

© Гопко О. Ф.

УДК 616. 89: [616. 24 – 002. 2+616. 12/13]

Гопко О. Ф.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота виконана в рамках НДР кафедри внутрішньої медицини №1 УМСА «Запальний, ішемічний, больовий синдроми у хворих на ішемічну хворобу серця: тригери, роль супутньої патології, механізми, критерії діагностики, лікування», № держ. реєстрації 0112U003122.

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легені (ХОЗЛ) залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я на сьогоднішній день. В медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності та смертності в усьому світі; люди страждають від цього захворювання роками і передчасно вмирають від нього або від його ускладнень. У всьому світі спостерігається прискорене зростання ХОЗЛ внаслідок тривалого впливу факторів ризику і старіння населення. Протягом останніх двох десятиліть росте визнання того, що пацієнти з ХОЗЛ характеризуються наявністю коморбідної патології, що сприяє частим загостренням та передчасній смертності пацієнтів у порівнянні з хворими на ХОЗЛ без супутньої патології [6, 8] В структурі коморбідних станів вагоме місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС) – 22,9%. Приблизно у кожного десятого пацієнта з ХОЗЛ виявляється артеріальна гіпертензія або метаболічні порушення. Тривожні розлади і депресія спостерігаються у 19% хворих. Саме останні психосоматичні розлади сприяють суттєвому обтяженню ХОЗЛ, погіршують якість життя і знижують прихильність до лікування [4, 10]. Систематичні огляди і мета-аналіз 25 досліджень з довгостроковим подальшим лікуванням доводять, що взаємозв'язок між ХОЗЛ і депресії, ймовірно, має двонаправлений характер [8]. Так, депресія та тривожні розлади можуть бути як причиною, так і наслідком ХОЗЛ. Проте, точні механізми, що зв'язують ХОЗЛ з психосоматичними розладами не були ідентифіковані [7].

Мета дослідження – вивчення психосоматичного статусу хворих на ХОЗЛ з супутніми формами ІХС.

Об'єкт і методи дослідження. Нами вивчався психоемоційний стан 78 пацієнтів, які знаходились на амбулаторному спостереженні. Попередньо хворих попереджали про вивчення їхнього

психоемоційного стану, яке проводилось після отримання добровільної згоди.

В залежності від наявності супутньої патології хворі на ХОЗЛ були розподілені на 2 групи: I група (n=27) – хворі на ХОЗЛ без супутньої патології, II група (n=51) – ХОЗЛ з супутніми кардіоваскулярними захворюваннями. Всі обстежені пацієнти за класифікацією ХОЗЛ відносились до категорії С (наказ МОЗ України від 27 червня 2013 року №555) [6]. Обстежено 15 практично здорових осіб, розподіл яких за віком та статтю не відрізнявся від групи хворих.

Ступінь психосоматичних порушень організму хворих оцінювали на підставі аналізу результатів анкетування за допомогою шкали реактивної та особистісної тривожності (Спілберга-Ханіна), тестів стресостійкості та нервово-психічної адаптації до стресорних впливів [3]. Дослідження параметрів якості життя (ЯЖ) у хворих на ХОЗЛ є актуальним, так як дозволяє дати кількісну оцінку багатоконпонентних характеристик життєдіяльності людини (його фізичного, психологічного, соціального функціонування) при вивченні різних способів лікування та ефективності програм реабілітації в амбулаторних умовах [11]. ЯЖ пацієнтів визначали за опитувальниками EQ-5D, шпиталю Святого Георгія (St. George s Hospital Respiratory Questionnaire, SGRQ). Заповнення анкет усіма респондентами проводилось в комфортних умовах.

Отримані результати обробляли з використанням персонального комп'ютера за допомогою електронних таблиць Excel пакета офісних програм Microsoft Office -2003 (США).

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз коморбідної патології у хворих на ХОЗЛ виявив, що більшість пацієнтів мали від 2 до 5 супутніх нозологій. Так, 2 супутні захворювання було виявлено у 14 (27,45%) пацієнтів, 3 – у 21 (41,17) обстежених, 4 супутні нозології виявлено у 9 (17,64%), у 7 (13,72) обстежених спостерігалось 5 супутніх захворювань. Серед коморбідних станів вагомий відсоток займала ІХС, а саме, стабільна стенокардія напруги II-III функціонального класу анамнестично (за даними амбулаторних карт пацієнтів) встановлена у 27 (52,9%) пацієнтів, ознаки серцевої недостатності I-III функціонального класу за NYHA виявлені у 17

(33,3%) хворих, перенесений інфаркт міокарду в анамнезі спостерігався у 5 (9,8%), ішемічні інсульти головного мозку в анамнезі виявлені у 3 (5,7%) обстежених, есенціальна артеріальна гіпертензія I стадії була виявлена у 22 (42,6%) пацієнтів, II стадія – у 17 (33,3%), III стадія – у 8 (15,7%) хворих відповідно. У 9 (17,64) були виявлені порушення ритму в вигляді надшлуночкових пароксизмальних тахікардій, шлуночкових екстрасистол, миготливої аритмії. Серед іншої супутньої патології частіше всього в анамнезі зустрічались виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (9,8%), хронічні холецистит та панкреатит (21,56%).

Розвитку психосоматичної патології сприяють підвищена тривожність, зміни вегетативного стану нервової системи, екстраверсія-інтраверсія, імпульсивність, емоційність, які пов'язані з індивідуальними особливостями пацієнта та визначають специфіку, силу психоемоційної напруги [1]. Депресивні розлади у пацієнтів з ХОЗЛ тісно пов'язані з підвищенням смертності, погіршенням функціонального стану, великим стажем тютюнопаління і більш тривалою госпіталізацією [9]. У пацієнтів з ІХС депресія і тривога виявлялася в 38-57% випадків і асоціювалася з підвищенням частоти стенокардії, ризику серцево-судинних подій і смертності [2].

Тривожні розлади – категорія розладів, які характеризуються сильним почуттям тривоги. Найбільш поширеними психічними розладами серед дорослих людей є фобії, посттравматичні стреси [5]. В клінічній картині переважають фобії певних ситуацій або об'єктів (зовнішніх по відношенню до об'єкта), що не представляють реальної небезпеки. В результаті пацієнт зазвичай уникає таких ситуацій або переносить їх, долаючи почуття страху, що може спровокувати напад загострення соматичної патології або супутніх захворювань. Відчуття можливості потрапити в фобічні ситуації викликає тривогу очікування, сприяючи розвитку хронічного дистрес-синдрому [1, 5].

Аналіз результатів анкетування за тестом Спілбергера-Ханіна свідчить про зростання ситуативної та особистісної тривожності у хворих на ХОЗЛ в залежності від наявності супутньої кардіоваскулярної патології. Так, у респондентів I групи показник ситуативної тривожності перевищував відповідний у практично здорових осіб у 1,7 рази ($35,5 \pm 3,6$ бали проти $20,2 \pm 4,8$ бали; $p < 0,001$), II групи – у 2,3 рази ($48,1 \pm 3,7$ бали проти $20,2 \pm 4,8$ бали; $p < 0,001$). У опитаних II групи він був вищим у 1,35 рази, ніж у пацієнтів I групи ($p < 0,02$).

Подібна динаміка встановлена при дослідженні особистісної тривожності, що підтверджувалось вірогідним її зростанням у опитаних II групи у 2,6 рази ($44,2 \pm 4,5$ бали проти $16,8 \pm 3,1$ бали; $p < 0,001$) та 1,29 рази ($44,2 \pm 4,5$ бали проти $34,1 \pm 2,9$ бали; $p < 0,01$) порівняно з показниками у практично здорових респондентів та пацієнтів I групи відповідно.

При вивченні стану нервово-психічної дезадаптації встановлено, що у хворих II групи цей

показник наближався до максимальних показників $86,1 \pm 7,4$ балів, що свідчило про низький ступінь адаптації даної групи пацієнтів до стресорних чинників. У хворих I групи досліджувані показник коливався в межах $56,1 \pm 4,8$ балів. У хворих II групи сумарна кількість балів за тестом стресостійкості була вищою в 2,7 рази, порівняно з практично здоровими особами ($55,4 \pm 4,6$ балів проти $29,5 \pm 5,2$ балів; $p < 0,01$) та в 1,4 рази, ніж у респондентів I групи ($39,5 \pm 3,8$ балів; $p < 0,01$).

Якість життя за респіраторним опитувальником SGRQ була вірогідно нижче у пацієнтів з наявністю коморбідних соматичних захворювань в порівнянні з пацієнтами з ізольованим ХОЗЛ – $35,40 \pm 2,9$ проти $14,01 \pm 1,8$ балів; $p < 0,01$. Подібні зміни виявлені при визначенні сумарної кількості балів за опитувальником EQ-5D та показником «термометра» якості життя. Так, у пацієнтів з коморбідною патологією дані показники були вищими у 2,4 рази ($7,21 \pm 1,12$ бали проти $3,0 \pm 1,11$ бали; $p < 0,02$) та у 1,8 рази ($37,2 \pm 2,5$ проти $64,2 \pm 2,8$; $p < 0,001$) порівняно з відповідними показниками у хворих на ХОЗЛ. Встановлений тісний прямий кореляційний зв'язок між кількістю балів за опитувальниками EQ-5D, SGRQ та кількістю супутніх нозологій ($r = +0,72$; $p < 0,05$).

Нами встановлений тісний кореляційний зв'язок між показником кількості супутніх нозологій та індексом задишки за модифікованою шкалою Медичної Дослідницької Ради ($r = +0,68$; $p < 0,02$), загальною сумою балів за тестом з оцінки ХОЗЛ ($r = +0,55$; $p < 0,05$), кількістю загострень ХОЗЛ протягом останніх 12 місяців ($r = +0,41$; $p < 0,05$).

Порівнюючи параметри ЯЖ хворих на ХОЗЛ з індексом тютюнопаління (ІТ) в межах 10-20 пачок/рік, 20-30 пачок/рік та 30-50 пачок/рік виявлено погіршення показників ЯЖ на тлі збільшення ІТ ($p < 0,001$). Зі збільшенням ІТ погіршуються параметри доменів «соціальна активність», «роль емоцій», «роль фізичних чинників» і «загальне здоров'я» пацієнтів за даними опитувальників ЯЖ, відображаючи збільшення загального дистресу у хворих.

Висновки. Тривожні розлади є досить частими симптомами при ХОЗЛ з коморбідними станами. Ступені особистісної та ситуативної тривожності, психоемоційної дезадаптації вищі у пацієнтів з поєднаною патологією порівняно з ізольованим ХОЗЛ ($p < 0,05$). Ступінь психосоматичних розладів та якість життя пацієнтів залежать від тривалості тютюнопаління, кількості супутніх нозологій, впливаючи на показники задишки та загальної оцінки симптоматики ХОЗЛ.

Перспективи подальших досліджень. Результати досліджень доводять доцільність визначення психосоматичних порушень у пацієнтів на ХОЗЛ з супутньою патологією, використовуючи інформативні та прості у використанні тести-опитувальники, що дозволить визначити ступінь дезадаптації та розробити ефективні профілактичні чи лікувальні заходи.

Література

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер, С. Л. Шишкин. – М. : Инст. Общегум. Исслед., 2006. – 319 с.
2. Белялов Ф. И. Тревога, депрессия и качество жизни у пациентов со стенокардией и хронической обструктивной болезнью легких / Ф. И. Белялов, А. А. Хамаева // Псих. расстройства в общей медицине. – 2010. – №3. – С. 25-27.
3. Карелин А. А. Психологические тесты / А. А. Карелин – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Т. 1. – 312 с.
4. Мостовой Ю. М. Лечение пациентов с ХОЗЛ: акцент на коморбидность / Ю. М. Мостовой, Л. А. Яшина // Здоров'я України. – 2013. – № 11. – С. 15-17.
5. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова; под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 568с. : ил.
6. Фещенко Ю. І. Адаптована клінічна настанова «Хронічне обструктивне захворювання легені» Затверджена наказом МОЗ України від 27 червня 2013 року №555 / Ю. І. Фещенко. – Київ, 2013. – 146 с.
7. Abebaw M. Depression and anxiety in patients with COPD / M. Abebaw, George S. Alexopoulos Yohannes1and // Eur. Respir. J. – 2014. – Vol. 23. – P. 345- 349.
8. Atlantis E. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis / E. Atlantis, P. Fahey, B. Cochrane [et al.] // Chest. – 2013. – Vol. 144. – P. 766–777.
9. Goodwin R. D. Depression, anxiety, and COPD: the unexamined role of nicotine dependence / R. D. Goodwin, K. L. Lavoie, A. R. Lemeshow [et al.] // Nicotine Tob. Res. – 2012. – Vol. 14. – P. 176–183.
10. Hill K. Anxiety and depression in endstage COPD / K. Hill, R. Geist, R. S. Goldstein // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 667- 677.
11. Putman-Casdorph, H. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Anxiety, and Depression: State of the Science / H. Putman-Casdorph, S. McCrone // Heart Lung. – 2009. – № 38. – P. 34-47.

УДК 616. 89: [616. 24 – 002. 2+616. 12/13]

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРУВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Гопко О. Ф.

Резюме. В статті представлені результати вивчення психосоматичних розладів у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з кардіоваскулярною патологією. Встановлено зростання ситуативної тривожності, психоемоційної дезадаптації та зв'язок даних показників з тривалістю тютюнопаління, кількістю загострень ХОЗЛ за останні 12 місяців, кількістю супутніх нозологій у хворих з синтропією порівняно з пацієнтами з ізольованим ХОЗЛ.

Ключові слова: психосоматичний стан, хронічне обструктивне захворювання легень, кардіоваскулярна патологія.

УДК 616. 89: [616. 24 – 002. 2+616. 12/13]

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гопко А. Ф.

Резюме. В статье представлены результаты изучения психосоматических расстройств у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с кардиоваскулярной патологией. Установлен рост ситуативной тревожности, психоемоциональной дезадаптации и связь данных показателей с продолжительностью курения, количеством обострений ХОБЛ за последние 12 месяцев, количеством сопутствующих нозологий у больных с синтропией в сравнении с пациентами с изолированным ХОБЛ.

Ключевые слова: психосоматическое состояние, хроническая обструктивная болезнь легких, кардиоваскулярная патология.

UDC 616. 89: [616. 24 – 002. 2+616. 12/13]

Features of Psychosomatic Disorders in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Combination with Cardiovascular Pathology

Gopko A. F.

Abstract. Approximately one in ten patients with COPD detected hypertension or metabolic disorders. Anxiety disorders and depression observed in 19% of patients. That last psychosomatic disorders contribute significantly burdening COPD, impair quality of life and reduce treatment adherence.

The purpose of research – the study of psychosomatic status of COPD patients with concomitant coronary artery disease forms.

Depending on the presence of comorbidities, patients with COPD were divided into 2 groups: group 1 (n=27) – patients with COPD without comorbidity, the group 2 (n=51) – COPD with concomitant cardiovascular disease. All patients studied classification of COPD belonged to Category C. The degree of psychosomatic disorders of the body of patients evaluated on the basis of the analysis of survey results using the scale reactive and personal anxiety, stress tests and neuro-psychological adaptation to the effects of stress. Study parameters of quality of life in patients with COPD is important, as it allows to quantify the characteristics of multi-life person (physical,

psychological and social functioning) in the study of different methods of treatment and effectiveness of rehabilitation programs on an outpatient basis. Quality of life of patients was determined by questionnaires EQ-5D, Hospital St. George (St. George Hospital Respiratory Questionnaire, SGRQ). Completing the questionnaire all respondents was conducted in a comfortable environment.

Analysis of comorbid disease in patients with COPD showed that most patients had between 2 and 5 related nosology. Yes, 2 comorbidities were found in 14 (27.45%) patients, 3 – in 21 (41.17) patients, 4 related nosology found in 9 (17.64%), 7 (13.72) patients experienced 5 comorbidities. Among the comorbidities took a significant percentage of coronary artery disease, namely, stable angina II-III functional class medical history (according to the outpatients of patients) determined in 27 (52.9%) patients, signs of heart failure I-III NYHA functional class by found in 17 (33.3% patients, myocardial infarction history was observed in 5 (9.8%), ischemic cerebral stroke history found in 3 (5.7%) patients, essential hypertension stage I was detected in 22 (42.6%) patients, stage II – in 17 (33.3%), the stage III – in 8 (15.7%) patients, respectively. In 9 (17.64%) were detected arrhythmias in the form of supraventricular paroxysmal tachycardia, ventricular extrasystoles, atrial fibrillation. Among other comorbidity most often met in the history of duodenal ulcer (9.8%), chronic cholecystitis and pancreatitis (21.56%).

Analysis of survey results for test Spielberger show an increase situational and personal anxiety in patients with COPD according to the presence of concomitant cardiovascular disease. When studying the state of mental maladjustment found that patients with Group II, the figure approaching to a maximum of $86,1 \pm 7,4$ points, indicating a low degree of adaptation of this group of patients to stress factors.

We found a close correlation between the index number associated nosology and dyspnea index for the modified Medical Research Council scale ($p < 0.02$), total test scores for assessment of COPD ($p < 0.05$), number of exacerbations of COPD over the past 12 months ($p < 0.05$). Comparing the parameters of Quality of Life of patients with COPD and smoking index within 10-20 packs/year, 20-30 packs/year and 30-50 packs/year revealed deterioration Quality of Life in the background of an increase in smoking index ($p < 0.001$).

The degree of psychosomatic disorders and quality of life for patients depend on the duration of smoking and number of related nosology, affecting performance and overall assessment of dyspnea symptoms COPD.

The research results prove the feasibility of defining psychosomatic disorders in COPD patients with concomitant diseases using informative and easy to use test questionnaires, which will determine the degree of exclusion and to develop effective preventive or therapeutic measures.

Keywords: psychosomatic condition, chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular pathology.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 20. 08. 2014 р.