

ТАБАКОКУРЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Лазебник Л.Б., Фирсова Л.Д., Сафонова О.В., Котельникова А.В.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ, Москва

Фирсова Людмила Дмитриевна

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

Тел. 8 (495) 303-17-71

E-mail: gastroenter@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей табакокурения у пожилых больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения.

Результаты основываются на анализе анкет 762 больных, проходивших курс стационарного лечения в ЦНИИ гастроэнтерологии.

В статье представлены данные о частоте и интенсивности табакокурения у больных с заболеваниями органов пищеварения в возрастном и гендерном аспектах.

Для повышения эффективности лечения табачной зависимости у пожилых больных предлагается стратегия лечения, ориентированная на начальных этапах на снижение ежедневной дозы никотина, а не на одномоментный и полный отказ от курения табака

Ключевые слова: табакокурение; пожилой возраст; старение; психотерапия; МДМ-терапия.

SUMMARY

The purpose of this study was to examine the features of smoking in elderly patients with chronic diseases of the digestive system.

Results are based on an analysis of 762 questionnaires of patients were receiving hospital treatment in the Central Research Institute of Gastroenterology.

The article presents data on the frequency and intensity of smoking in patients with digestive diseases in the age and gender.

To increase the effectiveness of tobacco dependence treatment in elderly patients suggested treatment strategy targeting the early stages to reduce the daily dose of nicotine, rather than a one-time and full cessation of smoking tobacco.

Keywords: smoking; elderly; aging; psychotherapy; MDM therapy.

Разрушительное воздействие табака на организм в целом, по данным доказательной медицины, является одной из причин возникновения и развития недееспособности, отягощенного течения острых и хронических заболеваний, ухудшения качества жизни и преждевременной смертности современного населения. Больные пожилого возраста представляют в этом отношении группу повышенного риска, поскольку основной особенностью так называемой «поздней зрелости», периода старше 60 лет [1], является старение — генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся многочисленными физиологическими и психологическими изменениями [2]. Ввиду общего износа организма и снижения компенсаторных возможностей по поддержанию гомеостаза в этот период жизни учащаются соматические заболевания,

взаимное влияние многочисленных болезней значительно изменяет клиническую картину, характер и тяжесть осложнений. Кроме того, усиливается ригидность психических процессов, происходит неконтролируемое повышение аффективных реакций, как следствие увеличивается общий уровень напряжения. Деструктивность многих привычных способов отреагирования стрессогенных переживаний, к числу которых относится и табакокурение, к этому моменту в большинстве случаев уже осознается больным, однако формирование новых типов поведения затрудняется как личностными особенностями, так и высокой степенью физиологической зависимости от табака. Расширение представлений о механизмах табачной зависимости в пожилом возрасте позволит грамотно организовать направленную медико-психологическую

помощь и оптимизировать процесс реабилитации табакозависимых больных в условиях соматического стационара.

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей табакокурения у пожилых больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с февраля по апрель 2006 г. в стационаре ЦНИИ гастроэнтерологии Москвы проводились скрининговые исследования с последующим статистическим анализом особенностей табакокурения среди гастроэнтерологических больных. Специально разработанной анкетой было опрошено 762 больных (281 мужчина и 481 женщина), средний возраст $40,4 \pm 13,1$ года. Было выявлено, что частота встречаемости табакокурения среди гастроэнтерологических больных составила 26,8% [3]. Группа пожилых в описанной выборке составила 78 больных (10,2%), 55 мужчин и 23 женщины. Средний возраст составил $66,0 \pm 4,5$ года.

Психотерапевтическое лечение табачной зависимости проводилось в лаборатории клинической психологии методами индивидуальной и групповой психотерапии (краткосрочная личностно ориентированная психотерапия, поведенческая психотерапия с разработкой стратегии поведения с целью полного исключения курения табака, аутогенная тренировка, обучающая методам релаксации и контроля над внутренним состоянием).

При отсутствии противопоказаний методы психотерапевтической коррекции сочетались с назначением физиотерапевтических процедур. Физиотерапевтическое лечение проводилось в отделении физиотерапии (зав. отделением к. м. н. И. В. Ксенофонтова) и включало в себя МДМ-терапию аппаратом МДМ-101, работающим на высокочастотных импульсах токов низкой частоты (в узком диапазоне частот 60–90 ГЦ, длительностью 4 мс, амплитудой 1–5). Продолжительность процедуры составляла 30 минут, курс лечения — 10 процедур. МДМ-терапия представляет собой метод электрического воздействия на мозг, при котором достигается избирательная активация главных регуляторных систем (гипоталамо-гипофизарной, надпочечниковой, опиоидной и др.), стимулирующая интенсивное выделение мозгом эндорфинов. Противопоказаниями к применению методов МДМ-терапии являются заболевания глаз, травмы и опухоли головы, поражения ЦНС, эпилепсия, гипертоническая болезнь III степени, наличие вживленных кардиостимуляторов.

Всего пролечено 102 больных: 44 — психотерапевтическими методами, 58 — психотерапия в сочетании с физиотерапией. Группа пожилых больных (60–75 лет) составила 10,8% от общей выборки — 11 больных (8 мужчин и 3 женщины).

Оценка интенсивности табакокурения производилась на основании составленной для реализации

исследовательских задач «Анкеты курительного анамнеза» с учетом следующих критериев:

- эпизодическое курение (не каждый день, обычно среди других курящих людей; физическая зависимость отсутствует);
- регулярное привычное курение (каждый день, но не более 10 сигарет; присутствует слабая физическая зависимость);
- регулярное зависимое курение (ежедневное, регулярное, в том числе натошак; часто автоматическое — не более 20 сигарет; явная физическая зависимость);
- пристрастное курение (курение регулярное, в том числе натошак и ночью, «автоматическое курение» — от 20 до 80 сигарет; выраженная физическая зависимость) [4].

Для исследования личностных особенностей использовался сокращенный многофакторный опросник исследования личности СМОЛ (сокращенный вариант ММРІ в адаптации В. П. Зайцева). Методика позволяет оценить уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению. Каждая из основных шкал связана с определенным свойством личности: ипохондрией, склонностью к депрессивным реакциям, эмоциональной лабильностью, асоциальностью в поведении, паранойальностью, психастенией, шизоидностью, гипоманией [5].

Степень мотивации к отказу от табакокурения измерялась числовым показателем, полученным на основании данных анкетирования больных.

Эффективность проведенного лечения оценивалась итоговым причислением больного к одной из групп: «отказались от курения табака», «снизили количество выкуриваемых сигарет», «продолжили курение в полном объеме»; при статистическом анализе эффективность лечения рассматривалась как метрическая переменная.

Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи программного пакета *Statistica 6.0* и включала проверку распределения на нормальность (статистика Колмогорова — Смирнова), анализ значимости различий (использовался критерий Манна — Уитни), корреляционный анализ по Спирмену, анализ частот с использованием статистики Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При статистическом анализе частоты встречаемости табакокурения в различных возрастных группах путем сравнения распределения эмпирических данных с кривой нормального распределения с использованием статистики Колмогорова — Смирнова выявлено, что в целом распределение переменной «возраст» на обследованной выборке курящих



гастроэнтерологических больных ($n = 204$) значительно отличается от нормального ($d = 0,08$, $p < 0,05$). Применение статистики Фишера для анализа частоты встречаемости подтверждает, что распространенность табакокурения среди пожилых больных значительно ($p = 0,02$) ниже, чем в основной возрастной группе (рис. 1).

Мы полагаем, что подобное распределение частоты встречаемости табакокурения следует соотносить с различными мотивационными тенденциями, характеризующими побудительные причины обращения к курению табака в различные жизненные периоды. В молодом возрасте (до 30 лет) это, как правило, поиск социальной поддержки и признания (стремление «быть взрослым», «быть, как все», «поддержать компанию»). Кризис середины жизни (начиная, по разным данным, с возрастного рубежа 39–42 года), характеризующийся высоким уровнем стрессогенных переживаний, сопряжен с поиском различных средств и методов совладания с жизненными трудностями, в том числе и таким, как табакокурение. В дальнейшем (в возрастном диапазоне от 60 лет) наступает, по всей видимости, осознание серьезного вреда здоровью, который причиняет табачная зависимость, и, как следствие, в популяции гастроэнтерологических больных резко снижается количество курильщиков.

Высказанное предположение о том, что физическое недомогание является одним из основных источников стрессогенных переживаний в пожилом возрасте, нашло в нашем исследовании также и статистическое подтверждение: корреляционным анализом по Спирмену выявлено значимое возрастание с возрастом веса соматического радикала в структуре психического дистресса — субшкалы невротической триады опросника СМОЛ (ипохондрия, депрессия, шкала эмоциональной лабильности) на статистически значимом уровне положительно связаны с переменной «возраст» ($p \leq 0,05$), то есть тревожная настроенность пациентов в отношении собственного здоровья с возрастом имеет тенденцию нарастать, а оптимистические ожидания от будущего (шкала гипомании) — снижаться (см. табл.).

С точки зрения гендерных особенностей группа курящих пожилых ничем не отличается ни от прочих возрастных диапазонов ($p = 0,14$), ни от общей

популяции курильщиков [6; 7]: соотношение процентных долей мужчин и женщин в обследованной выборке определяется как 70% к 30%, то есть мужчины в принципе курят чаще, чем женщины, независимо от возраста и специфики выборки. Графическая иллюстрация описанного результата представлена на рис. 2.

Интенсивность табакокурения в пожилом возрасте значительно усиливается: корреляционным анализом по Спирмену выявлена положительная взаимосвязь между интенсивностью табакокурения и возрастом гастроэнтерологических больных ($r = 0,69$, $p < 0,001$). Среднее количество выкуриваемых сигарет составило в молодом возрасте $10,2 \pm 7,6$, у пожилых больных — $20,3 \pm 11,8$. Диаграмма рассеяния, графически иллюстрирующая описанный результат, представлена на рис. 3.

Полученные данные полностью соответствуют современным представлениям о физиологических механизмах формирования табачной зависимости: продолжительность табакокурения соотносится с прогрессирующим развитием толерантности к табаку и соответственно необходимостью увеличения дозы. Таким образом, при разработке стратегии лечения для пожилого больного необходимо уделить особое внимание его медикаментозной поддержке ввиду сильной выраженности симптомов абстиненции: в нестандартизированном самоотчете («Дневник пациента: учусь жить по-новому») отказывающиеся от табакокурения больные регистрировали такие симптомы, как сильное желание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, бессонница, тремор (дрожь), потливость, усиление аппетита, увеличение веса, усиление кашля и др. Наиболее эффективная тактика лечения, на наш взгляд, будет состоять в ориентации больного не на одномоментный отказ от табакокурения, а на прогрессирующее сокращение суточной дозы.

При анализе эффективности лечения табачной зависимости было выделено особое положение группы пожилых больных. Анализ различий с использованием критерия Манна — Уитни зафиксировал на статистически значимом уровне ($U = 335,0$,

ЗНАЧЕНИЯ КОЭФИЦИЕНТА КОРРЕЛЯЦИИ СПИРМЕНА, ОТРАЖАЮЩИЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБШКАЛ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ МЕТОДИКИ СМОЛ И ПЕРЕМЕННОЙ «ВОЗРАСТ» У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ($N = 762$)

Субшкалы опросника СМОЛ	r	p
Ипохондрия	0,28	0,02*
Депрессия	0,28	0,02*
шкала эмоциональной лабильности	0,37	0,002**
Гипомания	-0,23	0,04*

Примечание: * — достоверность на уровне $p \leq 0,05$; ** — достоверность на уровне $p \leq 0,01$.

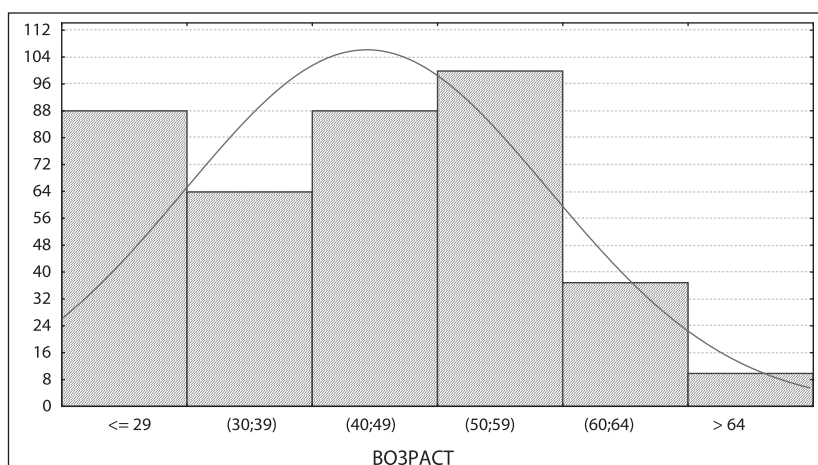


Рис. 1. Гистограмма распределения частоты встречаемости табакокурения в различных возрастных группах гастроэнтерологических больных (n=204)

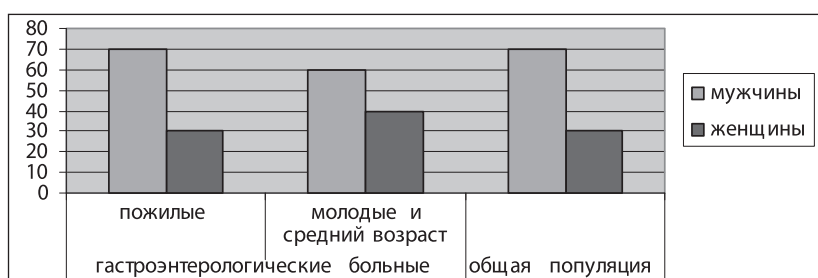


Рис. 2. Частота встречаемости табакокурения среди мужчин и женщин (%)

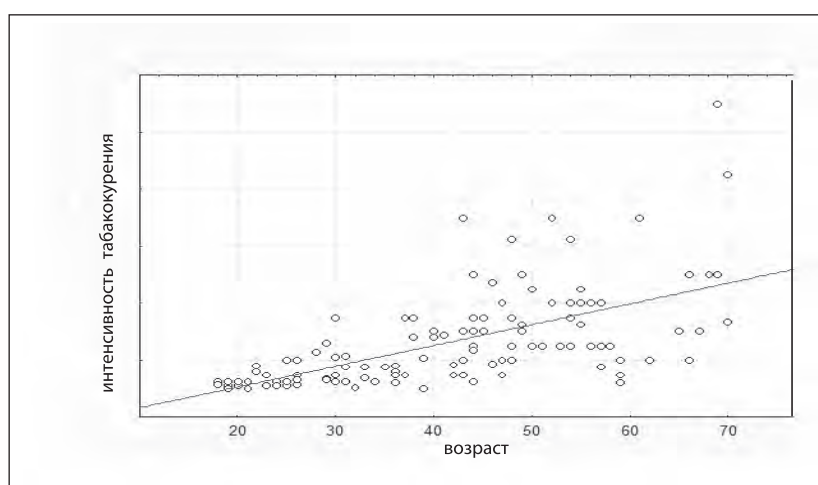


Рис. 3. Зависимость интенсивности табакокурения от возраста (n=204)

$p = 0,05$) более низкую эффективность лечения табачной зависимости у пожилых больных по сравнению с основной частью выборки: только 1 больной из 11 (9%) в результате проведенного лечения смог полностью отказаться от курения табака (соответствующий показатель в основном возрастном диапазоне составил 37,3%). При этом необходимо отметить, что интенсивность курения у бросившего курить больного была существенно ниже, чем в среднем у всей группы пожилых (5 сигарет в день по сравнению с 20). Кроме того, любопытными представляются полученные данные, касающиеся первичной

мотивации к излечению табачной зависимости: корреляционным анализом в группе пожилых обнаружена значимая отрицательная взаимосвязь переменной «возраст» и уровня мотивации к отказу от табакокурения ($r = -0,61$, $p = 0,05$), у остальных в группе описанная взаимосвязь значимой не является ($p = 0,09$), то есть чем старше больные в этой группе, тем сложнее врачу ориентировать их на полный отказ от курения. Это обстоятельство может быть связано как со свойственным пожилому возрасту ригидностью установок, так и с предыдущим неудачным опытом отказа от курения табака.

ВЫВОДЫ

1. Частота табакокурения у пожилых гастроэнтерологических больных является минимальной по сравнению с остальными возрастными группами.
2. Интенсивность табакокурения (количество сигарет в сутки) у пожилых больных характери-

зуется как значимо более высокая, чем в других возрастных группах.

3. Стратегия лечения табачной зависимости у пожилых больных на первых этапах должна быть направлена на снижение ежедневной дозы никотина, а не на одномоментный и полный отказ от курения табака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Реан А. А. Психология среднего возраста, старения, смерти. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.
2. Малкина-Пых И. Г. Кризисы пожилого возраста. — М.: Эксмо, 2005.
3. Лазебник Л. Б., Фирсова Л. Д., Михайлова З. Ф. и др. Табакокурение и заболевания кишечника // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 3. — С. 23–26.
4. Левшин В. Ф. Курение и табакизм: Патогенез диагностика и лечение. — М.: Анахарсис, 2005.
5. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психолог. журн. — 1981. — № 3. — С. 118–123.
6. Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Социопсихобиогенез табачного синдрома плода // III междисциплинарный российский конгресс «Человек и алкоголь (алкогольные болезни)» 23–24 апреля 2009. — С. 69.
7. Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М. Здоровье или табак? Цифры и факты, 2007.