

# ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МОДЕЛИ КУРЯЩЕГО

КОЛЕСНИК М.А.

Челябинский государственный педагогический университет, медицинский центр профилактики и оздоровления, г. Челябинск, Россия

## АННОТАЦИЯ

Комплексное исследование 150 курящих молодых лиц в возрасте 18-22 лет, при отсутствии изменений функции внешнего дыхания показало, что воздействие физических факторов капсулы «Альфамассаж-33» позволило изменить интенсивность курительного поведения, степень никотиновой зависимости, психоэмоциональное состояние при табакокурении.

**Ключевые слова:** курительное поведение, функция внешнего дыхания, капсула «Альфамассаж-33», сочетанные физические факторы.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность вопросов профилактики и лечения табакокурения (ТК) обусловлена не только значительными общесоматическими последствиями курения, но и возникающими проблемами формирования табачной зависимости [1, 2]. Положительное решение вопроса присоединения России к Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака будет способствовать формированию здорового образа жизни и укреплению здоровья нации. Выбор тактики лечения никотиновой зависимости (НЗ) обусловлен как типом курительного поведения пациента, так и его психологической готовностью к отказу от курения [3]. Применение немедикаментозных лечебно-оздоровительных методов с целью перестройки поведения курильщиков является важным и недостаточно изученным направлением, в связи с этим необходимо оценить эффективность одновременного сочетанного воздействия физических факторов (ФФ) на курительное поведение и изменение уровня мотивации молодых лиц при отказе от курения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на базе медицинского центра профилактики и оздоровления Челябинского государственного педагогического университета. В исследование включены условно здоровые курящие (n=150) и некурящие (n=30) пациенты в возрасте 18-22 лет.

Комплексное обследование включало выявление стажа курения, индекс курения (ИК), степень НЗ по тесту Фагерстрема в баллах, заполнение анкеты Д. Хорна [4] для уточнения типа курительного поведения, мотивации отказа от курения. Исследование функции внешнего дыхания проведено в соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества. При спирометрии основными параметрами являлись: форсированная жизненная емкость легких – FVC, объем форсированного выдоха за первую секунду FEV<sub>1</sub>, расчетное соотношение этих параметров FEV<sub>1</sub>/FVC, все показатели оценивались в процентном отношении к должным величинам, параметры ME<sub>F</sub><sub>25-75</sub> – обозначающие уровень

форсированных экспираторных потоков при различных уровнях FVC. Диагностика нарушений бронхиальной проходимости базируется на этих показателях [5]. Влияние ТК проявляется прежде всего на уровне системы дыхания. При длительном и интенсивном курении высок риск развития бронхообструкции [6, 7], признаки которой объективно выявляются при спирографии.

Согласно анкете Д. Хорна определяли следующие типы курительного поведения:

- «стимуляция». Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием. У курящих с данным типом отмечается высокая степень НЗ;
- «игра с сигаретой». В основном курят в ситуациях общения и «за компанию», курят мало, 2-3 сигареты в день;
- «расслабление». Курят только в комфортных условиях, бросают курить много раз;
- «поддержка». Относятся к курению как средству, снижающему эмоциональное напряжение;
- «жажда». Курят в любой ситуации, вопреки запретам;
- «рефлекс». Курят автоматически, не осознают причин своего курения, курят 35 и более сигарет в сутки.

Анкета Д. Хорна состоит из 18 вопросов (3 блока по 6 вопросов). Ответ на каждый вопрос оценивали по пятибалльной шкале. Сумма баллов 11 и более указывает, что пациент курит именно по этой причине. Сумма баллов от 7-11 указывает, что соответствующий тип курения является компонентом смешанного типа курительного поведения, а сумма менее 7 свидетельствует о том, что данный тип курения для пациента не характерен. Пациенты методом рандомизации распределены на 2 сопоставимые по возрастно-половому составу группы в зависимости от применяемого метода лечения. Пациенты основной группы (n=90) получали процедуры сочетанного одновременного воздействия с помощью автоматизированной установки «Альфамассаж-33», фирмы «Сибаритик» США, с использованием вибрации – 50 Гц на область спины, поясницы, конечностей, термовоздействия (сухая сауна) со средним подогревом – 65°, ароматерапии эфирных масел эвкалипта, пихты и ели, обдув лица ионизирующим воздухом. Процедуры проводили ежедневно, продолжительность 30 минут, курс лечения 6 процедур.

Выбор данной программы основан на том, что механические колебания (вибрация) занимают одно из ведущих мест среди применяемых одновременно сочетанных физических факторов. Нервная система и особенно ее центральные отделы, гипоталамо-надпочечниковая система принимают участие в осуществлении защитно-приспособительных реакций организма при воздействии сочетанных (ФФ) [8]. Ароматические эфирные масла оказывают вли-

яние на тканевое дыхание, что является важным при табачной интоксикации (ТИ).

В последние годы в ряде исследований показана высокая эффективность использования аппаратно-программного комплекса «Альфамассаж-33» в восстановительной медицине при ряде заболеваний [9, 10, 11]. В группе сравнения (n=60) курящие не получали физиотерапевтические процедуры. С пациентами проводились ежедневно психотерапевтические беседы по отказу от курения и методы лечебной физкультуры (ЛФ).

Статистические обработки полученных данных проводились с использованием программы «Statistica 6». Достоверность значений при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ анкет курящих пациентов показал, что у 150 обследуемых ИК был меньше 120, стаж курения не более 5 лет. Степень НЗ, согласно тесту Фагерстррома, составила: слабая НЗ ( $2,3 \pm 0,13$ ) у 28% курящих, умеренная НЗ ( $4,82 \pm 0,12$ ) у 34,6%, высокая НЗ ( $7,35 \pm 0,06$ ),  $p < 0,05$  у 37,4% обследуемых. При обследовании у большинства пациентов отмечались психовегетативные симптомы: тревога, раздражительность, снижение настроения, утомляемость. Опрос пациентов показал, что 36% пациентов в качестве основной причины развития у них привычки курения указывали как «пример окружающих», 52% полагали, что ТК помогает снять стресс, волнение и вызывает «положительные эмоции», 12% курили для «создания имиджа». Тип курительного поведения наблюдался следующий: «жажда» у 21,4% пациентов, «стимуляция» – 16,7%, которая характерна для высокой степени НЗ, «расслабление» – 34,6%, «поддержка» в 18,6% случаев, реже наблюдался тип «игра с сигаретой» – у 8,7% обследуемых. Тип курительного поведения «рефлекс» в наших исследованиях не наблюдался, поскольку характерен для курящих более 35 сигарет в день. При проведении настоящего исследования со всеми курящими проводились психотерапевтические беседы о необходимости бросить курить.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно анкетированию оценки степени мотивации отказа от курения 62% пациентов в той или иной степени имели мотивацию к отказу от ТК, 38% – не желали отказываться от привычки курения, поскольку уже пытались это делать несколько раз, но уменьшить интенсивность курения не возражали. Процесс отказа от курения – сложный и порой волнообразный процесс, с возможными рецидивами и срывами.

После лечения курящих отмечена положительная динамика изменения курительного статуса: уменьшение числа выкуриваемых сигарет в группах «стимуляция», «поддержка», «жажда», изменение НЗ и ИК. После лечения у 58 человек (65%) изменилось курительное поведение, 12 человек (13%) отказались от курения, 20 пациентов (22%) не изменили интенсивность курения. Отмечено достоверное снижение высокой НЗ с  $7,35 \pm 0,10$  балла до  $5,73 \pm 0,12$ ,  $p < 0,05$ . При отказе от курения у 12 пациентов учитывалась возможность развития клиники синдрома отмены, в связи с этим группа наблюдалась в течение двух месяцев, поскольку симптомы отмены ТК наблюдаются через 1-4 недели после отказа от ТК.

Пациенты, отказавшиеся от ТК, перенесли синдром отмены сравнительно легко. В группе сравнения отказа от курения не наблюдалось, только 6 человек (10%) изменили интенсивность курения. Согласно нашим данным исследования, результаты отмечены в табл. 1.

Таблица 1.

Изменение типа курительного поведения по тесту Д. Хорна до и после сочетанного воздействия физических факторов оздоровительной установки «Альфамассаж-33».

Тип курительного поведения		Сравнительная группа (n=60)				Основная группа (n=90)			
		n	%	баллы	НЗ	n	%	баллы	НЗ баллы
«стимуляция»	до	10	16,6	12,3	высокая (7,35±0,06)	15	16,6	12,5	высокая (7,35±0,06)
	после	8	13,2	12,0	высокая (7,35±0,06)	6	6,6	11,2	умеренная (4,82±0,12)
«игра с сигаретой»	до	5	8,4	11,6	слабая (2,3±0,13)	8	8,9	12,6	слабая (2,3±0,13)
	после	5	8,4	11,02	слабая (2,3±0,13)	20	22,3	11,0	слабая (2,3±0,13)
«расслабление»	до	21	35	10,8	слабая (2,3±0,13) + умеренная (4,82±0,12)	31	34,5	10,8	слабая (2,3±0,13) + умеренная (4,82±0,12)
	после	24	40	10,3	слабая (2,3±0,13) + умеренная (4,82±0,12)	42	46,8	10,6	слабая (2,3±0,13) + умеренная (4,82±0,12)
«поддержка»	до	11	18,4	12,4	умеренная (4,82±0,12)	17	18,8	12,1	умеренная (4,82±0,12)
	после	11	18,4	12,1	умеренная (4,82±0,12)	4	4,4	10,8	слабая (2,3±0,13)
«ожидая»	до	13	21	13,3	высокая (7,35±0,06)	19	21,2	13,3	высокая (7,35±0,06)
	после	12	20	12,3	высокая (7,35±0,06)	6	6,6	11,0	умеренная (4,82±0,12)
отказ от курения после лечения	до	-	-	-	-	-	-	-	-
	после	-	-	-	-	12	13,3	-	-

**Примечание:** сумма баллов 11 и более указывает, что пациент курит по этой причине. Сумма баллов от 7-11 – соответствующий тип курения является компонентом смешанного типа курительного поведения,  $p < 0,05$ .

Лечебный процесс в виде курсовых воздействий ФФ завершается долговременной адаптацией человека с формированием структурно-метаболического следа, благодаря которому эффект лечения сохраняется в длительном периоде. Таким образом, уменьшение интенсивности курения как минимум вдвое повышает шансы и мотивацию на полный отказ от курения. Наши исследования согласуются с данными ряда исследователей [12] по поводу отказа от ТК. В процессе лечения значительно улучшилось общее состояние пациентов. Отмечена положительная динамика в уменьшении выраженности симптомов: тревоги, раздражительности, утомляемости, что отразилось в повышении работоспособности и успеваемости студентов. При оценке спирометрических показателей в группе всех курящих (n=150) в сравнении с группой некурящих (n=30) наблюдались незначительные изменения форсированного выдоха за 1 секунду –  $FEV_1$  до  $93,20 \pm 6,09$  (некурящие –  $98,28 \pm 5,04$ ), которые можно расценить как умеренное снижение функции дыхания. При рассмотрении среднего экспираторного потока ( $MEF_{25-75}$ ), особенно  $MEF_{50}$  в сравнении с некурящими, можно отметить легкое снижение потока остаточного воздуха в легких, что предполагает увеличение нагрузки на дыхательную систему.

При определении функции внешнего дыхания отношение  $FEV_1/FVC$  является чувствительным параметром оценки ограничения воздушного потока. Снижение этого показателя менее чем на 70% является признаком ограничения воздушного потока

даже при сохранении FEV<sub>1</sub> более 80% от должной величины. Этот подход является наиболее прагматичным и применяемым в клинической практике, поскольку универсально применяемых абсолютных значений FEV<sub>1</sub> и FVC нет [13]. Учитывая молодой возраст обследуемых, индекс курения менее 120, стаж курения, не превышающий 5 лет, отсутствие статистически достоверных различий показателей функции внешнего дыхания курящих и некурящих, следует оценить полученные данные исследования как отсутствие нарушений бронхиальной проходимости.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, после проведенного лечения установкой «Альфамассаж-33» выявлены следующие индивидуальные особенности курящего: пациенты, желающие бросить курить, пациенты, отвергающие возможность бросить курить и пациенты с уменьшением интенсивности курения и последующей более высокой мотивацией отказа от курения.

Применение комплексных лечебно-оздоровительных программ установки «Альфамассаж-33» способствует изменению курительного поведения, улучшению психоэмоционального состояния и может быть рекомендовано для профилактического лечения при табакокурении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Камардина Т.В. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2004. – №1. – С. 7-13.
2. Vleeming W., Rambali B., Opperhuizen A. The role of nitric oxide in cigarette smoking and nicotine addiction // Nicotine Tob. Res. – 2002. – Vol. № 4, 3. – P. 341-348
3. Левшин В.Ф. Курение и табакизм: Патогенез, диагностика и лечение/В.Ф. Левшин. – М.: Анахарсис, 2005. – 128 с.
4. Horn D. A model for the study of personal choice health behavior // J. Health Educat. - 1976. – Vol. 29, № 2. – P. 89-98.

5. Новиков К.Ю., Сахарова Г.М., Чучалин А.Г. // Пульмонология. - 2002. - № 4. - С. 78-81.
6. Чучалин А.Г. Практическое руководство по табачной зависимости/ А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков. – М. – 2001. – 14 с.
7. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации при хронической obstructивной болезни легких/ А.Г. Чучалин. – М. – 2001. – 40 с.
8. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. – Изд. 3-е перераб. и доп. – СПб.: «ИИЦВМА», 2006. – 336 с.
9. Банк В.Л. Применение технологий полифакторного лечебно-оздоровительного воздействия на стационарном этапе медицинской реабилитации. Автореф. дисс... на соискание уч. степени к.м.н. – М. – 2007. – 23 с.
10. Глазачев О.С., Платоненко В.И. // Первый Международный Конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация- 2004». – М. – 2004. – С. 85-86.
11. Применение комплексных лечебно-профилактических установок типа «Альфа-капсула» в оздоровительных целях: Пособие для врачей//Утв. Секцией Ученого совета МЗ РФ. – М. – 2004. – 23 с.
12. Организация помощи лицам, желающим отказаться от курения/Организационно-методическое письмо / Состав. Р.Г. Оганов, А.М. Калинина, С.А. Шальнова и др. – М. – 2003. – 80 с.
13. Колманова Е.Н. // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2002. – Т. 2, № 5. – С. 14-17.

## РЕЗЮМЕ

В работе у 150 курящих при отсутствии изменений показателей функции внешнего дыхания отмечено позитивное влияние одновременно сочетанных физических факторов на изменение типа курительного поведения, для профилактических мероприятий при табакокурении у молодых лиц.

## ABSTRACT

THE USE OF THE MEDICAL HEALTH PROGRAMMES FOR CHANGING THE BEHAVIOUR MODEL OF THE SMOKING PERSON

M.A. Kolesnik, candidate of medical science, associate professor, Prophylaxis and sanitation medical centre, Chelyabinsk, Russia.

In the research work 150 students have been involved and in the absence of the changes of the parameters of outer breathing functions there have been marked a positive influence of the simultaneously combined physical factors on changing the type of the smoking behaviour with the aim of carrying out prophylactic measures among young people, addicted to smoking tobacco.

# МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И УРОЛИТИАЗА

ВЯЗОВА А.В.,

ООО «НЭТИ Шиппинг Ко» г. Владивосток, Россия, E-mail: info@natie.ru

## АННОТАЦИЯ

Представленный материал, полученный на основании собственных исследований и анализа данных литературы в оценке подходов к восстановительной терапии сочетанной патологии хронического бронхита и уролитиаза, свидетельствует о необходимости в использовании дополнительно к базисному лечению бронхита и уролитиаза препаратов мембранотропного, антиоксидантного, иммуноориентированного действия и нормализующих электролитный обмен.

**Ключевые слова:** сочетанная патология хронического бронхита и уролитиаза, восстановительная терапия.

Из экстрапульмональных проявлений хронического бронхита наиболее изученными в настоящее время являются метаболические и мышечно-скелетные нарушения: дисфункция скелетных мышц, снижение массы тела, остеопороз и др. [11, 23]. Внимание интернистов к проблеме внелегочных эффек-

тов будет способствовать лучшему пониманию системных проявлений заболевания и позволит разработывать целевые программы лечения больных данной категории.

Хронический бронхит сопровождается гипоксией, воспалительной и гнойной интоксикацией, метаболическими нарушениями, что создает для почек условия естественной «нагрузочной» пробы. Возникающие нарушения не могут оставить почку функционально интактной и должны приводить к компенсаторным изменениям отдельных почечных функций [9, 22]. Однако отсутствие клинических симптомов характерно для большинства «терапевтических» нефропатий. Те симптомы, с которыми больной обращается к врачу, обычно не несут точной диагностической информации. В этой специфике нефропатий и кроется очень сложная их дифференциальная диагностика [21]. Поражение почек развивается при целом ряде других заболеваний различной природы, например, хроническом вирусном и аутоиммун-