

influence of corticosteroids // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2005. Vol.5. P.43–48.

14. The advance of therapeutical medication of mucus hypersecretion in chronic airway inflammation /

Zhou X.D. [et al.] // Chin. Pharmac. 2004. Vol.13, №4. P.366.

15. Zhou X.D. Clinical application and evaluation of expectoratum // Chin Pharmac. 2005. Vol.14, №7. P.16–18.

Поступила 18.08.2010

Андрей Николаевич Оди́реев, старший научный сотрудник,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;
Andrey N. Odireev,
22 Kalinin Str., Blagoveschensk, 675000;
E-mail: cfpd@amur.ru



УДК 616.248-89-008.454:612.225/612.013

Н.Л.Перельман

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД ЗАБОЛЕВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
Благовещенск

РЕЗЮМЕ

С целью оценки взаимосвязи тревожно-депрессивных состояний и достижения контроля болезни обследованы 111 больных бронхиальной астмой (БА) различной степени тяжести с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Уровень контроля БА оценивали с помощью АСТ-теста. В результате исследования, проведенного в контрастные сезоны года (зимний и летний), установлено, что уровень контроля болезни зависит от наличия и степени выраженности тревоги и депрессии. Разработана дискриминантная модель, позволяющая осуществлять сезонное прогнозирование неконтролируемого течения БА на основании степени выраженности тревоги и депрессии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, тревога, депрессия, контроль болезни.

SUMMARY

N.L.Perelman

INFLUENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION ON BRONCHIAL ASTHMA CONTROL

To estimate the relationship between the states of anxiety and depression and control of the disease, 111 patients with bronchial asthma of different severity were examined with the help of Hospital anxiety and depression scale. The level

of BA control was estimated with ACT. As a result of the research done in the contrast seasons of the year (winter and summer), it was established that the level of the disease control depends on the presence and the degree of anxiety and depression intensity. The discriminant model has been developed and it allows to carry out a seasonal prediction of non-controlled BA clinical course on the basis of the degree of anxiety and depression intensity.

Key words: bronchial asthma, anxiety, depression, control of the disease.

Известно, что хронические респираторные заболевания связаны с повышенным риском появления тревожности, депрессии и других психических нарушений [9, 15]. По данным M.Cordina et al. [8], более половины больных бронхиальной астмой (БА) в амбулаторной практике имеют клинически значимые уровни тревожности. Депрессивные состояния также нередки среди больных БА и встречаются существенно чаще, чем в общей популяции [2, 4, 12].

Есть мнение, что высокая частота встречаемости и большая степень выраженности тревоги и депрессии способствуют ухудшению уровня контроля БА [3, 16]. Депрессия снижает адаптационные возможности пациента, может служить фактором, ухудшающим прогноз болезни, в большей степени, чем хронические соматические заболевания, препятствует полноценной жизнедеятельности [1]. Клинически

очерченная депрессия у больных БА усложняет процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента, приводит к инвалидизации [7]. Несмотря на улучшение диагностики и лечения, появление новых препаратов, в клинической практике лишь у 5% больных удается полностью достичь целей лечения, соответствующих Глобальной стратегии профилактики и лечения бронхиальной астмы [11]. Не определено прогностическое влияние психоэмоциональных расстройств на уровень контроля БА, частности у больных с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей (ХГРДП).

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 111 больных БА обоего пола в возрасте от 18 до 70 лет, в том числе 33 пациента с БА легкого течения, 55 – среднетяжелого и 24 – тяжелого течения. Все пациенты были разделены на две группы. Уровень контроля БА оценивали с помощью АСТ-теста, который содержит 5 вопросов с 5-балльной оценкой ответов: 25 баллов означали полный контроль БА, 20-24 – неполный контроль, 19 баллов и меньше – отсутствие контроля (уровень контроля оценивался за последние 4 недели). В 1 группу вошли больные (51 человек) с контролируемой (оценка по АСТ-тесту 25 баллов) и частично контролируемой (от 20 до 24 баллов) БА, во 2 группу – 65 человек с неконтролируемой (5-19 баллов) БА.

Наличие ХГРДП определялось клинико-анамнестическим методом при помощи вопросника [6], а в случае легкой и среднетяжелой БА подтверждалось результатами бронхопровокационной пробы изокапнической гипервентиляции холодным воздухом.

Для оценки выраженности тревоги и депрессии использовали скрининговый вопросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) [18]. На момент обследования ни один пациент не получал антидепрессантов и не состоял на учете у психиатра.

Полученные данные обработаны стандартными методами вариационной статистики. Для определения достоверности различий между средними значениями сравниваемых параметров использовали критерий Стьюдента (парный, непарный). В случае негуссовых распределений использовали непарметрический критерий сравнения Вилкоксона-Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. По данным корреляционного анализа определяли коэффициент корреляции Пирсона (r). Анализ распространенности признака в сравниваемых группах (частота альтернативного распределения) проводили по критерию χ^2 для четырехпольной таблицы. При проведении дискриминантного анализа определялась дискриминантная функция с вероятностью различий не менее 95%, и выводилось дискриминантное уравнение.

Результаты исследования и их обсуждение

Первоначальное обследование больных, находившихся на адекватной базисной терапии, проводилось в зимний период года. По данным тестирования с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей совокупности обследованных больных БА наличие клинической и субклинической тревоги выявлено у 69 человек (59%). Число больных с тревогой увеличивалось по мере нарастания тяжести заболевания (рис. 1). Наличие депрессии выявлено нами у 40% больных БА. Как и в случае с тревогой обнаружена отчетливая тенденция к увеличению числа больных с депрессией по мере усугубления степени тяжести заболевания (рис. 2).

По данным повторного обследования, проведенного через 6 месяцев с помощью АСТ-теста, установлено, что полный и частичный контроль был достигнут у 43% больных с наличием ХГРДП и у 47% больных с отсутствием ХГРДП. Соответственно 57% пациентам с наличием ХГРДП и 53% без ХГРДП достичь контроля БА не удалось.

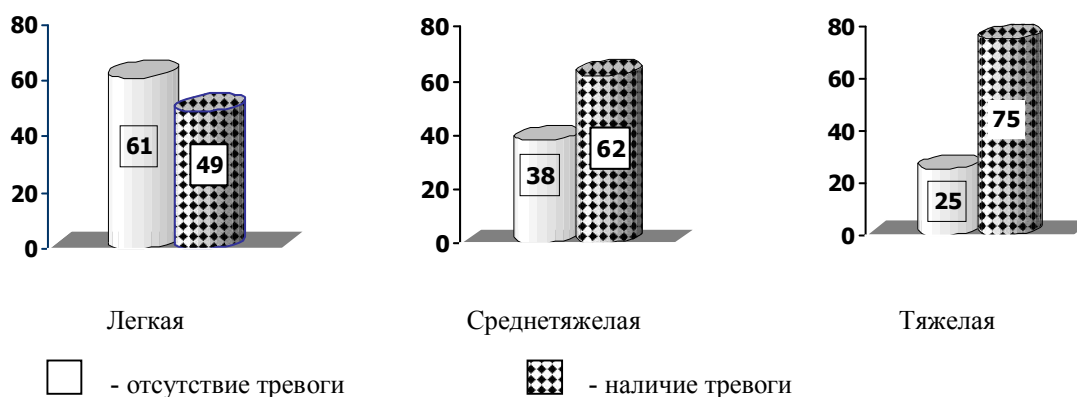


Рис. 1. Частота тревожных расстройств в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы (в %).

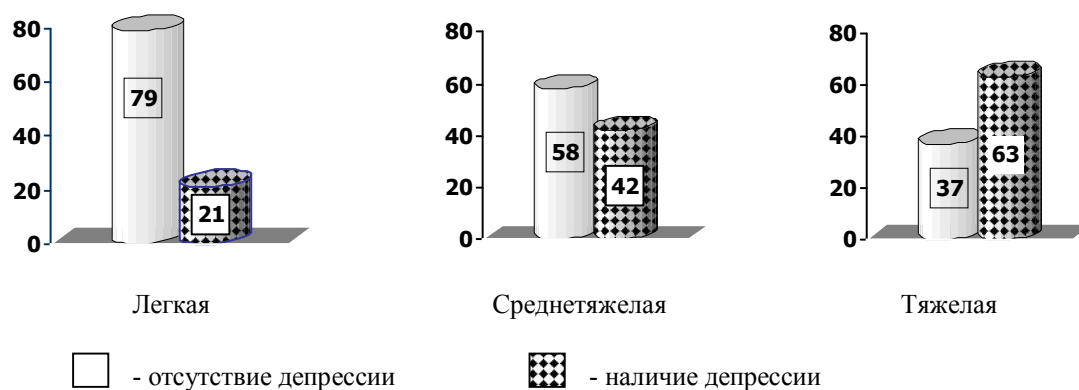


Рис. 2. Частота депрессивных расстройств в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы (в %).

С целью оценки взаимосвязи контроля над заболеванием с выраженностью тревожно-депрессивных состояний были сформированы две группы. В 1 группе (с контролируемой и частично контролируемой БА) оказались все пациенты с легким течением и часть пациентов со среднетяжелым течением болезни. Группа 2 (с неконтролируемой БА) включала пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением. Количество больных с тревогой и депрессией в 1 группе составило 21% (средняя выраженность тревоги по HADS составила $10,6 \pm 1,11$, депрессии – $5,4 \pm 0,68$ баллов), во 2-й – 56% (средняя выраженность тревоги – $9,8 \pm 0,69$, депрессии – $7,1 \pm 0,53$ баллов).

Обращает внимание высокий уровень тревоги в 1 группе пациентов, средний возраст которых составил $37,1 \pm 2,2$ лет, а стаж заболевания от 1 до 8 лет (во 2-й группе средний возраст составил $50,7 \pm 1,9$ лет, стаж заболевания – от 7 до 22 лет). Известно, что изменение статуса индивидуума со «здоровый» на «больной и/или пациент» является сильной эмоциональной травмой для молодого, социально активного человека, усугубляющейся страхом неизвестности. Вероятно, высокотревожные состояния больных первой группы являются исключительно ситуационно обусловленными. Показано, что молодой возраст в силу большого количества альтернативных мотиваций не позволяет больному в полной мере осознать опасность, которую представляет для него БА, что уменьшает силу стресса [3] и позволяет осуществлять более объективный контроль за проявлением симптомов заболевания. При проведении собеседования во время поступления больных в клинику констатируется, что пациенты 1 группы были более уверены в оценке своего эмоционального состояния.

Выраженность депрессии (по HADS) во 2 группе была существенно выше по сравнению с пациентами 1 группы. Известно, что сопутствующая психическая дисфункция ассоциируется с тяжелым и нестабильным течением БА, низким КЖ, плохим самочувствием, повышенным риском госпитализаций и плохой приверженностью к соматическому лечению [10, 13]. В то же время показано, что аффективное состояние может влиять на порог восприятия одышки [14], и, как следствие, это влечет недооценку тяжести клинических симптомов астмы и становится одной из при-

чин недостаточного контроля заболевания у значительной части больных. Так, по данным нашего исследования в группе с неконтролируемым течением заболевания более половины пациентов имели клинически выраженное тревожно-депрессивное состояние.

На начальном этапе исследования со всеми пациентами проводилось клиническое собеседование, которое пришлось на зимний период года. Часть больных БА контакт с холодным воздухом определяли как главный фактор, провоцирующий бронхоспазм и начало обострения заболевания. Впоследствии наличие ХГРДП у них подтверждалось данными специального вопросника и бронхопровокационной пробы. Ранее нами выявлено наличие достоверной зависимости уровня контроля над астмой от степени выраженности холодовой бронхоконстрикции ($r = -0,72$, $p < 0,01$) [5]. Достоверная разница функциональных показателей, ФЖЕЛ ($83,4 \pm 3,5$ и $97,0 \pm 2,5\%$ от должной величины, $p < 0,01$) и ОФВ₁ ($66,8 \pm 3,7$ и $76,8 \pm 3,1\%$ от должной величины, $p < 0,05$) между всеми обследованными больными с депрессией и пациентами, у которых она отсутствовала, демонстрирует негативное влияние депрессии на клинко-функциональные проявления БА. Депрессия, безусловно, усиливает клинические проявления, в первую очередь, дыхательный дискомфорт. Подобная ассоциация усугубляет состояние дистресса больного человека, и как следствие ведет к еще большей его дезадаптации, что находит наглядное отражение на уровне контроля над заболеванием.

Нами не выявлено количественных различий между группами 1 и 2 по признаку наличия или отсутствия ХГРДП, что демонстрирует независимое влияние тревоги и депрессии на уровень контроля. Близкие результаты получены W.Xu et al. [17] на модели больных с ХОБЛ, которые показали взаимосвязь наличия тревожно-депрессивных расстройств, в первую очередь депрессии, с увеличением частоты обострений и госпитализаций. Взаимосвязь депрессивных расстройств со степенью тяжести и контролем БА диктует необходимость обязательного выявления и лечения депрессии с целью повышения уровня контроля. Не менее важно определить прогностическую значимость коморбидных состояний, что позволит

длительно сохранять уровень уже достигнутого контроля и обеспечить его повышение.

На основании проведенного дискриминантного анализа разработана модель прогнозирования сезонного контроля над астмой в летний период года с применением оценки уровней тревоги (Т) и депрессии (Д) по HADS в предшествующую зиму:

$$d = 1,450 \times \Delta\text{ОФВ}_1 + 1,723 \times T + 2,089 \times D,$$

где d – дискриминантная функция, граничное значение которой составляет 23,90.

При d больше 23,90 прогнозируется отсутствие контроля над заболеванием. Вероятность ошибочной классификации составляет 2,7%.

Полученные зависимости уровня контроля во время летнего визита от степени выраженности тревоги и депрессии зимой диктуют необходимость поиска параметров, определяющих психоэмоциональное состояние пациента, и обладающих независимой прогностической значимостью, которые являются информативными факторами прогноза сезонного уровня контроля БА.

Выводы

1. Тревога и депрессия являются самостоятельными факторами, оказывающими негативное влияние на клиничко-функциональные проявления БА.

2. Высокая частота встречаемости тревожно-депрессивных состояний у больных БА, ассоциирующихся с низким уровнем контроля над заболеванием, диктует необходимость их планомерного выявления и лечения.

3. Определение уровня тревоги и депрессии у больных БА позволяет осуществлять сезонный прогноз достижения контроля заболевания с использованием разработанной дискриминантной модели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т.2, №2. С.40–45.

2. Клиническое течение, внутренняя картина болезни и нозогенные реакции у больных бронхиальной астмой / Овчаренко С.И. [и др.] // Тер. архив. 2001. №3. С.9–14.

3. Овчаренко С.И., Смулевич А.Б., Акулова М.Н. Контроль течения бронхиальной астмы: психосоматические соотношения и расстройства личности // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2009. №1 (32). С.22–25.

4. Перельман Н.Л. Влияние тревоги и депрессии на качество жизни больных бронхиальной астмой с

холодовой гиперреактивностью дыхательных путей // Дальневосточный медицинский журнал. 2009. №4. С.6–10.

5. Перельман Н.Л. Качество жизни больных бронхиальной астмой как фактор прогнозирования контроля болезни // Бюлл. физиол. и патол. дыхания. 2009. Вып.33. С.30–33.

6. Перельман Ю.М., Приходько А.Г. Диагностика холодовой гиперреактивности дыхательных путей: методические рекомендации. Благовещенск, 2004. 10 с.

7. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 432 с.

8. Anxiety and the management of asthma in an adult outpatient population / Cordina M. [et al.] // Ther. Adv. Respir. Dis. 2009. Vol.3, №5. P.227–233.

9. Dowson C.A., Cuijter R.G., Mulder R.T. Anxiety and self-management behavior in chronic pulmonary disease: what has been learned? // Chron. Respir. Dis. 2004. Vol.1. P.213–220.

10. Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes / Eisner M.D. [et al.] // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2005. Vol.94, №5. P.566–574.

11. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (Update 2009) / Available at www.ginasthma.com.

12. Kovacs M., Stauder A., Szedmak S. Severity of allergic complaints: the importance of depressed mood // J. Psychosomatic Research. 2003. Vol.54. P.549–557.

13. What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? / Lavoie K.L. [et al.] // Chest. 2006. Vol.130, №4. P. 1039–1047.

14. The use of reliever medication in asthma: the role of negative mood and symptom reports / Main J. [et al.] // J. Asthma. 2003. Vol.40, №4. P.357–365.

15. Singer H.K., Ruchinskas R.A., Riley K.C. The psychological impact of end-stage lung disease // Chest. 2001. Vol.120. P.1246–1252.

16. Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviors, and asthma control among adults in the United States with asthma, 2006 / Strine T.W. [et al.] // J. Asthma. 2008. Vol.45, №2. P.123–133.

17. Independent effect of depression and anxiety on COPD exacerbations and hospitalizations / Xu W. [et al.] // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2008. Vol.178, №9. P.913–920.

18. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol.67, №6. P.361–370.

Поступила 02.09.2010

Наталья Львовна Перельман, младший научный сотрудник,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;

Natalia L.Perelman,
22 Kalinin Str., Blagoveschensk, 675000;
E-mail: cfpd@amur.ru