

## ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И КОНТРОЛЬ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ж.В. Антонович, Т.И. Каленчиц, Е.А. Коренева, Е.С. Спиридонов  
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. Психоэмоциональные 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  $\beta$ 2-агонистов, приводя к полипрагмазии [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  $51 \pm 3$  год. 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,  $\chi^2$  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  $\beta_2$ -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) балла; 5 (3-9) балла;  $p<0,05$ ).

#### Выводы:

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

Напечатано: «Актуальные вопросы внутренних болезней». Материалы 12-го съезда терапевтов РБ. Гродно, 17-18 мая 2012. Стр.45-46