

Ю.Е. Разводовский,
Гродненский государственный медицинский университет

Психосоциальный дистресс как фактор риска смертности от бронхиальной астмы

Несмотря на то что бронхиальная астма (БА) является важной проблемой общественного здравоохранения и бремя связанных с нею проблем растет во многих странах мира [3], до настоящего времени нет четкого представления относительно этиологии этого заболевания. Считающиеся традиционными факторы риска – такие как загрязнение воздуха, пищевые аллергии, табакокурение – не могут удовлетворительно объяснить географические вариации уровня заболеваемости и смертности от БА [3, 13].

В последнее время накопилось много данных в пользу психосоматической концепции данного заболевания [7, 9]. Экспериментальные и эмпирические данные указывают на тесную связь между психосоциальным дистрессом и появлением симптомов астмы у здоровых людей [7], а также обострением симптомов и ухудшением прогноза у лиц, страдающих этим заболеванием [4]. Так, например, была показана связь между заболеваемостью астмой и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), которая оставалась достоверной даже после учета таких потенциальных факторов риска, как табакокурение и избыточный вес [11]. Эмпирические данные, основанные на клинических наблюдениях, говорят о том, что обострению астмы часто предшествует сильный стресс, вызванный негативными жизненными событиями [13]. Было также показано, что стрессогенный опыт (выполнение сложных арифметических упражнений, просмотр волнующих кинофильмов) провоцирует приступы у пациентов-астматиков [9]. Относительно недавно в литературе появились сообщения об эффективности психотерапии в лечении пациентов-астматиков [7].

Гипотетические механизмы, лежащие в основе взаимосвязи между стрессом и БА, включают нарушения нейроэндокринных и иммунных процессов [13]. Кроме того, стресс может повышать риск БА посредством провоцирования таких факторов риска, как курение и злоупотребление алкоголем [11].

Следует отметить, что сама идея относительно важной роли психосоциальных факторов в этиологии БА не нова. Еще в XIX веке В. Ослер указывал на психогенное происхождение этого заболевания [9]. В первой половине XX века психосоматическая концепция этиологии БА получила новый импульс благодаря идее З. Фрейда о том, что симптомы болезни являются символическим выражением неосознанных конфликтов и подавленных желаний [1]. Однако в последующем преобладающей стала биологическая парадигма этиопатогенеза БА [13].

В литературе отсутствуют данные относительно взаимосвязи между психосоциальным дистрессом и смертностью от БА на популяционном уровне. В исследованиях такого рода возникает методологическая проблема, которая заключается в отсутствии надежных индикаторов психосоциального дистресса. Одним из косвенных индикаторов уровня психосоциального дистресса может являться уровень самоубийств.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Половые коэффициенты смертности от астмы и самоубийств (в расчете на 1 млн населения) взяты из отчетов Госкомстата России. Статистическая обработка данных проводится с помощью программного пакета «STATISTICA» в модуле «Анализ временных рядов». В настоящей работе для удаления тренда из временного ряда был применен метод простых разностных операторов [5].

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ графических данных, представленных на рис. 1-2, свидетельствует о том, что тренды уровня смертности от БА и уровня суицидов

В настоящей работе предпринята попытка оценить влияние психосоциального дистресса на уровень смертности от БА посредством сравнительного анализа динамики уровня смертности от астмы и уровня самоубийств в России в период с 1975 по 2005 г.

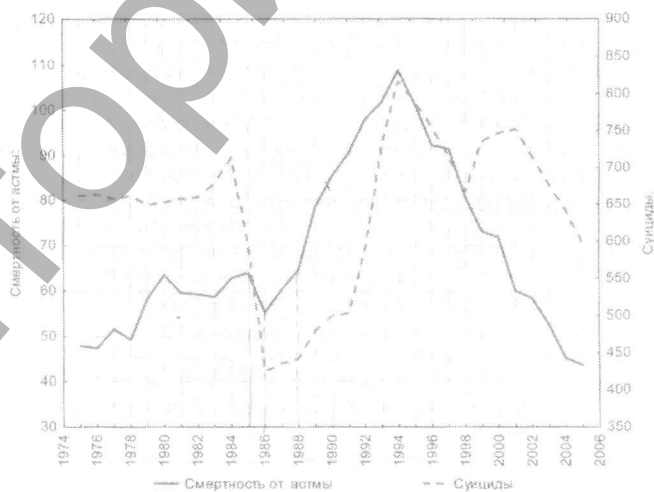


Рисунок 1
Динамика уровня смертности от БА, а также динамика уровня суицидов среди мужчин в России период с 1975 по 2005 г.

достаточно схожи для обоих полов. Динамика изучаемых показателей в рассматриваемый период характеризовалась значительными колебаниями. Уровень суицидов резко снизился в середине 80-х гг., а затем резко вырос во второй половине 90-х гг. прошлого века. Уровень смертности от БА несколько снизился в середине 80-х гг., после чего стал резко расти, достигнув максимума в 1994 г., а затем начал снижаться.

Несмотря на схожесть трендов уровня смертности от астмы среди мужчин и женщин, имеют место существенные различия, заключающиеся в более быстрых темпах прироста уровня смертности среди женщин во второй половине 80-х, первой половине 90-х гг. Так, в период с 1986 по 1994 г. уровень смертности от БА среди мужчин вырос на 97,3% (с 55,2 до 108,6 на 1 млн населения), в то время как уровень смертности среди женщин вырос на 61,1% (с 35,0 до 56,4 на 1 млн населения). Темпы прироста уровня суицидов среди мужчин в первой половине 90-х гг. также были значительно выше. В период с 1991 по 1994 г. уровень суицидов вырос на 62,2% (с 503,4 до 816,6 на 1 млн населения) среди мужчин и на 24,5% (с 108,4 до 135,0 на 1 млн населения) среди женщин. Вследствие опережающих темпов прироста уровень суицидов среди мужчин в 1994 г. существенно превысил уровень начала 80-х гг., в то время как среди женщин этот показатель не достиг базового уровня.

Поскольку изучаемые ряды имеют временной тренд, для его устранения была применена процедура дифференцирования. После приведения рядов к стационарному виду оценивалась степень взаимосвязи между ними. Согласно результатам кросс-корреляционного анализа, уровень суицидов (независимая переменная) коррелирует с уровнем смертности от БА (зависимая переменная) на нулевом лаге как среди

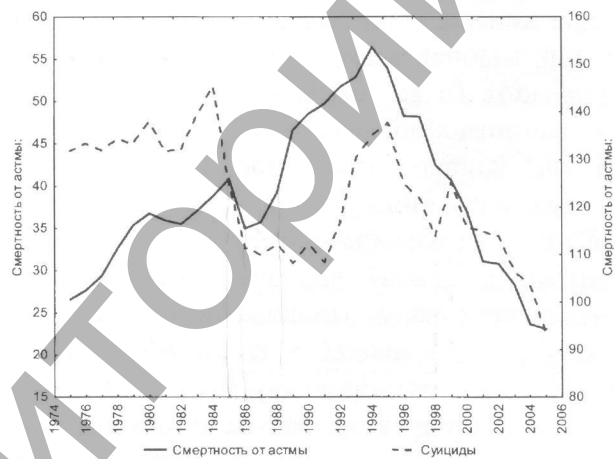


Рисунок 2
Динамика уровня смертности от БА, а также динамика уровня суицидов среди женщин в России в период с 1975 по 2005 г.

мужчин ($r=0,49$; $S.E.=0,18$), так и среди женщин ($r=0,37$; $S.E.=0,18$). Таким образом, согласно результатам анализа временных серий, уровень смертности от БА ассоциируется с уровнем суицидов, причем для мужчин эта связь более выражена.

Анализировать динамику уровня смертности необходимо с учетом конкретного социально-экономического контекста. В настоящее время считается общепризнанным, что резкое снижение уровня суицидов в России в середине 1980-х гг. явилось следствием мероприятий по ограничению доступности алкоголя, которые проводились в рамках антиалкогольной кампании 1985-1988 гг. [2]. Вполне возможно, что некоторое снижение уровня смертности от БА в этот период также было обусловлено снижением уровня потребления алкоголя. Несмотря на то что связь между алкоголем и астмой не так очевидна, как связь между алкоголем и суицидом, в литературе имеется сообщение, что у 51,4% пациентов астматиков прием алкоголя провоцирует приступ удушья [6].

Совершенно очевидно, что резкий рост уровня суицидов, а также уровня смертности от БА в первой половине 1990-х гг. был спровоцирован социально-экономическим кризисом, который, в свою очередь, был вызван распадом Советского Союза и началом рыночных реформ. Резкое снижение уровня жизни большей части населения в этот период ассоциировалось с ростом социальной напряженности, а также ростом уровня различных социальных девиаций, таких как суициды, убийства, злоупотребление алкоголем [2]. Известно, что социальная экономическая депривация является фактором риска смертности от астмы. Так, в исследовании, проведенном в Новой Зеландии, было показано, что уровень смертности от астмы среди лиц с низким социальным экономическим статусом в 2,3 раза выше, чем среди лиц с высоким статусом [8]. В США уровень смертности от астмы значительно выше в районах, где проживают малообеспеченные американцы и американцы испанского происхождения [10]. С помощью исследования, выполненного согласно дизайну «случай-контроль», было показано, что пациенты умершие от астмы, имели высокий уровень психосоциальных проблем, таких как безработица, депрессия, злоупотребление алкоголем [11]. В другой работе было продемонстрировано, что неблагоприятные психосоциальные факторы способствовали преждевременной смерти 71 пациентов-астматиков [12]. Наиболее значимыми среди этих факторов были социальная изоляция, семейные и правовые проблемы, злоупотребление алкоголем.

Не умаляя роли социально-экономической депривации в кризисе смертности от БА в России в первой половине 1990-х гг., необходимо заметить, что резкий рост уровня потребления алкоголя, спровоцированный отменой алкогольной монополии в 1991 г., мог быть дополнительным фактором, усугубившим этот кризис [2]. Тот факт, что в первой половине 1990-х гг. темпы прироста уровня смертности от БА и уровня суицидов среди мужчин значительно превышали темпы прироста аналогичных показателей среди женщин, можно трактовать как в пользу ключевой роли фактора психосоциального дистресса, так и в пользу алкогольного фактора, поскольку, с одной стороны, мужчины более уязвимы в условиях психосоциального дистресса [9], а с другой – они являются основными потребителями алкоголя [2].

Таким образом, существование связи между суицидами и смертностью от БА на популяционном уровне позволяет сделать вывод, что психосоциальный дистресс является важным фактором кризиса смертности от БА в первой половине 90-х гг. прошлого века в России. Экстраполируя полученные данные, можно говорить о том, что психосоциальный дистресс является важным фактором риска БА на индивидуальном уровне.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Фрейд З. Психология бессознательного. Москва. Просвещение, 1989.
2. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. Москва. NALEX, 2003.
3. Anderson H.R. Prevalence of asthma. // *British Medical Journal*. – 2005. – Vol. 330. – P. 1037-1038.
4. Bender B.G. Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. // *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. – 2006. – Vol. 173. – P. 953-957.
5. Box G.E.P., Jenkins G.M. *Time Series Analysis: forecasting and control*. London. Holden-Day Inc. 1976
6. Fujimura M., Myou S. Alcohol-induced asthma. // *International Medicine*. – 2001. – Vol. 40. – N 7. – P. 557-559.
7. Harrison B.D.W. Psychosocial aspects of asthma in adults. // *Thorax*. – 1998. – Vol. 53. – P. 519-525.
8. Jackson G.P. Asthma mortality by neighbourhood of domicile. // *NZ Medical Journal*. – 1988. – Vol. 101. – P. 593-595.
9. Klinnert M.D. Evaluating the effects of stress on asthma: a paradoxical challenge. // *European Respiratory Journal*. – 2003. – Vol. 22. – P. 574-575.
10. Marder D., Targonski P., Orris P., et al. Effect of racial and socioeconomic factors on asthma mortality in Chicago. // *Chest*. – 1992. – Vol. 101 (Suppl). – P. 426-429.
11. Sturdy P.M., Victor C.R., Anderson H.R. et al. Psychological, social and health behaviour risk factors for deaths certified as asthma: a national case-control study. // *Thorax*. – 2002. – Vol. 2002. – P. 1034-1039.
12. Wareham N.J., Harrison B.D.W., Jenkins P.J., et al. A district confidential enquiry into deaths due to asthma. // *Thorax*. – 1993. – Vol. 48. – P. 1117-120.
13. Wright R.J., Rodrigues M., Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. // *Thorax*. – 1998. – Vol. 53. – P. 1066-1074.