

Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы

1 – ГОУ ВПО "Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова": 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2;

2 – Научный центр психического здоровья РАМН: 115522, Москва, Каширское ш., 34

S.I.Ovcharenko, M.N.Akulova, M.Yu.Drobizhev, A.B.Smulevich

Impact of psychosomatic disorders on asthma control

Summary

Asthma control significantly depends on the patient's personality and psychiatric disorders such as anxiety and depression. The aim of this study was to investigate impact of psychopathological disorders and adherence to treatment on the control of asthma. The study involved 106 patients (of them, 83 females) mean age, 48.9 ± 1.3 years, who were treated in a large clinical hospital and an outpatient department in 2004 to 2006. All of them gave consent for consultation of a psychiatrist. Hospital anxiety and depression scale (HADS) was used in all the patients. The Index of cooperation in asthma (IcBA-50) was applied to evaluate adherence to treatment. The asthma control was assessed according to GINA criteria. The patients were followed-up for a year. Most of patients (76.2 %) demonstrated personality disorders with prevalence of paranoid, hysteroid, schizotypal, anxious, and schizoid disorders. Anxiety was detected in 15 patients (14.2 %), depression was found in 10 patients (9.4 %). Completely adherent to recommendations of the physician were 63 patients (59.4 %), 39 patients (36.8 %) did not follow the recommendations. Paranoid (21.7 % vs 3.4 %; $p = 0.028$), schizoid (13 % vs 0; $p = 0.032$), schizotypal (17.4 % vs 1.7 %, $p = 0.033$), anxious (17.4 % vs 1.7 %, $p = 0.033$) and hysteroid (17.4 % vs 1.7 %; $p = 0.033$) disorders were diagnosed more often in patients with worsened control of asthma compared to those with improved control, respectively. Given the results of this study it seems reasonable to involve a psychiatrist to management of asthma patients and to use HADS questionnaire to improve approaches to therapy of asthma. To improve asthma control it is necessary to consider psychopathological personality disorders, adherence to treatment and factors contributing to the patient's cooperation.

Key words: asthma control, psychopathological disorders, adherence to treatment, cooperation.

Резюме

На контроль над бронхиальной астмой (БА) влияют особенности личности больного, а также такие психические расстройства, как тревога и депрессия. Цель исследования – изучить влияние психопатологических и патохарактерологических расстройств личности и приверженности пациентов противоастматической терапии на уровень контроля БА и его динамику. В исследование были включены 106 пациентов (83 женщины, 23 мужчины, средний возраст – $48,9 \pm 1,3$ лет), обследованных и лечившихся стационарно или амбулаторно в период с 2004 по 2006 гг. и согласившихся на консультацию психиатра. Пациенты заполняли госпитальный опросник тревоги и депрессии (ГОТД). Для оценки приверженности лечению использовался опросник "Индекс кооперации при бронхиальной астме" (ИкБА-50). Уровень контроля БА оценивали в соответствии с критериями GINA. Повторное обследование было проведено через 1 год. У большинства больных (76,2 %) выявлены расстройства личности, среди которых преобладали параноидное, истерическое, шизотипическое, тревожное, шизоидное. Тревожность, по ГОТД, выявлена у 15 пациентов (14,2 %), депрессия у 10 (9,4 %). Полностью выполняли рекомендации врачей 63 человека (59,4 %), не соблюдали врачебные рекомендации 39 (36,8 %). Среди больных с ухудшением контроля БА чаще встречались лица с параноидным (21,7 % vs 3,4 % в группе с улучшением контроля БА; $p = 0,028$), шизоидным (13 % и 0 % соответственно; $p = 0,032$), шизотипическим (17,4 % и 1,7 % соответственно; $p = 0,033$), тревожным (17,4 % и 1,7 % соответственно; $p = 0,033$) и истерическим (17,4 % и 1,7 % соответственно; $p = 0,033$) расстройствами. Учитывая полученные данные, считаем целесообразным всем пациентам с БА назначать консультацию психиатра и анкетирование с использованием ГОТД, что позволит оптимизировать подходы к их терапии. Для улучшения контроля БА необходимо учитывать психопатологические и патохарактерологические расстройства личности, приверженность пациентов к лечению и факторы, способствующие повышению кооперативности больных.

Ключевые слова: контроль БА, психопатологические расстройства, приверженность лечению, кооперация.

Бронхиальная астма (БА) – заболевание, распространенное во всем мире и встречающееся у людей всех возрастов. БА является хроническим заболеванием дыхательных путей, в котором участвуют разнообразные клеточные элементы, включая тучные клетки, эозинофилы и Т-лимфоциты. Хроническое воспаление вызывает сопутствующее повышение гиперреактивности дыхательных путей, приводящее к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля. У предрасположенных лиц этот процесс приводит к развитию генерализованной бронхиальной обструкции разной степени выраженности, полностью или час-

тично обратимой спонтанно или под влиянием лечения [1, 2]. Хроническое воспаление приводит к прогрессированию заболевания, что требует постоянного лечения и оценки контроля эффективности терапии и течения болезни. Для определения эффективности лечения необходима комплексная оценка жалоб пациентов, симптомов заболевания, данных аускультации и исследования функции внешнего дыхания (ФВД).

Лечение, ориентированное лишь на устранение основных симптомов, не приводит к длительной ремиссии. Следует отметить, что устранение (ослабление) симптомов и нормализация клинико-лабораторных

показателей является лишь одной из задач, стоящих перед врачом. Учитывая то, что БА является хроническим заболеванием, которое оказывает значительное влияние на больных, их семьи и общество, в последнее время, благодаря Глобальной стратегии лечения и профилактики БА (GINA, 2002), в обиходе врачей привычное словосочетание "лечение бронхиальной астмы" все чаще заменяется новым понятием "достижение контроля астмы". Контроль означает устранение проявлений заболевания [3, 4]. Оценка успешности терапии должна рассматриваться во времени, что и включает в себя такое понятие как уровень контроля БА.

В новой редакции GINA (2007) понятие контроля над симптомами БА стало основополагающим в оценке течения заболевания. Введена классификация полностью контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой БА [3]. В настоящее время главной целью лечения является достижение полного контроля БА и высокого качества жизни у всех пациентов, вне зависимости от степени тяжести заболевания.

Несмотря на достигнутые успехи в лекарственной терапии больных БА, уровень контроля течения заболевания нельзя считать удовлетворительным [5], он остается довольно низким. Необходимо выявить причины и факторы низкого уровня контроля БА.

До настоящего времени не определены прогностические факторы, влияющие на динамику уровня контроля заболевания. Ранее изучались многочисленные факторы (демографические и социальные, клинические особенности заболевания и лечения, особенности поведения пациентов БА), но они оценивались с точки зрения влияния их на течение БА. Помимо этого, в ряде работ изучалось влияние и психических расстройств (тревога, депрессия) на течение БА [6–11], но получены довольно противоречивые данные. Одни исследователи рассматривают депрессию как причину тяжелого течения заболевания [10–13] и высокого уровня смертности [10–12], а другие считают, что выраженность тревоги, депрессии не влияет на течение заболевания [9]. Продemonстрировано, что алекситимия (более бедное воображение, неспособность отличить эмоциональные проблемы от переживаемых физических нарушений) самостоятельно как личностная характеристика больных БА, так и в сочетании с тревожно-депрессивными чертами, оказывает неблагоприятное влияние на течение БА [14–16]. Однако психические расстройства (алекситимия) рассматривались лишь с точки зрения их воздействия на динамику течения БА. До настоящего времени не определено прогностическое влияние патохарактерологических и психопатологических расстройств пациентов на динамику контроля БА.

Одной из составляющей эффективности контроля заболевания является приверженность пациентов проводимому лечению. Работы зарубежных исследователей, посвященные изучению приверженности больного назначенной терапии, как правило, осно-

вываются на оценке комплаентности (*compliance*), которая определяет выполнение пациентом тех или иных рекомендаций врача [17]. В России при изучении приверженности лечению предлагают использовать более широкое, чем комплаентность, понятие кооперативности (КП), которое учитывает не только выполнение пациентом врачебных рекомендаций, но и его информированность относительно заболевания, характера терапии, ее доступности, удовлетворенность от сотрудничества с врачом, искренность и др. [18, 19]. До сих пор не рассматривалась взаимосвязь КП и уровня контроля над симптомами заболевания.

Из вышеизложенного следует, что понимание факторов, оказывающих влияние на контроль над симптомами заболевания, в том числе особенностей личности пациентов а также таких психических расстройств больных БА как тревога и депрессия, является актуальным, поскольку может помочь в выявлении способов благоприятного воздействия на течение болезни, улучшении прогноза и оптимизации подходов к терапии этих больных. Особого внимания требует изучение соотношения КП больных и динамики уровня контроля БА

Цель исследования — изучить влияние на уровень контроля БА и его динамику психопатологических и патохарактерологических расстройств личности и приверженности пациентов противоастматической терапии.

Материалы и методы

Для оценки влияния психопатологических состояний и патохарактерологических особенностей пациентов, их приверженности лечению на динамику уровня контроля БА в исследование включено 106 больных (83 женщины и 23 мужчины в возрасте от 17 до 74 лет; средний возраст — $48,9 \pm 13,0$ лет; продолжительность заболевания — от 1 мес. до 42 лет, средняя продолжительность — $10,8 \pm 9,7$ года), прошедших курс стационарного или амбулаторного обследования и лечения в клинике факультетской терапии и интервенционной кардиологии им. В.Н.Виноградова Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова за период с 2004 по 2006 гг. и давших информированное согласие на консультацию психиатра.

В исследовании не участвовали пациенты моложе 17 и старше 75 лет, с наличием острых и декомпенсированных хронических соматических заболеваний (за исключением патогенетически связанных с БА — атопического дерматита, аллергической риносинусопатии и др.), реакция на которые могла исказить результаты исследования, а также наличием тяжелой психической патологии: органическим поражением центральной нервной системы (рубрики F00–F09, по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)), шизофренией (рубрики F20 и F22–F29), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10–F19), умственной отсталостью (F70–F79).

Для выявления патохарактерологических и психопатологических расстройств личности после получения согласия всех обследованных больных консультировали сотрудники межклинического психосоматического отделения клиники кардиологии ГОУ ВПО "ММА им. И.М.Сеченова", после чего проводился клинический разбор акад. РАМН А.Б.Смулевичем. Для оценки психических расстройств использовались рубрики МКБ-10 и оригинальная типология расстройств личности (РЛ), разработанная сотрудниками межклинического психосоматического отделения клиники кардиологии ГОУ ВПО "ММА им. И.М.Сеченова" [20].

Для верификации и оценки выраженности уровня тревоги и депрессии пациенты заполняли госпитальный опросник тревоги и депрессии (ГОТД) [21]. Он предназначен для определения степени эмоционального дистресса, связанного с проявлением соматического неблагополучия (эмоциональная модальность реагирования). ГОТД содержит 14 вопросов, сгруппированных в 2 подшкалы — тревоги и депрессии, позволяющие оценить выраженность ситуативной тревоги и сниженного настроения. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градацию выраженности признака от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, который оценивается при значении 0–7 баллов как норма, 8–10 баллов — субклинически выраженная, ≥ 11 баллов — клинически выраженная тревога / депрессия.

Для оценки приверженности больных терапии использовались показатели КП с помощью формы "А" опросника "Индекс кооперации при бронхиальной астме" (ИкБА-50), разработанного в НИИ пульмонологии МЗ РФ в 1997 г. [18]. Опросник содержит 50 пунктов (102 вопроса) и оценивает следующие критерии КП: исходная кооперативность (ИхК); осознание опасности (ОО); потребность в безопасности (ПБ); информированность (ИнФ); доступность средств реализации (ДС); текущая кооперативность (ТК); удовлетворение от кооперации (УК); общий индекс кооперации (ОИК); искренность (ИС) [16–19]. Расчет производится методом суммирования рейтингов по шкале от 0 % до 100 %.

Степень выполнения пациентами врачебных рекомендаций определялась с учетом следующих критериев: полное следование рекомендациям; полное либо частичное несоблюдение пациентами врачебных рекомендаций; при соблюдении рекомендаций больные занимались самолечением (самостоятельно изменяли терапию, заменяли или добавляли к ней фитотерапию, гомеопатию и т. д.); выполнение или невыполнение рекомендаций с элементами аутоагрессии (отказывались от приема лекарств или изменяли терапию, применяли препараты или методы, способствующие ухудшению состояния). Оценивалось также отношение пациентов к использованию ингаляционных препаратов.

Уровень контроля БА оценивали в соответствии с критериями GINA [5]: частота приступов днем

и ночью, необходимость дополнительного ежедневного приема β_2 -агонистов короткого действия, наличие обострений в течение года, ограничение физической активности, а также значение объема форсированного выдоха за 1-ю с ($ОФВ_1$) ≥ 80 % долж. либо < 80 % долж..

Уровень контроля заболевания определялся как на основании субъективных данных (контроль над симптомами БА), так и объективных (показатели ФВД и спирографии). Оценка проводилась дважды: исходно (при выписке из стационара) и через 1 год. С учетом изменения уровня контроля заболевания в течение года определяли динамику уровня контроля БА. В зависимости от произошедшей динамики контроль оценивался как "улучшившийся", "неизменный" и "ухудшившийся".

Впоследствии проводилась оценка влияния выявленных патохарактерологических и психопатологических расстройств и приверженности больных проводимому лечению на контроль заболевания и его динамику.

Статистическая обработка проводилась при помощи программы *Statistica for Windows 5.0*.

Дизайн исследования

Из участвующих в исследовании пациентов (106 больных), отвечающих критериям включения, все заполняли форму "А" опросника ИкБА-50. После получения согласия больных проводились психиатрическое обследование и психологическое тестирование. За время пребывания в клинике все они прошли обучение в астма-школе. При выписке из стационара все пациенты были проконсультированы по соблюдению медикаментозной терапии, самоконтролю, диете и предупреждены о необходимости повторного визита в клинику через 1 год. В течение последующего года больные продолжали наблюдаться в данной поликлинике или по месту жительства.

Через 1 год все 106 пациентов повторно обратились в клинику. Проведено исследование ФВД, оценен уровень контроля БА и приверженность больных противоастматической терапии, определена динамика уровня контроля БА.

Результаты и обсуждение

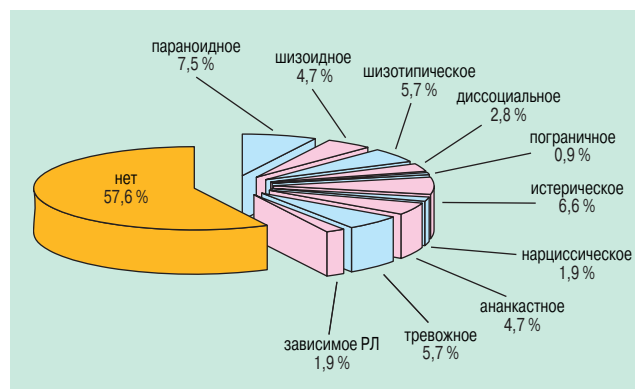


Рис. 1. Распределение больных с учетом патохарактерологических расстройств личности

В ходе психиатрического обследования выявлено, что у $\sim 1/2$ пациентов изучаемой выборки (45,0–42,4 %) выявлены РЛ (рис. 1), среди которых преобладали параноидное, истерическое, шизотипическое, тревожное, шизоидное (76,2 %).

Данные психологического тестирования с учетом результатов опросника ГОТД выглядят следующим образом: выраженность тревоги составила $2,90 \pm 3,07$ балла, депрессии — $4,22 \pm 4,50$ балла, что соответствует отсутствию достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии.

По подшкале "Тревога" опросника ГОТД набрали > 10 баллов 15 пациентов (14,2 %), а по подшкале "Депрессия" — 10 (9,4 %), что свидетельствует о наличии у них коморбидных РЛ тревожных и депрессивных состояний.

Обследование через 1 год показало, что среди 106 пациентов полностью выполняли рекомендации врачей 63 человека (59,4 %), полностью либо частично не соблюдали их 39 человек (36,8 %), при соблюдении рекомендаций занимались самолечением 2 больных (1,9 %), и 2 пациента (1,9 %) выполняли рекомендации с элементами аутоагрессии или не выполняли их.

По результатам индивидуального анализа динамики симптомов БА и показателей ФВД каждого больного, были выделены 3 группы пациентов, различающиеся динамикой уровня контроля над заболеванием: "улучшившийся уровень контроля", "неизменный уровень контроля" и "ухудшившийся уровень контроля". В 1-ю группу вошли 58 пациентов, у которых в течение года отмечено улучшение уровня контроля заболевания. 2-ю группу составили 25 пациентов, у которых за этот период уровень контроля заболевания оставался прежним. В эту группу вошли больные как с полностью контролируемой БА (3 человека (12 %)), так и с неконтролируемой (18 человек (72 %)), у которых изменение уровня контроля заболевания было маловероятным. У 4 больных (16 %) уровень контроля БА оценивался как частичный и сохранялся таковым в течение года. В 3-ю группу вошли 23 пациента, у которых в течение года было зарегистрировано снижение уровня контроля над симптомами БА.

В дальнейшем эти 3 группы сопоставлялись по среднему рейтингу (в %) шкал ИкБА-50, приведен-

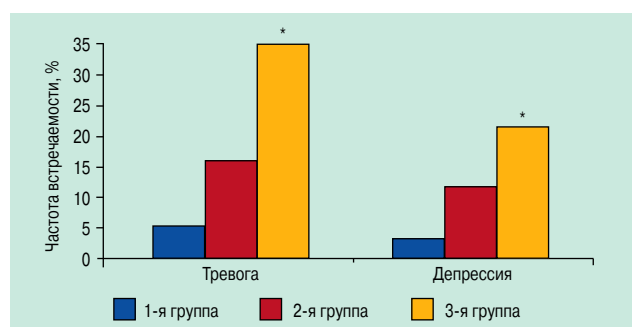


Рис. 2. Сравнение 3 групп пациентов по доле больных с тревогой и депрессией

Примечание: * — $p < 0,05$ при сравнении 1-й и 3-й групп.

ности к терапии, характеру патохарактерологических и психопатологических расстройств (тревога, депрессия) для выявления факторов, влияющих на динамику уровня контроля БА.

При оценке наличия у больных патохарактерологических расстройств выявлены различия лишь между 1-й и 3-й группами. Среди пациентов с ухудшением контроля БА чаще выявлялись лица с параноидным, шизоидным и шизотипическим, а также тревожным и истерическим РЛ (таблица). В частности, в 3-й группе, по сравнению с 1-й, чаще встречались пациенты с параноидным (5 (21,7 %) vs 2 (3,4 %) соответственно; $p = 0,028$), шизоидным (3 (13 %) vs 0 (0 %); $p = 0,032$) и шизотипическим (4 (17,4 %) vs 1 (1,7 %); $p = 0,033$), а также тревожным (4 (17,4 %) vs 1 (1,7 %); $p = 0,033$) и истерическим РЛ (4 (17,4 %) vs 1 (1,7 %); $p = 0,033$).

При анализе влияния тревоги и депрессии на динамику уровня контроля БА отмечено, что в 3-й группе, по сравнению с 1-й, чаще выявлялись коморбидные РЛ как тревожных, так и депрессивных состояний (> 10 баллов по подшкалам "Тревога" и "Депрессия" ГОТД) (рис. 2). Показатели пациентов с неизменным уровнем контроля БА достоверно не отличались от данных 1-й группы. В 3-й группе симптомы тревоги определялись у 8 больных (34,8 %), депрессии — у 5 (21,7 %). Те же показатели в 1-й группе были существенно ниже: у 3 (5,2 %) и 2 (3,4 %) пациентов соответственно ($p < 0,05$).

Сходные данные получены по результатам опросника ГОТД (рис. 3). Так, в 3-й группе, по сравнению

Таблица

Сравнение 3 групп пациентов с учетом патохарактерологических расстройств

Патохарактерологические расстройства	1-я группа (n = 58), n (%)	2-я группа (n = 25), n (%)	3-я группа (n = 23), n (%)	p		
				1-я группа vs 2-я группа	1-я группа vs 3-я группа	2-я группа vs 3-я группа
Параноидное РЛ	2 (3,4)	1 (4)	5 (21,7)	1,0	0,018	0,091
Шизоидное РЛ	–	2 (8)	3 (13)	0,088	0,021	0,66
Шизотипическое РЛ	1 (1,7)	1 (4)	4 (17,4)	0,514	0,021	0,18
Диссоциальное РЛ	1 (1,7)	2 (8)	–	0,214	1,0	0,49
Пограничное РЛ	–	1 (4)	–	0,301	–	1,0
Истерическое РЛ	1 (1,7)	2 (8)	4 (17,4)	0,214	0,021	0,407
Нарциссическое РЛ	1 (1,7)	1 (4)	–	0,514	1,0	1,0
Ананкастное РЛ	3 (5,2)	2 (8)	–	0,635	0,554	0,49
Тревожное РЛ	1 (1,7)	1 (4)	4 (17,4)	0,514	0,021	0,18
Зависимое РЛ	2 (3,4)	–	–	1,0	1,0	–

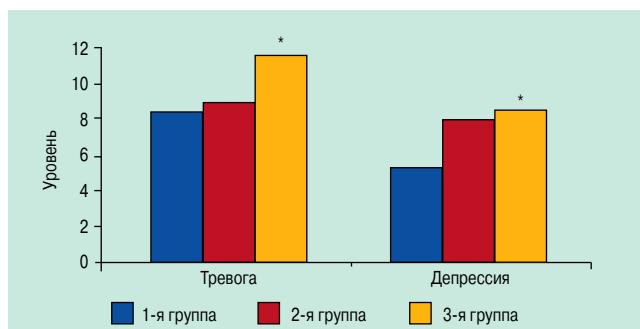


Рис. 3. Сравнение 3 групп пациентов по выраженности тревоги и депрессии с учетом данных ГОТД
Примечание: * — $p < 0,05$ при сравнении 1-й и 3-й групп.

с 1-й, сумма баллов по подшкале "Тревога" была больше ($11,71 \pm 2,29$ vs $8,46 \pm 2,37$; $p = 0,012$), что соответствует клинически выраженным симптомам тревоги. Сумма баллов по подшкале "Депрессия" в 3-й группе также была достоверно выше, по сравнению с 1-й ($8,2 \pm 4,6$ vs $5,46 \pm 2,19$; $p = 0,011$), что соответствует субклинической выраженности симптомов депрессии.

В ходе оценки КП больных, по данным формы "А" опросника ИкБА-50, при выписке из стационара, отмечено, что показатели 1-й и 2-й групп были сопоставимы по всем средним рейтингам шкал КП. У пациентов 1-й группы, по сравнению с 3-й, были достоверно более высокими значения следующих параметров: исходная КП, потребность в безопасности, текущая КП, общий индекс КП (рис. 4).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов 1-й группы (улучшившийся уровень контроля заболевания) более выражено стремление сотрудничать с врачом как исходно, так и в процессе лечения, у них больше потребность в эффективном лечении БА и готовность следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

Выявлено, что 1-я и 2-я группа сопоставимы по отношению пациентов к использованию ингаляторов и соблюдению ими врачебных рекомендаций. По сравнению с 3-й группой, достоверно больше пациентов 1-й группы поддерживают применение ингаляторов (15 ($65,2\%$) vs 56 ($96,6\%$); $p = 0,0005$) и полностью следует врачебным рекомендациям (2 ($8,7\%$) vs 52 ($89,7\%$) соответственно; $p = 0,000$). А среди пациентов 3-й группы преобладают лица полностью или частично не выполняющие врачебные рекомендации ($19,0$ – $82,5\%$). Более низкие значения средних рейтингов шкал КП и низкая приверженность больных противоастматической терапии свидетельствуют в целом о низкой КП пациентов с ухудшившимся уровнем контроля БА.

Заключение

Таким образом, в ходе исследования пациентов с БА выявлена высокая частота патохарактерологических РЛ, таких как параноидные, шизоидные, шизотипические, тревожные и истерические. Кроме того, ухудшению уровня контроля заболевания способствует высокая частота и степень выраженности трево-

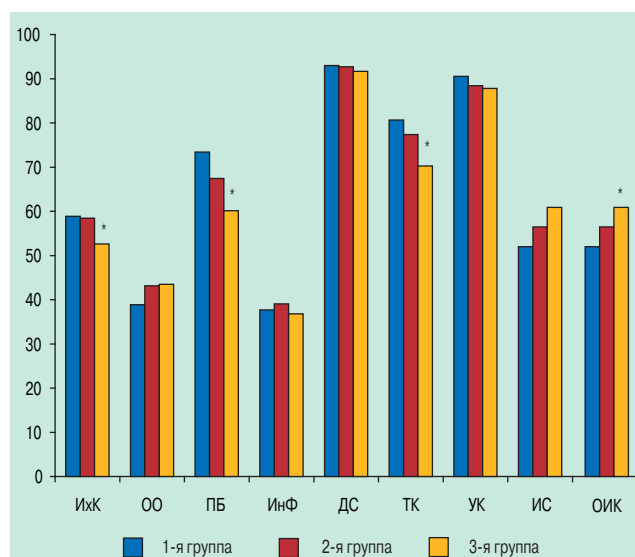


Рис. 4. Сравнение 3 групп пациентов по средним рейтингам (% $\pm$ SD) шкал КП

ги и депрессии. С учетом полученных данных представляются целесообразными для всех больных БА консультация психиатра и анкетирование с использованием опросника ГОТД, по которому оценивается как сам факт наличия тревоги и депрессии, так и их выраженность. Эти методы могут использоваться в комплексном обследовании пациентов БА и позволят оптимизировать терапию.

Кроме того, снижение уровня контроля течения БА обусловлено низкой, оцененной по показателям КП, приверженностью больных проводимой терапии.

Для улучшения динамики уровня контроля БА необходимо учитывать психопатологические и патохарактерологические расстройства личности, приверженность пациентов лечению и изучать факторы, способствующие повышению их КП.

Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы: Пер. с англ. М.: Атмосфера; 2002.
2. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". 2-е изд. М.: Русский врач; 2006.
3. Чучалин А.Г. (ред.). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы: Пер. с англ. М.: Атмосфера; 2007.
4. Цой А.Н., Архипов В.В. Контроль над бронхиальной астмой: каким он будет завтра? Пульмонология 2004; 4: 92–104.
5. Княжеская Н.П. Глюкокортикостероиды в терапии бронхиальной астмы. Рус. мед. журн. 2002; 10 (5): 245–250.
6. Пауэлс Р., Снэшл П.Д. Практический подход к астме. СПб.: Ассоциация "Астма и аллергия"; 1995.
7. Lehrer P.M., Isenberg S., Hochron S.M. Asthma and emotion: a review. J. Asthma 1993; 30 (1): 5–21.
8. Miller T.P., Greenberger P.A., Patterson R. The diagnosis of potentially fatal asthma in hospitalized adults: Patient characteristics and increased severity of asthma. Chest 1992; 102 (2): 515–518.

9. *Nouwen A., Freeston M.H., Labbe R., Boulet L.P.* Psychological factors associated with emergency room visits among asthmatic patients. *Behav. Modif.* 1999; 23 (2): 217–233.
10. *Teeter J.G., Bleecker E.R.* Relationship between airway obstruction and respiratory symptoms in adult asthmatics. *Chest* 1998; 113 (2): 272–277.
11. *van Der Woude H.J., Aalbers R.* Compliance with inhaled glucocorticoids and concomitant use of long-acting beta2-agonists. *Respir. Med.* 2001; 95 (5): 404–407.
12. *Fleming L., Wilson N., Bush A.* Difficult to control asthma in children. *Cur. Opin. Allergy Clin. Immun.* 2007; 7 (2): 190–195.
13. *Potoczek A., Nizankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Szczeklik A.* Links between panic disorder, depression, defence mechanisms, coherence and family functioning in patients from severe asthma. *Psychiatr. Pol.* 2006; 40 (6): 1097–1116.
14. *Будневский А.В., Проворотов В.М., Вдовина О.В.* Анализ психосоматических соотношений в клинике бронхиальной астмы. *Научно-практич. вестник Центрального Черноземья* 2002; 9: 34–37.
15. *Serrano J., Plaza V., Bureda B. et al.* Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma. *Eur. Respir. J.* 2006; 28 (2): 296–302.
16. *Hyland M.E., Kenyon C.A., Allen R., Howarth P.* Diary keeping in asthma: comparison of written and electronic methods. *Brit. Med. J.* 1993; 306 (6876): 487–489.
17. *Cochrane G.M.* Compliance and outcomes in patients with asthma. *Drugs* 1996; 52 (suppl. 6): 12S–19S.
18. *Сенкевич Н.Ю.* Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2000.
19. *Мещерякова Н.Н.* Показатели качества жизни и кооперативности больных бронхиальной астмой при переходе на оптимизированные способы доставки дозированных аэрозолей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
20. *Смулевич А.Б.* Расстройства личности. М.: Медицинское информационное агентство; 2007.
21. *Zigmont A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361–370.

Информация об авторах

Овчаренко Светлана Ивановна – д. м. н., проф. кафедры факультетской терапии ММА им. И.М.Сеченова; тел.: (499) 248-56-67
 Акулова Мария Николаевна – к. м. н., врач-пульмонолог амбулаторно-поликлинического отделения факультетской терапевтической клиники ММА им. И.М.Сеченова; тел.: (499) 248-45-23
 Дробижев Михаил Юрьевич – д. м. н., проф., старший научный сотрудник отдела кардиологии Клиники неотложной кардиологии ММА им. И.М.Сеченова; тел.: (499) 248-78-77
 Смулевич Анатолий Болеславович – акад. РАМН, д. м. н., проф., руководитель отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья РАМН; тел.: (499) 617-70-56

Поступила 30.04.09
 © Коллектив авторов, 2009
УДК 616.248-092