

Ю.В. Квасникова, И.Г. Меньшикова, И.В. Склад

ДИАГНОСТИКА АЛЕКСИТИМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

*Амурская государственная медицинская академия, 675000, ул. Горького, 95, тел. 8-(4116)-52-68-28,
e-mail: agma@amur.ru, г. Благовещенск*

Резюме

Представлен новый способ диагностики алекситимии у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС). Сущность способа заключается в определении длительности заболевания с момента установления диагноза ХОБЛ, анамнеза курения, парциального давления кислорода артериализованной крови, объема форсированного выдоха за секунду, конечно-диастолического объема правого желудочка и решение регрессионного уравнения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, хроническое легочное сердце, алекситимия.

Yu.V. Kvasnikova, I.G. Menshikova, I.V. Sklar

DIAGNOSTICS OF ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMPLICATED WITH CHRONIC PULMONARY HEART

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

Summary

The article presents a new method for diagnostics of alexithymia in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), acute and chronic pulmonary heart. The method consists of determining the duration of disease since the diagnosis of COPD having been made, history of smoking, partial pressure of oxygen blood arterializations, forced expiratory volume in one second, end-diastolic volume of the right ventricle and the solution of the regression equation.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, chronic pulmonary heart, alexithymia.

В настоящее время большинство работ доказывают, что у больных ХОБЛ происходит нарушение социально-психологической адаптации, запускается механизм вторичных психосоматических расстройств [1, 2]. Психологический статус при ХОБЛ достаточно хорошо отражен в современных исследованиях, однако алекситимия, в понятие которой входит затруднение или неспособность человека точно описать свои эмоциональные переживания, трудности в определении разницы между чувствами и телесными ощущениями, фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, остается неизученной [4, 5].

В литературе не найдено работ, отражающих тактику ведения пациента с ХОБЛ и алекситимией [4, 5]. Поэтому становится актуальным проведение комплексного исследования, которое позволит оценить взаимосвязь изучаемых патологических процессов при ХЛС на разных стадиях его формирования [2, 3].

Диагностика алекситимии (АТ) проводится с помощью Торонтской алекситимической шкалы, предложенной G. Taylor (1985) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в 1987 году [6]. Способ заключается в интерпретации ответов, полученных в результате индивидуального анкетирования опросников пациентами.

Однако данный способ имеет некоторые недостатки. Для диагностики алекситимии с помощью Торонтской алекситимической шкалы необходимы навыки психологического обследования. При анкетировании пациентов требуются дополнительные материальные

затраты, так как нужны специальные опросники. Необходимо время врачу, который проводит тестирование и интерпретирует результаты, особенно это представляет трудности в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

В связи с этим, целью работы явился поиск более простого в практическом применении метода диагностики алекситимии у больных ХОБЛ с использованием регрессионного уравнения.

Материалы и методы

Всем больным проводилось полное клиническое обследование. Исследовались основные клиничко-биохимические показатели, функция внешнего дыхания (ФВД) на аппарате «Micro Medical SU 6000» (Великобритания), ЭКГ («Schiller», Швейцария), определяли газовый состав артериализованной крови («Easy Blood Gas Medica», США), проводились фибробронхоскопия («Olimpus», Япония) и рентгенография органов грудной клетки. Эхокардиографию проводили на ультразвуковом аппарате XD-11 XE «PHILIPS» (США) в М-, В-, доплеровском режимах и цветового картирования потоков.

Психологическое обследование осуществлялось с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS, G. Taylor, 1985). Алекситимия диагностировалась у пациентов, набравших 75 баллов и более.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA (data analysis software system), версия 6.1

(StatSoft, Inc., 2001, <http://www.statsoft.com>). Изучение силы и направленности связей между переменными проводили с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты и обсуждение

Предварительно у 107 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС, был проведен корреляционный анализ между следующими переменными: анамнез курения (АК), длительность заболевания (ДЗ), парциальное давление кислорода (pO_2), объем форсированного выдоха за секунду ($ОФВ_1$), конечно-диастолический объем правого желудочка (КДО ПЖ). Наибольший коэффициент корреляции составил 0,63, в то время как $r \geq 0,80$ исключает возможность использования переменных в уравнении, так как свидетельствует об их высокой взаимосвязи. Критерий Фишера – $F(5,95)=30,15$ ($p < 0,0001$), стандартная ошибка оценки модели составила 4,83, остатки разности результатов наблюдений и спрогнозированных значений имели нормальное распределение. Коэффициент множественной детерминации (R^2) составил 0,78 (78,0 %), что подтверждает достоверность прогноза модели.

Регрессионное уравнение:

$АТ$ (баллы) = $106,5 - 0,04 \times АК$ (пачка/лет) + $0,05 \times КДО ПЖ$ (мл) – $0,76 \times pO_2$ (мм рт. ст.) + $0,15 \times ОФВ_1$ (% к должной) + $0,16 \times ДЗ$ (годы),

где АТ – алекситимия, численное значение которой в 74 и более баллов позволяет диагностировать алекситимию, менее 62 баллов – отсутствие алекситимии, показатели в интервале 63-73 баллов расцениваются как пограничные, свидетельствующие о личностной дезинтеграции и росте психоэмоционального напряжения.

После решения регрессионного уравнения по полученным баллам оценивают наличие, отсутствие алекситимии или пограничное состояние.

Клинический пример. Пациент Б., 1955 года рождения, № истории болезни 6734, по профессии слесарь. Поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на кашель с трудно отделяемой мокротой гнойного характера, одышку с затруднением выдоха при незначительной физической нагрузке и в покое, повышение температуры тела до $37,8^\circ C$, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, головные боли, навязчивые переживания, снижение настроения, памяти, работоспособности, нарушения сна в виде тревожных сновидений и частых пробуждений, слабость. Курит 24 года по 15 сигарет в сутки, АК=18 пачка/лет. Сбор жалоб и анамнеза проводился в основном со слов близких родственников (жены и дочери).

Считает себя больным с 1998 года (14 лет длительность заболевания), когда по утрам стал беспокоить постоянный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. С данными жалобами обращался в поликлинику, был обследован – выставлен диагноз: ХОБЛ, легкое течение, хроническая никотиновая интоксикация. Рекомендации по прекращению курения и использованию ингаляторов были даны пульмонологом, но пациент их не выполнял. Одышка появилась позднее, в 2003 году, сначала беспокоила при значительной физической нагрузке, затем при умеренной, в

связи с чем, обратился в поликлинику в декабре 2003 года, где было проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование. С 2003 года у больного отмечаются частые обострения ХОБЛ до 3 раз в год. Пользуется ингалятором «Беродуал» по потребности, «серетид – мультидиск» и «спирива» – эпизодически, нарушая схему лечения, рекомендованную пульмонологом.

Клинический диагноз: ХОБЛ, эмфизематозный тип, тяжелое течение, стадия обострения. Эмфизема легких, диффузный пневмосклероз. ХЛС в стадии декомпенсации. ДН III степени. ХСН II Б. ФК III.

Консультирован неврологом при поступлении: дисциркуляторная энцефалопатия II степени. При осмотре психиатра диагностирована субдепрессивная симптоматика невротического уровня и алекситимия. При проведении психологического обследования у пациента Б., 1955 г. р., по результатам ТАС выявлена алекситимия – 84 балла.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Отмечается амимичность и апатичность. Речевая продукция вялая и монотонная. Память, мышление снижены, на вопросы отвечает скудно и односложно. При осмотре безучастный, инертный, равнодушный. Положение ортопноэ. Диффузный цианоз кожных покровов, набухание шейных вен, отеки на нижних конечностях. Грудная клетка эмфизематозная. При перкуссии над легкими коробочный звук, при аускультации выслушивается ослабленное дыхание, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС – 96 в минуту. Артериальное давление – 125 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, размеры по Курлову: 13×11×9 см.

Клинический анализ крови: RBC – $5,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 159 г/л, WBC – $11,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 68 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 26 %, моноциты – 2 %, СОЭ – 21 мм/ч. Биохимический анализ крови: фибриноген – 5,7 г/л, СРБ – 5,9 мг/л, общий холестерин – 5,1 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, билирубин – 19,5-4,7-14,8 мкмоль/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 97 в минуту, признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка. Флюорография органов грудной клетки: диффузный пневмосклероз, эмфизема легких. Спирография: ЖЕЛ – 49 %, МВЛ – 35 %, $ОФВ_1$ – 39,8 %. МОС 25 – 18 %, МОС 50 – 24 %, МОС 75 – 12 % к должным величинам. Заключение: нарушение вентиляционной функции легких III степени по смешанному типу, преимущественно по obstructивному. Газовый состав артериализованной крови: pO_2 – 51,9 мм рт. ст., pCO_2 – 56,3 мм рт. ст., pH – 7,34. Фибробронхоскопия: диффузный двухсторонний эндобронхит, интенсивность воспаления II степени. Эходоплеркардиография: толщина передней стенки ПЖ – 5 мм, КДО ПЖ – 139 мл, конечно-систолический объем ПЖ – 83,6 мл, ударный индекс ПЖ – 31,7 мл/м², сердечный индекс ПЖ – 2,86 л/мин./м², фракция выброса ПЖ – 43 %. Максимальная скорость кровотока в фазу быстрого наполнения ПЖ (Е ПЖ) – 0,44 м/сек.,

максимальная скорость кровотока в фазу позднего наполнения ПЖ (А ПЖ) – 0,41 м/сек., соотношение максимальных скоростей (Е/А) – 1,07, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) – 48 мм рт. ст., ФВ ЛЖ – 59 %. Заключение: легочная гипертензия, гипертрофия ПЖ, увеличение КДО ПЖ, КСО ПЖ, снижение УИ ПЖ, СИ ПЖ и ФВ ПЖ. Данные обследования подставляем в регрессионное уравнение:

$$\text{АТ (баллы)} = 106,5 - 0,04 \times \mathbf{18} (\text{пачка/лет}) + 0,05 \times \mathbf{139} (\text{мл}) - 0,76 \times \mathbf{51,9} (\text{мм рт. ст.}) + 0,15 \times \mathbf{39,8} (\% \text{ к должной}) + 0,16 \times \mathbf{14} (\text{годы}) = \mathbf{81,4}$$

Результат 81,4 балла свидетельствует о наличии у данного больного алекситимии и необходимости включения мероприятий по коррекции психоэмоци-

нальных нарушений с целью повышения приверженности к терапии.

Выводы

1. Достоверная диагностика алекситимии у больных ХОБЛ необходима для выбора тактики ведения и лечения пациентов с психоэмоциональными нарушениями с целью повышения приверженности к терапии у данной категории больных.

2. Переменные, входящие в уравнение, легко воспроизводимы, отражают основной патогенез при ХОБЛ и входят в обязательный стандарт обследования пациентов с ХЛС.

3. Данный способ диагностики алекситимии может использоваться врачами практического здравоохранения без навыков психологического обследования.

Литература

1. Квасникова Ю.В., Меньшикова И.Г., Лоскутова Н.В. Коморбидные психопатологические расстройства у больных хронической обструктивной болезнью легких // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 21-23.

2. Квасникова Ю.В. Клинико-функциональные и психологические особенности у больных хронической обструктивной болезнью легких на разных стадиях формирования хронического легочного сердца: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2013. – 23 с.

3. Меньшикова И.Г., Квасникова Ю.В. Способ диагностики алекситимии у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хрониче-

ским легочным сердцем // Патент России № 2523671 от 27.05.2014 г.

4. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Психология телесности и психосоматика. – 2007. – Режим доступа: <http://www.gestaltlife.ru/publications/13/1>.

5. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 2. – С. 18-24.

6. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment // Am. Psychiat. – 1984. – Vol. 141, № 6. – P. 725-732.

Literature

1. Kvasnikova Yu.V., Menshikova I.G., Loskutova N.V. Comorbid psychopathological disorders in patients with COPD // Far Eastern Medical Journal. – 2011. – № 4. – P. 21-23.

2. Kvasnikova Yu.V. Clinicophysiological and psychological features in COPD patients with different stages of cor pulmonale chronicum: author's abstract of Doctor of Medicine. – SPb., 2013. – P. 23.

3. Menshikova I.G., Kvasnikova Yu.V. Diagnosis of alexithymia in COPD patients with cor pulmonale chronicum // Russian patent № 2523671 from 27.05.2014.

4. Nikolaeva V.V. Psychological nature of alexithymia // Psychology of corporeality and psychosomatics 2007. – <http://www.gestaltlife.ru/publications/13/1>.

5. Solozhenkin V.V., Gusova E.S. Alexithymia (adaptive approach) and psychotherapeutic correction model // Social and clinical psychiatry. – 1998. – № 2. – P. 18-24.

6. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment // Am. Psychiat. – 1984. – Vol. 141, № 6. – P. 725-732.

Координаты для связи с авторами: Квасникова Юлия Владимировна – канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней АГМА, тел. +7-914-563-60-88, e-mail: kvasnikova1982@mail.ru; Меньшикова Ираида Георгиевна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней АГМА, e-mail: iraidamenchikova@mail.ru, тел. 8-(4162)-53-82-73; Складар Ирина Васильевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней АГМА.

