

УДК: 616.8:616.233-002

А. О. Довгань

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Особливості ураження психоемоційної сфери у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за різних клінічних фенотипів: аналіз випадків клінічного перебігу за результатами власних досліджень

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, синдром соматопсихічних розладів, невротизація, реактивна тривожність, особистісна тривожність, депресія.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сьогоднішній день є дуже важливою проблемою охорони здоров'я як в медико-соціальному, так і в економічному плані внаслідок зростання поширеності, захворюваності, інвалідності і смертності. Люди хворіють на ХОЗЛ впродовж багатьох років і передчасно помирають від нього чи його ускладнень [11].

Епідеміологічні та статистичні дані вказують на широку поширеність ХОЗЛ як серед захворювань внутрішніх органів загалом, так і серед захворювань бронхолегеневого апарату зокрема. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 2011 рік поширеність ХОЗЛ становила 2969,1 на 100 тисяч дорослого населення [2], а захворюваність на ХОЗЛ – 207,8 на 100 тисяч дорослого населення. ХОЗЛ – одна з провідних причин смерті, частка якої стрімко зростає в світі [12]. За даними останніх прогнозів ХОЗЛ, яке в 1990 році займало 6-те місце серед причин смерті, до 2030 року стане четвертою провідною причиною смерті у світі після серцево-судинних захворювань, онкопатології та нещасних випадків [10]. Водночас, це захворювання має величезне економічне значення, оскільки ХОЗЛ спричиняє до 1/5 частин причин втрати працездатності [11], це лягає значним тягарем на плечі кожного окремого хворого і на економіку всього суспільства.

ХОЗЛ – захворювання, що можна попередити і яке піддається лікуванню [16]. В останні роки частота встановлення діагнозу ХОЗЛ в нашій країні значно зросла, але причиною цього є не зростання захворюваності, а підвищення обізнаності лікарів щодо цієї патології завдяки праці вітчизняних науковців у галузі пульмонології, які у державних нормативних документах відокремили ХОЗЛ від хронічного бронхіту та продовжують поглиблювати знання лікарів щодо сучасних світових поглядів на цю проблему. Незважаючи на те, що діагностика та принципи лікування ХОЗЛ постійно вдосконалюються, досягнути повного контролю над захворюванням та зупинити його прогресування неможливо. В зв'язку з цим в теперішній час ведеться пошук причин та механізмів, які обтяжують клінічний перебіг [7] ХОЗЛ та сприяють пришвидшенню його розвитку. Сучасні погляди на цю патологію розглядають її з точки зору фенотипування, виділяють різні клінічні групи чи варіанти перебігу, що дозволяє більш вузько підійти до виявлення обтяжуючих факторів та індивідуалізувати підходи до лікування. Зважаючи на це, останнім часом в Україні та в світі загалом все більше уваги приділяється вивченню взаємовпливу ХОЗЛ та супутньої патології [4, 6], яка і може виступати у ролі одного з обтяжуючих факторів. Все це знайшло своє відображення в новій редакції між-

народного керівництва Глобальної Ініціативи з ХОЗЛ (GOLD) [16] і в державному узгоджувальному документі — наказі МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555 [5].

За даними закордонних дослідників, до найбільш частих супутніх захворювань, що виникають у пацієнтів з ХОЗЛ, відносяться: серцево-судинні захворювання (такі як ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія), дисфункція скелетних м'язів, остеопороз, метаболічний синдром, цукровий діабет, рак легень, синдром обструктивного апное сну та депресія [16]. Ця проблема є актуальною і для України, що підтверджується аналогічними даними, отриманими українськими науковцями [1, 9]. Мають місце поодинокі відомості щодо особливостей клініко-функціонального перебігу ХОЗЛ, поєданого з супутніми захворюваннями, ефективності його лікування та прогнозу для даної категорії пацієнтів [13].

Поряд з цим, треба зазначити, що ХХІ століття — це вік стресів та переживань, переважно психічних та емоційних, у світі спостерігається тенденція до зростання поширеності психоемоційних розладів у популяції в цілому [3]. За даними різних авторів, серед хворих на ХОЗЛ поширеність психоемоційних розладів становить від 12 до 50 %, що значно перевищує цей показник в загальній популяції (≤ 5 %). Саме тому вивченню депресії у цього контингенту хворих останнім часом приділяється все більше уваги. Найбільш тяжко пацієнти із ХОЗЛ переживають втрату працездатності, що супроводжується відчуттям безпорадності, непотрібності суспільству та близьким. Такі переживання можуть переростати у тривожні, переддепресивні стани, які часто мають маскований або прихований перебіг і саме тому — мало досліджені.

За даними зарубіжних авторів, поширеність депресії у пацієнтів з ХОЗЛ становить від 7 до 80 %. Так, дані Yohannes та співавторів [29] корелюють з результатами дослідження великої загальнонаціональної вибірки населення США за допомогою опитувальника Центру епідеміологічних досліджень депресії, в якому депресію виявили у 40 % хворих на ХОЗЛ [26], причому хворі на ХОЗЛ були більш схильні до симптомів депресії, ніж люди з інсультом, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця, артритом або раком. Водночас Zhang та співавтори у мета-аналізі 8 високоякісних досліджень встановили поширеність депресії, що становила 24,6 % у хворих з ХОЗЛ [30]. За даними закордонних джерел поширеність тривоги при ХОЗЛ також варіює від 6 до 74 % [27]. Такий діапазон коливання статистичних даних можна пояснити відмінностями чутливості опитувальників психологічного тестування у різних дослідженнях та різницею вимог до підбору пацієнтів з урахуванням чинників зовнішнього впливу. Відомості щодо поширеності та структури психоемоційних розладів у хворих на ХОЗЛ в нашому регіоні відсутні. В літературі зустрічаються дані українських науковців, що стосуються виявлення факторів, які впливають на вираженість симптомів тривоги та депресії, пошуку скринінгових методів діагностики цих розладів [11] та медикаментозної їх корекції [10].

Дослідниками, що займаються питаннями коморбідних психоемоційних розладів, запропоновано численні теоретичні моделі вивчення взаємодії між депресією і тривожністю та ХОЗЛ. Більшість із них розглядають механізм розвитку депресії у пацієнтів з ХОЗЛ як взаємодію комплексу факторів ризику, таких як куріння, гіпоксія, системне запалення і вплив захворювання на життя пацієнтів [21, 26].

Так, механізм впливу куріння на стан психоемоційної системи двоякий: з одного боку, нікотин може впливати на настрої через холінергічні рецептори, а відмова від паління є значним стресом [22], з іншого — діагноз справжньої депресії частіше виявляється у курців, ніж у осіб, що не курять [28]. Нещодавно було встановлено, що зміна гена-переносника серотоніну асоціюється з тютюнокурінням та депресією, що пояснює генетичну детермінанту в патогенезі ХОЗЛ [17]. І ХОЗЛ, і тютюнокуріння призводять до виникнення гіпоксії, яка, в свою чергу, відіграє значну роль у розвитку депресії, психомоторного гальмування та порушення пам'яті, когнітивних функцій [14, 21].

Системне запалення при ХОЗЛ характерне для різних його фенотипів, включаючи депресивний. Більше того, сама депресія пов'язана з порушенням імунної функції [25] і підвищеною сприйнятливістю до інфекцій [15], чим можна, принаймні частково, пояснити високу частоту інфекційних загострень у пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою депресією [19]. Кілька теорій розвитку депресії у пацієнтів з ХОЗЛ базуються на впливі захворювання на особливості життя пацієнтів. Моделі, узагальнені Norwood [24], показують, що горе та втрата звичайної працездатності сприяють розвитку депресії, тоді як позитивна соціальна та лікувальна підтримка ХОЗЛ позитивно впливає на його перебіг. Порушення дихання і паніка становлять основу гіпервентиляційної моделі тривоги, згідно з якою розвиток гіперкапнії призводить до посилення задишки та відчуття тривоги [24]. Існує також теорія гіперчутливості до діоксиду вуглецю, що базується на результатах досліджень, які демонстрували однаково надмірну чутливість хеморецепторів мозку у пацієнтів з ХОЗЛ та пацієнтів з панічними розладами, що мають «несправжні напади ядухи» [18, 20].

Незважаючи на те, що існує багато даних щодо поширеності депресії та тривоги, недостатньо уваги приділяється їх впливу на життя пацієнтів із ХОЗЛ. Т. Р. Ng та співавтори у своєму дослідженні визначили, що поширеність депресії залежить від тяжкості ХОЗЛ, і пацієнти із тяжким ХОЗЛ та депресією мають більшу ймовірність загострень, частих повторних госпіталізацій та гірший прогноз на виживання [23].

Сучасні науковці досить багато уваги приділяють вивченню поширеності депресії у пацієнтів з ХОЗЛ та взаємодії між цими захворюваннями, але у науковій літературі досить обмежена кількість інформації щодо інших розладів психоемоційної сфери, супутніх із ХОЗЛ.

Враховуючи вищенаведені механізми розвитку психоемоційних розладів при ХОЗЛ, а також урахування того, що хронічна соматична патологія (в тому числі ХОЗЛ) сприяє формуванню емоційно-особистісних характеристик хворих

за типом «невротичної» триади, ми визначили **мету** нашої роботи – на підставі вивчення поширеності та видів соматопсихічних розладів (СПР) оцінити перебіг ХОЗЛ за допомогою власних клінічних спостережень.

Матеріали та методи дослідження

В дослідження включили 43 хворих на ХОЗЛ – 30 (69,7 %) чоловіків та 13 (30,3 %) жінок, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 міста Вінниці протягом 2013 року; також обстежено 21 практично здорову особу – 14 (66,6 %) чоловіків та 7 (33,4 %) жінок. Середній вік в групі хворих на ХОЗЛ становив $(65,1 \pm 1,9)$ року, в групі контролю – $(56,0 \pm 7,3)$ року. Середній стаж ХОЗЛ – $(10,6 \pm 1,2)$ року. Діагноз ХОЗЛ встановлювали відповідно до наказу МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555. Залежно від тяжкості перебігу захворювання хворі розподілилися так: II стадія – 16 (37,2 %) осіб, III – 25 (58,14 %), IV – 2 (4,65 %).

Дослідження стану психоемоційної сфери хворих ХОЗЛ та контрольної групи проводили за допомогою комплексу стандартизованих анкетних методик:

- визначення рівня невротизації (РН) за Вассерманом (2002);
- визначення рівня реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за шкалою Спілберга–Ханіна (2002);
- визначення рівня депресії (РД) Зунге (1971) в адаптації за Балашовою (2002) [8].

Результати та їх обговорення

Встановлено, що хворі на ХОЗЛ мали вірогідно вищу поширеність супутніх СПР порівняно зі здоровими особами. А саме: високий РН діагностовано у 34 (79,0 %) осіб у групі ХОЗЛ на противагу 3 (14,3 %) – в групі здорових осіб ($p < 0,001$), РТ – у 18 (41,8 %) проти 5 (23,8 %), ОТ – 33 (76,7 %) проти 6 (28,6 %) у контрольній групі ($p < 0,001$). Клінічно значимий РД в групі ХОЗЛ діагностовано у 10 (23,2 %) осіб порівняно з 1 (4,7 %) – у контрольній групі ($p < 0,001$). Провівши аналіз поширеності СПР у хворих

залежно від ступеня тяжкості захворювання нами було встановлено зростання показників СПР у хворих зі збільшенням ступеня тяжкості ХОЗЛ, що відображено на рисунку.

Так, серед хворих на ХОЗЛ II стадії діагностовано високий РН у 11 (68,75 %) осіб, РТ та ОТ – у 8 (50 %) та 10 (62,5 %) випадків відповідно; серед хворих на ХОЗЛ III стадії високий РН – у 21 (84 %), високі рівні РТ і ОТ – у 9 (36 %) і 21 (84 %) випадків відповідно; серед хворих ХОЗЛ IV стадії у 2 (100 %) осіб виявлено високі рівні невротизації та депресії, в 1 (50 %) хворого – високий рівень РТ ($p < 0,001$).

За нашими спостереженнями було встановлено, що клінічно значимі СПР обтяжують перебіг ХОЗЛ, знижують толерантність до повсякденних фізичних навантажень, погіршують якість життя пацієнтів, посилюють прогресування зниження показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) порівняно з пацієнтами із менш вираженими СПР.

Для ілюстрації наводимо аналіз клінічних випадків перебігу ХОЗЛ з різними соматопсихічними характеристиками на підставі історій хвороб пацієнтів, які лікувалися стаціонарно в пульмонологічному відділенні МКЛ № 1 м. Вінниця.

Клінічний випадок № 1. Історія хвороби № 2312

Хворий Б., 72 роки. Діагноз при поступленні в клініку: Хронічне обструктивне захворювання легень, III стадія, тяжкий перебіг, тяжке інфекційне загострення. Вторинна емфізема легень. Легенева недостатність II ступеня.

Поступив у відділення зі скаргами на задишку в спокої, що посилюється під час звичайного фізичного навантаження, частий кашель із виділенням в'язкого слизово-гнійного мокротиння, підвищенням температури тіла до 38°C . Вважає себе хворим протягом 20 років, коли почала з'являтися задишка при підйомі вгору та кашель з виділенням невеликої кількості слизового мокротиння.

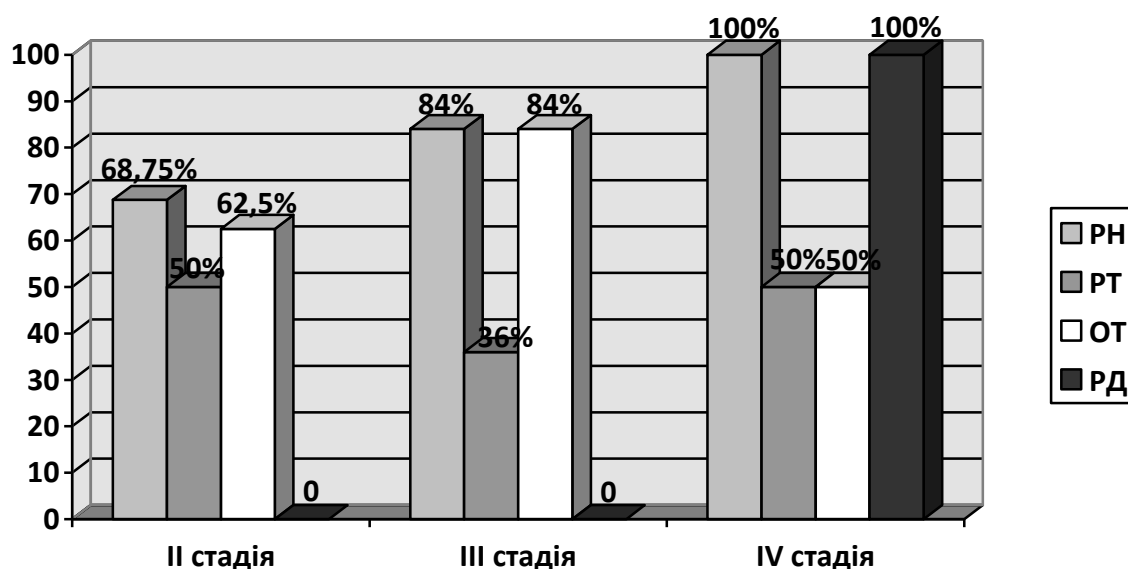


Рисунок. Поширеність соматопсихічних розладів залежно від тяжкості ХОЗЛ

Діагноз ХОЗЛ було встановлено 8 років тому. Загострення, які вимагають госпіталізації, виникають 3–4 рази на рік, часто викликає карету «швидкої допомоги». Протягом останніх 4 років має III групу інвалідності, не працює. Палив протягом 32 років, індекс паління становить 32 пачка/рік. Для зняття симптомів користується салбутамолом, для базисного лікування приймає серетид-дискус 500/50 мг по 1 вдиху 2 рази на добу.

При об'єктивному обстеженні виявлено: загальний стан середньої тяжкості, частота дихання у спокої – 24 за хвилину, дихання шумне, на відстані чути візинг, над легеньми при аускультатії жорстке дихання з подовженим видихом, розсіяні сухі свистячі хрипи. Пульс – 68 за хвилину, ритмічний. Артеріальний тиск на лівому плечі – 120/60 мм рт. ст., на правому плечі – 130/70 мм рт. ст.

Додаткові методи обстеження. Дослідження ФЗД методом комп'ютерної спірометрії показало, що $FVC = 71\%$ (2,92 л), $FEV_1 = 43\%$ (1,36 л), $FEV_1/FVC = 46,6\%$ (відсоток наведено по відношенню до належних величин, дослідження виконано після прийому 400 мкг салбутамолу). Пульсоксиметрія – $SatO_2$ артеріальної крові – 88 %. Рентгенографія органів грудної клітки: плащовий шар легень здутий, корені легень тяжисті, малоструктурні, легеневиї малюнок деформований.

Задишка підтвердилася за модифікованою міжнародною шкалою задишки (mMRC), за якою пацієнт набрав 4 бали. За результатами опитувальника CAT (COPD Assessment Test) пацієнт мав 40 балів – максимальну кількість із можливих.

Дослідження рівнів РТ та ОТ тривожності було проведено за допомогою тесту Спілберга–Ханіна. Провівши нескладні підрахунки за встановленими формулами, маємо результат: рівень РТ = $(17 + 38) = 55$ балів, що відповідає високому рівню РТ. Рівень ОТ = $(36 + 20) = 56$ балів, що також свідчить про високий рівень ОТ. РД, визначений за методикою Зунге, становив 53 бали, що відповідає клінічно субдепресивному стану («маскована» або «соматизована» депресія). При дослідженні РН за Васерманом хворий дав позитивні відповіді на 33 із 40 питань, спрямованих на виявлення симптомів невротизації, у разі чого показник РН дорівнював 82,5 %, що свідчить про високий РН.

Підсумовуючи результати по клінічному випадку № 1, можна сказати, що цей пацієнт має клінічно вкрай тяжкий перебіг ХОЗЛ (за кількістю симптомів, за частотою госпіталізацій, за об'ємом терапії, що надається), а його показники ФЗД відповідають GOLD 3. Визначаючи групу ХОЗЛ за класифікацією відповідно до наказу МОЗ України № 555, цього пацієнта можна віднести до групи D, що характеризується великою кількістю симптомів, частими загостреннями та високим ризиком несприятливих подій. В даному випадку поєднання ХОЗЛ тяжкого перебігу із наявністю клінічно значущих соматопсихічних синдромів тривоги, невротизації та депресії сприяло певною мірою обтяженню перебігу ХОЗЛ. Обстежений пацієнт із даним соматопсихічним статусом має підлягати лікуванню наявних СПР у комплексній терапії ХОЗЛ. Бажана консультація спеціаліста-психолога.

Клінічний випадок № 2. Історія хвороби № 1179

Хвора З., 73 роки. Діагноз при госпіталізації в клініку: Хронічне обструктивне захворювання легень, III стадія, тяжкий перебіг, легке неінфекційне загострення. Вторинна емфізема легень. Легенева недостатність II ступеня. Хронічне легеневе серце, компенсоване. СН 0.

Хворий поступив у відділення зі скаргами на задишку під час звичайного фізичного навантаження, відчуття свисту в легенях при розмові та глибокому диханні. Має ХОЗЛ протягом 15 років, 1 загострення захворювання на рік. Для зняття симптомів користується салбутамолом, для базисного лікування використовує серетид-дискус 500/50 мг по 1 вдиху 2 рази на добу.

При об'єктивному обстеженні виявлено: загальний стан задовільний, частота дихання у спокої – 22 за хвилину, над легеньми при аускультатії жорстке дихання з подовженим видихом, розсіяні сухі свистячі хрипи. Пульс – 76 за хвилину, ритмічний, артеріальний тиск на лівому плечі – 120/70 мм рт. ст., на правому плечі – 125/80 мм рт. ст.

Додаткові методи обстеження. При дослідженні ФЗД методом комп'ютерної спірометрії визначено: $FVC = 61\%$ (2,27 л), $FEV_1 = 35\%$ (1,01 л), $FEV_1/FVC = 44\%$ (відсоток наведено по відношенню до належних величин, дослідження виконано після прийому 400 мкг салбутамолу). Пульсоксиметрія – $SatO_2$ артеріальної крові – 98 %. Рентгенографія органів грудної клітки: підвищення повітряності легеневої тканини на верхівках обох легень, корені тяжисті, базальні спайки зліва.

При анкетуванні пацієнтки було визначено, що рівень задишки за шкалою mMRC становив 2 бали. За опитувальником CAT пацієнт набрав 9 балів.

Поглиблене дослідження рівня РТ та ОТ виявило такі результати: рівень РТ = $(16 + 20) = 36$ балів, що відповідає помірному рівню, рівень ОТ = $(27 + 10) = 37$ балів, що відповідає помірному рівню ОТ і свідчить про те, що незначно підвищена тривожність є особистісною якістю даного пацієнта. Загальний РД становив 29 балів і відповідав клінічно стану «без депресії». При дослідженні РН за Васерманом, хвора дала позитивні відповіді на 12 із 40 питань, спрямованих на виявлення симптомів невротизації. Тому РН у хворої З. становив 30 %, що відповідає нормі.

Підсумовуючи результати по клінічному випадку № 2, можна зауважити, що поєднання ХОЗЛ з незначущими рівнями СПР характеризувалось у даного пацієнта нетяжким в клінічному розумінні перебігом захворювання (мало симптомів, нечасті госпіталізації з приводу загострень), що дещо суперечило функціональним даним (показники ФЗД відповідали стадії GOLD 3). Узагальнюючи результати проведеного обстеження хворої З., за сучасною класифікацією ХОЗЛ її можна віднести до групи C., що характеризується малою кількістю клінічних проявів та великим ризиком несприятливих подій.

Провівши порівняльну характеристику перебігу ХОЗЛ у двох хворих, можна з'ясувати, що на фоні практично однакових показників ФЗД перебіг ХОЗЛ у першого хворого характеризується значно більшою тяжкістю та асоціюється з більш несприятливим перебігом та прогнозом захворювання.

Висновки

1. Хронічне обструктивне захворювання легень — важлива медико-соціальна проблема сьогодення. Відсутність даних про імовірні причини прогресування захворювання, незважаючи на наявність сучасних методів лікування, потребує проведення пошуку факторів, що цьому сприяють.

2. Коморбідні психоемоційні розлади можуть виступати як один із чинників, що сприяють недостатньому контролю над захворюванням.

3. Хворі на ХОЗЛ мають вірогідно вищу поширеність супутніх соматопсихічних синдромів порівняно зі здоровими особами, а саме: високий рівень невротизації, високий рівень реактивної тривожності, особистісної тривожності та депресивних станів.

4. Встановлено, що поширеність розладів психоемоційної сфери залежить від тяжкості ХОЗЛ, що корелює з даними зарубіжних авторів.

5. Аналіз клінічних випадків показав, що тяжкість перебігу ХОЗЛ асоціюється з вираженістю клінічно значимих СТР, що відображається у більш несприятливому прогнозі для пацієнта.

6. Перспективним є подальше дослідження зв'язку між соматичною та психоемоційною складовими у хворих з ХОЗЛ з метою розробки принципів курації даного контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Гашинова, К. Ю. Системні прояви та коморбідність у амбулаторних пацієнтів з ХОЗЛ [Текст] / К. Ю. Гашинова // Укр. пульмонолог. журн. — 2013. — № 2. — С. 41–45.
2. Дзюблик, А. Я. Новые возможности в терапии больных ХОЗЛ [Текст] / А. Я. Дзюблик // Укр. пульмонолог. журнал. — 2011. — № 2. — С. 24–25.
3. Мостовой, Ю. М. Соматопсихічні розлади в клініці внутрішніх хвороб: етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування. Бронхіальна астма як модель соматопсихіатрії: методичні рекомендації [Текст] / Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович. — Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2009. — 104 с.
4. Мостовой, Ю. М. Хронічне обструктивне захворювання легень та артеріальна гіпертензія: особливості клінічного перебігу, тактика лікування [Текст] / Ю. М. Мостовой, Л. В. Распутіна // Укр. пульмонолог. журнал. — 2010. — № 1. — С. 23.
5. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. №555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html
6. Островський, М. М. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ [Текст] / М. М. Островський, П. Р. Герич // Укр. пульмонолог. журнал. — 2011. — № 4. — С. 19–24.
7. Перцева, Т. А. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции [Текст] / Т. А. Перцева, Е. Ю. Гашинова, Ю. В. Губа // Пульмонология. — 2013. — № 2. — С. 81–84.
8. Психометрические шкалы для оценки депрессий и методика их применения [Electronic resource] / Научный центр психического здоровья РАМН. Режим доступа: <http://www.psy-chiatry.ru/lib/54/book/22/chapter/37>.
9. Распутіна, Л. В. Коморбідність неспецифічних захворювань органів дихання та серцево-судинної системи в практиці лікаря [Текст] / Л. В. Распутіна // Укр. пульмонолог. журнал. — 2011. — № 4. — С. 25–27.
10. Фещенко, Ю. И. Хроническое обструктивное заболевание легких — актуальная медико-социальная проблема [Текст] / Ю. И. Фещенко // Укр. пульмонолог. журн. — 2011. — № 2. — С. 6.
11. Фещенко, Ю. И. Хронічне обструктивне захворювання легень і супутні депресія та розлади сну [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк // Укр. пульмонолог. журн. — 2013. — № 3. — С. 33–40.
12. Чучалин, А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания [Текст] / А. Г. Чучалин // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 5–1.
13. Яшина, Л. А. Обоснование целесообразности и анализ эффективности комбинированной терапии хронического обструктивного заболевания легких [Текст] / Л. А. Яшина // Астма та алергія. — 2011. — № 2. — С. 37–38.
14. Areza-Fegyveres, R. Cognition and chronic hypoxia in pulmonary diseases [Text] / R. Areza-Fegyveres, R. A. Kairalla, C. R. Carvalho [et al.] // Dement Neuropsychol. — 2010. — Vol. 4. — P. 14–22.
15. Cohen, S. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold [Text] / S. Cohen, D. A. Tyrrell, A. P. Smith // J. Pers. Soc. Psychol. — 1993. — Vol. 64. — P. 131–140.
16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. [Electronic Resource] / WHO, 2013. — Режим доступу: <http://www.goldcopd.com/>.
17. Kendler, K. S. Smoking and major depression. A causal analysis [Text] / K. S. Kendler, M. C. Neale, C. J. MacLean [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — Vol. 50. — P. 36–43.
18. Klein, D. F. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis [Text] / D. F. Klein // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — Vol. 50. — P. 306–317.
19. Laurin, C. Chronic obstructive pulmonary disease patients with psychiatric disorders are at greater risk of exacerbations [Text] / C. Laurin, M. Labrecque, G. Dupuis [et al.] // Psychosom Med. — 2009. — Vol. 71. — P. 667–674.
20. Matthews, A. W. The relationship between central carbon dioxide sensitivity and clinical features in patients with chronic airways obstruction [Text] / A. W. Matthews // Q. J. Med. — 1977. — Vol. 46. — P. 179–195.
21. Mikkelsen, R. L. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review [Text] / R. L. Mikkelsen, T. Middelboe, C. Pisinger [et al.] // Nord J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 58. — P. 65–70.
22. Mineur, Y. S. Nicotine receptors and depression: revisiting and revising the cholinergic hypothesis [Text] / Y. S. Mineur, M. R. Picciotto // Trends Pharmacol. Sci. — 2010. — Vol. 31. — P. 580–586.
23. Ng, T. P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life [Text] / T. P. Ng [et al.] // Arch. Intern. Med. — 2007. — Vol. 167. — P. 60–67.
24. Norwood, R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients [Text] / R. Norwood // Curr. Opin. Pulm. Med. — 2006. — Vol. 12. — P. 113–117.
25. Padgett, D. A. How stress influences the immune response [Text] / D. A. Padgett, R. Glaser // Trends Immunol. — 2003. — Vol. 24. — P. 444–448.
26. Papp, L. A. Carbon dioxide hypersensitivity, hyperventilation and panic disorder [Text] / L. A. Papp, D. F. Klein, J. M. Gorman // Am. J. Psychiatry. — 1993. — Vol. 150. — P. 1149–1157.
27. Schane, R. E. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / R. E. Schane, P. G. Woodruff, A. Dinno [et al.] // J. Intern. Med. — 2008. — Vol. 23. — P. 1757–1762.
28. Wiesbeck, G. A. Tobacco smoking and depression — results from the WHO/ISBRA study [Text] / G. A. Wiesbeck, H. C. Kuhl, O. Yaldizli [et al.] // Neuropsychobiology. — 2008. — Vol. 57. — P. 26–31.
29. Yohannes, A. M. Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / A. M. Yohannes, R. C. Baldwin, M. J. Connolly // Rev. Clin. Gerontol. — 2000. — Vol. 10. — P. 193–202.
30. Zhang, M. W. B. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression [Text] / M. W. B. Zhang, R. C. M. Ho, M. W. L. Cheung [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. — 2011. — Vol. 33. — P. 217–223.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ
СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНЫМИ
КЛИНИЧЕСКИМИ ФЕНОТИПАМИ: АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А. А. Довгань

Резюме

Актуальность. Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) — важная медико-социальная проблема современности, которая обуславливает поражение не только дыхательной системы, но и других систем организма, что значительно влияет на психоэмоциональное состояние пациента и течение заболевания. Наиболее частыми коморбидными состояниями при ХОЗЛ являются сердечно-сосудистые заболевания, дисфункция скелетных мышц, остеопороз, метаболический синдром, сахарный диабет, рак легких, синдром ночного апноэ и депрессия. Распространенность депрессии среди больных ХОЗЛ значительно превышает таковую в общей популяции. При этом часто тревожные, преддепрессивные состояния у больных ХОЗЛ протекают скрыто и мало исследованы.

Цель. На основании изучения распространенности и видов соматопсихических расстройств (СПР) оценить течение ХОЗЛ с помощью собственных наблюдений.

Результаты. Больные ХОЗЛ имели достоверно более высокую распространенность сопутствующих СПР в сравнении с контрольной группой, а именно: высокий уровень невротизации диагностирован у 34 (79,0 %) пациентов против 3 (14,3 %), реактивной тревожности — 18 (41,8 %) против 5 (23,8 %), личностной тревожности — 33 (76,7 %) против 6 (28,6 %), депрессивные состояния — 10 (23,2 %) против 1 (4,7 %) в группе контроля ($p < 0,001$). Установлено, что распространенность расстройств психоэмоциональной сферы зависит от тяжести ХОЗЛ, что коррелирует с данными зарубежных авторов. Анализ клинических случаев показал, что тяжесть течения ХОЗЛ ассоциируется с выраженностью клинически значимых СПР и отображается в более неблагоприятном прогнозе для пациента.

Выводы. Коморбидные психоэмоциональные расстройства могут выступать как один из факторов, способствующих недостаточному контролю над заболеванием. Распространенность сопутствующих расстройств психоэмоциональной сферы у больных ХОЗЛ достоверно выше, чем у здоровых лиц, и зависит от тяжести заболевания. Сравнение клинических случаев больных ХОЗЛ с разным состоянием психоэмоциональной сферы показало, что наличие у пациента клинически значимых СПРотяжасяет течение и прогноз заболевания.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, синдром соматопсихических расстройств, невротизация, реактивная тревожность, личностная тревожность, депрессия.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF PSYCHOEMOTIONAL
DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE WITH DIFFERENT CLINICAL
PHENOTYPES: REVIEW OF CLINICAL CASES
BY THE RESULTS OF PERSONAL INVESTIGATIONS

A. O. Dovgan

Abstract

Actuality. Today chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an urgent medical and social problem leading to the affection not only respiratory system but also other body systems and having a great influence on psychoemotional state of patients and the course of the disease. The most common comorbidities in COPD are cardio-vascular diseases, dysfunction of skeletal muscles, osteoporosis, metabolic syndrome, diabetes mellitus, lung cancer, sleep apnea syndrome and depression. Prevalence of depression among the patients with COPD is considerably higher than in general population. Often thoughts of possible disability lead to pre-depression states which have asymptomatic course and are insufficiently studied.

Aim. To evaluate the course of COPD by means of personal observations on the basis of available knowledge about the prevalence and types of somatopsychic disorders.

Results. Comorbid psycho-emotional disorders may be considered as one of the factors leading to inadequate control of the disease. Patients with COPD have significantly higher prevalence of concomitant somatopsychic syndromes in comparison with normal persons: high level of neurotization was found in 34 (79,0 %) versus 3 patients (14,3 %), high level of reactive anxiety — in 18 (41,8 %) versus 5 patients (23,8 %), personal anxiety — in 33 (76,7 %) versus 6 patients (28,6 %), depressive states were diagnosed in 10 (23,2 %) versus 1 case (4,7 %) in the control group ($p < 0,001$). The prevalence of psycho-emotional disorders was found to depend on the severity of COPD which correlates with the findings of foreign authors. The review of clinical cases showed the course of the disease to be associated with the severity of clinically significant somatopsychic disorders, leading to more unfavorable prognosis for the patient.

Conclusions. Prevalence of concomitant psychoemotional disorders in patients with COPD is significantly higher than in healthy persons, they depending on severity of the disease. Comparison of clinical cases of patients with COPD associated with psychoemotional states showed that the presence of clinically evident somatopsychic disorders worsens the course of the disease and the prognosis for the patient.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, somatopsychic disorders, neurotization, reactive anxiety, personal anxiety, depression.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2014, 2

A. A. Dovgan

PhD student of the Internal Medicine Department,

Vinnitsa National Medical University n. a. M. I. Pirogov,

Vinnitsa, Zodchih str., 3/40

tel.: +38 (063) 109 81 08

e-mail: alina.a.dovgan@mail.ru

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2014, № 2

А. А. Довгань

аспирант кафедры пропедевтики внутренней медицины,

Винницкий национальный медицинский университет

им. Н. И. Пирогова,

г. Винница, ул. Зодчих 3/40

моб. тел.: +38 (063) 109 81 08

e-mail: alina.a.dovgan@mail.ru