

## КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗА НАЯВНОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗА НАЯВНОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ДИСФУНКЦІЇ – Шляхом комплексного клінічного та функціонального обстеження захворювання 145 хворих на бронхіальну астму (БА) встановлена поширеність та структура психоемоційної дисфункції (ПЕД) та досліджені особливості перебігу захворювання. Виявлено, що хворі БА порівняно із здоровою популяцією мають достовірно значущо вищі показники супровідної ПЕД, яка негативно впливає на перебіг та тяжкість загострень захворювання, спричиняючи достовірне збільшення нічної та добової частоти нападів ядухи, зниження швидкісних показників спірограми  $FEF_{25-75}$  та відповідно збільшення частоти користування інгаляційними засобами швидкої дії.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ – Путем комплексного клинического и функционального обследования 145 больных бронхиальной астмой (БА) установлена распространенность и структура психоэмоциональной дисфункции (ПЭД) и исследованы особенности течения заболевания. Выявлено, что больные БА по сравнению со здоровой популяцией имеют достоверно более высокие показатели сопутствующей ПЭД, которая негативно влияет на течение и тяжесть обострений заболевания, вызывая достоверное увеличение суточного и ночного количества приступов удушья, снижение скоростных показателей спирограммы  $FEF_{25-75}$  и соответственно увеличение частоты пользования ингаляционными препаратами быстрого действия.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF BRONCHIAL ASTHMA AT CONCOMITANT PSYCHOEMOTIONAL DYSFUNCTION – By the complex of clinical and functional inspection of 145 bronchial asthma (BA) patients prevalence and structure of psychoemotional dysfunction (PED) has been defined and the features of disease course has been explored. It has been revealed that, BA patients have higher indices of concomitant PED than healthy people, which negatively affects the course and severity of disease exacerbation, causing the clinically significant increase of BA day and night, attacks, lowering of such lung function indices as  $FEF_{25-75}$  and, accordingly, increase of frequency of the use by short-action beta-agonists.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, психоемоційна дисфункція, клініко-функціональний перебіг.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, психоэмоциональная дисфункция, клинико-функциональное течение.

**Key words:** bronchial asthma, psychoemotional dysfunction, clinical and functional features.

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями** На сьогодні в Україні нараховується близько 3 мільйонів хворих на БА (3,5–4 %) [17]. Кожен 2–3 хворий БА має порушення з боку психоемоційної сфери, які принципово впливають на перебіг, наслідки, якість життя хворих та економічні витрати, які несе сам хворий, його сім'я та суспільство в цілому [2, 8, 11]. Діагностика порушень психічної адаптації у хворих на бронхіальну астму (БА) важлива для вибору найбільш доцільного способу комплексного лікування. Дослідження є фрагментом планової наукової роботи кафедри пропедевтичної терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова "Особливості надання медичної допомоги хворим на амбулаторному та стаціонарному етапах лікування при поширених захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням параметрів якості життя та фармакоекономічних показників" (№ держреєстрації 0103U000201).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій** Нейровегетативні, конституційні та набуті психологічні і психопатологічні фактори постають важливими компонентами

патогенетичного комплексу, що визначає розвиток, перебіг та прогноз БА [2, 9 14, 16, 21].

Особливої актуальності набуває той факт, що в процесі розвитку БА у 73,8 % хворих формується симптомокомплекс стійких вегетативних розладів у вигляді клінічних синдромів полісистемної вегетативної дистонії, які прямо або посередньо негативно впливають на перебіг та наслідки захворювання [8], при цьому доля ПЕД становить 48,5 %. Попередні дослідження психологічних факторів астми проводились, головним чином, в рамках двох напрямків або парадигм психологічної науки – психоаналізу та психології поведінки (біхевіоризму) [1]. Досліджувалась проблема, чи існує зв'язок між особистістю людини та ймовірністю розвитку у неї БА [19]. Існуючі дослідження, які стосуються вивчення особливостей нервової системи у хворих на БА, проводились, в основному, в контексті психометричного дослідження особистості, що дало можливість констатувати у хворих на БА ряд розладів типу невротичної тріади [16, 19]. Проблема психосоматології та соматопсихології є новою для України. Фундаментальні роботи стосуються дослідження механізмів формування, клініки та принципів патогенетичної терапії переважно соматоформних розладів в клініці внутрішніх хвороб [7, 10, 11, 12, 13, 18 20]. Останнім часом ведуться активні дослідження вегетативних та психічних розладів у хворих з обструктивними захворюваннями легень [4, 5, 6, 15]. На разі залишаються невирішеними питання щодо епідеміологічної ситуації ПЕД у хворих БА, оцінки їх тяжкості та ступеня патологічного впливу на перебіг та наслідки захворювання, що і обумовило мету дослідження.

**Формулювання цілей статті** На підставі оцінки вираженості ПЕД у хворих БА оцінити характер клініко-функціонального перебігу захворювання та визначити ступінь їх впливу одне на одного.

**Виклад основного матеріалу дослідження** Було обстежено 145 хворих на БА (чоловіків – 61 (42,1 %), жінок – 84 (57,9 %)), середній вік яких склав  $(40,7 \pm 1,1)$  року, середній стаж захворювання –  $(12,2 \pm 0,7)$  року. В структурі захворюваності інтермітуюча БА спостерігалась у 4 хворих (2,8 %), легка персистуюча БА – 19 (13,1%), середньотяжка персистуюча БА – 60 (41,4 %), тяжка персистуюча БА – 62 (42,8 %). Для контролю було обстежено 40 практично здорових осіб (12 (30,0 %) чоловіків, 28 (70,0 %) жінок), які були репрезентативні основній групі хворих БА за віком (середній вік склав  $(40,0 \pm 2,1)$  року. Верифікацію психоемоційного стану проводили за допомогою стандартизованих психологічних методик, при цьому рівень невротичних змін визначали за тестом Вассермана, рівень реактивної та особистісної тривожності – за тестом Спілберга-Ханіна, рівень депресії за методикою самооцінки Зунге. Для полегшення сприйняття використали інтегративний показник вираженості ПЕД, для чого шляхом алгебраїчного додавання ступеня кожного з вищезначених станів психоемоційної дисфункції отримали дві групи хворих на БА: першу (I) – за суми балів менше 6, яку трактували як клінічно незначущий рівень психоемоційної дисфункції) та другу (II) – за суми балів 7 та більш, що трактували як клінічно значущий рівень психоемоційної дисфункції. Обстеження функції зовнішнього дихання (ФЗД) виконали на комп'ютерному пневмотахографі "MasterScopePC" (Erich Jaeger, Germany). Клінічний перебіг БА оцінювали за допомогою стандартного діагностич-

ного підходу за Наказом МОЗ України № 499 (враховували загальну добову кількість нападів, нічну кількість нападів, швидкісні показники ФЗД, частоту користування „швидкими” β2-агоністами, варіабельність обструкції), паралельно в балах оцінювали суб'єктивні симптоми БА (кашель – в балах від 0 до 3, задишку – в балах від 0 до 5) та об'єктивні симптоми (показники загального аналізу крові, маркери активності запального процесу). Статистичну обробку отриманих результатів виконали на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 11.0 для Windows [3].

Встановлено, що у хворих на БА спостерігалися достовірно вищі середні показники вираженості кожного з психоемоційних станів, що досліджувались (середній показник рівня невротизації (РН) у хворих на БА склав  $53,9 \pm 1,5$  % проти  $40,6 \pm 2,9$  % в групі контролю ( $p < 0,001$ ), середній бал реактивної тривоги (РТ) у хворих на БА склав  $34,4 \pm 0,9$  проти  $24,1 \pm 1,4$ ) ( $p < 0,001$ ), середній

бал особистісної тривоги (ОТ) у хворих на БА дорівнював  $52,8 \pm 0,8$  проти  $45,6 \pm 1,9$  ( $p = 0,002$ ), загальний показник рівня депресії (РД) у хворих на БА дорівнював  $44,7 \pm 0,7$  бала проти  $36,0 \pm 1,1$  в контрольній групі ( $p < 0,001$ ). Високі рівні ПСД за усіма шкалами, що вивчалися, виявлялися у хворих на БА, а саме 59 (40,7 %) хворих на БА мали високий рівень невротизації (проти 7 (17,5 %) осіб контрольної групи,  $p = 0,007$ ), 31 (21,4 %) хворий на БА мав високий рівень реактивної тривоги (в контрольній групі високий рівень реактивної тривоги не спостерігався,  $p < 0,001$ ), високий рівень особистісної тривоги мали 111 (76,6 %) хворих на БА та 19 (47,5 %) осіб контрольної групи ( $p = 0,002$ ), депресивні розлади діагностувались у 39 (26,9 %) хворих на БА та лише у 1 (2,5%) особи контрольної групи ( $p = 0,003$ ).

Особливості клініко-функціонального перебігу БА у хворих залежно від рівня супровідної ПЕД представлено в табл.1.

**Таблиця 1. Показники клініко-функціонального перебігу бронхіальної астми у хворих залежно від рівня психоемоційної дисфункції**

Показник	Інтегративний показник ПЕД	
	Клінічно значуща ПЕД (n = 58)	Клінічно незначуща ПЕД (n = 87)
Тяжке загострення БА (кількість хворих, %)	28 (48,3%)**	28 (32,2%)
Тяжкий персистуючий перебіг БА (кількість хворих, %)	29 (50,0%)*	33 (37,9%)
Тяжкий кашель (3 бали), (кількість хворих, %)	19 (32,8%)**	15 (17,2%)
Гнійне харкотиння (кількість хворих, %)	5 (8,6%)*	1 (1,2%)
Тяжка задишка (5 балів) (кількість хворих, %)	15 (25,9%)*	18 (20,7%)
Емфізема легень (кількість хворих, %)	54 (93,1%)	75 (86,2%)
Пневмосклероз (кількість хворих, %)	53 (91,4%)	75 (85,2%)
Легеневе серце (кількість хворих, %)	19 (27,6%)*	20 (23,0%)
Добова кількість нападів (M±m)	8,47 ± 0,71**	6,02 ± 0,53
Нічна кількість нападів (M±m)	3,88 ± 0,34**	2,59 ± 0,29
Частота використання інгаляторів швидкої дії за добу (M±m)	14,7 ± 1,84*	10,38 ± 1,0
FEF <sub>25-75</sub> , % від належних (M±m)	45,8 ± 3,0*	54,2 ± 3,0
Кашель, бали (M±m)	2,1 ± 0,1*	1,5 ± 0,1
Задишка, бали (M±m)	1,4 ± 0,1	1,2 ± 0,1
Sat O <sub>2</sub> , % (M±m)	95,7 ± 0,2*	96,7 ± 0,3

Примітка. Різниця достовірна: \*\* - P < 0,01, \* - P < 0,05.

Аналіз розподілення хворих на БА залежно від рівня та типу супровідної ПСД, з одного боку, та залежно від ступеня загострення БА, з іншого, показало, що спостерігалось достовірне збільшення кількості хворих на БА із тяжким перебігом загострення в міру зростання рівня ПЕД (48,3 проти 32,2 %), при цьому переважна кількість пацієнтів із ремісією та легким загостренням БА мали низький рівень РТ (71 проти 29 %). Серед хворих на БА низький рівень ОТ не спостерігався, переважали хворі з помірною (23,4 %) та високою тривожністю (76,6 %). Отримані результати свідчать про взаємозв'язок між рівнем ОТ та тяжкістю загострень БА – переважна кількість хворих на БА з високим рівнем ОТ (82,2 %) мали тяжкий перебіг загострення БА, більшість хворих на БА (50 %) із легким загостренням БА, а також в період ремісії (66,7 %) мали помірний рівень ОТ, що свідчить про прямий зв'язок ознак, що вивчаються. Достовірно значущої різниці в розподіленні хворих на БА залежно від ступеня загострення та РД знайдено не було. Встановлено, що більшість хворих на БА із високим РН (55,4 %) мали тяжке загострення БА, а хворі із низьким РН перебували у стані ремісії або мали легке чи середньотяжке загострення БА. Вивчення розподілення хворих на БА залежно від тяжкості перебігу БА та ПЕД показало, що мали місце достовірно статистично значущі відмінності змінних, які засвідчили про збільшення кількості випадків тяжкого перебігу БА у хворих, що мали супровідні високі показники рівня ПЕД (50,0 проти 37,0 %).

Вивчення розподілення хворих на БА залежно від інтенсивності клінічних симптомів та вираженості ПЕД показало достовірне збільшення частоти тяжкого кашлю, гнійного харкотиння, тяжкої задишки, наявних ознак легеневого серця в групі хворих за наявності клінічно значущої ПЕД. Крім того, спостерігалась тенденція збільшення абсолютних показників кашлю та задишки (в балах) та показника сатурації кисню артеріальної крові (%) серед цієї категорії пацієнтів.

За проведення множинного порівняння виявлене достовірне збільшення частоти нападів за добу ( $8,47 \pm 0,71$  проти  $6,02 \pm 0,53$ ,  $p < 0,01$ ), частоти нічних нападів ( $3,88 \pm 0,34$  проти  $2,59 \pm 0,29$ ,  $p < 0,01$ ), частоти добового користування інгаляторами швидкої дії ( $14,7 \pm 1,84$  проти  $10,38 \pm 1,0$ ,  $p < 0,05$ ) та зменшення показника FEF<sub>25-75</sub> ( $45,8 \pm 3,0$  % від належних величин проти  $54,2 \pm 3,0$  % від належних величин,  $p < 0,05$ ) у хворих на БА, які мали високий рівень ПЕД.

**Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямку** Хворі на БА порівняно із здоровою популяцією мають достовірно значущо вищі показники супровідної ПЕД, яка негативно впливає на перебіг та тяжкість загострень захворювання, спричиняючи достовірне збільшення нічної та добової частоти нападів ядухи, зниження швидкісних показників спірограми FEF<sub>25-75</sub> та відповідно збільшення частоти користування інгаляційними засобами швидкої дії. У цієї категорії хворих спостерігається клінічно значно тяжкий перебіг захворювання, що про-

являється збільшенням інтенсивності клінічних симптомів БА – тяжкості нападів ядухи, кашлю, задишки, ознак легеневого серця. Встановлена залежність між психосоматичними зсувами у хворих на БА та особливостями перебігу захворювання свідчить про їх взаємний зворотний зв'язок, що потребує подальшого вивчення для проведення адекватної психо- та фармакотерапії.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение Пер. с англ. С. Могилевского.- М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – С. 152–164.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Кратк. учебн./ Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. – М.: GEOTAR, Медицина, 1999. – 376 с.
3. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем. - СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2002. – 608 с.
4. Гашинова К.Ю., Перцева Т.О., Конопкіна Л.Й. Залежність рівня депресії від стану вегетативної нервової системи у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень // Укр. пульмон. журн., 1998. – № 1. – С. 36-38.
5. Горощков О.В. Психоемоційні та психосоціальні порушення у дітей, хворих на бронхіальну астму // Одеський мед. журн., 2001. – № 5 (67). – С. 52–54.
6. Зінченко Т.М. Стан вищої нервової діяльності у жінок, хворих на бронхіальну астму // Лік. справа, 2001. – № 4. – С. 105–107.
7. Зозуля І.С. Синдром вегетосудинної дистонії (клініка, діагностика, лікування) // Укр. мед. часопис, 1997. – № 2 (2). – С. 17-21.
8. Константинович-Чічирельо Т.В. Особливості перебігу бронхіальної астми у хворих із супровідними вегетативними розладами та шляхи їх медикаментозної корекції. Автореф. дисертації ...канд. мед. наук. – К., 1998. – 17 с.
9. Кузнецова Е.И., Лещенко И.В., Медведский Е.А. Динамика психоло-

- гического состояния больных бронхиальной астмой в период вторичной профилактики // Пульмонология, 2000. – № 4. – С. 53–58.
10. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: Генез и подходы к коррекции // Международный медицинский журнал, 2001. – № 1. – С. 37–40.
11. Мишиев В.Д., Демченко В.А., Качура А.В. Распространенность, диагностика и лечение психических расстройств в общесоматической сети // Врачебное дело, 2003. – № 7. – С. 82–87.
12. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема // DOCTOR, 2002. – № 6. – С.9–12.
13. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади // Укр. вісн. психоневрології, 1996. – № 5 (12). – С. 292–294.
14. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник РАМН, 1998. – № 5. – С. 3–7.
15. Перцева Т.О., Паніна С.С., Гондуленко Н.О. Результати проведення реабілітаційних заходів у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми // Укр. пульмон. журн., 2004. – № 1. – С. 11–15.
16. Провоторов В.М., Крутоко В.Н., Будневский А.В. и др. Особенности психологического статуса у больных бронхиальной астмой с алексимией // Пульмонология, 2000. – № 9. – С. 35–40.
17. Реалії астми у східній та центральній Європі: Україна. За матеріалами звіту про результати дослідження AIRGEE (2001) // Медицина світу, 2001 (додаток) Пульмонологія. – С. 16–23.
18. Сердюк О.І. Астенічний симптомокомплекс соматогенного походження у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями // Укр. терапевт. Журнал, 2001. – Т. 3, № 3. – С. 41–43.
19. Сильвестров В.П., Ребров А.П., Кароли Н.А. Психологические особенности личности и функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журнал, 1998. – № 2. – С. 36–38.
20. Чопей І.В., Товт-Коршинська М.І., Дью М.А. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря. – Ужгород, 2000. – 175 с.
21. Яшина Л.А. Методологический подход к диагностике и лечению трудной, терапиезистентной бронхиальной астмы // Астма та алергія, 2002. – № 1. – С. 71–76.

УДК – 616.24 - 002.004.67

**Бойко М.Г., Жабо Т.М., Бойко Д.М.**

**СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

**Українська медична стоматологічна академія**

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ – Реабілітація хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальну астму (БА) проводиться в основному з II-III етапів перебігу хвороби, в процесі їх диспансерного нагляду в поліклініці. Важливу роль у відновленні працездатності хворих відіграють заміські відділення реабілітації, де проводиться і/або продовжується індивідуально підібрана інгаляційна та інша фізіотерапія, а також лікувальна фізкультура. Результати такого відновлюючого лікування (медична реабілітація) більш демонстративні у працездатних пацієнтів: після проведеного лікування протягом року у них помітно зменшувалася схильність до застуди, зменшувалося число днів непрацездатності, і у значній частини хворих зберігалась професійна кваліфікація. Реабілітація хворих на БА представляє комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного і професійного характеру, що реалізується шляхом безперервного мультидисциплінарного підходу на всіх етапах надання допомоги, направлено на відновлення або покращення якості життя, пов'язаного зі станом здоров'я пацієнта.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ – Реабилитация больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) и бронхиальной астмой (БА) проводится в основном на II – III этапах течения болезни, в процессе их диспансерного наблюдения в поликлинике. Важную роль в возобновлении трудоспособности больных играют загородные отделения реабилитации, где продолжается индивидуально подобранная ингаляционная и другая физиотерапия, а также проводится лечебная физкультура. Результаты такого восстановительного лечения (медицинская реабилитация) более демонстративны у трудоспособных пациентов: после

проведенного лечения на протяжении года у них заметно снизилась склонность к простуде, сократилось количество дней нетрудоспособности, а у большей части больных сохранилась профессиональная квалификация. Реабилитация больных БА представляет комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического и профессионального характера, что реализуется путем непрерывного мультидисциплинарного подхода на всех этапах оказания помощи, направленного на возобновление или улучшение качества жизни связанного с состоянием здоровья пациента.

MODERN DIRECTIONS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES AND BRONCHIAL ASTHMA – Rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) and bronchial asthma (BA) is conducted mainly at the II and III stages of the disease course, as well as in the process of their dispensary observation at the polyclinics. The important role in the renewal of their capacity for work play the suburban departments of rehabilitation where individually selected inhalation and other kind of physiotherapy is carried out and or is going on and medical physical culture is conducted. The results of such restorative treatment (medical rehabilitation) are more demonstrative in able to work persons: after treatment for period of a year they showed the lowering of inclination to cold, shortening the number of days of incapacity for work, and in the greater part of patients the professional qualification has preserved. Rehabilitation of BA patients is a complex of medical, social, psychological, pedagogical and professional measures, that is realized by means of continuous multidisciplinary approach at all stages of rendering medical aid, directed on the renewal and improvement of life quality connected with the patient's health condition.

Ключові слова: **хронічні обструктивні захворювання легень, бронхіальна астма, реабілітація, дихальна гімнастика.**