

Тревожно-депрессивные расстройства у больных бронхиальной астмой в сочетании с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны

*Белобородова Э.И., Чернявская Г.М., Устюжанина Е.А., Максименко Г.В.,
Калачева Т.П.*

Anxiety-depressive disorders in patients with bronchial asthma combined with erosive-ulcerative lesions of gastro-duodenal area

*Beloborodova E.I., Chernyavskaya G.M., Oustyuzhanina Ye.A., Maksimenko G.V.,
Kalatcheva T.P.*

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Белобородова Э.И., Чернявская Г.М., Устюжанина Е.А. и др.

Цель исследования — изучить особенности течения тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных бронхиальной астмой (БА) с наличием эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП) гастродуоденальной зоны (ГДЗ) в условиях их сочетания и взаимовлияния; оценить эффективность лечения данной категории больных с учетом психопатологических нарушений.

Установлено, что сочетание БА и ЭЯП ГДЗ увеличивает степень психологического напряжения и повышает ТДР, требующие фармакологической коррекции.

Ключевые слова: бронхиальная астма, эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны, тревожно-депрессивные расстройства, флувоксамин, грандаксин.

The aim of the study was to investigate peculiarities of anxiety-depressive disorders (ADD) course in patients with bronchial asthma (BA) combined with erosive-ulcerative lesions (EUL) of gastro-duodenal area (GDA) and their interaction and to evaluate the treatment efficacy in this category of patients taking into consideration their psycho-pathological disorders. Combination of BA and EUL of GDA was established to enhance psychological tension degree and increase ADD which requires pharmacological correction.

Key words: bronchial asthma, erosive-ulcerative lesions of the gastro-duodenal area, anxiety-depressive disorders, fluvoxamine, grandaxine.

УДК 616.248:616.3-002.44:615.214

Введение

Несмотря на разноречивые мнения о том, является ли бронхиальная астма (БА) психосоматической патологией, нельзя не признать значительной роли психоэмоциональных процессов в возникновении, течении и лечении данного заболевания [15, 17, 18]. В связи с этим обоснованным является анализ психологических особенностей больных с бронхиальной астмой для решения вопроса о необходимости психофармакологической коррекции при рассматриваемой патологии. Актуальность проблемы, по мне-

нию А.Б. Смулевича [11, 12], диктуется потребностями практической медицины, необходимостью разработки дифференцированных подходов к выбору медикаментозной терапии и методов психокоррекции.

Заболевания эзофагогастродуоденальной зоны диагностируются у 48—100% больных БА и являются наиболее часто встречающейся внелегочной висцеральной патологией, вносящей существенный вклад в формирование ситуации взаимоотношения [2—4, 6—10, 13, 14, 16].

К вопросам, требующим дальнейшего изучения, могут быть отнесены: психосоматические особенности течения эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) и БА в условиях их сочетания и взаимовлияния; подходы к диагностике и принципы лечения данной группы больных с учетом психопатологических нарушений.

Цель исследования — изучить особенности течения тревожно-депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой с наличием ЭЯП ГДЗ в условиях их сочетания и взаимовлияния; оценить эффективность лечения данной категории больных с учетом психопатологических нарушений.

Материал и методы

Обследовано 112 пациентов (65 женщин и 47 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $(42,21 \pm 12,07)$ года), страдающих БА смешанного генеза разной степени тяжести в стадии обострения. Диагноз БА, ее форма, степень тяжести верифицировались согласно критериям проекта GINA (1995, 2002) и в соответствии с положениями Международной классификации болезней X пересмотра.

В соответствии с поставленными задачами и необходимостью изучения влияния тревожно-депрессивных расстройств на течение БА и оценки эффективности применения дифференцированной психотропной терапии были сформированы две группы. Первую группу ($n = 87$) составили больные с наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). Эта группа (основная) в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ была разделена на подгруппы: 1-а ($n = 54$) с ЭЯП ГДЗ и 1-б ($n = 33$) без клинико-эндоскопических признаков ЭЯП ГДЗ. Пациентам 1-й группы назначалась психотропная терапия: 31 больной получал флувоксамин, 26 — грандаксин, у двух больных, принимавших флувонимин, возникла диарея, и препарат был отменен на 5-е сут, а пациенты в дальнейшем были включены в группу, получавшую только базисную противовоспалительную терапию (32 пациента). Вторую группу ($n = 25$) составили больные БА, у которых ТДР не было. Подгруппу 2-а (15 человек) составили больные с ЭЯП ГДЗ, а подгруппу 2-б (15 человек) — не имеющие ЭЯП ГДЗ.

Всем больным исследовалась функция внешнего дыхания (ФВД) путем анализа кривой «поток — объем» и показателей спирометрии с использованием

компьютерного анализатора «Flowscreen» («Laeger», Германия). Проводили кожные аллергопробы с ингаляционными и эпидермальными аллергенами, исследовался клеточный состав индуцированной мокроты. Выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, хеликобактериоз выявлялся уреазным «Campi-test» и при морфологическом исследовании биоптатов антрального отдела и тела желудка. Психологическое состояние оценено по шкалам самооценки депрессии Бека и Цунга. Оценка вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе проводилась с помощью вегетативного индекса Кердо (ВИК) и расчета индекса минутного объема крови. Для статистического анализа данных использовались пакет прикладных программ Statistica 6.0 Stat Soft Inc и статистическая медико-биологическая программа Biostat 4.03, Stanton A., Glantz (1999).

Результаты и обсуждение

Анализ показал, что среди больных 1-й группы преобладали пациенты более старшего возраста. Средний возраст больных в группе составил 45,08 года, что достоверно выше, чем во 2-й, — 32,24 года. Как в 1-й группе, так и во 2-й преобладали женщины — 51 (58,6%) и 14 (56,0%) человек соответственно, мужчин в 1-й группе было 36 (41,4%), во 2-й — 11 (44,0%) человек соответственно.

Анализ клинической картины показал различия в течении БА между больными 1-й и 2-й групп. В 1-й группе преобладали больные с более тяжелым течением БА — 55,2%, 44,8% имели среднюю степень тяжести, а во 2-й — 60,0% человек со средней степенью тяжести и 40,0% — с легкой. Выявлены достоверные различия по степени тяжести БА между основной и контрольной группами ($p_{1-2} = 0,004$). Об этом также свидетельствует прямая корреляционная зависимость выраженности ТДР и степени тяжести БА ($r_B = 0,3638$, $r_{II} = 0,3574$, $r_{III} = 0,3577$, $p = 0,0001$). У больных БА 1-й группы были достоверно более низкие исходные показатели ФВД по сравнению со 2-й (табл. 1).

Таблица 1
Исходные показатели ФВД у больных БА в группах, % к должному, Me(LQ — UQ)

Параметр	Группа	
	1-я ($n = 87$)	2-я ($n = 25$)

FVC	78,5 (58,2—98,6)	90,9 (60,3—96,7)
FEV ₁	61,5 (38,7—74,4) ²	72,3 (49,6—80,5) ¹
FEV ₁ /FVC, %	76,3 (65,3—86,0) ²	81,7 (76,6—87,3) ¹

Примечание. Т-критерий (Mann—Whitnev test). FVC — форсированная жизненная емкость легких ($p_{1-2} = 0,074$); FEV₁ — объем форсированного выдоха за первую секунду ($p_{1-2} = 0,026$); FEV₁/FVC — индекс Тиффно ($p_{1-2} = 0,034$).

Анализ базисной и ситуационной противоастматической терапии больных БА показал достоверно высокий уровень применения препаратов у больных 1-й группы. Давность заболевания БА у обследованных больных была различной. Среди больных основной группы давность заболевания БА до 1 года отмечена только в 5,8% случаев, от 1 года до 5 лет — в 27,6%, от 6 до 10 лет — в 35,6%, более 10 лет — в 31,0% случаев. Во 2-й группе, напротив, преобладали больные с продолжительностью заболевания БА до 5 лет (76%). Таким образом, для больных БА с наличием ТДР характерна большая продолжительность течения БА ($p = 0,0003$), и с увеличением продолжительности встречаемость ТДР увеличивается.

Длительность обострений до 1 мес среди больных 1-й группы отмечена у 33 (37,9%) человек, длительность от 1 до 2 мес — у 37 (42,5%). Во 2-й группе данные показатели были отмечены у 14 (56%) и 9 (36%) больных соответственно. Длительность обострений более 2 мес у больных 1-й группы выявлена у 17 (19,5%), во 2-й такая длительность обострений не наблюдалась. Итак, для больных БА с наличием ТДР характерна статистически достоверно большая продолжительность обострений патологии по сравнению с больными БА без ТДР ($p = 0,04$).

Пациенты, поступающие в пульмонологическое отделение по поводу обострения БА, чаще всего не акцентируют внимания на гастроэнтерологических жалобах, которые, на их взгляд, не имеют отношения к БА. Вследствие этого патология ГДЗ была диагностирована впервые у 41 пациента (36,6%) с БА. Выявлено, что жалобы, указывающие на патологию органов ГДЗ, отсутствовали у 34 (30,5%) больных БА. Проведенный анализ показал наличие высокой частоты клинических симптомов, указывающих на вовлечение в патологический процесс органов ГДЗ у больных БА. В клинической картине преобладали диспепсические расстройства в виде изжоги, отрыжки, метеоризма, которые, как правило, являются результатом нарушения моторно-эвакуаторной функции органов ГДЗ. Диспеп-

сический симптомокомплекс наблюдался у 90 больных (80,3%) и имел тенденцию к нарастанию при утяжелении БА. Так, диспепсические явления у больных тяжелой формой патологии выявлены в 91,7% (у 44 из 48), что достоверно выше, чем при легкой степени, — 50,0% (у 5 из 10) случаев, $p = 0,006$. Причем у больных БА с ТДР диспепсический синдром встречался достоверно чаще, чем у больных БА без ТДР (85 и 64% соответственно, $p = 0,01$). Можно утверждать, что БА у больных с наличием ТДР имеет «желудочно-кишечный орнамент».

Среди диспепсических расстройств ведущее место занимала изжога, которая наблюдалась в 71,4% случаев. Так, изжога у больных при тяжелой БА выявлена в 81,2%, что достоверно выше, чем при легкой степени, — 40,0% ($p = 0,021$), и несколько выше, чем у больных средней степени тяжести, — 68,5%. В 1-й группе изжога наблюдалась в 78,2% случаев, что достоверно выше, чем во 2-й, — 48,0%.

Исследование психоэмоциональной сферы выявило наличие ТДР у 87 больных (77,7%). Сочетанные расстройства (тревога и депрессия) доминировали у 40,1% больных БА. Тревожные расстройства без депрессии выявлены у 23,2%. Депрессивные расстройства без тревоги наблюдались у 14,4% больных БА, БА без тревожно-депрессивных расстройств — у 22,3%.

Удельный вес депрессивных расстройств в соответствии с критериями опросника Бека составил 41,1% (46 больных), Цунга — 33,9% (38 человек).

У больных БА обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. Имела место полиморфная вегетативная симптоматика: потливость, приступы головокружения, диарея, приливы жара или озноб. В соответствии с критериями опросника Шихана у 79 больных (70,5%) выявлены тревожные расстройства. Полученные данные подтверждают мнение о том, что тревога является неотъемлемой составной частью депрессивных расстройств.

Степень психологических изменений у больных БА средней степени тяжести и тяжелой БА основной группы не отличается. Так, при тяжелом течении патологии не отмечено достоверного повышения уровня депрессии по шкалам Бека ($p = 0,805$) и Цунга ($p = 0,904$) и уровня тревоги по шкале Шихана ($p_{СБА—ТБА} = 0,682$) в сравнении с БА средней степени тяжести. По частоте наличия депрессивного расстройства и

тревоги различия между БА средней степени тяжести и тяжелой БА также отсутствуют как в соответствии с критериями опросника Бека ($p_{\text{СБА—ТБА}} = 0,742$), так и по опросникам Цунга ($p_{\text{СБА—ТБА}} = 0,335$) и Шихана ($p_{\text{СБА—ТБА}} = 0,571$).

Из общего числа обследованных ЭЯП ГДЗ наблюдались у 64 пациентов (57,1%), из них язвенные поражения ГДЗ выявлены у 38 (у 12 — в антральном отделе и у 26 — в луковице ДПК, размеры — 5 мм); эрозии были обнаружены у 26 больных, в том числе в сочетании с язвенной болезнью (локализация эрозий была в теле желудка — антральный отдел, они были хроническими и носили множественный характер, в луковице ДПК эрозии были у 5 пациентов, из них у 3 — в сочетании с эрозиями желудка). Хеликобактерная инфекция выявлена у 59 (92%) больных с ЭЯП ГДЗ. Таким пациентам проводилось лечение по тройной схеме семидневной эрадикации, которая включала ингибитор протонной помпы (омез), кларитромицин, метронидазол (назначение больным БА полусинтетических пенициллинов, к которым относится амоксициллин, является нежелательным). После окончания эрадикации назначался антисекреторный препарат в течение 6 нед при дуоденальной и 8 нед — при желудочной локализации язв.

Сочетание с ЭЯП ГДЗ (подгруппа 1-а) было выявлено у 54 больных БА 1-й группы. У 33 больных БА (подгруппа 1-б) не выявлены ЭЯП ГДЗ. Во 2-й группе ЭЯП ГДЗ были у 10 больных, которые составили подгруппу 2-а. БА без ЭЯП ГДЗ (подгруппа 2-б) присутствовала у 15 больных. Таким образом, частота ЭЯП ГДЗ среди больных 1-й и 2-й групп (подгруппы 1-а и 2-а) составила 62 и 40% соответственно ($p = 0,044$). Риск развития ЭЯП ГДЗ у больных с ТДР в 1,55 раза выше, чем у пациентов, не имеющих ТДР.

Как показал проведенный анализ, при БА встречаемость ЭЯП ГДЗ среди мужчин была достоверно выше, чем среди женщин, как в 1-й группе, так и во 2-й ($p = 0,0034$, $p = 0,023$).

Установлено, что ЭЯП ГДЗ одинаково часто встречались как при среднетяжелой (43,4%), так и при тяжелой БА (56,6%) у больных 1-й группы ($p = 0,73$) и при

легком течении у больных БА 2-й группы ($p = 0,85$). Приведенные данные доказывают, что при БА создаются благоприятные условия для возникновения ЭЯП ГДЗ.

По данным результатов психологического исследования в основной группе в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ выявлено, что у больных подгруппы 1-а уровень депрессии по шкале Бека был достоверно выше, чем в подгруппе 1-б ($p = 0,003$). При оценке уровня депрессии по опроснику Цунга отмечены такие же тенденции, но различия были не достоверны ($p = 0,279$). По шкале Шихана уровень тревоги у больных с ЭЯП ГДЗ был также достоверно выше ($p = 0,027$) (табл. 2).

Итак, можно предположить, что ТДР не только способствуют более тяжелому течению БА и повышают риск развития ЭЯП ГДЗ, но и сочетанное течение БА и ЭЯП ГДЗ увеличивает степень психологического напряжения, усиливая ТДР. Не исключено, что последние играют определенную роль в формировании ЭЯП ГДЗ у больных БА.

Вегетативный тонус изучался у всех обследуемых больных. При обострении БА, в том числе при сочетании ее с ЭЯП ГДЗ, более выражены парасимпатические влияния в регуляции сердечно-сосудистой системы, что не противоречит данным литературы [1, 5]. Отмечено, что ВИК у больных, имеющих ТДР, достоверно ниже ($p = 0,003$), чем во 2-й группе. Исследование особенностей состояния вегетативного тонуса у больных БА 1-й группы выявило отсутствие достоверных различий ($p = 0,094$): при средней степени тяжести и тяжелой БА преобладала ваготония. Парасимпатикотоническая реакция наблюдалась как у больных 1-й, так и у больных 2-й группы, имеющих ЭЯП ГДЗ. При этом отмечена тенденция к усилению ваготонии в группе больных с ТДР. У больных подгруппы 1-а в исходном вегетативном тоне достоверно преобладала ваготония в сравнении с больными подгруппы 1-б. Во 2-й группе также отмечено достоверное усиление парасимпатических влияний в исходном вегетативном тоне у больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ. В фазе обострения ваготония более выражена у женщин, страдающих БА, сочетанной с ЭЯП ГДЗ.

Таблица 2

Уровень депрессии и тревоги у больных БА 1-й группы в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ ($n = 87$), абс./%

Наличие поражения	Уровень депрессии по критериям, баллы	Уровень тревоги по критериям
-------------------	---------------------------------------	------------------------------

ГДЗ		опросника Бека			опросника Цунга				опросника Шихана, баллы			
		<19	19—24	> 24	≤50	51—59	60—69	≥ 70	≤ 20	21—30	31—80	> 80
ЭЯП	а	—	1/11	53/68	—	17/53	37/67	—	—	12/86	38/55	4/100
Нет ЭЯП	б	—	8/89	25/32	—	15/47	18/33	—	—	2/14	31/45	—
<i>Всего</i>		—	9/100	78/100	—	32/100	55/100	—	—	14/100	69/100	4/100
p_{a-b}		0,003			0,279				0,027			

Примечание. χ^2 -критерий с поправкой Йетса; абс. — абсолютное значение.

Изучение взаимосвязи между показателем вегетативного тонуса ВИК и уровнем депрессии и тревоги не выявило корреляционных взаимоотношений. Таким образом, превалирование тонуса парасимпатической нервной системы у больных 1-й группы не зависит от уровня депрессии и тревоги.

В зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ больные, получавшие флувоксамин, были разбиты на две подгруппы: подгруппу 1-а₁ составили 19 больных БА с ЭЯП ГДЗ и подгруппу 1-б₁ — 12 больных БА без клинико-эндоскопических признаков ЭЯП ГДЗ.

В группу сравнения включены 32 больных, которые получали только базисную противоастматическую терапию и не лечились антидепрессантами. У 22 имелись ЭЯП ГДЗ, они составили подгруппу 1-а₂. Подгруппу 1-б₂ составили 10 пациентов, не имеющих ЭЯП ГДЗ. Проведенное обследование показало, что переносимость флувоксамина у больных БА на фоне применения антиастматических препаратов была в целом хорошей. Пациенты не отмечали вялости и сонливости в дневное время. Побочные эффекты в виде тошноты и чувства дискомфорта в животе появились у 10 (32,2%) больных и прошли самостоятельно к концу первой недели лечения. У 2 пациентов (6,5%) возникла диарея, и препарат был отменен на 5-е сут. Психотропная терапия флувоксамином прошла без побочных эффектов у 19 человек (61,3%). Таким образом, лечение закончили 29 больных. В результате лечения флувоксамином к концу 4-й нед терапии у всех пациентов отмечалась статистически значимая тенденция к купированию ТДР. Через 8 нед лечения показатели уровня депрессии и уровня тревоги были в пределах нормы. Средний суммарный балл, отражающий тяжесть депрессии, в исследуемой группе больных снизился с 28 до 18 баллов по шкале Бека и с 63 до 43 баллов — по шкале Цунга. Показательно, что у больных БА без ЭЯП ГДЗ на фоне приема флувоксамина снижение показателей уровня депрессии достоверно выше, чем в группе

больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ, как по данным опросника Бека, так и по опросникам Цунга и Шихана.

Таким образом, при сочетании БА с эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ степень психологического напряжения выше, ТДР более устойчивы к психотропной терапии, и, вероятно, необходимы более длительные курсы лечения.

Отмечено, что применение флувоксамина в комплексном лечении БА позволяет добиться ее ремиссии в более короткие сроки, в том числе и при наличии ЭЯП ГДЗ: через 8 нед выявлены статистически значимые различия показателей ФВД в сравнении с группой больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ, получавших только базисную терапию БА. Проанализирована динамика респираторной симптоматики. До лечения флувоксамином суточная потребность в β_2 -агонистах составляла ($2,43 \pm 0,65$) ингаляции, что достоверно выше, чем через 4 и 8 нед лечения, — ($0,86 \pm 0,70$); ($0,50 \pm 0,50$) ингаляции соответственно. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) в процентах от должного до лечения — ($74,9 \pm 8,3$)% достоверно увеличилась через 4 и 8 нед — ($100,1 \pm 6,3$); ($101,3 \pm 6,0$)% соответственно.

Таким образом, применение психотропной терапии в комплексном лечении больных БА с ТДР приводит не только к улучшению психоэмоционального состояния, но и улучшает течение БА, позволяя в короткие сроки достичь более высоких показателей ФВД.

Аналогичная статистически достоверная динамика выраженности тревожного расстройства отмечена и при лечении грандаксином. При приеме последнего через 4 нед отмечен рост показателей ФВД, тогда как в группе больных, получавших только базисную противоастматическую терапию, прирост этих показателей был выражен в меньшей степени. У больных БА с ЭЯП ГДЗ на фоне лечения грандаксином через 4 нед также выявлены статистически значимые различия показателей ФВД в сравнении с группой больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ, не получавших психотропной терапии.

Динамика респираторной симптоматики на фоне приема грандаксина также отражает статистически значимый прирост исследуемых показателей: до лечения потребность в β_2 -агонистах в ночное время и утренние часы составляла ($2,35 \pm 0,60$) ингаляции, что достоверно выше, чем через 4 нед лечения, — ($0,83 \pm 0,60$); ($0,56 \pm 0,50$) ингаляций соответственно. ПСВ в процентах от должного до лечения ($77,8 \pm 6,3\%$) достоверно увеличилась через 2 и 4 нед — ($101,2 \pm 5,4$); ($102,3 \pm 6,0\%$) соответственно.

Таким образом, наличие некупированных ТДР, вероятно, может быть одной из эндогенных причин отсутствия контроля за симптомами БА. Сочетанное течение БА и ЭЯП ГДЗ проявляется в их обоюдном влиянии на психическое состояние больных, что создает условия для более тяжелого течения БА, удлиняя сроки психотропной терапии. Терапия антидепрессантами и транквилизаторами может быть рекомендована к применению у больных БА, имеющих признаки депрессии и тревожности в клинике основного заболевания.

Выводы

1. Тревожно-депрессивные нарушения встречаются у 78% больных БА и являются распространенной функциональной патологией в клинике бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения. В 40,1% случаев доминирует сочетанное расстройство — депрессия и тревога, при этом тревожность проявляется как устойчивая личностная черта, сопутствующая депрессии при БА. У подавляющего большинства больных бронхиальной астмой с тревожно-депрессивными расстройствами (89,0%) имеет место среднетяжелая выраженность депрессии, и они нуждаются в медикаментозной коррекции депрессивного синдрома. При сочетанном течении бронхиальной астмы с ЭЯП ГДЗ тревожно-депрессивные расстройства встречаются чаще и выражены в большей степени.

2. Особенностью ТДР при БА является их тесная связь с течением бронхиальной астмы, с ее тяжестью, длительностью заболевания и продолжительностью обострений. Риску развития тревожно-депрессивных расстройств подвержены больные БА более старшего возраста.

3. Ведущее место в клинической картине бронхиальной астмы с наличием тревожно-депрессивных

расстройств занимает диспепсический симптомокомплекс (80,3%), частота которого нарастает с утяжелением БА.

4. Оценка вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе у больных БА, сочетанной с эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ, выявила преобладание парасимпатических влияний на саморегуляцию кровообращения.

5. Применение флувоксамина и грандаксина в комплексной терапии больных БА, в том числе с наличием ТДР, не только стабилизирует психоэмоциональное состояние, но и улучшает течение бронхиальной астмы, позволяя достичь более высоких показателей функции внешнего дыхания в более короткие сроки.

Литература

1. Александрин В.А. Вегетативная регуляция дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных бронхиальной астмой и здоровых лиц // Сб. резюме 13-го науч. конгр. по болезням органов дыхания. СПб., 2003. № 3. С. 10—13.
2. Бегер М.М. Язвенная болезнь: современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза. Новосибирск: Наука, 1986. 257 с.
3. Бирг Н.А. Хронические неспецифические заболевания легких и гастродуоденальной язвы при их сочетании // Терапевт. арх. 1991. № 7. С. 147—152.
4. Быданов В.А., Алексеева Н.К., Вахрушева Л.Я. О частоте поражения гастродуоденальной системы у больных бронхиальной астмой // Клинич. медицина. 1990. № 4. С. 69—72.
5. Геллер Л.И. Заболевания системы пищеварения, вызывающие имитирующие нарушения других органов. Хабаровск, 1998.
6. Гембицкий Е.В. Заболевания пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой // Клинич. медицина. 2000. № 3. С. 54—57.
7. Жюжжа А.И., Стапонке М.А., Пятневичене А.А. Частота и особенности течения язвенной болезни при бронхиальной астме // Актуал. вопр. гастроэнтерологии: Материалы 1-й Белорус. респ. конф. Минск, 1973. С. 46—49.
8. Заболотских Т.В., Абакумова А.В., Серга А.П. Состояние желудочно-кишечного тракта у детей с atopической бронхиальной астмой // Сб. конгр. по болезням органов дыхания. Новосибирск, 1996. С. 327.
9. Корабельников Д.И., Чучалин А.Г. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания органов пищеварения // Пульмонология. 2002. № 5. С. 87—92.
10. Пархоменко Л.К., Радбиль О.С. Желудочно-пищеводный рефлюкс и бронхиальная астма // Клинич. медицина. 1994. № 6. С. 4—7.
11. Смуглевич А.Б. Клинические и психологические аспекты на болезнь // Журн. невропатологии и психиатрии. 1997. № 2. С. 4—9.
12. Смуглевич А.Б. Подходы к терапии депрессии в общемедицинской практике // Рус. мед. журн. 2003. Т. 11. № 21. С. 1192—1196.

Белобородова Э.И., Чернявская Г.М., Устюжанина Е.А. и др.

13. Чучалин А.Г. Поражение органов пищеварения у больных бронхиальной астмой // Материалы XXV ежегод. науч. сессии ЦНИИ гастроэнтерологии. М., 1997. С. 79.
14. Douglas N.J. Nocturnal asthma (edit foyal) // Thorax. 1993. V. 48. P. 100—102.
15. Lehrer P.M., Isenberg S., Hochron S.M. Asthma and emotion: a review // J. Asthma. 1993. V. 30. P. 5—21.

Тревожно-депрессивные расстройства у больных БА...

16. Park H.S., Kim H.S., Lang H.J. Eosinophilic gastroenteritis associated with food allergy and bronchial asthma // Korean Med. Sci. 1995. V. 10. № 3. P. 216—219.
17. Rietveld S., Van Belst, Everaerd L.M. Stress induced breathlessness in asthma // Psychol. Med. 1999. V. 29. P. 1359.
18. Sandberg S. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children // Lancet. 2000. V. 356. P. 982.

Поступила в редакцию 03.02.2006 г.

Утверждена к печати 20.11.2006 г.