

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ  
РАССТРОЙСТВ С ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ***УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Эмоциональный фактор играет роль в течении бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), нередко затрудняя лечение и проведение реабилитационных мероприятий. Нельзя не признать значительного вклада психоэмоциональных процессов в возникновение, развитие, течение БА, а также их роль в приверженности пациентов к лечению [1, 2]. Многочисленные данные свидетельствуют о тесной заинтересованности ЦНС в реализации бронхиальной обструкции. 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 [3].

**Целью** нашего исследования было выявить взаимосвязи особенностей клинического течения БА и ХОБЛ с тревожными и депрессивными расстройствами.

**Материал и методы:** обследовано 44 пациента с бронхообструктивными заболеваниями (23 пациента с БА и 21 – с ХОБЛ). Средний возраст пациентов с БА составил  $51 \pm 3$  год (26% (6) мужчин и 74% (17) женщин), средний возраст пациентов с ХОБЛ –  $70 \pm 2$  лет (76% (16) мужчин и 24% (5) женщин). В группу контроля вошли 18 практически здоровых лиц, сопоставимых с группами пациентов с БА и ХОБЛ по полу и возрасту. Проводилось клиническое и функциональное обследование (спирография). Уровень контроля БА оценивали по критериям GINA [2] и Тесту по контролю над астмой [4]. Для выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии пациентам проводилось психологическое тестирование с использованием опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» [5]. Статистическую обработку данных выполняли в программе Statistica 8,0. Применялись критерии Шапиро-Уилка, Левена, Стьюдента, Манна-Уитни, Спирмена, Фишера,  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты и обсуждение:** у 70% (31) пациентов были выявлены эмоционально-волевые расстройства (у 65% (15) пациентов с БА и 76% (16) – с ХОБЛ). Тревожные расстройства (ТР) имели место у 52% (12) пациентов с БА и у 48% (10) – с ХОБЛ, депрессивные расстройства (ДР) – у 35% (8) пациентов с БА и 64% (14) – с ХОБЛ ( $p < 0,05$ ), сочетание ТР и ДР наблюдалось у 22% (5) пациентов с БА и 38% (8) – с ХОБЛ ( $p > 0,05$ ). Клинически выраженная тревога выявлена у 26% (6) пациентов с БА и 24% (5) – с ХОБЛ, клинически выраженная депрессия – у 13% (3) пациентов с БА и 43% (9) – с ХОБЛ. Выраженность тревоги в группе пациентов с БА составила 8 баллов (от 4 до 11), выраженность депрессии – 6 баллов (от 4 до 9). Выраженность тревоги в группе пациентов с ХОБЛ составила 7 баллов (от 6 до 10 баллов),

выраженность депрессии – 10 баллов (от 7 до 11 баллов). В группе контроля показатели выраженности тревоги и депрессии были статистически значимо ниже, чем в группах исследования ( $p < 0,01$ ) и составили по 3 балла (от 2 до 5 баллов).

Доля лиц с ДР в группе пациентов с неконтролируемой БА была 58% (7), а в группе с контролируемой БА (полный и частичный контроль) – 9% (1) ( $p < 0,05$ ), 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 оценки 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 оценки 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 в 2,2 раза выше в группе курящих пациентов с БА по сравнению с некурящими (11 (8-13) балла; 5 (3-9) балла;  $p < 0,05$ ). Доля курящих лиц была выше в группе пациентов с ХОБЛ ( $p < 0,05$ ), чем в группе пациентов с БА (30% (7)) и составила 67% (14). Характеристика пациентов с разными уровнями контроля над БА представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика пациентов с разными уровнями контроля над бронхиальной астмой

Параметр	Пациенты с неконтролируемой бронхиальной астмой (n=12)	Пациенты с контролируемой бронхиальной астмой (полный и частичный контроль) (n=11)
Возраст, годы, Ме (25%-75%)	54 (51,5-59,5)	49 (22-63)
Мужчины, (% , абс.)	25 (3)	27 (3)
Женщины, (% , абс.)	75 (9)	73 (8)
Форма БА, (% , абс.)		
Аллергическая	9 (1)	18 (2)
Неаллергическая	9 (1)	0
Смешанная	82 (10)	82 (9)
Длительность заболевания, годы, Ме (25%-75%)	17 (3,5-27,5)	5 (2-10)
Количество обострений в год, Ме (25%-75%)	1 (0-3)	0 (0-2)
Базисная терапия, (% , абс.)		
Принимают	67 (8)	82 (9)
Не принимают	33 (4)	18 (2)
Курение табака, (% , абс.)	42 (5)	18 (2)

Отягощенная наследственность по астме, (% абс.)	58 (7)	55 (6)
Состоят в браке, (% абс.)	75 (9)	64 (7)
Имеют инвалидность, (% абс.)	33 (4)	9 (1)
Сумма баллов Теста по контролю над астмой, Ме (25%-75%)	11 (8-13,5)*	20 (19-21)
ОФВ <sub>1</sub> , %, Ме (25%-75%)	56 (56-63)	72 (68-82)
Выраженность тревоги, баллы, Ме (25%-75%)	9 (4,5-12)	5 (3-9)
Выраженность депрессии, баллы, Ме (25%-75%)	8,5 (5-11) **	4 (3-7)

Примечание – \* при  $p < 0,001$ ; \*\* при  $p < 0,05$ .

Нами установлено, что в группе пациентов с ХОБЛ повышение выраженности тревоги было сопряжено с увеличением частоты госпитализаций ( $r=0,53$ ;  $p < 0,05$ ;  $n=21$ ). Пациенты с ХОБЛ были разделены на 2 группы: 1) с частыми обострениями ХОБЛ ( $\geq 3$  обострений в год); 2) с нечастыми обострениями ХОБЛ ( $< 3$  обострений в год). Между группами не было статистически значимых различий по возрасту, полу, степени тяжести ХОБЛ, длительности заболевания, приему базисной терапии, семейному положению, наличию профессиональной вредности, инвалидности, доле курящих лиц, показателям ФВД. Выявлено, что выраженность тревоги была в 1,8 раза выше в группе пациентов с частыми обострениями ХОБЛ по сравнению с группой с нечастыми обострениями ХОБЛ (12,5 (7-15) балла; 7 (4-9) балла;  $p < 0,05$ ).

**Заключение:** Высокая частота встречаемости и выраженность ТР и ДР при БА и ХОБЛ сопровождаются ухудшением контроля над БА, более частыми обострениями ХОБЛ и обуславливают целесообразность анкетирования пациентов для выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии с последующим привлечением к сотрудничеству психотерапевтов и психиатров с целью коррекции выявленных нарушений.

*Литературные источники:*

1. Психосоматические корреляции при бронхиальной астме / Ф.Б. Березин [и др.] // Журнал невропатологии, психиатрии. – 1997. – 97 (4) . – 35-38.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA) / под ред. Чучалина А. Г. – Пересмотр 2006. – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.
3. Can R.E. Panic disorder and asthma: causes, effects and research implications // J. Psychosom. Res. – 1998. – Vol.44, №1. – P.43-52.
4. 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.
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol.67. – P.361-370.

*Y. Koraneva Y. Spirydonau*

**RELATIONSHIP DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS WITH CHRONIC  
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND BRONCHIAL ASTHMA**

*Belorussian State Medical University*

**Summary**

Emotional factor plays its role in the clinical course of BA and COPD.

Materials and methods: we have examined 44 patients with bronchoobstructive diseases. The control group included 18 practically healthy persons. The checklist «Hospital school of anxiety and depression» was used.

Conclusion: high frequency of AD and DD cases during BA and COPD and their severity are attended by the asthma control deterioration and frequent exacerbations of COPD.