

ДИНАМИКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

© Грязнова О.И.^{*}, Ржаницына Н.Ф.[♦], Бугровецкая О.Г.[♥]

Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

В работе отражено изучение динамики уровня тревоги и депрессии при использовании гирудорефлексотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой.

Представление о тесной связи бронхиальной астмы (БА) с состоянием психики имеет давнюю историю. Многочисленные исследования подтверждают предположение о существенной роли психологических факторов в этиологии и патогенезе БА [6, 14].

У пациентов, не нуждающихся в стационарном лечении, тревога выявлена в 51 % случаев, а при БА средней тяжести и тяжелого течения уровень тревоги находился на высоком уровне у 70 % пациентов [8].

У 40 % больных БА встречаются депрессивные и тревожные расстройства [9, 10]. Особенно часто данные расстройства регистрируются у пациентов с тяжелым течением заболевания, приводящим к инвалидизации пациентов [4, 5].

Сочетание соматического заболевания и депрессии наносит более существенный ущерб здоровью, чем любая комбинация распространенных соматических заболеваний [1].

Депрессия при БА ассоциируется с тяжелым течением заболевания, и низким качеством жизни [11-13].

В литературе есть единичные данные о проявлении анксиолитического и тимолептического эффектов при применении медицинских пиявок у больных различными заболеваниями [2, 3, 5]. Данные о влиянии гирудотерапии на психометрические показатели больных БА в литературе отсутствуют. Эта проблема представляет интерес в связи с ростом заболеваемости БА и необходимостью поиска новых методов лечения данного заболевания.

Цель работы

Определить динамику психометрических показателей тревоги и депрессии у больных БА средней тяжести (БАСТ) и БА тяжелого течения (БАТТ),

^{*} Ассистент кафедры Рефлекторной и мануальной терапии ФПДО.

[♦] Доцент кафедры Рефлекторной и мануальной терапии ФПДО.

[♥] Заведующий кафедрой Рефлекторной и мануальной терапии ФПДО, доктор медицинских наук, профессор.

получающих базисную противовоспалительную терапию и курсовое лечение гирудорефлексотерапией (ГРТ).

Материал и методы

При выполнении работы было обследовано и пролечено 77 больных бронхиальной астмой. Диагностика формы и тяжести течения осуществлялась на основании международных согласительных документов (GINA, 2006). Основная группа включала 51 пациента, получивших курс гирудорефлексотерапии. Контрольную группу составили 26 пациентов. Все пациенты находились в стадии ремиссии, получая при этом лечение в соответствии с международными рекомендациями, изложенными в Глобальной стратегии лечения и профилактики БА (GINA, 2006), включавшую ингаляционные кортикостероиды и ингаляционные β_2 агонисты длительного действия, для купирования приступов использовались ингаляционные β_2 агонисты короткого действия.

Из 51 больного БА основной группы женщин было 44 (84,6 %), мужчин 8 (15,4 %). В контрольную группу, состоящую из 26 пациентов, вошли 21 женщина (80,8 %) и 5 (19,2 %) мужчин.

Средний возраст больных БАСТ в основной группе составил $60,29 \pm 1,86$, больных БАТТ – $59 \pm 1,13$ лет. В контрольной группе у пациентов с БАСТ – $60,36 \pm 1,86$; больных БАТТ – $60,50 \pm 1,94$ лет.

В основной группе БАСТ наблюдалась у 28 (54,9 %); БАТТ у 23 (45,1 %) пациентов. В контрольной группе БАСТ наблюдалась у 14 (53,8 %); БАТТ болели 12 (46,2 %) человек.

Экзогенная БА выявлена у 7 (13,8 %), эндогенная – у 28 (54,8 %), астма смешанного генеза у 16 (31,4 %) пациентов основной группы. В контрольной группе экзогенный вариант был выявлен у 4 (15,4%); эндогенный – у 12 (53,9 %); смешанный вариант – у 8 (30,7 %) пациентов.

Следует отметить, что среди больных преобладали пациенты с эндогенной формой БА: 54,8 % в основной группе и 53,9 % в контрольной.

Таким образом, все больные были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести, форме БА.

Для проведения гирудорефлексотерапии использовались сертифицированные аптечная и лечебная медицинские пиявки (МП) (*Hirudo medicinalis*). МП были выращены в стандартных искусственных условиях Московской биофабрики. Используемые МП отвечали правилам стандартизации в соответствии с фармакопейной статьей предприятия ФСЦ 42-0312147301 от 03 марта 2003 г. и применялись соответственно инструкции по применению препарата «Пиявка медицинская» (*Hirudo medicinalis*) утвержденной 23.03.2003 г.

Лечение проводилось в условиях процедурного кабинета. Сеансы ГРТ проводились аспирационным способом, при котором медицинские пиявки

находились на коже до полного насыщения и самостоятельного отпадения. На 1 процедуру использовали 5-6 пиявок. Сеансы проводили 2 раза в неделю. На курс 8 процедур.

Приставку пиявок осуществляли с учетом рефлексогенных зон. Лечение начинали с приставки 1 пиявки на область крестца, выявляя таким образом возможные аллергические реакции и индивидуальную чувствительность пациента к ГРТ. Затем осуществляли приставку МП на область правого подреберья; паравертебрально на уровне Th1-Th5, отступив 2-4 см от позвоночника в зоне симпатической сегментарной иннервации легких и бронхов; области парасимпатической иннервации легких на уровне C2-C5; также использовались точки паравертебрально на уровне Th8-Th9 с целью рефлекторного воздействия на надпочечники; кроме того использовались точки шейно-воротниковой зоны; парастернально по ходу 2-3 межреберий.

После отпадения пиявок накладывали давящую стерильную повязку на 24 часа. После окончания сеанса использованные МП помещались в 10% раствор хлорамина на 60 минут. Последующая утилизация проводилась в установленном санитарно-эпидемиологическом порядке.

Динамику психометрических показателей у больных БА оценивали при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (no A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983; D. Wade, 1993; И.А. Бевз). Больным предлагали заполнить специальные опросники до начала курса лечения и после окончания лечения ГТ.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы «Statistica 6.0». Оценка динамики показателей в ходе лечения проводилась с помощью критериев t (Стьюдента). Значения $p < 0,05$ принимались как достоверные различия.

Результаты и их обсуждение

При психометрическом исследовании больных БА с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии были получены следующие результаты:

Уровень тревоги (УТ) до лечения в основной группе у больных БАСТ составил $7,64 \pm 0,64$, у больных с БАТГ – $10,91 \pm 0,77$. После лечения УТ в основной группе с БАСТ снизился до $5,21 \pm 0,33$ баллов (на 31,78 %) ($p < 0,005$); в группе с БАТГ УТ снизился до $7,17 \pm 0,77$ баллов (на 34,26 %)($p < 0,001$).

В контрольной группе УТ до лечения, у больных БАСТ, составил $8,57 \pm 0,107$, в группе с БАТГ УТ находился на уровне $12,25 \pm 1,16$ балла. После лечения УТ в контрольной группе у больных с БАСТ незначительно снизился до $7,64 \pm 1,08$ балла (10,83 %), в группе с БАТГ, УТ также незначительно снизился и находился на уровне $11,67 \pm 1,27$ баллов (4,76 %) (см. табл. 1).

Таблица 1

Динамика тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (по A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983; D. Wade, 1993; И.А. Бевз) (в баллах, М ± м)

Группа	Основная		Контрольная	
	БАСТ	БА с тяжелым течением	БАСТ	БА с тяжелым течением
УТ до лечения	7,64 ± 0,64	10,91 ± 0,77	8,57 ± 01,07	12,25 ± 1,16
УТ после лечения	5,21 ± 0,33*	7,17 ± 0,77**	7,64 ± 1,08	11,67 ± 1,27
УД до лечения	7,07 ± 0,67	11,00 ± 0,94	6,14 ± 1,07	12,25 ± 1,27
УД после лечения	5,21 ± 0,48*	7,17 ± 0,77**	8,07 ± 1,12	12,08 ± 1,33

Примечание: достоверность различий по отношению к контрольной группе – * $p < 0,002$; ** $p < 0,001$

Уровень депрессии (УД) в основной группе БАСТ до лечения составил $7,07 \pm 0,67$ баллов; $11,00 \pm 0,94$ балла при БАТТ (см. табл.2). После лечения УД у группы с БАСТ снизился до $5,21 \pm 0,48$ баллов (на 26,26 %) ($p < 0,001$). В группе с БАТТ уровень депрессии снизился до $6,96 \pm 0,40$ баллов (на 36,6 %) ($p < 0,001$).

УД в контрольной группе с БАСТ до лечения составил $6,14 \pm 1,07$ баллов; у больных БАТТ уровень УД составил $12,25 \pm 1,27$. После лечения УД у больных с БАСТ повысился до уровня $8,07 \pm 1,12$ (31,76 %), в группе с БАТТ незначительно снизился до уровня $12,08 \pm 1,33$ балла (1,36 %).

На основании полученных данных УТ и УД был выше у больных БАТТ как в основной, так и в контрольной группе. После окончания курса лечения в основной группе, получавшей ГРТ, произошли статистически достоверные снижения уровней тревоги и депрессии ($p < 0,001$). В контрольной группе после окончания курса лечения наблюдалось незначительное повышение УД в группе БАСТ и незначительное снижение УД в группе БАТТ.

При дальнейшем анализе групп было установлено, что УТ в основной группе находился в рамках условной «нормы» (0-7 баллов) у 18 (64,3 %) человек. У 6 (21,4 %) пациентов была выявлена субклинически выраженная тревога (8-10 баллов по шкале); у 4 (14,3 %) человек – клинически выраженная тревога (11 баллов и выше). В основной группе пациентов с БАТТ отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги было зафиксировано у 5 (21,7 %), субклинически выраженная тревога выявлена у 4 (17,4 %) пациентов, у 14 (60,9 %) обнаружена клинически выраженная тревога.

После лечения отсутствие признаков тревоги было зафиксировано у 25 (89,2 %), субклинически выраженная тревога – у 3 (10,8 %) пациентов. Признаков клинически выраженной тревоги у пациентов данной группы зафиксировано не было.

В основной группе после курса лечения среди пациентов с БАТТ симптомы тревоги не были обнаружены у 15 (65,2 %), субклиническая тревога была выявлена у 8 (34,8 %). Симптомы клинически выраженной тревоги обнаружены не были.

В основной группе среди больных БАСТ до лечения клинически выраженных симптомов депрессии не было выявлено у 16 (57,1 %), субклиническая депрессия выявлена у 8 (28,6 %), клинически выраженная депрессия – у 4 (14,3 %) пациентов. В группе больных БАТТ до лечения было выявлено 6 (26,8 %) пациентов без признаков депрессии, субклиническая депрессия выявлена у 4 (17,4 %), выраженная депрессия зафиксирована у 13 (56,5 %).

После курса лечения, включавшего ГРТ, у больных БАСТ не было обнаружено симптомов депрессии у 25 (89,3 %) пациентов, субклиническая депрессия отмечалась у 2 (7,2 %), клинически выраженная депрессия определялась у 1 (3,5 %) пациента. В группе больных с БАТТ после курса лечения симптомов депрессии не было выявлено у 17 (74 %), субклиническая депрессия выявлена у 5 (21,7 %), выраженная депрессия зафиксирована у 1 (4,3 %).

При анализе контрольной группы были получены следующие данные: среди больных БАСТ симптомов тревоги не было обнаружено у 5 (35,7 %), субклиническая тревога выявлена у 6 (42,9 %), выраженная тревога у 3 (21,4 %) пациентов. В контрольной группе, среди пациентов с БАТТ, симптомы тревоги отсутствовали у 2 (16,7 %), субклиническая тревога была у 1 (8,3 %) пациента, выраженная тревога наблюдалась у 9 (75 %).

После курса лечения контрольной группе среди пациентов с БАТТ заболевания УТ находился на нормальном уровне у 10 (71,4 %), субклиническая тревога выявлена у 2 (14,3 %) пациентов, выраженная тревога – у 2 (14,3 %). В контрольной группе среди пациентов с БАТТ после лечения симптомы тревоги не обнаружены у 2 (16,6 %), субклиническая тревога у 2 (16,6 %), выраженная тревога – у 8 (66,8 %).

При анализе УД в контрольной группе, у больных с БАСТ выявлено отсутствие симптомов депрессии у 12 (85,8 %), субклинических проявлений зафиксировано не было, выраженная депрессия наблюдалась у 2 (14,3 %). В группе с БАТТ отсутствовали симптомы депрессии у 2 (16,7 %), субклиническая депрессия выявлена у 1 (8,3 %), выраженная – у 9 (75 %) пациентов.

После курса лечения симптомов депрессии не обнаружено у больных с БАСТ у 6 (42,9 %), субклиническая депрессия наблюдалась у 5 (35,7 %), клинически выраженная – у 3 (21,4 %). В группе с БАТТ УД находился в границах нормы – 2 (16,7 %), субклиническая депрессия – у 1 (8,3 %) выраженная – у 8 (66,7 %) (см. табл. 2).

Итак, очевидно, что УТ был исходно более высоким у больных с БАТТ: у 14,3 % выраженной тревоги у больных БАСТ и 60,9 % у больных БАТТ в основной группе и 21,4 % при БАСТ и 75 % БАТТ у больных контрольной группы.

УД также был выше у больных с БАТТ – 56,7 % в основной и 75 % пациентов с выраженной депрессией – в контрольной группе. У больных с БАСТ по 14,3 % соответственно

Таблица 2

Характеристика уровней тревоги и депрессии

Группа	Основная группа				Контрольная группа			
	БАСТ n=28		НКБА n=23		БАСТ n=14		НКБА n=12	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Уровень тревоги до лечения								
Норма	18	64,3 %	5	21,7 %	5	35,7 %	2	16,7 %
Субклиническая	6	21,4 %	4	17,4 %	6	42,9 %	1	8,3 %
Выраженная	4	14,3 %	14	60,9 %	3	21,4 %	9	75 %
Уровень тревоги после лечения								
Норма	25	89,2 %	15	65,2 %	10	71,4 %	2	16,6 %
Субклиническая	3	10,8 %	8	34,8 %	2	14,3 %	2	16,6 %
Выраженная	-	-	-	-	2	14,3 %	8	66,8 %
Уровень депрессии до лечения								
Норма	16	57,1 %	6	26,8 %	12	85,7 %	2	16,7 %
Субклиническая	8	28,6 %	4	17,4 %	-	-	1	8,3 %
Выраженная	4	14,3 %	13	56,7 %	2	14,3 %	9	75 %
Уровень депрессии после лечения								
Норма	25	89,3 %	17	74 %	6	42,9 %	3	25 %
Субклиническая	2	7,2 %	5	21,7 %	5	35,7 %	1	8,3 %
Выраженная	1	3,5 %	1	4,3 %	3	21,4 %	8	66,7 %

После лечения ГРТ уровень тревоги и депрессии существенно снизился в основной группе. Так после окончания курса лечения уровень выраженной тревоги снизился на 14,3 % у больных БАСТ основной группы и на 7,1 % в контрольной группе. Внутригрупповые различия среди пациентов с нормальным и субклиническим УТ были неоднородны. Так, уровень субклинически выраженной тревоги снизился на 10,7 % у больных БАСТ в основной и на 28,5 % в контрольной группе. Процент снижения уровня субклинически выраженной тревоги среди пациентов БАСТ составил 17,4 % в основной и 8,3 % контрольной.

УД также был исходно более высоким у больных с более тяжелым течением астмы в обеих группах. Так, среди больных БАСТ, уровень выраженной депрессии составил по 14,3 % в обеих группах сравнения. У больных БАСТ 56,7 % в основной и 75 % в контрольной группе.

После лечения уровень выраженной депрессии при БАСТ снизился на 10,8 % в основной и на 7,1 % в контрольной. У больных с БАСТ уровень выраженной тревоги снизился на 52,4 % в основной и на 8,3 % в контрольной. Уровень субклинически выраженной депрессии среди больных БАСТ повысился на 21,4 % в основной и на 35,8 % в контрольной. У больных БАСТ уровень субклинически выраженной депрессии снизился на 4,3 % в основной и остался без динамики в контрольной. Процент пациентов с БАСТ с отсутствием симптомов увеличился в основной группе на 32,3 % и снизился в контрольной группе на 42,8 %. У больных БАСТ число паци-

ентов, не имеющих симптомов депрессии, увеличилось на 47,2 % и в основной и 8,3 % в контрольной.

Таким образом, было установлено, что применение ГРТ способствует снижению уровня тревоги и депрессии больных БА.

* * *

1. Уровень тревоги и депрессии возрастает соответственно степени тяжести БА. У больных с БАТТ уровень тревоги и депрессии находится на более высоком уровне, чем у пациентов с БАСТ.

2. При применении ГРТ у больных БА были получены данные, свидетельствующие о наличии анксиолитических и тимолептических эффектов.

Список литературы:

1. Белялов Ф.И. Диагностика и лечение психических расстройств соматических больных. – И.: РИО ИГИУВа, 2010. – 262 с.

2. Волошина Л.В., Бухановская О.А. Гирудотерапия в психиатрической практике // В кн.: Практическая и экспериментальная гирудология: итоги за десятилетие (1991-2001 гг.): матер. 7 научно-практич. конф. ассоциации гирудологов в России и стран СНГ / Под ред. проф. И.П. Басковой. – Л., 2001. – С. 19-20.

3. Зубаркина М.М. Применение гирудотерапии в комплексном лечении пациентов с истинной полицитемией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Российский университет Дружбы народов. – 2007. – С. 17.

4. Кирюхина Н.Н. Клинико-функциональная характеристика неврологических расстройств у больных бронхиальной астмой трудоспособного возраста: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Рязанский государственный медицинский университет им. академика Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – 2008. – С. 15.

5. Яснопольская Ж.В. О гирудотерапии при атеросклеротических психозах у больных старших возрастных групп // Неврология и психиатрия. – 1983. – № 12. – С. 29-30.

6. Campbell D.A., Yellowlees P.M., McLennan G. Psychiatric and medical features of near fatal asthma // Thorax. – 1995. – № 50. – P. 254-259.

7. Carr R.E., Lehrer P.M., Hochron S.M. Panic symptoms in asthma and panic disorder: A preliminary test of the dyspnea-fear theory // Behav. Res. Thrt. – 1992. – Vol. 30, № 3. – P. 251-261.

8. Dunbar F. Mind and body: psychosomatic medicine. – New York, Random House, 1947.

9. Fernandes L., Fonseca J., Martins S., et al. Association of Anxiety With Asthma: Subjective and Objective Outcome Measures // Psychosomatics. – 2010. – № 51 (1). – P. 39-46.

10. Goodwin R.D., Fergusson D.M., Horwood L.J. Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community // Psychol Med. – 2004. – 34 (8). – P. 1465-1474.

11. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D.G., et al. Asthma and Panic in Young Adults: A 20-Year Prospective Community Study // *Am J Respir Crit Care Med.* – 2005. – № 171. – P. 1224-1230.

12. Oguzturk O., Ekici A., Kara M., et al. Psychological Status and Quality of Life in Elderly Patients With Asthma // *Psychosomatics.* – 2005. – № 46. – P. 41-46.

13. Lavoie K.L., Bacon S.L., Barone S., et al. What Is Worse for Asthma Control and Quality of Life: Depressive Disorders, Anxiety Disorders, or Both // *Chest.* – 2006. – № 130. – P. 1039-1047.

14. Mancuso C.A., Wenderoth S., Westermann H., et al. Patient-Reported and Physician-Reported Depressive Conditions in Relation to Asthma Severity and Control // *Chest.* – 2008. – № 133. – P. 1142-1148.

15. Steptoe A. Psychological aspects of bronchial asthma // *Contributions to medical Psychology / Ed.S Rachman.* – Elmsford. NY: Pergamon Press, 1984. – Vol. 3. – P. 7-32.

ДРЕНИРОВАНИЕ РАН «ЗОНД-ДРЕНАЖОМ АСПИРАЦИОННЫМ» ПОСЛЕ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЙ

© Джинчвеладзе Д.Н.^{*}, Важенин А.В.[♦]

Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, г. Челябинск
МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск

В статье обсуждается проблема дренирования ран наружной локализации после лимфаденэктомии (ЛАЭ) (подмышечной и подвздошно-пахово-бедренной). Приведены данные клинического исследования после использования нового дренажного устройства.

Лимфаденэктомия одна из стандартных манипуляций в онкологии, особенно, при раке молочной железы (РМЖ) и при метастазах меланомы в пахово-подвздошно-бедренные, подмышечные лимфоузлы. РМЖ является на сегодняшний день одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей в мире. Ежегодно выявляют около 1 млн. новых случаев РМЖ, и к 2010 году ученые прогнозируют рост заболеваемости до 1,45 млн. [6].

Хирургический метод является одним из компонентов в лечении, как рака молочной железы, так и меланомы, однако, в 20-87,5 % случаев он приводит к развитию ранних и поздних послеоперационных осложнений [3, 7].

^{*} Врач-онколог.

[♦] Главный врач Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Заслуженный врач РФ.