

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

В.М. УСКОВ*, А.И. ВЕДЕНЕЕВ**, И.В. ТЕСЛИНОВ**, М.В. УСКОВ**

*Воронежский государственный технический университет, просп. Московский, 14, Воронеж, 394000

**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,

ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, 394036

Аннотация: корреляционный и дисперсионный анализ показал у больных хронической обструктивной болезнью лёгких на фоне ожирения наличие взаимозависимостей между показателями тревожно-депрессивных расстройств, клинико-инструментальных данных, личностных характеристик и качеством жизни.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, ожирение.

PSYCHOSOMATIC PARALLELS IN THE PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE AGAINST THE OBESITY

V. M. USKOV*, A.I. VEDENEYEV**, I.V. TESLINOV**, M.V. USKOV**

*Voronezh State Technical University

**Voronezh State N. N. Burdenko Medical Academy

Abstract: the correlation and dispersive analysis showed in the patients with a chronic obstructive pulmonary disease against the obesity existence of interdependence between indicators of troubled and depressive disorders, clinico-instrumental data, personal characteristics and quality of life.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, obesity.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – одна из важнейших причин нарушения здоровья и смертности по всему миру. Годами многие люди болеют ХОБЛ, преждевременно умирая от нее или от ее осложнений. Сейчас ХОБЛ является четвертой причиной смертности в мире, и, как предсказывается, в ближайшие десятилетия будет наблюдаться увеличение ее распространенности и смертности от нее. Предполагается, что она выйдет на пятое место в 2020 г. по ущербу, нанесенному болезнями, как вытекает из данных, опубликованных Всемирным банком и ВОЗ [1]. Особенно с тяжёлыми последствиями протекает заболевание у больных при сочетании ХОБЛ с повышенным весом.

Цель исследования – изучение психосоматических соотношений повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных ХОБЛ с ожирением, исследование личностных особенностей, ведущие типы отношения к болезни и качество жизни пациентов, страдающих ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 97 больных ХОБЛ I-III стадий (56 мужчин и 41 женщина в возрасте от 43 до 68 лет (средний возраст 58,1±0,9 года). При включении в исследование каждый пациент давал информативное согласие.

Критерии включения в исследование:

- легкая, среднетяжелая и тяжелая степень заболевания;
- обратимость обструкции <12%;
- отсутствие приступов экспираторного удушья, приступообразного кашля.

Критерии исключения из исследования:

- крайне тяжелая степень заболевания; обратимость обструкции >12%;
- дистимия, циклотимия, биполярное расстройство, шизофрения;
- резистентность к терапии антидепрессивными и анксиолитическими средствами (отсутствие эффекта от двух предыдущих курсов терапии в адекватных дозах длительностью более месяца);
- терапия ингибиторами МАО, нейролептиками пролонгированного действия;
- ДН III стадии;
- хроническая сердечная недостаточность IIА стадии и выше;

- перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе;
- ИБС;
- стабильная стенокардия напряжения III ФК и выше;
- тяжелые нарушения ритма и проводимости; хронический алкоголизм [2].

Диагноз хронической обструктивной болезни легких устанавливали на основании анамнестических данных о воздействии факторов риска, инструментальных данных. Исключали бронхиальную астму, хроническую сердечную недостаточность, бронхоэктатическую болезнь, легочный туберкулез, облитерирующий бронхолит. Изучали анамнез курения (стаж) и рассчитывали индекс курящего (ИК) человека, выражаемый числом пачка-лет. $ИК = (Ч \times С) / 20$, где Ч – число выкуренных сигарет (в сутки); С – стаж курения (годы); $ИК > 10$ пачка-лет является достоверным фактором риска ХОБЛ.

В зависимости от степени тяжести ХОБЛ больные распределились следующим образом: ХОБЛ I ст. была выявлена у 15 человек (15,5%), ХОБЛ II ст. – у 49 (50,5%), ХОБЛ III ст. – у 33 (34,0%). Большинство больных ХОБЛ было в возрасте от 40 до 60 лет. Преобладали лица мужского пола, причем больше всего их было среди лиц со II стадией заболевания (61,2%). В зависимости от проводимого лечения все больные были рандомизированы на 2 группы сравнения [3].

Первая группа (n=49) (30 мужчин (средний возраст – $58,5 \pm 1,6$ года и 19 женщин, средний возраст – $56,7 \pm 1,9$ лет). Пациенты в сочетании со стандартной фармакотерапией получали флувоксетин в дозе 100 мг в сутки. Вторая группа (n=48) (26 мужчин, средний возраст – $57,7 \pm 1,7$ года, и 22 женщины, средний возраст – $59,4 \pm 1,8$ года). В данной группе не проводилось никакой психофармакотерапии.

Для флувоксетина характерна высокая степень селективности в отношении обратного захвата серотонина, обладает лучшим профилем переносимости: отсутствие увеличения массы тела, отсутствие влияния на сексуальную функцию, анксиолитический эффект без седации. Препарат не требует коррекции дозы у пожилых пациентов, что особенно важно для больных ХОБЛ. Флувоксамин принимался в дозе 100-200 мг в день.

Определяли следующие показатели с применением спироанализатора ДИАМАНТ: ЖЕЛ вдоха (Inspiratory Vital Capacity – IVC) – определяется как разница между объемами воздуха в легких при полном вдохе и полном выдохе. ФЖЕЛ выдоха (Forced Expiratory Vital Capacity – FVC ex) – рассчитывается как разница между объемами воздуха в легких в точках начала и конца маневра. ЖЕЛ макс (Maximal VC – VC max) – максимальное значение ЖЕЛ, полученное при маневрах вдоха (ЖЕЛ вдоха) и форсированного выдоха (ФЖЕЛ). $ОФВ_1$ – объем форсированного выдоха за первую секунду маневра ФЖЕЛ выдоха (Forced Expiratory Volume in the first second – FEV_1) определяется как объем воздуха, выдохнутый в первую секунду от точки начала маневра ФЖЕЛ выдоха. Отношение $ОФВ_1 / ФЖЕЛ$ (FEV_1 / FVC), выраженное в процентах – индекс Тиффно – является чувствительным индексом наличия или отсутствия ухудшения проходимости дыхательных путей, признан интегральным показателем бронхиальной обструкции. МОС – мгновенные объемные скорости (Maximal Expiratory Flow – MEF, или Forced Expiratory Flow - FEF) – скорость воздушного потока в момент выдоха определенной доли ФЖЕЛ (25%, 50%, 75% ФЖЕЛ). ПОС – пиковая объемная скорость (Peak Expiratory Flow) – максимальный поток, достигаемый в процессе выдоха [3].

В работе использованы клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Клинико-психопатологический является базовым методом исследования. В настоящем исследовании клинико-психопатологический метод включал в себя подробный анализ общих анамнестических данных, особенностей течения болезни, описание психопатологических симптомов и синдромов, их динамика в процессе терапии на протяжении месяца.

Экспериментально-психологические методы предполагают использование опросников. С пациентами проводилось психологическое и психометрическое обследование, включавшее в себя изучение личностных характеристик с помощью Фрайбургского личностного опросника, типа отношения к болезни с использованием Личностного опросника Бехтеревского института: ТОБОЛ, определение уровня выраженности депрессивных проявлений на основе обследования по шкалам тревоги и депрессии Гамильтона и тревожных – с помощью методики Спилбергер-Ханина, а также уровня социального функционирования с использованием опросника SF-36. Шкала Гамильтона для оценки депрессии – является одним из наиболее широко используемых инструментов клинической оценки депрессивного состояния.

Опросник SF-36 был создан для изучения всех компонентов качества жизни. Для создания этого опросника исследователями MOS из 40 концепций здоровья были отобраны только 8, т.к. их изучение показало, что они наиболее часто измеряются на практике в популяционных исследованиях и наиболее часто подвергаются влиянию заболевания и лечения. Российская версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни в России [4, 5].

Статистическая обработка результатов исследований проводилась на персональной ЭВМ Pentium III-500, с помощью пакетов программ Excel, Statistica 6.0. с использованием параметрических и непараметрических критериев. Проверка гипотез о различиях между группами проводилась с использованием критерия χ^2 для категориальных переменных и Краскелла-Уоллиса для количественных и порядковых, с последующим применением точного критерия Фишера. Проверка гипотез о различиях в динамике проверялась с использованием точного критерия Фишера для категориальных переменных и Вилкоксона – для количественных и порядковых. Из первичных статистических методов применяли корреляционный анализ по Пирсону, Спирмену, Кендаллу [6].

Для большинства больных ХОБЛ (52%) более характерно наличие комбинации характеристик двух доминирующих типов отношения к болезни. Реже (34% случаев) удается выделить один доминирующий тип, и только у 14% невозможно четко выделить преобладающие типы отношения к болезни. Среди смешанных типов отношения к болезни наиболее часто были диагностированы следующие: тревожно-неврастенический (12%), эгоцентрически-ипохондрический (4%), паранойяльно-депрессивный (9%), неврастенически-депрессивный (9%). У пациентов с ХОБЛ были диагностированы все 9 типов отношения к болезни. Было отмечено преобладание тревожного (26,41%) и ипохондрического (32,97%) типов, также часто наблюдались неврастенический (18,36%), депрессивный (14%), эргопатический и меланхолический типы отношения к болезни (по 13,04%). Наиболее редко (по 8,70%) выявлялись эгоцентрический и паранойяльный. Следует обратить внимание на то, что ни у одного больного не был диагностирован гармоничный тип отношения к болезни.

В исследуемой группе пациентов был выявлен низкий уровень качества жизни. Характеристики психического здоровья, жизненной активности, уровня боли и социального функционирования почти достигали половины от абсолютной нормы (100 Т-баллов), показатели общего здоровья и физического функционирования колебались от 20 до 30 Т-баллов, а ролевое функционирование, как эмоциональное, так и физическое были приближены к нулю.

У всех исследованных пациентов были диагностированы проявления депрессии различной степени выраженности. Средний балл выраженности депрессивных расстройств в общей группе больных ХОБЛ составил $10,44 \pm 2,45$ баллов, что соответствует среднему депрессивному эпизоду по шкале HDRS. У преобладающего числа пациентов (53,17%) было диагностировано наличие среднего депрессивного эпизода. Наиболее редко (13,04%) встречались больные с большим депрессивным эпизодом. У 34,78% пациентов было отмечено наличие среднего депрессивного эпизода. Средняя выраженность проявлений тревоги в исследуемой группе больных с ХОБЛ составила $18,3 \pm 3,7$ баллов, что соответствует высокой степени выраженности.

В группе исследованных больных преобладают лица с высокой степенью тревожности (69,57%), почти с одинаковой частотой (17,39 и 13,04% соответственно) были выявлены больные со средней и низкой выраженностью проявлений тревоги. Более детальный анализ аффективных нарушений у данной категории пациентов предусматривает проведение оценки выраженности каждого симптома согласно шкалам тревоги и депрессии Гамильтона. В среднем общий балл в исследованной группе больных указывает на наличие среднего депрессивного эпизода. Наиболее выраженными оказались следующие показатели: агитация, общие соматические симптомы, соматическая тревога, суточные колебания. В наименьшей степени были представлены такие симптомы, как суицидальные намерения, заторможенность, желудочно-кишечные соматические симптомы, деперсонализация и дереализация, обсессивные и компульсивные симптомы.

В среднем общий балл в исследованной группе больных указывает на наличие высокой степени выраженности тревоги. Наиболее высокими оказались следующие показатели: респираторные симптомы, депрессивное настроение, мышечные соматические симптомы, вегетативные и сердечно-сосудистые симптомы. В наименьшей степени были представлены нарушения поведения при осмотре и гастро-интестинальные симптомы, такие симптомы, как суицидальные намерения, заторможенность, желудочно-кишечные соматические симптомы, деперсонализация и дереализация, обсессивные и компульсивные симптомы.

Для выявления взаимосвязей, обнаруженных в ходе исследования личностных показателей, характеристик социального функционирования, уровня выраженности аффективных расстройств, а также общих данных, нами был проведен корреляционный и однофакторный дисперсионный анализ. Выявлена прямая корреляционная зависимость между показателями выраженности тревожных расстройств и частотой приступов у пациентов, также особенно высокие показатели тревоги были отмечены у больных, находящихся в периоде обострения. Это подтверждает предположение о том, что подобные приступы сопровождаются элементами страха. У пациентов, не имеющих приступов, выраженность тревожных проявлений оказалась гораздо ниже,

однако в группе таких больных имелись более выраженные цифры баллов для депрессивных расстройств.

Следует также отметить, что уровень тревожно-депрессивных расстройств у больных ХОБЛ имеет обратную зависимость от уровня выраженности дыхательной недостаточности. Снижение данных показателей можно объяснить вытеснением их другой более тяжелой симптоматикой, в частности органической природы, которая нарастает по мере прогрессирования дыхательной недостаточности и гипоксии головного мозга. В то же время при отсутствии нарастания дыхательной недостаточности уровень тревожно-депрессивных расстройств прямо пропорционален длительности заболевания.

Особенно высокие показатели тревоги и депрессии нами были получены у курящих пациентов, при этом, чем больше был стаж курения, тем более выраженными оказались тревожно-депрессивные проявления. Обратная зависимость была получена между длительностью употребления никотина и уровнем качества жизни пациентов, особенно высокая зависимость была получена для показателей ролевого физического и эмоционального функционирования.

Следует напомнить, что в группе обследованных больных ХОБЛ было отмечено преобладание тревожного, ипохондрического, неврастенического и депрессивного типов отношения к болезни. Это становится важным в связи с тем, что именно для частоты встречаемости данных типов отношения к болезни характерно наличие высокой степени выраженности прямой зависимости с уровнем тревожности и средней степени выраженности – с уровнем проявлений депрессии. Также частота встречаемости тревожного, ипохондрического и депрессивного типов отношения к болезни находится в прямой зависимости от выраженности таких личностных черт, как невротичность, депрессивность и эмоциональная лабильность, преобладание которых также было отмечено в обследованной группе пациентов с ХОБЛ. Наличие эмоциональной лабильности обратно коррелирует с уровнем качества жизни, обусловленным ролевым эмоциональным функционированием, а снижение потребности в общении прямо пропорционально не только уровню социальной активности, но и показателям психического здоровья по шкале SF-36. Следует также отметить, что данной группе пациентов имеется целый ряд корреляционных пар между длительностью заболевания и уровнем выраженности отклонений личностных показателей по шкале FPI, таких как депрессивность, невротичность, агрессивность и снижением потребности в общении. Это свидетельствует о «заострении» личностных черт под влиянием патологического процесса, связанного с ХОБЛ. При проведении корреляционного и однофакторного дисперсионного анализа было обнаружено наличие взаимозависимостей между показателями тревожно-депрессивных расстройств, клинико-инструментальных данных, типов отношения к болезни, личностных характеристик и качеством жизни. Психические нарушения, имеющие место у больных с ХОБЛ, усугубляют тяжесть состояния больного, снижают его адаптационные возможности, влияя тем самым на течение и исход основного заболевания.

Таким образом, у больных ХОБЛ, протекающей на фоне ожирения выявлен высокий уровень личностной невротизации, наличие признаков, характерных для депрессивного реагирования в эмоциональном состоянии и поведении, также снижение потребности в общении и значительные перепады эмоционального состояния. В исследуемой группе пациентов был выявлен низкий уровень качества жизни. У всех исследованных пациентов были диагностированы проявления депрессии различной степени выраженности.

Литература

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа.– М., 2004.
2. Усков, В.М. Современные подходы к лечению больных с хронической обструктивной болезнью лёгких / В.М. Усков, А.И. Веденеев, И.В. Теслинов, Л.С. Шеремет, Н.Д. Кирсанова // Инновационные технологии медицинской реабилитации в клинике и санаторно-курортной практике. Материалы юбилейной межрегиональной научно-практической конференции.– Воронеж.– 2012.– С. 396–399.
3. Шмелев, Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких / Е.И. Шмелев.– М., 2003.– С. 35–38.
4. Жукова, Т.В. Эмоционально-личностные характеристики больных хронической обструктивной болезнью легки / Т.В. Жукова // Белорусский медицинский журнал.– 2003.– Т.4.– № 6.– С. 94–96.
5. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич.– М.: Медицинское информационное агентство, 2003.– 17 с.
6. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва // Применение пакета прикладных программ STATISTICA.– М., 2002.– 312 с.