

Контроль течения бронхиальной астмы: психосоматические соотношения и расстройства личности

С.И. Овчаренко, А.Б. Смулевич, М.Н. Акулова

Бронхиальная астма (БА) приводит к снижению возможностей человека из-за ограничения всех составляющих (физических, психических, социальных) нормальной жизни, что делает это заболевание не только медицинской, но и социально-экономической проблемой [1–4]. В Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA, 2002 г.) подчеркивается, что для успешного лечения БА необходимо стремиться к достижению и поддержанию контроля над симптомами болезни, предотвращению обострений и связанной с БА смертности, поддержанию близкой к нормальной функции легких и нормального уровня активности, предотвращению развития необратимой бронхиальной обструкции и нежелательных эффектов терапии [1].

Оценка успешности терапии должна рассматриваться во времени, что и включает в себя такое понятие, как **уровень контроля БА**. В новой редакции GINA (2007 г.) понятие контроля над проявлениями БА стало основополагающим для оценки течения заболевания, введены понятия полностью контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой БА [5]. Главной целью лечения служит достижение полного контроля БА и высокого качества жизни у всех пациентов вне зависимости от степени тяжести заболевания, однако пока не определены прогностические факторы, влияющие на уровень контроля БА.

Наряду с демографическими, социальными и клиническими факторами в ряде работ изучалось влияние на течение БА **психических расстройств** (тревога, депрессия) [6–9], и полученные данные довольно противоречивы. Одни авторы рассматривают депрессию как причину тяжелого течения БА [8–11] и высокого уровня смертности [8–10], а другие исследователи считают, что выраженность тревоги и депрессии не влияет на течение БА [7]. Продемонстри-

ровано, что алекситимия (бедное воображение, неспособность отличить эмоциональные проблемы от физических нарушений) оказывает неблагоприятное влияние на течение БА – как самостоятельно, так и в сочетании с тревожно-депрессивными чертами [12–14]. Однако психические расстройства, а также отдельные личностные характеристики (алекситимия) рассматривались лишь с точки зрения их влияния на течение БА. До настоящего времени не определено прогностическое влияние на уровень контроля БА патохарактерологических и психопатологических расстройств у пациентов.

Одной из составляющих контроля заболевания является приверженность пациентов к проводимому лечению. Работы зарубежных исследователей, посвященные изучению приверженности больного к назначенной терапии, как правило, основываются на оценке комплайенса – понятия, которое отражает выполнение пациентом рекомендаций врача [15]. В России при изучении приверженности к лечению предлагают использовать более широкое понятие **кооперативности**, которое учитывает не только выполнение пациентом врачебных рекомендаций, но и его информированность относительно заболевания, характера терапии, доступность терапии, удовлетворенность от сотрудничества с врачом, искренность и др. [16]. До сих пор не рассматривалась связь кооперативности и уровня контроля над симптомами БА.

Изучение факторов, влияющих на контроль БА, в числе особенностей личности пациента и психических расстройств, может способствовать оптимизации подходов к терапии больных и улучшению прогноза. Особого внимания требуют взаимосвязи между кооперативностью больных и уровнем контроля БА. В связи с этим мы предприняли попытку изучить влияние на уровень контроля БА психопатологических и патохарактерологических расстройств личности, а также приверженности пациентов к противобронхиальной терапии.

Материал и методы

В исследование было включено 106 больных БА (83 женщины и 23 мужчины в возрасте от 17 до 74 лет, средний возраст – 48,9 года), прошедших курс стационарного или амбулаторного обследования и лечения в клинике факультет-

Светлана Ивановна Овчаренко – профессор, кафедра факультетской терапии № 1 лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова.

Анатолий Болеславович Смулевич – профессор, академик РАМН, Научный центр психического здоровья РАМН.

Мария Николаевна Акулова – канд. мед. наук, врач-пульмонолог клиники факультетской терапии им. В.Н. Виногоградова ММА им. И.М. Сеченова.

ской терапии им. В.Н. Виноградова ММА им. И.М. Сеченова. В исследование не включали лиц с острыми и декомпенсированными хроническими соматическими заболеваниями (за исключением патогенетически связанных с БА – атопический дерматит, аллергический ринит и др.), реакция на которые могла бы исказить результаты исследования, а также с тяжелой психической патологией.

Уровень контроля БА оценивали по критериям GINA [5]:

- частота приступов днем и ночью;
- потребность в β_2 -агонистах короткого действия;
- наличие обострений БА в течение года;
- ограничение физической активности;
- объем форсированного выдоха за 1-ю секунду.

Уровень контроля БА определялся исходно (при выписке из стационара) и через 1 год. В зависимости от динамики в течение года уровень контроля оценивался как “улучшившийся”, “не изменившийся” или “ухудшившийся”.

Кооперативность больных – это комплексное понятие, включающее в себя, помимо приверженности больных к противоастматической терапии (соблюдения врачебных рекомендаций относительно самоконтроля, диеты, приема лекарственных средств), показатели индекса кооперации, которые оценивались с помощью разработанного в НИИ пульмонологии опросника “Индекс кооперации при бронхиальной астме” (ИкБА-50) [16]. Опросник содержит 50 пунктов (102 вопроса) и оценивает следующие **критерии кооперативности**: исходная кооперативность, осознание опасности, потребность в безопасности, информированность, доступность средств реализации, текущая кооперативность, удовлетворение от кооперации, общий индекс кооперации, искренность [16, 17]. Расчет производится суммированием рейтингов по шкале от 0 до 100%.

Выполнение пациентами врачебных рекомендаций оценивалось по следующим градациям: выполнение рекомендаций полностью; полное или частичное несоблюдение рекомендаций; при соблюдении рекомендаций занятия самолечением (пациент самостоятельно изменял лечение, использовал фитотерапию, гомеопатические препараты и т.д.); выполнение или невыполнение рекомендаций с элементами аутоагрессии (отказ от приема лекарств или изменение терапии, применение препаратов или методов, способствующих ухудшению состояния). Оценивалось также отношение пациентов к использованию ингаляционных препаратов.

Для выявления патохарактерологических и психопатологических расстройств личности все обследованные больные после получения их согласия были консультированы сотрудниками межклинического психосоматического отделения, для оценки психических расстройств использовались рубрики Международной классификации болезней X пересмотра и оригинальная типология расстройств личности [18].

Для верификации и оценки выраженности уровня тревоги и депрессии пациенты заполняли **госпитальный опросник тревоги и депрессии** (ГОТД) [19]. ГОТД содержит

14 вопросов, сгруппированные в две подшкалы – тревоги и депрессии, которые позволяют оценить выраженность ситуативной тревоги и сниженного настроения. При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале: 0–7 баллов – соответствует норме, 8–10 баллов – субклинически выраженной тревоге/депрессии, ≥ 11 баллов – клинически выраженной тревоге/депрессии.

В последующем оценивали влияние выявленных патохарактерологических и психопатологических расстройств на контроль БА и его динамику.

За время пребывания в клинике все больные прошли обучение в астма-школе. При выписке из стационара пациентам были даны рекомендации по медикаментозной терапии, самоконтролю и диете. В течение последующего года больные продолжали наблюдаться в клинике или по месту жительства. Через 1 год все 106 пациентов повторно обратились в клинику. На визите была проведена спирометрия, оценены уровень контроля БА и приверженность больных противоастматической терапии.

Результаты исследования

Обследование через 1 год показало, что полностью **выполняли врачебные рекомендации** 63 человека (59,4%), полностью либо частично не соблюдали рекомендации 39 пациентов (36,8%), при соблюдении рекомендаций занимались самолечением 2 человека (1,9%), а элементы аутоагрессии отмечались еще у 2 больных.

По результатам психиатрического обследования у 45 пациентов (42,4%) выявлены **расстройства личности**. Среди обнаруженных патохарактерологических расстройств преобладали параноидное, истерическое, шизотипическое, тревожное и шизоидное расстройства личности (суммарно 76,2%) [20].

По данным опросника ГОТД средняя выраженность тревоги составила 2,9 балла, депрессии – 4,2 балла. Более 10 баллов по подшкале “тревога” набрали 15 пациентов (14,2%), по подшкале “депрессия” – 10 (9,4%), что свидетельствует о наличии у них коморбидных **тревожных и депрессивных состояний**.

В зависимости от динамики симптомов БА и показателей спирометрии нами было выделено три группы пациентов, отличающихся по **динамике уровня контроля БА**: I группа – улучшившийся уровень контроля (58 человек), II – не изменившийся уровень контроля (25 человек), III – ухудшившийся уровень контроля (23 человека). Для выявления факторов, влияющих на динамику уровня контроля БА, группы сопоставлялись по среднему рейтингу шкал ИкБА-50, приверженности к терапии, характеру патохарактерологических и психопатологических расстройств.

При сравнении групп по наличию у больных патохарактерологических расстройств были выявлены различия только между группами с улучшившимся и ухудшившимся уровнем контроля БА. По сравнению с группой лиц, у которых уровень контроля улучшился, в III группе было досто-

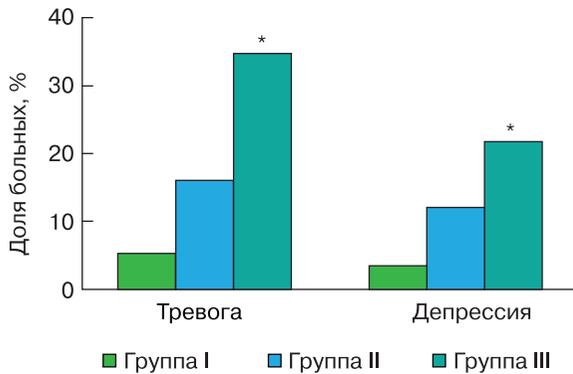


Рис. 1. Частота выявления тревоги и депрессии в группах (по ГОТД). * – различия между группами I и III достоверны, $p < 0,05$.

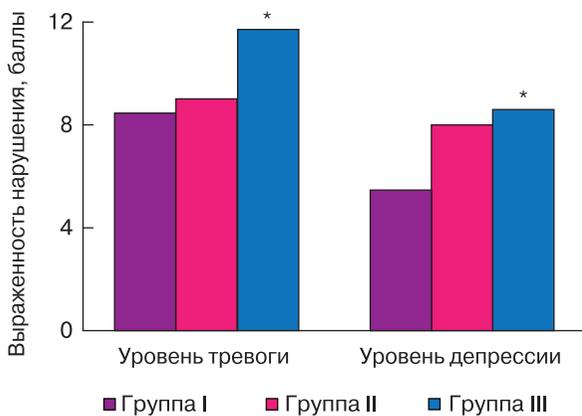


Рис. 2. Выраженность тревоги и депрессии в группах (по ГОТД). * – различия между группами I и III достоверны, $p < 0,05$.

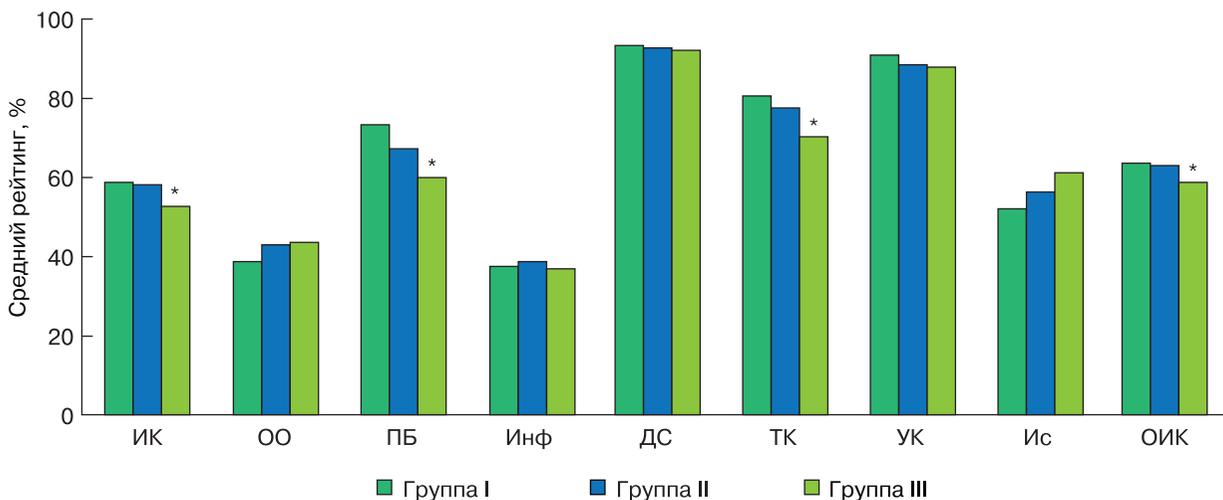


Рис. 3. Показатели кооперативности в группах: ИК – исходная кооперативность, ОО – осознание опасности, ПБ – потребность в безопасности, Инф – информированность, ДС – доступность средств реализации, ТК – текущая кооперативность, УК – удовлетворение от кооперации, Ис – искренность, ОИК – общий индекс кооперации. * – различия между группами I и III достоверны, $p < 0,05$.

верно больше пациентов с **расстройствами личности**: параноидным (21,7 против 3,4%), шизоидным (13%, в I группе таких пациентов не выявлено), а также с шизотипическим, тревожным и истерическим (по 17,4 и 1,7% больных с каждым из видов расстройств в группе, $p = 0,03$).

Анализ влияния **тревоги и депрессии** на уровень контроля БА показал, что в III группе (ухудшившийся контроль) накапливались больные с наличием коморбидных тревожных и депрессивных состояний (сумма >10 баллов по подшкалам тревоги и депрессии ГОТД – рис. 1). У пациентов I и II групп (с улучшившимся и с не изменившимся уровнем контроля БА) эти показатели достоверно не отличались. Аналогичные данные получены по выраженности тревоги и депрессии: у лиц с ухудшившимся уровнем контроля БА отмечена большая сумма баллов по обоим подшкалам по сравнению с пациентами, у которых контроль БА улучшился (рис. 2).

При сравнении групп по **кооперативности** к противостаматической терапии, оцененной при выписке из стационара, отмечено, что пациенты с улучшившимся и с не изменившимся уровнем контроля БА сопоставимы по всем средним рейтингам шкал кооперативности. У пациентов с улучшившимся уровнем контроля БА по сравнению с больными, у которых контроль БА ухудшился, получены достоверно более высокие значения следующих показателей: исходная кооперативность, потребность в безопасности, текущая кооперативность и общий индекс кооперации (рис. 3). Эти результаты свидетельствуют о том, что у пациентов I группы больше выражено желание сотрудничать с врачом (как исходно, так и в процессе лечения), они имеют более высокую потребность в эффективном лечении БА и степень готовности следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

Группы пациентов с улучшившимся и с не изменившимся уровнем контроля БА оказались сопоставимыми по

отношению к **использованию ингаляторов и соблюдению врачебных рекомендаций**. По сравнению с пациентами, у которых контроль БА ухудшился, достоверно больше пациентов с улучшившимся уровнем контроля позитивно относятся к использованию ингаляторов (96,6 против 65,2%) и полностью соблюдают рекомендации врачей (89,7 против 8,7%, $p < 0,001$). В группе с ухудшившимся уровнем контроля БА преобладают лица, полностью или частично не выполняющие врачебные рекомендации.

Низкие значения средних рейтингов шкал кооперативности и недостаточная приверженность противоастматической терапии свидетельствуют в целом о низкой кооперативности пациентов с ухудшившимся уровнем контроля БА.

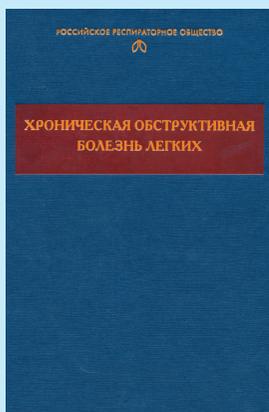
Заключение

В изучаемой выборке выявлена высокая частота встречаемости патохарактерологических расстройств личности пациентов, страдающих БА – параноидных, шизоидных, шизотипических, тревожных и истерических. Ухудшению уровня контроля БА способствуют высокая частота встречаемости и большая степень выраженности тревоги и депрессии, наличие у пациентов патохарактерологических расстройств личности и низкая кооперативность больных. Учитывая полученные результаты, больным БА целесообразно проводить консультацию у психиатра и анкетирование с использованием госпитального опросника тревоги и депрессии для оценки наличия и выраженности тревоги и депрессии.

Список литературы

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. М., 2002.
2. Braman S.S. // Chest. 2006. V. 130. Suppl. 1. P. 4S.
3. Jones P.W. // Eur. Respir. Rev. 1997. V. 7. № 42. P. 46.
4. Jones P.W. // Eur. Respir. Rev. 1998. V. 8. № 56. P. 239.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. А.Г. М., 2007.
6. Пауэлс Р., Снэшалл П.Д. Практический подход к астме. СПб., 1995. С. 3.
7. Nouwen A. et al. // Behav. Modif. 1999. V. 23. № 2. P. 217.
8. Teeter J.G., Bleecker E.R. // Chest. 1998. V. 113. P. 272.
9. van Der Woude H.J., Aalbers R. // Respir. Med. 2001. V. 95. № 5. P. 404.
10. Fleming L. et al. // Curr. Opin. Allergy Clin. Immun. 2007. V. 7. № 2. P. 190.
11. Potoczek A. et al. // Psychiatr. Pol. 2006. V. 40. № 6. P. 1097.
12. Будневский А.В. и др. // Научно-практический вестник Центрального Черноземья. 2002. № 9. С. 34.
13. Berrano J. et al. // Eur. Respir. J. 2006. V. 28. P. 296.
14. Hyland M.E. et al. // Br. Med. J. 1993. V. 306. № 6876. P. 487.
15. Cochrane G.M. // Drugs. 1996. V. 52. Suppl. 6. P. 12S.
16. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2000.
17. Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. // Пульмонология. 2003. № 2. С. 42.
18. Смулевич А.Б. Расстройства личности. М., 2007.
19. Zigmont A.S., Snaith R.P. // Acta Psychiatr. Scand. 1983. V. 67. P. 361.
20. Акулова М.Н. Контроль течения бронхиальной астмы – клинические, психосоматические соотношения и расстройства личности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. ●

Книги Издательского дома "АТМОСФЕРА"



Хроническая обструктивная болезнь легких Монография / Под ред. Чучалина А.Г.

В первой монографии фундаментальной серии Российского респираторного общества обобщен накопленный мировой и отечественный опыт по всему кругу проблем, связанных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Исчерпывающе представлены такие разделы, как эпидемиология, факторы риска, молекулярные основы развития заболевания, его системные эффекты, биологические маркеры, клинические проявления болезни, диагностика и дифференциальная диагностика, исследование респираторной функции и визуализация, эмфизема легких, легочная гипертензия, обострения, качество жизни, лечение, вакцинация, реабилитация и др. Впервые освещаются ранее не исследованные вопросы, касающиеся фенотипов заболевания, а также сопутствующих заболеваний, которые наиболее часто встречаются у больных ХОБЛ, в частности сочетание ХОБЛ с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом второго типа. Особого внимания заслуживают те разделы монографии, которые посвящены современным лечебным программам, изложенным с позиции медицины доказательств, а также предоперационной подготовке больных ХОБЛ, страдающих многочисленными сопутствующими заболеваниями. 568 с., ил.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики, патофизиологов, клиницистов.

Всю дополнительную информацию можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru