

[Текст]/В.И.Кобылянский//Тер. архив.-2001.-Т.73, №3.-С.73-76.

3. Физические свойства базального трахеобронхиального секрета у здоровых людей и у больных хроническим бронхитом: влияние некоторых видов лечения [Текст]/В.В.Кортелев: автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Хабаровск, 2004.-24 с.

4. Мукоцилиарная активность реснитчатого эпителия бронхов у больных бронхиальной астмой до и после лазеротерапии [Текст]/Луценко М.Т. [и др.]/Бюл. физиол. и патол. дыхания.-1999.-Вып.4.-С.49-53.

5. Факторы риска и пути предотвращения ранних неблагоприятных исходов бронхиальной астмы [Текст]/С.И.Овчаренко, М.В.Шеянов, В.И.Маколкин//Тер. архив.-1998.-Т.70, №3.-С.18-22.

6. Морфофункциональная характеристика слизистой оболочки бронхов у больных хроническим бронхитом после лазерных бронхосанаций и применения препарата изотиарбамин [Текст]/В.Б.Приходько: автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Иркутск, 1996.-15с.

7. Мукоцилиарный клиренс как маркер эффективности контроля базисной терапии больных бронхиальной астмой [Текст]/Пирогов А.Б. [и др.]/Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2002.-Вып.12.-С.28-32.

8. Автоматизированная система для научных исследований в области физиологии и патологии

дыхания человека [Текст]/Н.В.Ульянычев.-Новосибирск: ВО «Наука», 1993.-246 с.

9. Хроническая обструктивная болезнь легких: практическое руководство для врачей [Текст]/МЗ РФ, НИИ Пульмонологии МЗ РФ; сост. И.В.Лещенко, С.И.Овчаренко, Е.И.Шмелев/под ред. проф. А.Г.Чучалина.-М., 2004.-63 с.

10. The effect of antiallergic intranasal formulations on ciliary beat frequency of human nasal epithelium in vitro [Text]/J.Alberty, W.Stoll//Allergy.-1998.-Vol.53.-P.986-989.

11. Ciliary beat frequency in human bronchi and bronchioles [Text]/Clary-Meinesz C. [et al.]/Chest.-1997.-Vol.111.-P.692-697.

12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Executive summary. Updated 2003 [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.goldcopd.com.

13. Endonasal sinus surgery improves mucociliary transport in severe chronic sinusitis [Text]/Hafner B. [et al.]/Am. J. Rhinol.-1997.-Vol.11, Pt 4.-P.271-274.

14. Nasal ciliary beat frequency is age independent [Text]/M.Jorissen, T.Willems, B.Van der Schueren//Laryngoscope.-1998.-Vol.108, Pt 7.-P.1042-1047.

15. Mucociliary clearance in patients with cystic fibrosis and in normal subjects [Text]/Regnis LA. [et al.]/Ibid.-1994.- Vol. 150, Pt 1.-P.66-71



УДК 616.248:616.33-002.44/.446:616.89-008.454

Е.А.Устюжанина, Г.М.Чернявская, Э.И.Белобородова, Н.А.Корнетов, Г.В.Максименко

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С НАЛИЧИЕМ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Сибирский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница, Томск*

РЕЗЮМЕ

В работе оценена встречаемость и особенности течения тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных бронхиальной астмой (БА) в зависимости от наличия сопутствующих эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны и изучено влияние ТДР на течение БА. Тревожно-депрессивные расстройства выявляли, используя шкалы Бека и Цунга для самооценки депрессии и шкалу Шихана для самооценки тревоги. Тревожно-депрессивные расстройства выявлены у 87 (78%) из 112 опрошенных больных, из них у большинства имела место депрессия средней степени, которая нуждалась в терапии с возможным применением антидепрессантов.

Доминируют сочетанные расстройства в виде депрессии и тревоги. Установлено, что риску развития ТДР подвержены лица более старшего возраста. У больных при микст-патологии ТДР выражены в большей степени.

SUMMARY

E.A.Ustuzanina, G.M.Chernyavskaya,
E.I.Beloborodova, N.A.Kornetov, G.V.Maksimenko

DEPRESSION DISORDERS LEADING TO EROSIVE ULCER LESIONS OF GASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

The paper describes anxiety-depression disorders (ADD) in patients with bronchial asthma (BA) complicated with concomitant erosive ulcer

lesions of gastroduodenal zone. ADD effect on BA has been studied. We used Bec and Zung scale to determine self-appraisal of depression and Shikhan scale to reveal self-appraisal of anxiety. Anxiety-depression disorders were revealed in 87 (78%) out of 112 patients. Most of them had depression which required treatment with antidepressants. Combined disorders involving depression and anxiety prevail. It was found that patient in old age group have a higher risk of developing ADD. Patients with mixed pathology have a more pronounced ADD.

В отечественной и зарубежной литературе в последние годы уделяется большое внимание проблеме психического состояния больных при различных соматических заболеваниях [1, 5, 7, 13, 14, 17, 20, 21]. Среди психических расстройств у больных соматическими заболеваниями депрессии регистрируются в 4,8-7,4% (в общей поликлинической сети – 10%). Э.Б.Дубницкая [12] отмечает, что сочетание депрессивного расстройства относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента больных, с одной стороны, а с другой – негативно влияющих на течение и прогноз соматического заболевания.

Болезни органов дыхания являются такими социально значимыми заболеваниями, при которых психопатологические нарушения встречаются довольно часто [2, 9, 11, 15, 22]. Среди них все большее внимание привлекает бронхиальная астма (БА). Несмотря на разноречивые мнения о том, является ли БА психосоматической патологией, нельзя не признать значительной роли психоэмоциональных процессов в возникновении, течении и лечении этого заболевания [10, 16, 18, 19]. В связи с этим обоснованными являются анализ психологических особенностей больных с БА для решения вопроса о необходимости психофармакологической коррекции при данном заболевании. Актуальность этой проблемы, по мнению Корнетова Н.А. диктуется потребностями практической медицины, необходимостью разработки дифференцированных подходов к выбору медикаментозной терапии и методов психокоррекции [7].

Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, изменяя течение БА. В частности, патология желудочно-кишечного тракта при БА, по данным ряда авторов, встречается весьма часто [3, 4, 6, 8], однако, многие ключевые вопросы, касающиеся сочетания эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) и БА остаются недостаточно изученными. К этим вопросам могут быть отнесены: психосоматические особенности течения ЭЯП ГДЗ и БА в условиях их сочетания и взаимовлияния; подходы к диагностике и принципы лечения больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ с учетом психопатологических нарушений.

Цель исследования: изучить распространенность и характер тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных БА с наличием эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны в условиях их сочетания и взаимовлияния; оценить влияние

тревно-депрессивных расстройств на течение БА. Задачи исследования: изучить частоту встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой смешанного генеза с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны, их влияние на течение бронхиальной астмы; изучить особенности течения тревожно-депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой с ЭЯП ГДЗ; исследовать особенности течения бронхиальной астмы смешанного генеза при ее сочетании с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны и наличии ТДР.

Материал и методы

В исследование были включены 112 пациентов (65 женщин и 47 мужчин), имеющих бронхиальную астму смешанного генеза разной степени тяжести в возрасте от 18 до 65 лет. Диагноз БА, ее форма, степень тяжести верифицировался согласно критериям проекта GINA (1996, 2002) и в соответствии с положениями Международной классификации болезней X пересмотра.

В соответствии с поставленными задачами и необходимостью изучения влияния ТДР на течение БА больные были разбиты на 2 группы. Группу 1 (n=87) составили больные с наличием ТДР. Эта группа (основная) в зависимости от наличия эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны была разделена на подгруппы: 1а (n=54) с ЭЯП ГДЗ и 1б (n=33) без клинко-эндоскопических признаков ЭЯП ГДЗ.

Группу 2 (n=25) составили пациенты с БА без ТДР; подгруппу 2а (n=10) составили больные, имеющие ЭЯП ГДЗ, подгруппу 2б (n=15) – больные, не имеющие ЭЯП ГДЗ.

Всем пациентам наряду с методами, предусмотренными стандартами обследования больных БА, с помощью специальных опросников выявляли наличие ТДР. Для анализа состояний депрессии и тревоги применялись оценочные шкалы. Для оценки тревоги использовали шкалу Шихана, для самооценки депрессии применяли шкалы Бека и Цунга. Диагноз ЭЯП ГДЗ подтверждался эндоскопически. Исследование проводили по общепринятой методике панэндоскопом фирмы «Olympus» (Япония). При эндоскопическом описании патологических изменений слизистой оболочки желудка и ДПК у обследованных больных использовались критерии Сиднейской системы (1990, 1996). Больным проводилось исследование ФВД путем анализа кривой «поток-объем» и показателей спирометрии с использованием компьютерного анализатора «Flowscreen» (Erich Jaeger, Германия). Для интерпретации полученных показателей использовались рекомендации Европейского Респираторного общества (1993).

Для статистического анализа данных использованы: пакет прикладных программ «Statistica-6.0», «Stat. Soft. Inc.», USA и статистическая медикобиологическая программа «Biostat – 4.03». Статистическая оценка параметров распределения признака в генеральной совокупности проведена с применением Shapiro-Wilk's test. Количественные данные описаны в зависимости от параметров распределения. Признаки, имеющие

нормальное распределение описаны среднеарифметическим значением (M) и среднеквадратичным отклонением (s) в формате $M(s)$. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, не имеющих нормального распределения, описаны медианой (Me) и интерквартильным размахом (LQ-25-й процентиль; UQ-75-й процентиль) в формате $Me (LQ-UQ)$. Использованные статистические критерии и методы для сравнения групп по количественному, качественному признакам, в зависимости от вида распределения: Т-критерий (Mann-Whitney test); χ^2 -критерий с поправкой Йетса (Yates corrected chi-square test). Статистически значимыми различия показателей считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показал, что среди больных 1 группы преобладали пациенты более старшего возраста. Средний возраст больных 1 группы составил 45,08 (11,08) лет, что достоверно ниже, чем во 2 группе – 32,24 (10,04) года ($p = 0,015$).

Как в группе 1, так и в группе 2 преобладали женщины – 51 (58,6%) и 14 (56%) человек, соответственно, мужчин в группе 1 было 36 (41,4%), в группе 2 – 11 (44%) человек, соответственно, и статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p = 0,81$).

Анализ клинической картины показал различия в течении БА между больными 1 и 2 групп. В 1 группе преобладали больные с более тяжелым течением БА (ТБА) и выявлены достоверные различия по степени тяжести БА между основной и контрольной группами ($p_{1-2} = 0,004$). Об этом также свидетельствует корреляционная зависимость выраженности ТДР и степени тяжести БА ($r_{Бек} = 0,3638$, $p = 0,0001$; $r_{Цунг} = 0,3574$, $p = 0,0001$; $r_{Шихан} = 0,3577$, $p = 0,0001$). Анализ базисной и ситуационной противоастматической терапии больных БА также показал достоверно высокий уровень применения препаратов у больных 1 группы ($p = 0,002$; $p = 0,001$; $p = 0,001$).

У больных БА 1 группы были достоверно более низкие исходные показатели ФВД по сравнению с контрольной группой (табл. 1).

Давность заболевания БА в обследованных группах больных была различна. Причем, среди больных 1 группы давность заболевания БА до 1 года отмечена только в 5,8% случаев, от 1 до 5 лет – в 27,6%, от 6 до 10 лет – в 35,6%, более 10 лет – в 31% случаев. В группе 2, напротив, преобладали больные с продолжительностью заболевания БА до 5 лет (76%). Таким образом, для больных БА с наличием ТДР характерна достоверно большая продолжительность БА ($p = 0,0003$), и с увеличением продолжительности БА встречаемость ТДР увеличивается (рис. 1).

При анализе длительности обострений среди больных 1 группы до 1 месяца отмечены у 33 человек (37,9%), а длительностью от 1 до 2 месяцев – у 37 человек (42,5%). В группе 2 – у 14 (56%) и 9 (36%) человек, соответственно. Длительность обострений более 2 месяцев у больных 1 группы выявлена у 17 (19,5%) человек, а среди больных 2 группы такая длительность обострений не наблюдалась (рис. 1). Таким образом, для больных БА с наличием ТДР характерна статистически достоверно большая продолжительность обострений БА по сравнению с больными БА без ТДР ($p = 0,04$).

Обнаруженные закономерности подтверждает корреляционная зависимость степени выраженности ТДР от давности заболевания ($r_{Бек} = 0,3246$, $p = 0,0003$; $r_{Цунг} = 0,3054$, $p = 0,0003$; $r_{Шихан} = 0,3537$, $p = 0,0001$) и длительности обострения БА ($r_{Бек} = 0,2985$, $p = 0,0034$; $r_{Цунг} = 0,3021$, $p = 0,0021$; $r_{Шихан} = 0,3367$, $p = 0,0001$).

Таким образом, течение ТДР тесно связано с течением БА, продолжительностью болезни и длительностью обострений БА. Вопрос о первичности и вторичности психосоматических взаимоотношений решить сложно. Можно предполагать взаимовлияние: БА у предрасположенных больных создает условия для формирования ТДР, которые, в свою очередь, способствуют более тяжелому течению БА.

Таблица 1

Исходные показатели ФВД у больных групп БА в % к должному $Me (LQ-UQ)$

Параметры	Группа 1 (n=87)	Группа 2 (n=25)	p (Т-критерий)
FVC	78,5 (58,2-98,6)	90,9 (60,3-96,7)	$p_{1-2} = 0,074$
FEV ₁	61,5 (38,7-74,4) ²	72,3 (49,6-80,5) ¹	$p_{1-2} = 0,026$
FEV ₁ /FVC	76,3 (65,3-86,0) ²	81,7 (76,6-87,3) ¹	$p_{1-2} = 0,034$

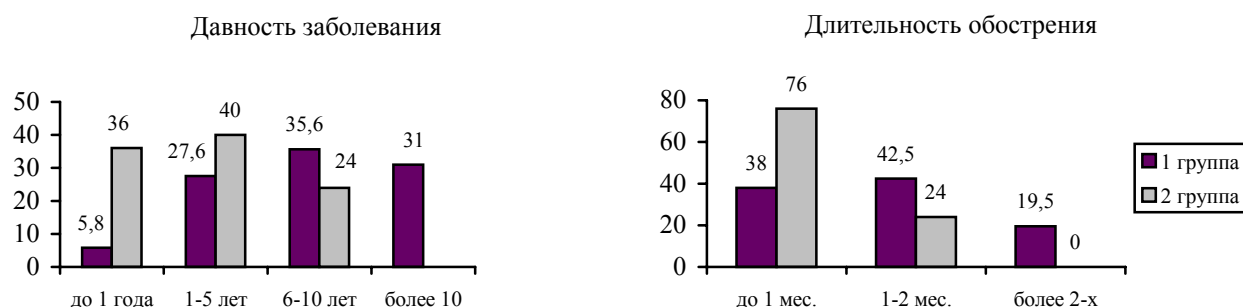


Рис. 1. Распределение больных БА по давности заболевания и длительности обострения (%).

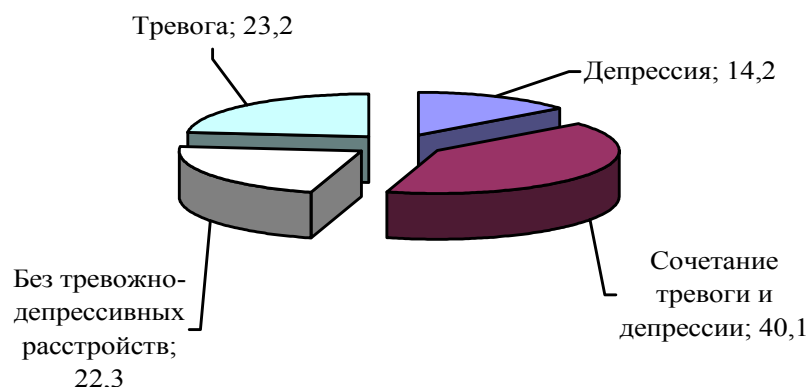


Рис. 2. Структура тревожно-депрессивных расстройств у больных БА (%).

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 проявлением нарушения моторно-эвакуаторной функции. Диспепсический симптомокомплекс наблюдался у 90 больных (80,3%) и имел тенденцию к нарастанию при утяжелении БА. Так, диспепсические явления у больных ТБА выявлены в 91,6% (44/48), что достоверно выше, чем при легкой БА – 50% (5/10) случаев, $p=0,006$. Причем у больных БА с ТДР диспепсический синдром встречался достоверно чаще ($p=0,01$), чем у больных БА без ТДР (85 и 64%, соответственно). Таким образом, БА у больных с наличием ТДР имеет место «диспепсический орнамент», а частота выявления диспепсической симптоматики достоверно выше, чем среди больных БА без психических нарушений.

Исследование психоэмоциональной сферы выявило наличие тревожных и депрессивных расстройств у 87 больных (77,7%). Следует отметить, что пациенты никогда не обращались за медицинской помощью по поводу депрессивного состояния и не лечились. Доминировали сочетанные расстройства (тревога и депрессия) у 40,1% больных БА, тревожные расстройства без депрессии выявлены у 23,2% больных, депрессивные расстройства без тревоги – у 14,2 % больных БА (рис. 2).

Удельный вес депрессивных расстройств в соответствии с критериями опросника Бека составил 41% (46 больных). В соответствии с критериями опросника Цунга депрессивные расстройства у больных БА выявлены у 38 человек (34%).

У больных БА обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. Имела место полиморфная вегетативная симптоматика: потливость, приступы головокружения, приступы поноса, приливы жара или озноб. В соответствии с критериями опросника Шихана у 71 больного (63,3%) выявлены тревожные расстройства. Полученные данные подтверждают мнение о том, что тревога является неотъемлемой составной частью депрессивных расстройств.

Степень психологических изменений у больных

основной группы с тяжелым и среднетяжелым течением БА (СБА) не отличается. Так, при тяжелом течении БА не отмечено достоверного повышения уровня депрессии по шкалам Бека ($p=0,805$) и Цунга ($p=0,904$) и уровня тревоги по шкале Шихана ($p_{\text{СБА-ТБА}}=0,682$) в сравнении с БА средней степени тяжести. По частоте наличия депрессивного расстройства и тревоги различия между среднетяжелой 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 больных ЭЯП ГДЗ присутствовали у 64 пациентов (57%). У 54 больных БА 1 группы было выявлено сочетание с ЭЯП ГДЗ (подгруппа 1а). У 33 больных БА (подгруппа 1б) не выявлены ЭЯП ГДЗ. В группе 2 ЭЯП ГДЗ были у 10 больных, которые составили подгруппу 2а. БА без ЭЯП ГДЗ (подгруппа 2б) присутствовала у 15 больных. Таким образом, частота ЭЯП ГДЗ среди больных 1 и 2 групп (подгруппы 1а и 2а) составила 62 и 40%, соответственно ($p=0,044$). Риск развития ЭЯП ГДЗ у больных с тревожно-депрессивными расстройствами в 1,55 раз выше, чем у пациентов, не имеющих тревожно-депрессивных расстройств (табл. 2).

Установлено, что ЭЯП ГДЗ одинаково часто встречались как при среднетяжелой (43,4%), так и при тяжелой БА (56,6%) у больных 1 группы ($p=0,73$) и при легком течении у больных БА 2 группы ($p=0,85$). Приведенные данные говорят о том, 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 1а уровень депрессии по шкале Бека был достоверно выше, чем у больных подгруппы 1б ($p=0,003$). 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. 3).

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 ТДР играют определенную роль в формировании ЭЯП ГДЗ у больных БА.

Таким образом, формирование ТДР при БА является, вероятно, одним из факторов, обуславливающих высокую частоту ЭЯП ГДЗ при этом заболевании. Причем сочетанное течение БА и ЭЯП ГДЗ увеличивает степень психологического напряжения и усиливает ТДР, что необходимо учитывать при ведении этой категории больных.

Выводы

1. Тревножно-депрессивные нарушения встречаются у 78% больных бронхиальной астмой 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 бронхиальной астме. У подавляющего большинства больных бронхиальной астмой с ТДР (89%) имеет место среднетяжелая выраженность депрессии, и они нуждаются в медикаментозной коррекции депрессивного синдрома. При сочетанном течении бронхиальной астмы с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны ТДР встречаются чаще и выражены в большей степени.

2. Особенностью тревожно-депрессивных расстройств при бронхиальной астме является их тесная связь с течением, тяжестью, длительностью заболевания и продолжительностью обострений. Риску развития ТДР подвержены больные БА более старшего возраста. Встречаемость тревожно-депрессивных расстройств не зависит от пола. Это противоречит данным ВОЗ и Национального института психологического здоровья США о том,

что женщины страдают депрессией чаще, чем мужчины.

3. Ведущее место в клинической картине бронхиальной астмы с наличием тревожно-депрессивных расстройств занимает диспептический симптомокомплекс (80,3%), частота которого нарастает с утяжелением бронхиальной астмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Изменение психологического профиля личности у больных бронхиальной астмой [Текст]/В.Г.Акшулакова//Нетрадиционные методы диагностики и лечения.-Алма-Ата, 1989.-С.17-19.
2. Личностные особенности и невротоподобные расстройства у больных бронхиальной астмой в связи с лечебно-профилактическими задачами [Текст]/А.Н.Арипов, Н.Б.Фельдман//Актуальные вопросы терапии.-Ташкент, 1989.-Ч.2.-С.3-7.
3. Клинико-патогенетические параллели при вторичных эрозиях и изъязвлении слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных неспецифическими заболеваниями легких [Текст]/Н.А.Бирг //Морфология и магнитобиология.-Чебоксары, 1985.-С.85-88.
4. Хронические неспецифические заболевания легких и гастродуоденальные язвы при их сочетанном течении [Текст]/Н.А.Бирг//Тер. архив.-1991.-№7.-С.147-152.
5. Структура пограничных психических расстройств при психосоматических заболеваниях [Текст]/Л.Д.Богомолова//Съезд психиатров России, 12-й.-М., 1995.-С.242-243.
6. Особенности течения язвенной болезни при хронических неспецифических заболеваниях легких [Текст]/Кириллов С.М. [и др.]/Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1995.-№5 (3, прил. 1).-С.114, №347.

Таблица 2

Распределение больных БА в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ

Исследуемые группы	ЭЯП ГДЗ		Без ЭЯП ГДЗ	
	абс.	%	абс.	%
Группа 1 (n=87)	54	62	33	38
Группа 2 (n=25)	10	40	15	60

Примечание: χ^2 -критерий; $p_{1-2}=0,044$ – имеются различия между группами по частоте наличия изучаемого признака.

Таблица 3

Уровень депрессии (УД) и тревоги (УТ) (в баллах) у больных БА 1 группы в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ (n=87)

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

Примечание: χ^2 критерий с поправкой Йетса.

7. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия [Текст]/Н.А.Корнетов.-Томск: Сибирский издательский дом, 2001.-130 с.
8. Особенности течения бронхиальной астмы, сочетанной с патологией органов пищеварения [Текст]/А.В.Ломоносов: автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Саратов, 1998.-16 с.
9. Опыт организации клуба реабилитационной помощи больным бронхиальной астмой [Текст]/А.А.Маевский/Врач. дело.-1992.-№4.-С.77-79.
10. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой [Текст]/Палеев Н.Р. [и др.]/Клин. мед.-1997.-№9.-С.16-19.
11. Психические нарушения у больных с неспецифическими заболеваниями легких [Текст]/Л.А.Подrezова, Н.К.Черейская, Н.В.Мартынова/Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии: материалы науч.-практ. конф.-Кисловодск, 1994.
12. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями [Текст]/Э.Б.Дубницкая/Психиатрия и пси-хофармакотерапия.-2000.-Т.2, №2.-С.40-45.
13. Нарушения психических процессов при бронхиальной астме у детей и пути их коррекции [Текст]/Э.Г.Симерницкая, С.Н.Лев, Л.Л.Кирсанов //Симпозиум соц. стран по проблемам детской пульмонологии, 15-й: материалы.-1989.-С.178-179.
14. Psychological of patients with chronik obstructive pulmonary disease [Text]/J.Borak//Pneumol. Pol.-1981.-Vol.57, №6.-P.346-350.
15. Changes in self-concept during pulmonary rehabilitation [Text]/L.Kersten//Heart and Lung.-1990.-Vol.19, №5.-P.456-462.
16. Asthma and emotion: a review [Text]/P.M.Lehrer, S.Isenberg, S.M.Hochron//J. Asthma.-1993.-Vol.30.-P.5-21.
17. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysema (CBE) [Text]/L.Moody, K.McCormik, A.Williams//J. Behav. Med.-1990.-Vol.13, №3.-P.297-306.
18. Stressinduced breathlessness in asthma [Text]/S.Rietveld, I. van Beest, W.Everaerd//Psychol. Med.-1999.-Vol.29.-P.1359-1366.
19. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children [Text]/Sandberg S. [et al.]/Lancet.-2000.-Vol.356.-P.982.
20. Breathing: the consequences of chronic respiratory disorder [Text]/S.J.Williams, M.R.Buru//Int. Disabil. Stud.-1989.-Vol.11, №3.-P.114-120.
21. Impairment, disability and handicap in chronic respiratory illness [Text]/S.J.Williams, M.R.Bury//Soc. Sci. Med.-1989.-Vol.29, №5.-P.609-616.
22. Anxiety and illness behavior in bronchial asthma [Text]/Woller W. [et al.]/Pneumologie.-1990.-Vol.44.-Suppl.1.-P.114.



УДК 611-018.5

В.А.Фигурнов, С.С.Целуйко, Н.П.Красавина, А.В.Фигурнов, Е.В.Фигурнова

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СГУСТКА КРОВИ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Амурская государственная медицинская академия,
областная клиническая инфекционная больница,
Амурская областная станция переливания крови, Благовещенск*

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты 25-летнего исследования сгустка крови у доноров (14558 человек) и при бронхолегочной патологии (367 больных). Выявлены дополнительные образования сгустка крови «шапка», «клин», определено количественное содержание фибрина в сгустке крови, изучены гистоморфологические особенности этих образований в норме и патологии. Проведено исследование мазков крови из содержимого сгустка, а также нативных препаратов из содержимого «шапки» сгустка. Представлены результаты изучения возможности выделения HBSAg из составной части сгустка – «шапки» сгустка при бронхолегочных заболеваниях.

V.A.Figurnov, S.S.Tseluiko, N.P.Krasavina,
A.V.Figurnov, E.V.Figurnova

SOME PECULIARITIES OF BLOOD CLOT IN BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY

SUMMARY

The paper describes the results of 25-year study of blood clot in donors (14558 people) and in bronchopulmonary pathology (367 patients). We found additional blood clot formations "cap", "cline", determined the quantitative fibrin content in the blood clot, studied histo-morphological characteristics of these formations in normal and