

УДК 616.9-036.22:616-073:614.211:616-008.6:616.892-021:616.248

© Т. В. Константинович

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ СОМАТОПСИХІЧНО ДИСФУНКЦІ В СТРУКТУРІ БРОНХІАЛЬНО АСТМИ

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ СОМАТОПСИХІЧНО ДИСФУНКЦІ В СТРУКТУРІ БРОНХІАЛЬНО АСТМИ – У статті наведено результати власних досліджень, присвячені проблемі епідеміології клінічних синдромів тривоги, депресії і невротизації у хворих на бронхіальну астму (БА). Показано, що в процесі розвитку БА у 39,1% хворих формується клінічний симптомокомплекс соматопсихічно дисфункції (СПД), який представлений високим рівнем реактивно тривожності (20,3%), високим рівнем особистісно тривожності (75,8%), високим рівнем невротизації (41,5%), депресивними розладами (24,4%). Описана динаміка синдромів залежно від статі, віку хворих, стажу і тяжкості перебігу БА.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ СОМАТОПСИХИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ В СТРУКТУРЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ – В статье приведено результаты собственных исследований, посвященные проблеме эпидемиологии клинических синдромов тревоги, депрессии и невротизации у больных бронхиальной астмой (БА). Показано, что в процессе развития БА у 39,1% больных формируется клинический симптомокомплекс соматопсихической дисфункции (СПД), который представлен высоким уровнем реактивной тревожности (20,3%), высоким уровнем личностной тревожности (75,8%), высоким уровнем невротизации (41,5%), депрессивными расстройствами (24,4%). Описана динамика синдромов в зависимости от пола, возраста больных, стажа и тяжести течения БА.

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF CLINICAL SYNDROMES OF SOMATOPSYCHOLOGICAL DISFUNCTION IN STRUCTURE OF BRONCHIAL ASTHMA – The article has the results of own researches, devoted to the problem of epidemiology of clinical syndromes of anxiety, depression and neurotization, which are presented in patients with bronchial asthma (BA). It is shown that in the process of development BA at 39,1% of patients the clinical symptomocomplex of somatopsychological disfunction (SPD) is formed, which is represented by the high level of reactive anxiety (20,3%), high level of personality anxiety (75,8%), high level of neurotization (41,5%) and depressed disorders (24,4%). The dynamics of syndroms is described depending on a sex, age of BA-patients, duration and severity course of BA.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, синдроми соматопсихічно дисфункції (тривога, невротизація, депресія), епідеміологія.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, синдромы соматопсихической дисфункции (тревога, невротизация, депрессия), эпидемиология.

**Key words:** bronchial asthma, syndroms of somatopsychological disfunction (anxiety, neurotization, depression), epidemiology.

**ВСТУП** Бронхіальна астма (БА) є однією з найбільш частих та тяжких прогресуючих захворювань дихальної системи. Вона являє собою проблему світового масштабу. Кількість хворих на БА коливається залежно від регіону та складає у середньому від 1-18% [27]. За статистичними даними, на сьогодні у світі налічується близько 300 млн хворих на БА, а за прогнозами до 2025 р. ця цифра збільшиться до 400 млн, що пов'язується із зростанням інтенсивності урбанізації та антропогенним забрудненням навколишнього

середовища, що і спричиняє таке блискавичне зростання захворюваності на БА [20, 27]. За розрахунками спеціалістів, поширеність БА в Україні складає 5-6% [20]. За статистичними даними МОЗ України, рівень смертності від БА та астматичних станів протягом останніх 7 років в нашій державі зменшився в 2 рази, в тому числі показники лікарняно летальності – в 1,6 рази [15]. Більш глибоке розуміння механізмів БА сприяють розвитку, науковому обґрунтуванню та клінічному дослідженню нових методів лікування БА, що здатне призвести до досягнення повного контролю над захворюванням [14, 29]. Позитивні тенденції, що намітились стосовно діагностики та лікування БА, і, відповідно, зниження летальності від цього захворювання в нашій державі, не зменшують актуальності БА як захворювання, яке спричиняє виражене порушення якості життя (ЯЖ), а тимчасова та стійка втрата працездатності призводить до значних економічних витрат [9, 12, 13, 21]. Лише 1/5 частина усіх хворих на БА досягають рівня задовільного контролю над захворюванням [24, 26, 27]. З іншого боку, БА не є хворобою з одним єдиним патогенезом [10, 22]. Вона являє патологію в більш широкому розумінні. Механізм запалення далеко не єдиний у формуванні клініки цього захворювання. Визнано, що психопатологічні фактори постають важливими компонентами патогенетичного комплексу, що визначає розвиток, перебіг та прогноз при БА [5, 11, 28]. Багаточисельні дані свідчать про залучення нервової системи (НС) в реалізацію бронхіальної обструкції [1, 2, 4]. Взаємозв'язок стану респіраторно та НС в нормі і при патології безперечний. Захворювання легень, змінюючи гомеостаз, спричиняють у якості захисної реакції функціональне напруження, а в кінцевому наслідку – ураження нейронів та гліальних елементів, що є підставою для формування функціональних та органічних змін вищої нервової діяльності хворих на БА [3, 7, 8].

**Аналіз попередніх досліджень і публікацій** Протягом останніх десятиліть значно підвищився інтерес до психологічного та психоемоційного статусу хворих на БА. Достовірно встановлено, що в етіології та патогенезі БА велику роль відіграють фактори психоемоційного порядку [19, 23, 25]. В ряді міжнародних доповідей та узгоджень щодо проблем діагностики та лікування БА висувається завдання подальшого вивчення цих факторів в їх органічному взаємозв'язку з симптоматикою БА [27]. Існуючі дослідження, які стосуються вивчення особливостей НС у хворих на БА, проводились, в основному, у контексті психометричного дослідження особистості, що дало можливість констатувати у хворих на БА ряд розладів типу невротично-тріади, що є характерним для популяції хворих хронічними соматичними захворюваннями, і, в силу чого, не може вважатись унікальним для хворих на БА [16, 17, 18, 30]. Дослідження є фрагментом плано-

во науково роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова "Особливості надання медичної допомоги хворим на амбулаторному та стаціонарному етапах лікування за розповсюджених захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням параметрів якості життя та фармакоекономічних показників" (№ держреєстрації 0103U000201).

Мета дослідження – встановити поширеність клінічних синдромів СПД в структурі БА, визначити їх динаміку залежно від віку, статі пацієнтів, тривалості та тяжкості перебігу захворювання.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Об'єктом дослідження стали 207 хворих на БА (80 (38,6 %) чоловіків та 127 (61,4 %) жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 м. Вінниці. Для контролю було обстежено 82 (27 (32,9 %) чоловіків та 55 (67,1 %) жінок). Середній вік в групі хворих на БА склав (42,1±0,9) років, в групі контролю – (41,5±1,4) років. Діагноз БА встановлювали відповідно до вимог Наказів МОЗ України № 499 від 23.10.2003 р. та № 128 від 19.03.2007 р. Серед обстежених інтермітуючий перебіг БА був у 4 (1,9 %), легкий персистуючий – у 22 (10,6 %), середньотяжкий персистуючий – у 95 (45,9 %), тяжкий пер-

систуючий – у 86 (41,5 %). Всіх хворих на БА було обстежено в умовах стаціонару у перші 3 доби від дня госпіталізації в лікарню за допомогою загально-відомих в пульмонологічній практиці методів дослідження. Дослідження психічного стану хворих на БА та контрольної групи проводили, базуючись на клініко-експериментальному підході, який включав: 1) орієнтовне вивчення психо вегетативного статусу пацієнтів, 2) діагностику типу та ступеня супутніх психоемоційних станів за допомогою стандартизованих методик Л.І. Вассермана (визначення рівня невротизації (РН)), Ч.Д. Спілберга - Ю.Л. Ханіна (визначення рівнів реактивно (РТ) та особистісно (ОТ) тривожності), Зунге (визначення рівня депресії (РД)). Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows [6] з використанням параметричних та непараметричних методів обробки результатів відповідно до типу розподілення змінних.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** При проведенні порівняльного аналізу встановлено, що хворі на БА суттєво відрізняються за своїм психічним станом від практично здорових осіб. Поширеність клінічних синдромів СПД у хворих на БА та практично здорових осіб представлена в табл. 1.

**Таблиця 1. Поширеність клінічних синдромів СПД у хворих на бронхіальну астму та практично здорових осіб**

Синдроми СПД	Хворі на БА (n=207)		Здорові (n=82)		$\chi^2$	r (Спірмена)	p
	абс.	%	абс.	%			
<b>Невротизація:</b>							
– низький рівень;	121	58,5	73	89,0	24,9	-0,293	0,000
– високий рівень	86	41,5	9	11,0			
<b>Реактивна тривожність:</b>							
– низький рівень;	81	39,1	66	80,5	43,9	-0,390	0,000
– помірний рівень;	84	40,6	16	19,5			
– високий рівень	42	20,3	–	–			
<b>Особистісна тривожність:</b>							
– низький рівень;	–	–	6	7,3	32,2	-0,300	0,000
– помірний рівень;	50	24,2	38	46,3			
– високий рівень	157	75,8	38	46,3			
<b>Депресія:</b>							
– без депресії;	155	74,9	81	98,8	22,9	-0,275	0,000
– легка депресія;	44	21,3	–	–			
– субдепресивний стан	8	3,9	1	1,2			
<b>Інтегративний показник СПД:</b>							
– низький рівень;	–	–	6	7,3	42,4	-0,361	0,000
– середній рівень;	126	60,9	71	86,6			
– високий рівень	81	39,1	5	6,1			

З'ясувалось, що хворі на БА мають достовірно вищий рівень поширеності супутніх синдромів СПД порівняно з групою практично здорових осіб. Так, високий РН діагностується, за нашими даними, у 41,5 % хворих на БА проти 11,0 % в групі здорових ( $p < 0,001$ ), високий рівень РТ – у 20,3 % хворих на БА, в той час, коли у практично здорових осіб він зовсім не спостерігався ( $p < 0,001$ ), високий рівень ОТ – у 75,8 % хворих на БА проти 46,3 % серед здорових осіб ( $p < 0,001$ ), депресивний стан спостерігався у цілому в 25,1 % хворих на БА і проявлявся депресією легкого ступеня у 21,3 %, маскованою депресією (або субдепресив-

ним станом) – у 3,9 %, в той час, коли серед практично здорових осіб діагностований лише 1 (1,2 %) випадок депресивного стану у вигляді маскованої депресії ( $p < 0,001$ ).

Для утворення груп порівняння хворих на БА, що мали супутні прояви СПД, а також для формування виборки для подальшого проведення лікування з використанням психокоригуючих засобів, використали ІП вираженості СПД, для чого шляхом алгебраїчного додавання ступеня кожного з вищезазначених психоемоційних станів отримали дві групи хворих на БА – перша (I) – сума балів менше 6 (що надалі трактува-

ли як клінічно незначущий рівень СПД) та друга (II) – сума балів 7 та більше (що надалі трактували як клінічно значущий рівень СПД). Відповідно до ІП також була встановлена вірогідно значуща перевага поширеності синдрому СПД в групі хворих на БА (39,1% проти 6,1%,  $p < 0,001$ ).

Для встановлення сили та спрямованості зв'язку між змінними, що характеризують поширеність супутніх синдромів СПД в групах порівняння, ми використали коефіцієнт кореляції  $r$  (Спірмена) для порядково шкали змінних. Встановлено, що між рівнем поширеності супутніх синдромів СПД та групами спостереження існує слабкий негативний кореляційний зв'язок ( $r$  коливається в межах від  $-0,275$  до  $-0,300$ ).

Проводили аналіз показників поширеності клінічних синдромів СПД залежно від статі пацієнтів, їх віку, тривалості перебігу, тяжкості захворювання та характеру загострень БА. Ми встановили статистично значущу залежність поширеності клінічно значущих синдромів СПД від статі хворих на БА. Так, у жінок, хворих на БА, високий рівень РТ діагностований у 37 (29,1 %) випадків, високий рівень ОТ – 103 (81,1 %), депресивні стани – 40 (31,5 %) з формуванням легкої депресії – у 32 (25,2 %) та субдепресивного стану – у 8 (6,3 %), високий РН – у 63 (49 %). Аналіз аналогічних показників в групі чоловіків, хворих на БА, показав статистично значущу нижчу поширеність відповідних синдромів – високий рівень РТ визначався у 5 (6,3%) -  $\chi^2=18,267$ ,  $p=0,000$ , високий рівень ОТ – 54 (67,5%) -  $\chi^2=4,957$ ,  $p=0,026$ , клінічно значуща депресія легкого рівня – 12 (15,0 %) -  $\chi^2=9,224$ ,  $p=0,010$ , високий РН – 23 (28,8 %) -  $\chi^2=8,791$ ,  $p=0,003$ . Також встановлено, що для жінок, хворих на БА, була характерна статистично значуща вища поширеність комбінації 3 клінічно значущих синдромів СПД, яка склала 61 (48,0 %) -  $\chi^2=10,931$ ,  $p=0,001$ .

Аналіз показників поширеності клінічних ознак СПД серед осіб контрольної групи не виявив статистично відмінності залежно від статі здорових респондентів ( $p$  коливався від 0,436 до 0,769), що свідчить про вторинність формування психоемоційних станів на тлі БА та статистично вірогідно гірший патологічний вплив захворювання на пацієнтів жіночої статі.

Провівши епідеміологічний аналіз залежно від віку пацієнтів ми встановили наступні дані. В групі хворих на БА показники поширеності клінічних синдромів СПД не були однотипні. Вони характеризувалися хвилеподібним характером для високого рівня РТ – від 9,5 % у віці до 20 років, набуваючи максимального рівня у віковому діапазоні 30-50 років (25,0 %) з наступним зниженням поширеності у пацієнтів старших вікових груп – 12,5 % ( $\chi^2=10,060$ ,  $p=0,435$ ). Для показника високого рівня ОТ отримані статистично значущі відмінності ( $\chi^2=17,961$ ,  $p=0,003$ ), які свідчили про лінійне зростання ОТ як риси характеру та темпераменту з 42,9 % у молодому віці до 87,5 % у пацієнтів старше 60 років. Поширеність депресивних розладів не характеризувалась статистично значущою залежністю від віку пацієнтів, коливалася від 4,8 % у осіб молодого віку, у віковому діапазоні 21-39 років мала середнє значення – 13,9-16,7 %, набувала максимального рівня у пацієнтів 40 років та старше – 25,0-26,8 % ( $\chi^2=8,235$ ,  $p=0,606$ ). Наявність високого РН ста-

тистично вірогідно залежала від віку хворих, набувала максимального поширення у пацієнтів 50 років і старше – 57,1 % проти 14,3 % у осіб молодого віку ( $\chi^2=18,467$ ,  $p=0,002$ ). Аналіз відповідних даних серед респондентів контрольної групи не виявив закономірностей в розвитку психоемоційних станів залежно від віку. Отримані дані можуть свідчити про особливо несприятливі умови для розвитку тривожних та невротичних станів у хворих на БА у віковому діапазоні 50 років і старше.

При аналізі показника поширеності клінічних синдромів СПД залежно від стажу БА ми не виявили жодної статистично значущої залежності, однак тяжкість перебігу БА, характер загострень захворювання визначали певні закономірності. Так, для всіх клінічних синдромів СПД, як взятих окремо, так і для їх поєднання у одного хворого показник поширеності характеризувався прогресуючим зростанням відповідно до зростання тяжкості перебігу БА та тяжкості загострень захворювання. Тяжка персистуюча БА асоціювалась з максимальними показниками поширеності високих рівнів РТ – 23,3 % (проти 13,6 % у випадку легко персистуючої БА,  $p=0,083$ ), ОТ – 84,9 % (проти 50 % у випадку легко персистуючої БА,  $p=0,000$ ), РН – 46,5 % (проти 13,6 % у випадку легко персистуючої БА,  $p=0,007$ ), клінічно значущими депресивними станами – 29,1 % (за відсутності ознак депресії у випадку легко персистуючої БА,  $p=0,034$ ). Наявність тяжко персистуючої БА у пацієнтів супроводжувалася поєднанням трьох синдромів із критичними рівнями виразності у 44,2 % хворих (проти 22,7 % у випадку легко персистуючої БА,  $p=0,030$ ).

Тяжке в клінічному розумінні загострення БА, за нашими даними, асоціювалося із зростанням поширеності усіх клінічних синдромів СПД, як взятих окремо, так і при їх поєднанні у одного хворого. Так, високий рівень РТ у хворих на БА за тяжкого рівня загострення визначався у 21,5 % (проти 16,0 % за легкого загострення,  $p=0,014$ ), у той час як серед пацієнтів із легким загостренням БА переважав низький, клінічно незначущий рівень тривожних симптомів (68,0 %). Для пацієнтів із тяжким клінічним загостренням БА наявність високого рівня ОТ спостерігалась у 81,0 % випадків (проти 33,3 % в групі пацієнтів із легким загостренням,  $p=0,013$ ). Зростання поширеності депресивних станів (29,2 % проти 8,0 %,  $p=0,028$ ), високої невротизації (55,7 % проти 16,0 %,  $p=0,001$ ) та інтегративно СПД (48,1% проти 20,0 %,  $p=0,04$ ) спостерігалось серед хворих на БА за наявності тяжкого загострення захворювання. Відповідно стан ремісії та легке загострення БА асоціювались у хворих на БА із наявністю межових, клінічно незначущих рівнів тривоги, невротизації та відсутності депресивних симптомів.

Для кількісної оцінки виразності кожного, окремо взятого синдрому, а також ІП виразності СПД, провели розрахування бальних параметрів рівнів невротизації, тривожності, депресії. Встановлено, що у хворих на БА спостерігаються статистично вірогідно значущі вищі середні показники вираженості супутніх соматопсихічних станів порівняно з групою практично здорових осіб, що може бути проілюстровано даними, що наводяться в табл. 2.

Таблиця 2. Середні показники клінічних синдромів СПД хворих на БА та практично здорових осіб

Показники СПД	Середнє значення у хворих на БА (n=207)	Середнє значення у здорових осіб (n=82)	t	p
	M±m	M±m		
РН, %	53,7±1,3	36,9±1,9	6,96	<0,001
РТ, бали	33,9±0,8	23,4±1,0	7,39	<0,001
ОТ, бали	52,3±0,7	44,2±1,2	6,36	<0,001
РД, бали	44,0±0,6	35,6±0,7	8,25	<0,001

З високим рівнем статистично вірогідності можна засвідчити, що тяжкість окремих супутніх синдромів СПД у хворих на БА вищий, аніж у практично здорових осіб. Ці дані доводять негативний вплив захворювання на психіку пацієнтів, мають вторинний, тобто набутий характер.

Так, середній показник РН у хворих на БА дорівнював (53,7±1,3) % (порівняно з (36,9±1,9) % в групі здорових,  $p<0,001$ ). Найбільш частими невротичними симптомами були відчуття "повзання мурашок", пульсації, здавлення, розпирання в різних частинах тіла, різноманітність подібного роду відчуттів. Вірогідно вищий РН у хворих на БА свідчить про х виражену емоційну збудливість, наслідком чого є поява негативних переживань (тривоги, напруги, неспокій, роздратованість тощо), про безініціативність, про егоцентристську спрямованість особистості, що призводить до іпохондрично фіксації на соматичних відчуттях та недостатках особистості, про соціальну несміливість та залежність від навколишніх умов, важкість у спілкуванні. Вірогідно нижчий РН в групі практично здорових осіб свідчить про х емоційну стійкість, про позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), про ініціативність, незалежність, почуття власної гідності, соціальну сміливість, легкість у спілкуванні. Високий РН є клінічно значущим в структурі БА та потребує відповідно корекції, низький РН не потребує проведення специфічно корекції внаслідок того, що є результатом нормальної реакції особистості на умови, що оточують.

Середній рівень РТ у хворих на БА склав (33,9±0,8) балів проти (23,4±1,0) балів в контрольній групі ( $p<0,001$ ). Статистично значуще вищий показник РТ у хворих на БА характеризується напругою, неспокоєм, нервозністю, викликає порушення уваги. ОТ характеризує стійку схильність реагувати на велике коло життєвих ситуацій станом тривоги. середній показник у хворих на БА дорівнював (52,3±0,7) бали проти (44,2±1,2) бали в групі практично здорових осіб ( $p<0,001$ ). Висока ОТ хворих на БА прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та психосоматизацією БА.

Середній РД за шкалою Зунге в групі хворих на БА склав (44,0±0,6) бали проти (35,6±0,7) бали у практично здорових осіб. В обох групах порівняння се-

редній показник вказує на відсутність клінічно значущого рівня депресивних розладів, однак з високим ступенем статистично вірогідності ( $p<0,001$ ) він був вищий у хворих на БА. Клінічно депресивний синдром характеризується пониженням настрою і може проявлятися у вигляді депресивного епізоду (короткотривалий синдром) та хронічного розладу настрою: дистимії (хронічна, помірно виражена депресія, втома, пониження настрою, песимізм, зниження апетиту, розлади сну) та циклотимії (пом'якшений варіант депресії, що часто змінюється рівним настроєм).

Основними симптомами депресії були знижений настрій практично щоденно, або більший проміжок доби. Зниження (або втрата) інтересів та спроможності відчувати задоволення від діяльності, що звичайно має бути пов'язана з позитивними емоціями, зменшення активності, підвищення втомлюваності, зниження енергії були характерні для 52 (25,1%) хворих на БА.

Враховуючи те, що ІП синдрому СПД відноситься до порядкової шкали і не підпорядковується нормальному розподіленню, ми за допомогою U-тесту Манна-Уїтні провели ранжування всіх об'єктів без урахування належності до певної групи, а потім обчислили середні ранги для кожної з двох груп порівняння. Відомо, що чим вищий середній ранг групи, тим вищий показник, що обчислюється. Рангові значення ІП супутнього синдрому СПД у хворих на БА та практично здорових осіб представлені в табл. 3.

Згідно з представленими в табл. 3 даними, середній ранг ІП СПД у хворих на БА дорівнює 160,37, а в групі здорових – 106,20. Це означає, що рівень сумарно виразності психічних розладів, що інтегративно включає високу невротизацію, тривожність, клінічно значущі депресивні стани, у хворих на БА вищий, аніж у контрольній групі здорових осіб. Величина U-критерію Манна-Уїтні – 5305,50 та величина значимості  $p<0,001$  вказують на достовірність висновку про те, що хворі на БА дійсно мають високий рівень усіх синдромів СПД.

Мали місце певні статеві відмінності при аналізі основних синдромів СПД. Так, хворі на БА жіночої статі відрізнялися значно вищими показниками за усіма шкалами психологічного тестування від групи хворих чоловіків. Ми не знайшли статистично значущої відмінності ступеня виразності синдромів СПД серед

Таблиця 3. Рангові значення ІП супутнього синдрому СПД у хворих на БА та практично здорових осіб

Параметр, що досліджується	Хворі на БА (n=207)	Здорові особи (n=82)	U	p
<b>Інтегративний показник синдрому СПД:</b>				
– середній ранг;	160,37	106,20		
– сума рангів	33196,50	8708,50	5305,50	<0,001

практично здорових осіб залежно від статі. Ймовірно, в даному випадку мають місце певні особливості психоемоційного реагування на стрес, що має місце в умовах ініціації, розвитку та наслідків такого хронічного захворювання як БА на осіб різної статі. Слід також враховувати, що особи жіночої статі в групі практично здорових мали дещо вищі показники рівня соматопсихічних синдромів порівняно з особами чоловічої статі.

Хворі на БА мали вірогідно вищі середні показники виразності окремих синдромів СПД порівняно з групою здорових: з віком середні показники виразності психоемоційних розладів збільшувалися, набуваючи максимальної величини в віковому діапазоні 40-60 років у хворих на БА. Серед здорових осіб середні показники виразності СПД вирізнялися меншими абсолютними значеннями та набували максимальної виразності в старшій віковій групі респондентів – старше 50 років (табл. 4). Статистична обробка наведена в табл. 5.

Якщо взяти за основу, що фізіологічні інволютивні зміни в ЦНС, а відповідно і в психологічному статусі

пацієнтів з розвитком певних психологічних особливостей особистості у практично здорових пацієнтів теж наявні, то можна припустити, що захворювання на БА має негативний вплив на психологічний статус людини, що проявляється в більш ранньому розвитку соматопсихічних розладів в групі хворих на БА, а також вірогідно вищими середніми показниками синдромів СПД в цій групі пацієнтів.

Ми досліджували також динаміку середніх показників виразності соматопсихічних синдромів у хворих на БА залежно від тривалості (стажу) захворювання, його тяжкості перебігу та характеру загострень на момент обстеження, що представлено в табл. 6.

За нашими даними, максимальний показник рівня РТ (35,9±2,0) балів спостерігався у хворих на БА з тривалістю захворювання в межах 5-10 років, максимальний показник рівня ОТ – (56,0±3,2) балів та максимальний РД – (45,7±1,5) балів, максимальний РН – (67,9±6,2) % – у осіб, які мали максимальну тривалість захворювання, і хворіли понад 30 років. Статистично

Таблиця 4. Середні показники синдромів СПД у хворих на БА та здорових осіб залежно від віку

Групи порівняння	Вік пацієнтів, роки					
	до 20 (n=21)	20-29 (n=18)	30-39 (n=36)	40-49 (n=60)	50-59 (n=56)	60 та старше (n=16)
<b>Хворі на БА (n=207):</b>						
РТ, бали	27,1±2,7	34,7±3,1	32,8±1,9	35,2±1,5	35,2±1,6	33,8±2,5
ОТ, бали	46,0±2,4	51,6±1,8	51,0±1,7	52,8±1,1	54,8±1,3	54,3±1,7
РД, бали	38,9±1,9	42,8±1,9	42,8±1,3	45,4±1,1	45,5±1,0	43,8±1,9
РН, %	39,4±3,5	49,0±4,2	49,6±2,6	57,2±2,2	58,5±2,7	56,4±4,8
<b>Здорові (n=82):</b>						
РТ, бали	18,1±1,7	23,2±1,6	23,1±2,4	27,8±2,0	24,4±3,6	27,0
ОТ, бали	39,5±2,1	41,3±1,5	51,0±3,7	45,6±2,2	47,5±4,7	48,0
РД, бали	34,4±1,5	35,5±0,9	37,4±2,0	34,4±1,2	36,5±4,2	40,0
РН, %	35,7±4,1	31,4±3,0	44,8±5,3	37,8±4,0	40,3±7,5	62,5

Таблиця 5. Дисперсійний аналіз ANOVA середніх показників синдромів СПД хворих на БА та здорових осіб, розподілених залежно від віку

Параметр, що досліджується в групах порівняння	РТ	ОТ	РД	РН
<b>Хворі на БА (n=207)</b>				
F	1,608	3,060	2,629	4,613
Значущість (p)	0,159	0,011	0,025	0,001
<b>Здорові (n=82)</b>				
F	2,068	2,673	0,572	1,720
Значущість (p)	0,079	0,028	0,721	0,140

Таблиця 6. Середні показники синдромів СПД у хворих залежно від стажу БА

Показник	Тривалість БА, роки				
	До 5 (n=41)	5-10 (n=61)	10-20 (n=77)	20-30 (n=21)	Більше 30 (n=7)
РТ, бали	35,9±2,0	39,2±0,8	32,5±1,7	33,8±3,7	38,4±3,6
ОТ, бали	53,2±1,5	51,5±0,7	51,8±1,4	51,1±2,8	56,0±3,2
РД, бали	44,1±1,5	41,1±0,6	45,4±1,2	43,3±1,7	45,7±1,5
РН, %	51,3±3,1	66,9±1,1	55,1±3,1	53,2±6,2	67,9±6,2

достовірності, яка вказувала б на той факт, що ступінь виразності соматопсихічних синдромів збільшується у разі більшої тривалості БА ми не отримали, при цьому показник значущості (p) коливався від 0,166 до 0,942. Тому можемо вважати, що спостерігається лише тенденція, яка вказує на залежність тяжкості ураження психологічно сфери хворих на БА від тривалості дії пошкоджувальних факторів, які спостерігаються під час перебігу БА. Можливо відсутність вірогідно відмінності у хворих на БА цього діапазону тривалості можна пояснити малою вибіркою пацієнтів.

Отримані дані можуть свідчити про те, що патофізіологічні шкідливості, що діють на психіку хворих на БА, на ранніх стадіях перебігу формують у пацієнтів стійкий синдром СПД, головним компонентом якого є синдром РТ, як мінлива, нестійка характеристика, що формується як прояв феномену "тривоги очікування" нападів та всіх негативних соматовегетативних та соматопсихічних наслідків, коли хворий пристосовуєть-

ся до нових умов життєдіяльності, що пов'язані з ініціацією хвороби, першими роками перебігу. На це вказує максимальний рівень РТ у хворих на БА з тривалістю захворювання в діапазоні 5-10 років. За тривалого терміну перебігу соматопсихічні реакції набувають характеру стійко риси особистості з більш глибокими розладами психіки, що видно з максимальних показників рівня ОТ, депресії та стійких невротичних розладів у хворих з тривалим стажем захворювання на БА, які досягають свого максимального рівня у 7 пацієнтів з терміном тривалості захворювання понад 30 років, набуваючи характеру поліморфно СПД як стійко риси людини.

Ми також провели оцінку залежності рівня виразності синдромів СПД у хворих на БА, беручи до уваги тяжкість захворювання.

В табл. 7 наведено середні показники синдромів СПД залежно від тяжкості БА, в табл. 8 представлено результати статистично обробки отриманих результатів.

**Таблиця 7. Середні показники синдромів СПД у хворих залежно від тяжкості перебігу БА**

Показник СПД	Тяжкість перебігу БА				
	інтермітуюча (n=4)	легка персистуюча (n=22)	середньотяжка персистуюча (n=95)	тяжка персистуюча (n=86)	усього (n=207)
РТ, бали	20,8 $\pm$ 4,0	31,4 $\pm$ 2,5	34,4 $\pm$ 1,2	34,5 $\pm$ 1,2	33,9 $\pm$ 0,8
ОТ, бали	40,5 $\pm$ 1,6	45,0 $\pm$ 1,8	53,0 $\pm$ 1,0	54,0 $\pm$ 1,0	52,3 $\pm$ 0,7
РД, бали	35,0 $\pm$ 3,4	38,8 $\pm$ 1,4	43,5 $\pm$ 0,8	46,3 $\pm$ 0,9	44,0 $\pm$ 0,6
РН, %	36,9 $\pm$ 7,7	41,2 $\pm$ 3,7	54,1 $\pm$ 2,0	57,1 $\pm$ 1,8	53,7 $\pm$ 1,3

**Таблиця 8. Дисперсійний аналіз ANOVA середніх показників синдромів СПД у хворих залежно від тяжкості перебігу БА**

Параметр, що досліджується у хворих на БА	РТ	ОТ	РД	РН
F	2,196	8,285	7,301	5,651
Значущість (p)	0,090	0,000	0,000	0,001

Як видно з показника значущості (p), що коливається в межах 0,000 – 0,090, в цьому випадку дисперсійний аналіз дає максимально значущий результат, тобто ми встановили з високим ступенем статистично вірогідності, що тяжкість перебігу БА, маючи на увазі рівень та інтенсивність запального процесу в дихальних шляхах, пов'язані з ним чинники, що спричиняють клінічну симптоматику, негативно впливають на психологічний стан хворих. При цьому рівень всіх соматопсихічних синдромів зумовлений рівнем запальних змін в дихальних шляхах, а тяжкість клінічного перебігу та виразність СПД залежать одне від одного. Так, за нашими даними, найнижчі середні показники за усіма шкалами психологічного тестування виявлялися у хворих з інтермітуючим перебігом БА, найвищі, відповідно у хворих з тяжким персистуючим перебігом БА.

При дослідженні рівня РТ виявлялося, що хворі із персистуючим перебігом БА значущо відрізняються від хворих з інтермітуючим перебігом БА і характеризуються найвищими параметрами РТ. Хворі середньотяжкого та тяжкого перебігу БА статистично значущо з високим рівнем вірогідності відрізняються від пацієнтів, що мають інтермітуючий та легкий персис-

туючий перебіг БА за рівнем ОТ, РД та РН, виразність яких у цій категорії хворих була найвищою.

Слід сказати, що наявність у людини гостро або хронічно патології внутрішніх органів істотно впливає на стан центрально та периферично НС, патогенез ураження яко зумовлений, головним чином, обмінними, токсичними, судинними і рефлекторними розладами. Порушення гомеостазу, які виникають внаслідок порушення білкового, вуглеводного, жирового, водно-електролітного, вітамінного обмінів, гіпоксемії і тканинної гіпоксії, накопичення різних шлаків, що підлягають виведенню з організму, токсично діють на нервову тканину (нейрони, гліальні клітини, синапси, аксони). В більшості випадків впливає ряд взаємопов'язаних чинників, один або два з яких є найзначущішими.

З іншого боку, соматогенно зумовлені розлади мають вплив на діяльність внутрішніх органів і створюють тим самим "порочне коло", сприяючи поглибленню недостатності і внутрішніх органів, і нервової системи. Відомо спільність клініки нервово-психічних порушень у відповідь на патологію внутрішніх органів підтверджує, що в їх основі лежать близькі патогенетичні механізми – поєднання явищ роздратування і

випадання на різних рівнях нервової системи (кора, підкірка, стовбур, спинний мозок і ін.) з деяким акцентом то на одному, то на іншому з них [7].

Першими ознаками, які вказують на залучення НС у разі соматичних захворювань, є підвищена стомлюваність, дратівливість, головний біль, порушення сну, парестезії і дізестезії в зонах Захар'на-Геда. Надалі клініку пошкодження визначає комплекс чинників, серед яких характер патологічного впливу власне соматичного захворювання, спадковість, конституція хворого, вік, умови життя і харчування, шкідливі звички, супутня патологія, особливості роботи, що виконується та ін.

В нашому випадку, наявність у хворого одного з тривалопоточних захворювань органів дихання – БА з частими рецидивуючими епізодами гостро бронхіальної обструкції та прогресуючою легеневою недостатністю внаслідок формування вторинних змін в легеневій тканині (ремоделювання дихальних шляхів) супроводжується хронічною гіпоксією з важкими змінами нервових клітин з наростаючими дистрофічними змінами в ядрі і цитоплазмі нейронів і клітинах глі. Результатом цих процесів є розвиток у хворих на БА комплексу неврологічних симптомів (як ускладнень основного захворювання) у вигляді нервово-психічного синдрому, що виявляється загальномозковими, психічними і вегетативними симптомами, зокрема головним болем, запамороченням, психомоторним збудженням, хворобливістю при русі очних яблук, загальною гіперестезією, розладами чутливості, зміною артеріального тиску, пульсу, потовиділення, синдромом хронічної енцефалопатії (цефалгія та СПД у вигляді поліморфного синдрому психоемоційних розладів, ведучими серед яких є клінічні синдроми невротизації, реактивно та особистісно тривоги та депресивні стани).

**ВИСНОВКИ** 1. У процесі розвитку бронхіальної астми у 39,1 % хворих формується клінічний симптомокомплекс соматопсихічно дисфункції, який представлений високим рівнем реактивно тривожності (20,3 %), високим рівнем особистісно тривожності (75,8 %), високим рівнем невротизації (41,5 %), легкою та маскованою депресією (відповідно 21,3 % та 3,1 %), що значуще відрізняється від практично здорових осіб ( $p < 0,001$ ), як за поширеністю, так і за тяжкістю, і свідчить про його вторинність по відношенню до БА та соматогенну зумовленість.

2. Показники поширеності клінічних синдромів СПД залежать від гендерних особливостей, віку хворих, тяжкості перебігу БА та характеру загострень захворювання; жіноча стать, вік старше 50 років, тяжкий перебіг БА та тяжке загострення сприяють зростанню показника поширеності високих рівнів РТ, ОТ, РД та РН.

3. Рівень окремих супутніх синдромів СПД у хворих на БА вищий, ніж у практично здорових осіб, що свідчить про негативний вплив захворювання на психіку пацієнтів, його вторинність по відношенню до БА та соматогенну зумовленість.

4. З віком у хворих на БА середні показники виразності соматопсихічних синдромів збільшуються, набуваючи максимально величини в віковому діапазоні 40-60 років; віковий клас хворих на БА старше 40

років значуще відрізняється від молодших вікових груп за виразністю середніх показників СПД, які, в свою чергу, не мають значущих відмін між собою.

5. Тяжкий перебіг БА асоціюється з високим рівнем СПД, що може бути зумовлено активністю запальних змін у дихальних шляхах; так, за нашими даними, найнижчі середні показники за усіма шкалами психологічного тестування виявлялися у хворих з інтермітуючою БА, найвищі, відповідно, у хворих з тяжкою БА; хворі середньотяжкого та тяжкого перебігу БА статистично значуще з високим рівнем вірогідності відрізняються від пацієнтів, що мають інтермітуючий та легкий персистуючий перебіг БА за рівнем ОТ, депресії та невротизації, виразність яких у цій категорії хворих є найвищою.

6. Перспективним є подальше вивчення ролі клінічних синдромів СПД на клініко-функціональні показники перебігу БА з урахуванням отриманих даних в процесі лікування.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антипова О.С. Взаимосвязь вегетативной регуляции с уровнем тревожности и депрессии, характером коммуникативных поведенческих реакций и с механизмами психологической защиты больных бронхиальной астмой [Текст] / О.С. Антипова, М.К. Резников // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии. – Выпуск 6. – Воронеж: Изд.: Казачий Хутор "Муромский", – 2004. – С. 16-19.
2. Балуква Е.В. Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля [Текст] / Е.В. Балуква, Ю.П. Успенский, Е.И. Ткаченко // Терапевтический архив. – 2007. – № 6. – С. 85-88.
3. Батурин К.А. Невротические расстройства у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. "Психиатрия" [Электронный ресурс] / К.А. Батурин. – М., 2003. – 17 с. – Режим доступа к авторефер.: [www.psychiatry.ru/disert/baturin.html#top#top](http://www.psychiatry.ru/disert/baturin.html#top#top).
4. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов. [Текст] / Ф.И. Белялов // Клиническая медицина. – 2007. – № 3. – С. 21-24.
5. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: [кратк. учебн.] [Текст] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад [пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предислов. В.Г. Остроглазова]. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 [161-179] с.
6. Бюль А. Искусство обработки информации. Platinum Edition [Текст] / Ахим Бюль, Петер Цефель; [пер. с нем.]. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
7. Вейн, А.А. «Нервизм» и медицина [Текст] / А.А. Вейн // Тер. Архив. – 1991. – № 12. – С. 4-6.
8. Гипервентиляционный синдром при бронхиальной астме, гипертонической болезни и органом невротозе. Клиническая картина и функция внешнего дыхания [Текст] / С.И. Овчаренко, А.Л. Сыркин, А.Б. Смулевич [и др.] // Клиническая медицина. – 2004. – № 3. – С. 32-36.
9. Здоровье легких в Европе (Белая книга легких). Факты и цифры. [Текст]. – ERF, 2003. – 60 с.
10. Княжеская Н.П. Тяжелая бронхиальная астма [Электронный ресурс] / Н.П. Княжеская // Consilium Medicum. – 2002. – Т. 4, № 4. – Режим доступа к журн.: [www.consilium-medicum.com/media/consilium/00\\_10](http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/00_10).
11. Кузнецова Е.И. Динамика психологического состояния больных бронхиальной астмой в период вторичной профилактики [Текст] / Е.И. Кузнецова, И.В. Лещенко, Е.А. Медведский // Пульмонология. – 2000. – № 4. – С. 53-58.
12. Медников Б.Л. Экономические аспекты в пульмонологии [Текст] / Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких / Б.Л. Медников. – М.: ЗАО "Издательство БИНОМ", 2000. – 512 [501-510] с.

13. Мостовой Ю.М. Фармакоэкономичні аспекти лікування бронхіальної астми. Погляд на проблему [Текст] / Ю.М. Мостовой // Медицина світу. – 2001. – Т. IX, число 3. – С. 159-166.
14. Огородова Л.М. Стремление к контролю астмы: новые данные исследования GOAL [Текст] / Л.М. Огородова, Ф.И. Петровский // Пульмонология. – 2008. – № 2. – С. 103-110.
15. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2006-2007 рр. [Електронний ресурс] / Академія медичних наук України, Центр медично-статистики МОЗ України, ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського". – Київ, 2008. – Режим доступу до табличних даних у форматі MS EXCEL: [www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2007.xls](http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2007.xls).
16. Провоторов В.М. Критерии оценки психосоматических нарушений у больных бронхиальной астмой и методы их коррекции / В.М. Провоторов, Л.С. Сулейманова, А.В. Будневский [Электронный ресурс] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2002. – № 9. – Доступ к журн.: [www.vsmsa.ac.ru/publ/vest/009/Article/index.htm](http://www.vsmsa.ac.ru/publ/vest/009/Article/index.htm).
17. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / [под ред. Акад. РАМН А.Г. Чучалина]: в 2 томах [Текст] / Н.Д. Семенова. – Т. 2. – 1997. – М.: Агар, 1997. – С. 187-213.
18. Сильвестров В.П. Психологические особенности личности и функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных бронхиальной астмой [Текст] / В.П. Сильвестров, А.П. Ребров, Н.А. Кароли // Рос. мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 47-50.
19. Федосеев Г.Б. Механизмы обструкции бронхов [Текст] / Г.Б. Федосеев. – СПб: Медицинское информационное агентство, 1998. – 336 с.
20. Фещенко Ю.И. Всемирный день астмы в Украине [Текст] / Ю.И. Фещенко, А.И. Марков // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 10 (284). – С. 3-3.
21. Фещенко Ю.И. Пульмонологическая помощь в Украине [Текст] / Ю.И. Фещенко, В.М. Мельник // DOCTOR. Журнал для практикующих врачей. – 2004. – № 2. – С. 7-9.
22. Чучалин А.Г. Современные представления о патогенезе бронхиальной астмы [Текст] / А.Г. Чучалин // Атмосфера. – 2001. – № 1 (2). – С. 2-7.
23. Чучалин А.Г. Базисная терапия тяжелой бронхиальной астмы у взрослых [Текст] / А.Г. Чучалин, Л.М. Огородова, Ф.И. Петровский // Пульмонология. – 2004. – № 6. – С. 68-77.
24. Яшина, Л.А. Астма-контроль – пути достижения [Текст] / Л.А. Яшина // Укр. пульмон. журн. – 2003. – № 2. – С. 13-18.
25. Boulet P. Influence of comorbid conditions on asthma [Text] / P.Boulet // ERJ. – Apr., 2009. – Vol. 33. – P. 897-906.
26. The correlation between asthma control and health status: the GOAL study [Text] / E.D. Bateman, J. Bousquet, M.L. Keech [et al.] // ERJ. – 2007. – Vol. 20 (1). – P. 56-62.
27. Global Strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary [Text] / E.D. Bateman, S.S. Hurd, P.J. Barnes [et al.] // ERJ. – 2008. – Vol. 31. – P. 143-178.
28. Goldnay R.D. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life : a population survey [Text] / R.D. Goldnay, R. Ruffin, L.J. Fisher // Med. J. Aust. – 2003. – Vol. 178 (9). – P. 437-441.
29. A new perspective on concepts of asthma severity and control [Text] / D.R. Taylor, E.D. Bateman, L.-P. Boulet [et al.] // ERJ. – Sept., 2008. – Vol. 32. – P. 545-554.
30. Nowobilski R. Psychosomatic correlations in patients with bronchial asthma [Text] / R. Nowobilski // Pol. Arch. Med. Wewn. – 1999, Dec. – Vol. 102(6). – P. 1063-1067.

Отримано 23.11.09.