

## ВЗАИМОСВЯЗЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

*Материал посвящен актуальной проблеме тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ. Установлено, что высокая частота встречаемости и выраженность тревожных и депрессивных расстройств при бронхиальной астме и ХОБЛ сопровождаются ухудшением контроля над астмой и более частыми обострениями ХОБЛ.*

*Для успешной реабилитации пациентов с БА и ХОБЛ целесообразно проведение их анкетирования с целью выявления тревоги и депрессии с последующим привлечением к сотрудничеству психотерапевтов и психиатров для коррекции выявленных нарушений.*

**Ключевые слова:** *бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, тревожное расстройство, депрессивное расстройство, реабилитация.*

**Zh.V. Antanovich, E.S. Spiridonov, E.A. Koreneva**

### **INTERRELATION OF BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE ILLNESS OF LUNGS WITH DISTURBING AND DEPRESSIVE FRUSTRATION**

*Article is devoted an actual problem of anxiety and depressive disorders in patients with asthma and COPD. It was determined that high frequency and severity of anxiety and depressive disorders during asthma and COPD are attended by the asthma control deterioration and more frequent exacerbations of COPD. For successful rehabilitation of patients with asthma and COPD it is expediently carrying out of their questioning for the purpose of anxiety and depressive disorders revealing with the subsequent attraction to cooperation of psychotherapists and psychiatrists for the correction of the revealed disorders.*

**Key words:** *asthma, chronic obstructive pulmonary disease, anxiety disorder, depressive disorder, rehabilitation.*

Эмоциональный фактор играет роль в течении бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), нередко затрудняя лечение, проведение реабилитационных мероприятий, а также увеличивая их стоимость [4, 13, 14, 15]. Многие исследования свидетельствуют о большей распространенности тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с БА и ХОБЛ, чем в среднем в популяции [14, 15].

Депрессивные расстройства (ДР) – группа аффективных расстройств, характеризующихся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего [10]. Типичная депрессия сопровождается классическими проявлениями, так называемой депрессивной триадой: плохое настроение (гипотимия), моторная и идеаторная заторможенность. Моторное торможение характеризуется постоянной однообразной позой пациента – сидя, низко опустив голову, или лёжа в постели: движения крайне замедлены, стремление к деятельности отсутствует. Идеаторное торможение проявляется замедленной тихой речью, трудностями переработки новой информации, нередко жалобами на резкое снижение памяти, невозможность сосредоточиться. Депрессии сопровождаются подавленным настроением, интеллектуальной и эмоциональной заторможенностью. Депрессивным состояниям присущи колебания настроения в течение суток с улучшением общего состояния, уменьшением интенсивности депрессии в вечернее время. Для депрессии также характерны расстройства сна – бессонница, неглубокий сон с частыми пробуждениями или отсутствием чувства сна [6].

Тревожные расстройства (ТР) – категория расстройств, характеризующихся сильным чувством тревоги. Наиболее распространенными психическими расстройствами среди взрослых людей являются фобии, посттравматические стрессы и одержимонавязчивые расстройства [7]. В клинической картине преобладает боязнь определённых ситуаций или объектов (внешних по отношению к объекту), не представляющих реальной опасности. В результате пациент обычно избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха, что может спровоцировать приступ обострения соматической патологии. Тревога различается по интенсивности от лёгкого дискомфорта до ужаса. Беспокойство пациента может быть сфокусировано на отдельных симптомах. Ощущение возможности попадания в фобическую ситуацию вызывает тревогу ожидания. Пусковой ситуацией расстройства служит место или ситуация, попадание в которую может вызвать панику. Например, приступ удушья случился именно в этом месте, и каждый раз, когда пациент попадает в это место, его преследует страх повторного приступа. В свою очередь, это паническое состояние и может спровоцировать очередной приступ удушья [6]. Также в ряде случаев наблюдается эпизодическая пароксизмальная тревожность, не связанная с определённой ситуацией или местом. Основная симптоматика данного приступа включает внезапное возникновение ощущения сердцебиения, удушья, тошноты, болей за грудиной и чувства

нереальности. При далеко зашедшем расстройстве употребляется термин «генерализованное тревожное расстройство» – распространенная и устойчивая тревога, не ограниченная или не вызванная преимущественно какими-либо особенными окружающими обстоятельствами. Доминирующие симптомы ТР изменчивы, но включают жалобы на тремор, ощущение страха, мышечное напряжение, потливость, головокружение, нервозность, дискомфорт в эпигастрии [6].

Нельзя не признать значительного вклада психоэмоциональных процессов в возникновение, развитие, течение БА, а также их роль в приверженности пациентов к лечению [2, 8]. В литературе описана взаимосвязь дефицита, либо избытка внимания со стороны матери к ребенку в детстве, последующим недостатком внимания со стороны окружающих и бронхоспазмом как средством привлечения внимания [1]. Эмоциональные нарушения, маскируя респираторные симптомы, могут затруднять диагностику или, наоборот, принимаются врачами за истинные приступы удушья или признаки передозировки  $\beta$ 2-агонистов, приводя к полипрагматии [11].

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

#### Материал и методы

В исследование включены 44 пациента с бронхообструктивными заболеваниями (23 пациента с БА и 21 – с ХОБЛ). Средний возраст пациентов с БА составил 54 года (от 47 до 61 года), группа включала 26% (6) мужчин и 74% (17) женщин. Средняя длительность БА была 9 лет (от 3 до 25 лет). Аллергическую форму БА имели 13% (3) пациентов, неаллергическую – 4% (1), смешанную – 83% (19) пациентов. У 17% (4) пациентов наблюдалось легкое персистирующее течение БА, у 74% (17) пациентов – среднетяжелое и у 9% (2) пациентов – тяжелое течение астмы. У 52% (12) пациентов была неконтролируемая БА, у 44% (10) – частично контролируемая БА, у 4% (1) – контролируемая БА. Средний возраст пациентов с ХОБЛ был 69 лет (от 60 до 77 лет). По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 76% (16) мужчин и 24% (5) женщин. Средняя длительность ХОБЛ была 10 лет (от 3 до 20 лет). У 38% (8) пациентов наблюдалась среднетяжелая ХОБЛ, у 43% (9) пациентов – тяжелая ХОБЛ и у 19% (4) пациентов – крайнетяжелая ХОБЛ. В группу контроля вошли 18 практически здоровых лиц. Средний возраст лиц контрольной группы составил 61 год (от 54 до 70 лет), их них 50% (9) мужчин и 50% (9) женщин. Статистически значимых различий по возрасту и полу между группами пациентов с БА и ХОБЛ и контрольной группой не было.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза и объективный осмотр пациента. Степень тяжести и уровень контроля БА оценивали по критериям GINA и Тесту по контролю над астмой [2, 12]. Тяжесть ХОБЛ определяли согласно GOLD [3].

Для выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии пациентам проводилось психологическое тестирование с использованием опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» [17]. В норме результа-

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, Me (25%-75%)	54 (51,5-59,5)	49 (22-63)
Мужчины, (% абс.) Женщины, (% абс.)	25 (3) 75 (9)	27 (3) 73 (8)
Форма БА, (% абс.) Аллергическая Неаллергическая Смешанная	9 (1) 9 (1) 82 (10)	18 (2) 0 82 (9)
Длительность заболевания, годы, Me (25%-75%)	17 (3,5-27,5)	5 (2-10)
Количество обострений в год, Me (25%-75%)	1 (0-3)	0 (0-2)
Базисная терапия, (% абс.) Принимают Не принимают	67 (8) 33 (4)	82 (9) 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, Me (25%-75%)	11 (8-13,5)*	20 (19-21)
ОФВ <sub>1</sub> , %, Me (25%-75%)	56 (56-63)	72 (68-82)
Выраженность тревоги, баллы, Me (25%-75%)	9 (4,5-12)	5 (3-9)
Выраженность депрессии, баллы, Me (25%-75%)	8,5 (5-11)**	4 (3-7)

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

ты теста составляют от 0 до 7 баллов, при наличии субклинически выраженной тревоги / депрессии – 8–10 баллов, клинически выраженной тревоги / депрессии – более 10 баллов [17].

Исследование показателей функции внешнего дыхания (ФВД), проводилось на компьютерном спирографе «МАС-1» (Беларусь). Определялись жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ<sub>1</sub>), ОФВ<sub>1</sub>/ЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ, пиковая объемная скорость выдоха (ПОСвд.), максимальная объемная скорость воздуха на уровне выдоха 25% ФЖЕЛ (МОС<sub>25</sub>), 50% ФЖЕЛ (МОС<sub>50</sub>), 75% ФЖЕЛ (МОС<sub>75</sub>), средняя объемная скорость воздуха за период выдоха от 25 до 75% ФЖЕЛ (СОС<sub>2575</sub>); проводился бронходилатационный тест с  $\beta_2$ -агонистом короткого действия.

Статистическую обработку данных выполняли в программе Statistica 8,0. Применялись критерии Шапиро-Уилка, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, Спирмена, Фишера,  $\chi^2$  Пирсона. Значения показателей приводятся в виде медиана (нижний квартиль – верхний квартиль) (Me (25%–75%)). За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза равную 95% ( $p < 0,05$ ).

#### Результаты и обсуждение

У 70% (31) пациентов были выявлены эмоционально-волевые расстройства (у 65% (15) пациентов с БА и

76% (16) – с ХОБЛ). ТР имели место у 52% (12) пациентов с БА и у 48% (10) – с ХОБЛ ( $p > 0,05$ ), 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 ( $p > 0,05$ ), клинически выраженная депрессия – у 13% (3) пациентов с БА и 43% (9) – с ХОБЛ ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов с БА выраженность тревоги составила 8 баллов (от 4 до 11 баллов), что соответствует субклинически выраженной тревоге, тогда как выраженность депрессии составила 6 баллов (от 4 до 9 баллов). Выраженность тревоги в группе пациентов с ХОБЛ составила 7 баллов (от 6 до 10 баллов), тогда как выраженность депрессии была 10 баллов (от 7 до 11 баллов), что соответствует субклинически выраженной депрессии. В группе контроля показатели выраженности тревоги и депрессии составили по 3 балла (от 2 до 5 баллов) и были статистически значимо ниже, чем в группах исследования ( $p < 0,01$ ).

Доля лиц с ТР в группе пациентов с неконтролируемой БА составила 67% (8 пациентов), а в группе пациентов с контролируемой БА – 36% (4 пациента) ( $p > 0,05$ ). Доля лиц с ДР в группе пациентов с неконтролируемой БА была в 6,4 раза выше, чем в группе пациентов с контролируемой БА и составила 58% (7 пациентов), тогда как в группе с контролируемой БА этот показатель составил 9% (1 пациент) ( $p < 0,05$ ), 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 по результатам Теста по контролю над астмой ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,05$ ), увеличением ограничения повседневной активности пациента ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,05$ ) и снижением оценки контроля БА самим пациентом ( $r = -0,53$ ;  $p < 0,01$ ), а наличие сочетания ТР и ДР сопровождалось ухудшением контроля над БА ( $r = -0,50$ ;  $p < 0,05$ ), увеличением ограничения повседневной активности пациента ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,01$ ), повышением частоты использования короткодействующих  $\beta_2$ -агонистов ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ) и снижением оценки контроля БА самим пациентом ( $r = -0,57$ ;  $p < 0,01$ ).

Доля курящих лиц в группе пациентов с БА составила 30% (7) пациентов и была в 2,2 раза ниже, чем в группе пациентов с ХОБЛ, где курящие составляли 67% (14) ( $p < 0,05$ ).

В группе пациентов с БА выявлены средней силы прямые корреляционные связи между выраженностью тревоги и курением табака ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,05$ ). Выраженность тревоги была в 2,2 раза выше в группе курящих пациентов с БА по сравнению с группой некурящих пациентов (11 баллов (8–13 баллов); 5 баллов (3–9 баллов), соответственно;  $p < 0,05$ ).

Характеристика пациентов с разными уровнями контроля над БА представлена в таблице 1.

Таким образом, статистически значимые различия между группами пациентов с неконтролируемой и контролируемой БА были получены по результатам Теста по контролю над астмой и выраженности депрессии, тогда как по выраженности тревоги различия не были статистически значимыми (таблица 1).

Нами установлено, что в группе пациентов с ХОБЛ повышение выраженности тревоги было сопряжено с

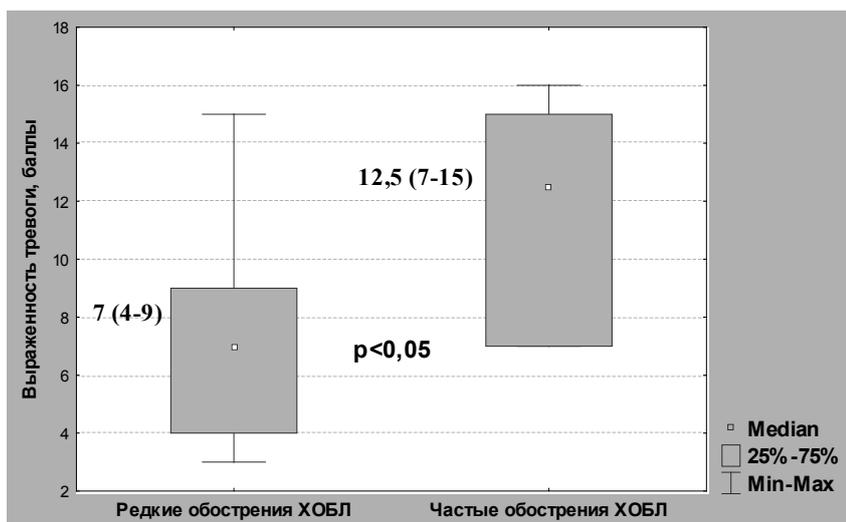


Рис. 1 – Выраженность тревоги в группах пациентов с редкими и частыми обострениями ХОБЛ, баллы

увеличением частоты госпитализаций ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ). Пациенты с ХОБЛ были разделены на 2 группы: 1) с частыми обострениями ХОБЛ ( $\geq 3$  обострений в год),  $n=6$ ; 2) с нечастыми обострениями ХОБЛ ( $< 3$  обострений в год),  $n=15$ . 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 пациентов с нечастыми обострениями ХОБЛ (рисунок 1).

Многочисленные данные свидетельствуют о тесной заинтересованности ЦНС в реализации бронхиальной обструкции [5, 9, 11, 13]. Одним из механизмов такой обструкции описано вытеснение, при котором происходит частичное бессознательное вытеснение тревожащего материала, при этом часть тревоги может быть проявлена, однако вытесненная часть создает постоянное напряжение, аналогично хроническому неконтролируемому стрессу, с соответствующими сдвигами в норадренергической нейромедиаторной системе, что ведет к определенным изменениям в иммунной системе, предрасполагающим к развитию БА [5].

По данным литературы контроль над БА и качество жизни пациентов с астмой при наличии у них депрессивных расстройств хуже, чем контроль над БА и качество жизни пациентов с астмой и тревожными расстройствами, а также контроль над астмой и качество жизни пациентов без эмоционально-волевых нарушений [16]. В нашей работе также установлено, что повышение выраженности депрессии сопровождается ухудшением контроля над БА, увеличением ограничения повседневной активности пациента и снижением самооценки контроля БА пациентом, а наличие сочетания тревожных и депрессивных расстройств сопряжено с ухудшением контроля над БА, увеличением ограничения повседневной активности, а также со снижением самооценки контроля БА пациентом и повышением частоты использования им короткодействующих  $\beta 2$ -агонистов. То есть, эмоциональные нарушения могут приниматься пациентом и врачом за истинные приступы удушья и приводить к

бесконтрольному применению  $\beta 2$ -агонистов короткого действия и полипрагмазии, увеличивая риск побочных эффектов лекарственных препаратов. У пациентов с ХОБЛ выявлено, что повышение выраженности тревоги сопровождается увеличением частоты госпитализаций, а выраженность тревоги в 1,8 раза выше в группе пациентов с частыми обострениями ХОБЛ по сравнению с группой пациентов с нечастыми обострениями ХОБЛ.

#### Выводы

1. У пациентов с БА и ХОБЛ установлена высокая частота встречаемости эмоционально-волевых расстройств (70%) и их выраженность, а также высокая частота сочетания тревожных и депрессивных расстройств (у 22% пациентов с БА и 38% пациентов с ХОБЛ).
2. Выраженность тревоги выше у курящих пациентов с БА по сравнению с некурящими ( $p<0,05$ ).
3. В группе пациентов с неконтролируемым течением БА по сравнению с группой пациентов с контролируемым течением астмы выше доля лиц с ДР и сочетанием тревожных и депрессивных расстройств, а также выше выраженность депрессии ( $p<0,05$ ).
4. Повышение выраженности депрессии и наличие сочетания тревожных и депрессивных расстройств сопровождаются ухудшением контроля над БА, увеличением ограничения повседневной активности пациента, повышением частоты использования короткодействующих  $\beta 2$ -агонистов и снижением самооценки контроля БА пациентом.
5. Для пациентов с ХОБЛ характерно преобладание ДР (у 64% пациентов), а также высокая частота выявления клинически выраженной депрессии (у 43% пациентов).
6. Повышение выраженности тревоги у пациентов с ХОБЛ сопряжено с увеличением частоты госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ.
7. Для успешной реабилитации пациентов с БА и ХОБЛ целесообразно проведение их анкетирования с целью выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии с последующим привлечением к сотрудничеству психотерапевтов и психиатров для коррекции выявленных нарушений.

#### Литература

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер, С.Л. Шишкин. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 319 с.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA) / под ред. Чучалина А.Г. – Пересмотр 2006. – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / под ред. А.С. Белевского. – Пересмотр 2011. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с.
4. Жукова, Т.П. Интегративная психотерапия в лечении больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой / Т.П. Жукова // Медицинский журнал. – 2005. – №1. – С. 46-49.
5. Лещинская, В.В. Характеристика психосоматических механизмов при бронхиальной астме и ревматоидном артрите / В.В. Лещинская // Материалы VII Междисциплинарной конференции по биологической

## Оригинальные научные публикации

психиатрии «Стресс и поведение». – С. 33-35.

6. *Психиатрия: национальное руководство* / под ред. Т.Б. Дмитриевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 291-555.

7. *Психология. А-Я. Словарь-справочник* / под ред. К.С. Ткаченко. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000. – 448 с.

8. *Психосоматические корреляции при бронхиальной астме* / Ф.Б. Березин [и др.] // Журнал невропатологии, психиатрии. – 1997. – № 97 (4). – С. 35-38.

9. *Руководство по клинической физиологии дыхания* / под ред. Л.Л. Шика, Н.Н. Канаева. – Л., 1980. – С. 21-61.

10. *Руководство по психиатрии* / под ред. А.С. Тиганова, А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.

11. *Can, R.E. Panic disorder and asthma: causes, effects and research implications* / R.E. Can // J. Psychosom. Res. – 1998. – Vol.44, №1. – P.43-52.

12. *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.

13. *Kuehn, B.M. Asthma Linked to Psychiatric Disorders* / B.M.

Kuehn // JAMA. – 2008. – Vol.299, №2. – P. 158-160.

14. *Putman-Casdorph, H. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Anxiety, and Depression: State of the Science* / H. Putman-Casdorph, S. McCrone // Heart Lung. – 2009. – № 38. – P. 34-47.

15. *Twin Study of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Asthma* / R.D. Goodwin [et al.] // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. – 2007. – Vol. 176. – P. 983-987.

16. *What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both?* / Lavoie [et al.] // Chest. – 2006. – Vol.130, №3. – P. 1039-1047.

17. *Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale* / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psy-chiatr. Scand. – 1983. – Vol.67. – P. 361-370.

Поступила 1.04.2013 г.