

Т.А.Перцева, Е.Ю.Гашинова, Ю.В.Губа

## Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции

Государственное заведение "Днепропетровская медицинская академия министерства здравоохранения Украины": 49044, Украина, Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9

T.A.Pertseva, E.Yu.Gashinova, Yu.V.Guba

## Psychological disorders in patients with bronchial obstructive disease

### Summary

The aim of our study was to assess reliability and availability for a general practitioner of screening tools for diagnosing depression and anxiety and for identifying factors contributing to a severity of these disorders in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). We examined 57 patients with COPD ( $n = 27$ ) and asthma ( $n = 30$ ). We have found that frequency and severity of depression and anxiety in patients with COPD and asthma did not depend either on anthropometric data or duration of the disease or severity of bronchial obstruction. In COPD patients, symptoms of depression increased with aging and were significantly associated with number of comorbidities. The incidence of psychological disorders did not differ significantly between patients with COPD and asthma. Both the diseases could be accompanied by isolated symptoms of anxiety without depression, whereas depressive disorders were always associated with a high level of anxiety. In patients with associated psychological disorders, depression severity correlated with the severity of anxiety.

**Key words:** psychological disorders, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, depression, anxiety.

### Резюме

Целью исследования было определение надежных и доступных для врача общей практики методов скрининга депрессии и тревожных расстройств, а также выявление факторов, влияющих на выраженность этих нарушений у больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Были обследованы 57 пациентов с бронхообструктивным синдромом (27 больных ХОБЛ и 30 – БА). Все они в зависимости от основного заболевания были разделены на 2 группы. В ходе исследования было установлено, что частота и выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных ХОБЛ и БА не зависит от антропометрических данных, длительности заболевания, выраженности бронхообструкции, но у пациентов с ХОБЛ проявления депрессии усиливаются с возрастом и достоверно связаны с количеством сопутствующих заболеваний. Частота встречаемости психологических расстройств существенно не отличалась у больных ХОБЛ и БА. Для ХОБЛ и БА возможны изолированные проявления тревоги без депрессии, в то время как депрессивные расстройства всегда сочетаются с повышенным уровнем тревоги. При наличии сочетанных психологических расстройств интенсивность депрессии коррелирует с интенсивностью тревоги.

**Ключевые слова:** психологические расстройства, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, депрессия, тревога.

Социальная значимость болезней органов дыхания обусловлена наличием не только соматических жалоб, но и довольно частыми психологическими нарушениями, значительно ухудшающими качество жизни (КЖ) больных [1].

При бронхиальной астме (БА) в 22–28 % случаев развивается депрессия различной степени выраженности, преимущественно с типичной тревожно-фобической или ипохондрической симптоматикой [2]. Чаще депрессия при БА ассоциируется с тяжелым течением заболевания, повышенным риском госпитализации, плохим самочувствием и низким КЖ больных [3]. Наличие БА является фактором риска развития тревожных расстройств. Так, у пациентов, госпитализированных с обострением астмы, выше уровень тревоги, особенно при тяжелом заболевании [4, 5]. Актуальным является поиск психологических причин, которые вызывают прогрессирование БА и снижают КЖ и уровень контроля над заболеванием [6].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) также нередко оказывается коморбидной с тревожно-депрессивными состояниями [7]. Наиболее тяжело пациенты с ХОБЛ переживают утрату трудоспособности, что сопровождается чувством беспомощности, ненужности обществу и близким. Распространенность депрессии среди больных ХОБЛ составляет от 12 до 50 %, что значительно выше, чем в общей популяции ( $\leq 5$  %). У больных ХОБЛ чаще наблюдается также тревожный синдром (по разным источникам – от 20 до 50 %) в сравнении с населением в целом ( $\leq 15$  %) [8, 9]. При этом тяжесть депрессивного и тревожного синдромов напрямую связана со снижением толерантности к физической нагрузке и ухудшением КЖ [10].

Целью исследования явилось определение надежных и доступных для врача общей практики методов скрининга депрессии и тревожных расстройств, а также выявление факторов, влияющих на выраженность этих нарушений у больных БА и ХОБЛ при

отсутствии единого мнения относительно причинно-следственных связей между наличием и выраженностью психологических расстройств и различными клиничко-антропометрическими характеристиками пациентов с бронхообструктивным синдромом.

## Материалы и методы

Были обследованы 57 больных ХОБЛ или БА. Все пациенты получали стандартную терапию в зависимости от стадии и фазы заболевания согласно Приказу МЗ Украины № 128 от 19.03.07 [11].

В соответствии с критериями, изложенными в Глобальной стратегии по диагностике и лечению ХОБЛ (GOLD) [12], Глобальной стратегии по лечению и профилактике бронхиальной астмы (GINA) [13], а также в Приказе МЗ Украины № 128 от 19.03.07 [11], были установлены наличие и степень тяжести ХОБЛ и БА и фаза патологического процесса.

Для верификации диагноза, помимо общеклинических методов исследования, у всех больных определялись показатели функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью спирографа *MasterLab (Viasis, Германия)*. Анализировались такие показатели, как объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ<sub>1</sub>), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), выраженные в процентах от должного значения; вычисляли также соотношение ОФВ<sub>1</sub> / ФЖЕЛ. Все показатели оценивались до и после ингаляции 400 мкг сальбутамола.

Наличие депрессивного расстройства диагностировалось с помощью клинического интервью, Опросника здоровья пациента (*Patient Health Questionnaire – PHQ-9*) и шкалы депрессии Бека [14]. Повышенный уровень тревожности выявлялся с помощью шкалы тревоги Бека [15].

Статистическая обработка полученных результатов производилась при помощи программы *Statistica for Windows 6.0* с применением методов параметрической и непараметрической статистики. Для сравнения 2 независимых групп показателей использовали t-критерий Стьюдента (t-тест) с определением

средних величин и стандартной ошибки ( $M \pm m$ ) или тест Манна–Уитни (U) с определением медианы (*Med*) и верхнего и нижнего квартилей (25–75 %). Взаимосвязь между переменными оценивалась с помощью коэффициента корреляции Спирмена (*R*). Достоверность различий относительных показателей (распределения данных) определялась по критерию  $\chi^2$ . Значимыми считали различия между группами при статистической значимости результата  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Все пациенты ( $n = 57$ ) были разделены в соответствии с основным заболеванием на 2 группы: 1-я – 27 пациентов с ХОБЛ III стадии в фазе ремиссии, 2-я группа – 30 пациентов с БА II и III степени, частично контролируемой. Сравнительная характеристика пациентов обеих групп представлена в табл. 1.

Группа больных ХОБЛ была представлена пациентами более старшего возраста, чем в 2-й группе, в ней преобладали мужчины и значимо ниже были как пре-, так и постбронходилатационные показатели ФВД. При этом у больных 1-й группы чаще встречались сопутствующие заболевания. В то же время не было выявлено существенной разницы между пациентами 2 групп в росте, массе тела и длительности заболевания.

При изучении выраженности психологических расстройств у пациентов с ХОБЛ и БА не было получено достоверных различий между группами (табл. 2). При изучении встречаемости психологических расстройств в 1-й группе депрессия была обнаружена у 12 больных, во 2-й – у 11 ( $p = 0,57$ ), рис. 1. Интересно, что все случаи депрессии сопровождались тревожными расстройствами в обеих группах.

Повышенная тревога (изолированная или в сочетании с депрессией) выявлена в 1-й группе у 16 больных, во 2-й – у 14 ( $p = 0,35$ ), рис. 2; изолированно повышенная тревога в 1-й и 2-й группах – по 6 (22,2 % и 20 % соответственно) случаев в каждой ( $p = 0,84$ ).

Таким образом, частота депрессии и повышенной тревоги в 1-й и 2-й группах существенно не отличались.

Встречаемость сочетанных психических расстройств (наличие и депрессии, и тревоги) также не отличалась в группах сравнения: в 1-й группе была выявлена в 10 (37,0 %), во 2-й – в 9 (30 %) случаях ( $p = 0,57$ ).

Учитывая разнородность групп по демографическим и антропометрическим показателям и отсут-

**Таблица 1**  
*Общая характеристика обследованных больных*

Показатель	1-я группа (n = 27)	2-я группа (n = 30)	p
Возраст, лет	64,7 ± 1,5	49,7 ± 2,13	< 0,0001
Мужчины, n (%)	26 (96,2)	4 (13,3)	< 0,0001
Длительность заболевания*, годы	5 (2–8)	3 (1–7)	0,1
Рост, $M \pm m$ , см	170 ± 1,46	168 ± 1,98	0,22
Масса тела*, кг	78 (65–85)	71 (65–85)	0,7
ОФВ <sub>1 пре</sub> *, %	40,9 (35–57)	68 (49,4–85,5)	< 0,0001
ОФВ <sub>1 пост</sub> *, %	44 (35–67)	80 (72–94)	< 0,001
Лица с сопутствующими заболеваниями, n (%)	24 (88,8)	16 (53,3)	0,003

Примечание: здесь и в табл. 3: ОФВ<sub>1 пре</sub>, ОФВ<sub>1 пост</sub> – пре- и постбронходилатационные показатели ФВД (ОФВ<sub>1</sub>, ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub> / ФЖЕЛ<sub>пре</sub> и ОФВ<sub>1</sub>, ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub> / ФЖЕЛ<sub>пост</sub>); \* – данные представлены как *Med* (25–75 %).

**Таблица 2**  
*Показатели психологического статуса обследованных больных*

Показатели по результатам тестирования	1-я группа (n = 27)	2-я группа (n = 30)	p
Шкала PHQ-9, баллы	7 (3–13)	3 (1–7)	0,9
Шкала депрессии Бека, баллы	4 (2–9)	6 (4–12)	1,0
Шкала тревоги Бека, баллы	9 (4–16)	5 (2–9)	0,9

Примечание: данные представлены как *Med* (25–75 %).

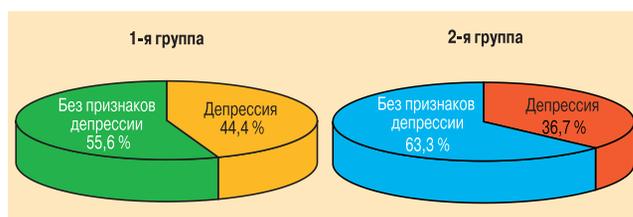


Рис. 1. Частота встречаемости депрессии

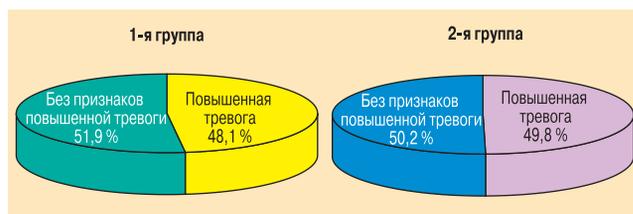


Рис. 2. Частота встречаемости повышенной тревоги

стве выраженных различий по психологическому статусу, было признано целесообразным изучить взаимосвязь между показателями психологического статуса и возрастом, ростом, массой тела больных, длительностью заболевания, а также ОФВ<sub>1</sub> в каждой из групп. При проведении корреляционного анализа не было выявлено влияния длительности заболевания, роста, массы тела, ОФВ<sub>1</sub> на показатели депрессии и тревоги по шкалам PHQ-9, депрессии Бека, тревоги Бека ни в 1-й, ни во 2-й группах (табл. 3). Таким образом, все эти факторы, вероятно, не влияют на выраженность психологических изменений ни при ХОБЛ, ни при БА.

Однако при ХОБЛ была выявлена сильная положительная связь между возрастом и выраженностью депрессии и между количеством сопутствующих заболеваний и выраженностью депрессии как по шкале PHQ-9, так и по шкалам Бека. Подобной зависимости не было обнаружено у больных БА. Уровень тревоги также не был связан с количеством сопутствующих заболеваний ни при ХОБЛ, ни при БА.

На следующем этапе анализа данных была изучена взаимосвязь между интенсивностью выраженности депрессии по разным шкалам и тревоги. При проведении корреляционного анализа выявлена сильная позитивная связь между интенсив-

ностью симптомов депрессии по шкале PHQ-9 и по шкале депрессии Бека у пациентов 1 и 2-й групп ( $R = 0,57, p = 0,002$  и  $R = 0,7, p = 0,00001$  соответственно).

Кроме того, была обнаружена сильная позитивная связь интенсивности симптомов депрессии по шкале PHQ-9 и выраженности тревоги по шкале тревоги Бека в 1-й ( $R = 0,74, p = 0,000007$ ) и 2-й группах ( $R = 0,74, p = 0,000002$ ). Также была выявлена сильная позитивная связь интенсивности симптомов депрессии по шкале депрессии Бека и выраженности тревоги по шкале тревоги Бека в 2 группах ( $R = 0,72, p = 0,00002$  и  $R = 0,6, p = 0,0005$  соответственно).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что психологические расстройства у больных с бронхообструктивным синдромом встречаются достаточно часто, что говорит об актуальности этой проблемы. Опросники депрессии Бека, тревоги Бека, здоровья пациента (PHQ-9) благодаря своей простоте в использовании позволяют верифицировать наличие депрессии и тревоги даже врачу общей практики, не прибегая к консультации психиатра. При изучении психологического статуса пациентов с синдромом бронхообструкции следует учитывать возрастные аспекты, наличие сопутствующих заболеваний.

### Заключение

Частота и выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных ХОБЛ и БА не зависят от роста и массы тела, длительности заболевания и выраженности бронхообструкции. В то же время у пациентов с ХОБЛ проявления депрессии усиливаются с возрастом и достоверно связаны с количеством сопутствующих заболеваний.

Встречаемость депрессии и повышенной тревоги, а также сочетанных психологических расстройств у больных ХОБЛ и БА существенно не различалась.

Для больных ХОБЛ и БА возможны изолированные проявления тревоги без депрессии, в то время как депрессивные расстройства всегда сочетаются с повышенным уровнем тревоги.

Интенсивность депрессии коррелирует с интенсивностью тревоги при наличии сочетанных психологических расстройств.

Таблица 3  
Корреляция между клиничко-антропометрическими характеристиками больных и выраженностью психологических расстройств в группах

Показатель	1-я группа			2-я группа		
	PHQ-9, баллы, R (p)	Шкала депрессии Бека, баллы, R (p)	Шкала тревоги Бека, баллы, R (p)	PHQ-9, баллы, R (p)	Шкала депрессии Бека, баллы, R (p)	Шкала тревоги Бека, баллы, R (p)
Возраст, годы	0,58 (0,03)	0,51 (0,05)	0,11 (0,500)	0,27 (0,13)	0,33 (0,07)	0,27 (0,14)
Длительность заболевания, годы	0,01 (0,95)	-0,12 (0,53)	0,09 (0,60)	0,20 (0,27)	0,03 (0,86)	0,18 (0,34)
Рост, см	0,07 (0,07)	0,09 (0,64)	0,31 (0,11)	-0,42 (0,08)	-0,50 (0,07)	-0,36 (0,05)
Масса тела, кг	0,15 (0,44)	0,05 (0,81)	0,14 (0,48)	-0,41 (0,06)	-0,62 (0,09)	-0,35 (0,06)
ОФВ <sub>1</sub> пре, % додж.	-0,25 (0,21)	-0,25 (0,21)	-0,35 (0,07)	-0,02 (0,93)	0,10 (0,58)	0,07 (0,71)
ОФВ <sub>1</sub> пост, % додж.	-0,23 (0,24)	-0,30 (0,12)	-0,36 (0,06)	0,23 (0,20)	0,38 (0,08)	0,22 (0,24)
Сопутствующие заболевания, n	0,78 (0,03)	0,81 (0,008)	0,11 (0,50)	0,19 (0,25)	0,17 (0,33)	0,11 (0,42)

Выраженность симптомов депрессии, выявленная с помощью PHQ-9, соответствует результатам, полученным при использовании шкалы депрессии Бека, что свидетельствует об одинаковой диагностической ценности обеих шкал и возможности применения любой из них для диагностики депрессии.

## Литература

1. *Маевский А.А.* Опыт организации клуба реабилитационной помощи больным бронхиальной астмой. *Врач.* дело 1992; 4: 77–79.
2. *Зотов П.Б., Уманский М.С.* Депрессия в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия). Метод. пособие для врачей. М.: Наука; 2006.
3. *Eisner M.D., Katz P.P., Lactao G. et al.* Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2005; 94 (5): 566–574.
4. *Kolbe J., Fergusson W., Vamos M. et al.* Case-control study of severe life threatening asthma (SLTA) in adults: psychological factors. *Thorax* 2002; 57: 317–322.
5. *Vamos M., Kolbe J.* Psychological factors in severe chronic asthma. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1999; 33 (4): 538–544.
6. *Константинович Т.В.* Курація хворих на бронхіальну астму за супутніх соматопсихічних станів з урахуванням фармакоекономічних показників та параметрів якості життя: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Київ; 2011.
7. *Diez J.M., Garcia T.G., Maestu L.P.* Comorbidities in COPD. *Arch. Bronconeumol* 2010; 46: 20–25.
8. *Hayashi Y., Senju H., Iguchi A. et al.* Prevalence of depressive symptoms in Japanese male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychiatry Clin. Neurosci* 2011; 65 (1): 82–88.
9. *Bratas O., Espnes G. A., Rannestad T. et al.* Pulmonary rehabilitation reduces depression and enhances health-related quality of life in COPD patients – especially in patients with mild or moderate disease. *Chron. Respir. Dis.* 2010; 7 (4): 229–237.
10. *Cleland J.A., Lee A.J., Hall S.* Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Fam. Pract.* 2007; 24 (3): 217–223.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія" : Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. Міністерство охорони здоров'я України. Офіц. вид. Київ, 2007.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease NHLBI/WHO workshop report. Publication Number 2701 (Update 2010). [Електронний ресурс] / WHO. // WHO, 2010. Режим доступа: <http://www.goldcopd.org>
13. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006. Электронный ресурс: <http://www.ginasthma.com>
14. *Maurer J., Maurer J., Rebbapragada V. et al.* Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134: 43–56.
15. *Edmunds M.W., Scudder L.* Examining the relationships between COPD and anxiety and depression. *Heart and Lung* 2009; 38: 34–47.

### Информация об авторах

*Перцева Татьяна Алексеевна* – д. м. н., проф., член-корр. НАМН Украины; зав. кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ГЗ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"; тел.: (+380562) 279-966; e-mail: [tpertseva@dma.dp.ua](mailto:tpertseva@dma.dp.ua)  
*Гашинова Екатерина Юрьевна* – к. м. н., доцент кафедры факультетской терапии и эндокринологии ГЗ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"; тел.: (+38050) 590-83-07; e-mail: [gashynova@mail.ru](mailto:gashynova@mail.ru)  
*Губа Юлия Васильевна* – ассистент кафедры факультетской терапии и эндокринологии ГЗ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"; тел.: (+38056) 753-67-72; e-mail: [gyuv.ua@gmail.com](mailto:gyuv.ua@gmail.com)

Поступила 01.03.13  
© Коллектив авторов, 2013  
**УДК 616.233-007.271-092**