, 1980.
5. Улих С. С. // В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. — Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. — Тамбов, 1974.
6. Личко А. Е., Иванов Н. Я. // Невропатол. и психiatr. — 1980. — Т. 80. — С. 1195—1198.
7. Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч. // Туберкулез легких и алкоголизм. — М., Медицина, 1985.
8. Сергеев И. И., Курбесова И. В. // Пробл. туб. — 1970. — № 4. — С. 52—57.
9. Уткин В. В., Дроздов Э. С., Огнев А. Е. и др. // Пробл. туб. — 1981. — № 10. — С. 9—12.
10. Хоменко А. Г. // В кн.: Психотерапия в курортологии. — Киев, Здоров'я, 1966.
11. Чернецкий В. Д. // Диспансерная работа противотуберкулезных учреждений. — Минск, 1981.
12. Чумак Д. И., Терещенко М. В. // В кн.: Основные направления совершенствования профилактики диагностики и лечения заболеваний легких. — Тез. респ. науч. конф. — Киев, 1985.

Поступила 28.03.88.