

Вопросы пульмонологии

Ж.В. Антонович, Т.И. Каленчиц, Е.А. Коренева, Е.С. Спиридонов

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И КОНТРОЛЬ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Белорусский государственный медицинский университет

Эмоционально-волевые расстройства нередко существенно затрудняют проведение реабилитационных мероприятий, возможности социальной адаптации пациентов. Оценка этих нарушений важна как для их раннего выявления и правильного выбора методов терапии, так и для определения эффективности реабилитации пациента. Психоземotionalные факторы являются одним из компонентов патогенетического комплекса, определяющего развитие и течение бронхиальной астмы (БА), и вносят значительный вклад в возникновение, развитие, течение БА, а также играют роль в приверженности пациентов к лечению [1, 2]. Многочисленные данные свидетельствуют о тесной заинтересованности ЦНС в реализации бронхиальной обструкции. Восприятие степени бронхиальной обструкции и необходимости приема бронходилататора пациентами с высокими показателями тревоги, как правило, гипертрофировано, что приводит к значительно большему количеству потребляемых медикаментов, большему количеству дней нетрудоспособности и сниженной активности [3]. Эмоциональные нарушения, маскируя респираторные симптомы, могут затруднять диагностику или, наоборот, принимаются врачами за истинные приступы удушья или признаки передозировки β_2 -агонистов, приводя к полипрагматии [4].

Цель исследования: выявить особенности клинического течения БА у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами.

Материал и методы. В исследование включены 23 пациента с БА (26% (6) мужчин и 74% (17) женщин). Средний возраст пациентов составил 51 ± 3 года. В группу контроля вошли 18 практически здоровых лиц, сопоставимых с группой пациентов с БА по полу и возрасту. Уровень контроля БА оценивали по критериям GINA [2] и Тесту по контролю над астмой [5]. Для выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии пациентам проводилось психологическое тестирование с использованием опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» [6]. Статистическую обработку данных выполняли с применением пакета прикладных программ Statistica 8,0 (StatSoft, Inc., США). Применялись критерии Шапиро-Уилка, Стьюдента, Манна-Уитни, Спирмена, Фишера, χ^2 Пирсона.

Результаты. У 65% (15) пациентов с БА были выявлены эмоционально-волевые расстройства. Тревожные расстройства (ТР) имели место у

52% (12) пациентов, депрессивные расстройства (ДР) – у 35% (8) пациентов, сочетание ТР и ДР наблюдалось у 22% (5) пациентов. Клинически выраженная тревога выявлена у 26% (6) пациентов, клинически выраженная депрессия – у 13% (3) пациентов. Выраженность тревоги (медиана и интерквартильный размах) у пациентов с БА составила 8 баллов (от 4 до 11), выраженность депрессии – 6 баллов (от 4 до 9). В группе контроля показатели выраженности тревоги и депрессии были статистически значимо ниже, чем в группах исследования ($p < 0,01$) и составили 3 балла (от 2 до 5 баллов).

Пациенты с БА были разделены на две группы: 1) с неконтролируемой БА ($n=12$); 2) с контролируемой БА (полный и частичный контроль) ($n=11$). Между группами отсутствовали статистически значимые различия по полу, возрасту, форме БА, длительности заболевания, приему базисной терапии, доле курящих лиц, семейному положению и наличию инвалидности ($p > 0,05$).

Статистически значимые различия между группами пациентов с неконтролируемой и контролируемой БА были получены по результатам Теста по контролю над астмой (11 (8–13,5) баллов и 20 (19–21) баллов, $p < 0,01$) и выраженности депрессии (8,5 (5–11) баллов и 4 (3–7) балла, $p < 0,05$), тогда как по выраженности тревоги различия не были статистически значимыми (9 (4,5–12) баллов и 5 (3–9) баллов, $p > 0,05$).

Доля лиц с ТР в группе пациентов с неконтролируемой БА составила 67% (8 пациентов), а в группе пациентов с контролируемой БА – 36% (4 пациента) ($p > 0,05$). Доля лиц с ДР в группе пациентов с неконтролируемой БА была в 6,4 раза выше, чем в группе пациентов с контролируемой БА и составила 58% (7 пациентов), а в группе с контролируемой БА – 9% (1 пациент) ($p < 0,05$), сочетание ТР и ДР выявлено у 42% (5) пациентов в группе с неконтролируемой БА и не наблюдалось в группе с контролируемой БА ($p < 0,05$). Повышение выраженности депрессии было сопряжено с ухудшением контроля над БА ($r = -0,51$; $p < 0,05$; $n = 23$), увеличением ограничения повседневной активности ($r = 0,51$; $p < 0,05$; $n = 23$) и снижением самооценки контроля БА пациентом ($r = -0,53$; $p < 0,01$; $n = 23$), а наличие сочетания ТР и ДР сопровождалось ухудшением контроля над БА ($r = -0,50$; $p < 0,05$; $n = 23$), увеличением ограничения повседневной активности ($r = 0,58$; $p < 0,01$; $n = 23$), повышением частоты использования короткодействующих β_2 -агонистов ($r = 0,49$; $p < 0,05$; $n = 23$) и снижением самооценки контроля БА пациентом ($r = -0,57$; $p < 0,01$; $n = 23$).

В группе пациентов с БА выявлены средней силы прямые корреляционные связи между выраженностью тревоги и курением табака ($r = 0,51$; $p < 0,05$; $n = 23$). Выраженность тревоги была выше в 2,2 раза в группе курящих пациентов с БА по сравнению с некурящими (11 (8–13) баллов; 5 (3–9) баллов; $p < 0,05$).

Выводы:

1. У пациентов с БА установлена высокая частота встречаемости эмоционально-волевых расстройств (65%) и их выраженность (у 39% па-

циентов), а также высокая частота сочетания тревожных и депрессивных расстройств (22%).

2. В группе пациентов с неконтролируемым течением БА по сравнению с группой пациентов с контролируемым течением БА в 6,4 раза выше доля лиц с ДР ($p<0,05$), выраженность депрессии выше в 2,1 раза ($p<0,05$), а также выше доля пациентов, имеющих сочетание тревожных и депрессивных расстройств ($p<0,05$).

3. Повышение выраженности депрессии и наличие сочетания тревожных и депрессивных расстройств сопровождаются ухудшением контроля над БА, увеличением ограничения повседневной активности пациента, повышением частоты использования короткодействующих β_2 -агонистов и снижением самооценки контроля БА пациентом.

4. С целью улучшения контроля над БА целесообразно проведение анкетирования пациентов для выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии с последующим привлечением к сотрудничеству психотерапевтов и психиатров для коррекции выявленных нарушений.

Литература

1. Психосоматические корреляции при бронхиальной астме / Ф.Б. Березин [и др.] // Журнал невропатологии, психиатрии. – 1997. – № 97 (4). – С. 35-38.

2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA) / под ред. Чучалина А. Г. – Пересмотр 2006. – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.

3. Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder / J.M. Feldman [et al.] // J. Asthma. – 2005. – Vol.42, №3. – P.179-184.

4. Can, R.E. Panic disorder and asthma: causes, effects and research implications / R.E. Can // J. Psychosom. Res. – 1998. – Vol.44, №1. – P.43-52.

5. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control / R.A. Nathan [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2004. – Vol.113, №1. – P.59-65.

6. Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psy-chiatr. Scand. – 1983. – Vol.67. – P.361-370.

Ж.В. Антонович¹, В.П. Царев¹, Т.С. Олейник², М.И. Журович² ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

¹ *Белорусский государственный медицинский университет*

² *Городская клиническая больница г. Минска*

Хроническое воспаление дыхательных путей, протекающее с рецидивирующими обострениями, является неизменной чертой бронхиальной астмы (БА), несмотря на разнообразие клинических проявлений и клеток,