

Е.И.Кузнецова, И.В.Лещенко, Е.А.Медведский

ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Уральская медицинская академия, МУКБ № 14, МО "Новая больница", Екатеринбург

DYNAMICS OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS AT SECONDARY PREVENTION TIME

E.I.Kuznetsova, I.V.Leshchenko, E.A.Medvedsky

Summary

The aim: the evaluation of psychological status changings in bronchial asthma (BA) patients against the background of basic therapy (BT) and their teaching at an asthma-school (AS). One hundred and seventy nine asthmatic patients were observed for 3 years: 51 of them (the 1st group) had the 2nd stage of the disease, 91 ones (the 2nd group) had the 3rd stage and 27 patients (the 3rd group) were with the 4th BA stage. Flunisolid in doses from 500 to 1500 mcg daily was used as the BT. Clinical symptoms (CS), lung function parameters (LFP) and psychological status of the patients were monitored using the PQBI test (the personal questionnaire of the Bekhterev Institute). The dynamics of harmonic (H), neurotic (N) and other pathological types was analysed.

Initially the H reacting type was registered in 49.2% of all the asthmatic patients. One hundred and seven patients were taught at the traditional AS, 46 patients were educated with the traditional AS programme combined with the group psychotherapy and 26 patients formed the control group. While both of the educational programmes were applying, CS and LFP were improved, H-type patients' number increased ($p<0.001$) and those of N-type reduced ($p<0.001$). Nevertheless, the combination of educational programmes and psychotherapeutic methods allows to diminish N-type patients' amount due to the reliable increase of H-type patients' group ($p<0.001$) compared with the traditional AS.

Резюме

Цель исследования: оценка динамики психологического состояния больных бронхиальной астмой (БА) на фоне регулярной базисной терапии (БТ) и занятий в астма-школе (АШ). В течение 3 лет наблюдались 179 больных БА (возраст $46,8 \pm 2,6$, женщин 127 чел.). Больные разделены на три группы. Первая группа — 51 больной БА II степени, 2 группа — 91 больной БА III степени, 3 группа — 37 больных БА IV степени. В качестве БТ использовался флунизолид в дозе от 500 до 1500 мкг/сут. В динамике оценивались клинические симптомы (КС) болезни в баллах, показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и психологическое состояние больных методикой ЛОБИ (Личностный опросник Бехтеревского института). Анализировалась динамика гармонического (Г), невротических (Н) и других патологических типов.

Исходно Н типы реагирования выявлены у 49,2% больных БА. 107 пациентов прошли обучение в АШ по традиционной методике, 46 больных — по традиционной методике в сочетании с групповой психотерапией, 26 больных составили контрольную группу. В процессе проведения обучающих программ по обеим методикам на фоне улучшения КС и показателей ФВД возросло количество пациентов с Г-типом отношения к болезни и лечению ($p<0,001$) и уменьшилось число пациентов с Н-типами за счет достоверно большего увеличения больных с Г-типом реагирования ($p<0,001$) в сравнении с традиционной АШ.

Бронхиальная астма (БА) — хроническое заболевание, склонное к прогрессированию, которое может оказывать отрицательное влияние на все стороны человеческой жизни [4,6,8]. Хронические заболевания, протекающие с обострениями, ведут к хронизации стресса и могут существенно ограничить все составляющие нормального существования человека [5]. В свою очередь эти ограничения могут оказаться важ-

нее для больного, чем сами симптомы заболевания [4]. Совокупность реакций больного на болезнь, а также отражение болезни в переживаниях больного определены Р.А.Луриа как "внутренняя картина болезни" [2]. В современной медицине существует определенная область исследования, которая изучает изменения благополучия пациента, связанные с болезнью и определяемые как качество жизни [7,8].

Физическое состояние, а также психологический статус являются важными составляющими этого многогранного понятия [4,9]. Установлена корреляция между характером и выраженностью личностных особенностей больных БА и тяжестью течения заболевания [3].

Цель исследования: оценка динамики психологического состояния внутренней картины болезни у больных БА на фоне регулярной базисной терапии и обучающих программ в цикле Астма-школы.

Под наблюдением в течение трех лет находились 179 больных БА (52 мужчины и 127 женщин) в возрасте от 18 до 70 лет и длительностью заболевания от 1 до 50 лет. В соответствии со ступенчатой классификацией тяжести течения болезни до начала лечения больные были разделены на три группы. В 1-ю группу включен 51 больной БА II степени (продолжительность заболевания $6,4 \pm 1,8$ года). Во 2-ю группу — 91 человек III степени тяжести (продолжительность болезни $10,1 \pm 1,2$ года). В 3-ю группу вошли 37 пациентов IV степени тяжести (продолжительность болезни $14,9 \pm 2,2$ года). Средний возраст больных 1, 2 и 3-й групп составил $40,6 \pm 3,8$; $48,5 \pm 2,0$ и $51,3 \pm 2,2$ года соответственно.

Для психологического тестирования использовалась методика ЛОБИ (Личностный опросник Бехтеревского института) [2]. У больных анализировалась частота встречаемости и динамика гармонического (Г) и патологических типов реагирования больного на болезнь и лечение. Выделялись невротические типы реагирования: тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврасценический (Н), обсессивно-фобический (О) и другие патологические типы, которые включали сенситивный (С), эгоцентрический (Я), эйфорический (Ф), анозогнозический (З), эргопатический (Р), паранойяльный (П).

Тестирование проводилось дважды: на первом занятии в Астма-школе до начала базисной терапии и через год от начала лечения и занятий в Астма-школе. Из 179 пациентов, 107 человек прошли обучение по традиционной методике занятий в Астма-школе, рекомендованной НИИ пульмонологии [1]. 46 больных занимались на двухнедельном 40-часовом курсе, из которых 20 часов составила традиционная образо-

вательная программа и 20 часов — групповая психотерапия. Группу сравнения составили 26 человек, которые не проходили цикла обучающих программ.

Пациенты 1-й группы в качестве базисной терапии получали кромогликат натрия или ингаляционные кортикостероиды в дозе 200–500 мкг/сут. Больным 2 и 3-й групп назначался флунизолид в дозе от 1000 до 2000 мкг/сут через спейсер. Пациенты 3-й группы до начала лечения флунизолидом получали системные кортикостероиды (СКС) в дозе $14,9 \pm 2,2$ мг/сут, продолжительностью $7,2 \pm 0,9$ года.

Степень выраженности клинических симптомов у больных оценивалась по 10-балльной шкале. Учитывались наличие астматических приступов и их интенсивность, число острых астматических приступов, требующих неотложных мероприятий (в неделю), число пробуждений больного от приступов удушья ночью или рано утром, интенсивность кашля и сухих хрипов над легочными полями. Респираторная функция изучалась с использованием компьютерного спироанализатора "Flowscreen" фирмы E. Jaeger. Анализировались форсированная жизненная емкость легких (FVC) и объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV_1).

Частота встречаемости психологических типов отношения к болезни и лечению у больных всех трёх групп при исходном тестировании представлена в табл.1. У 179 обследованных пациентов зарегистрировано 438 типов отношения к болезни и лечению (2,5 типа на одного больного). Из них Г-тип встретился только 6 раз. Преобладающими типами у больных всех трех групп явились Н, Т и П, удельный вес которых составил 19, 16,9 и 14,4% соответственно. У 88 (49,2%) человек диагностированы невротические типы реагирования на болезнь и лечение. Трехлетний курс лечения, а также занятия в Астма-школе прошли все пациенты. Во время лечения доза базисного препарата у пациентов в 1-й группе не менялась. У больных 2 и 3-й групп удалось снизить дозу флунизолида по сравнению с начальной соответственно с $1182,9 \pm 18,3$ до $750,0 \pm 36,6$ мкг/сут ($p < 0,05$) и с $1375,0 \pm 48,3$ до $1020,0 \pm 51,9$ мкг/сут ($p < 0,05$). У больных 3-й группы уменьшена доза СКС с $11,4 \pm 1,8$ до $3,1 \pm 0,4$ мкг/сут ($p < 0,001$). У 16 (43,2%) пациентов этой группы СКС полностью отменены.

Таблица 1

Частота встречаемости психологических типов отношения больных БА к болезни и лечению (по методике ЛОБИ)

Группа больных	n	Частота встречаемости психологических типов												
		Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
1	51	5,9	27,5	5,9	1,9	9,8	33,3	7,8	17,6	5,9	17,6	15,7	17,6	23,5
2	91	3,3	61,5	14,3	0	19,8	62,6	22,0	35,2	14,3	6,6	4,4	18,7	46,2
3	37	0	10,8	5,4	0	24,3	24,3	0	24,3	18,9	18,9	5,9	5,4	24,3
Всего	159	3,4	41,3	10,0	0,6	17,9	46,4	13,4	27,9	12,8	12,3	7,8	10,1	35,2

Таблица 2

Динамика клинических симптомов у больных БА 1, 2 и 3-й групп ($M \pm m$)

Клинические симптомы	Группа больных	До лечения	Во время лечения				
			6 недель	0,5 года	1 год	2 года	3 года
Астматический приступ, интенсивность	1	3,5±1,05	1,3±0,75	0,5±0,15*	0,5±0,15*	0,5±0,15*	0,5±0,15*
	2	7,0±1,08	1,6±1,09**	1,2±0,47**	1,2±0,47**	1,3±0,30**	1,2±0,34**
	3	8,0±0,15	3,5±0,20**	2,4±0,20**	2,1±0,20**	2,7±0,15**	2,4±0,15**
Число острых астматических приступов / неделю	1	1,2±0,20	0,5±0,15*	0**	0**	0**	0**
	2	3,6±0,62	0,4±0,46*	0**	0**	0**	0**
	3	6,6±0,20	2,2±0,10**	2,1±0,12**	1,8±0,18**	0,6±0,12	0,6±0,12
Число пробуждений больного от приступов удушья	1	0,9±0,20	0**	0**	0**	0**	0**
	2	3,9±0,62	0,5±0,47**	0**	0**	0**	0**
	3	4,8±0,35	1,2±0,20**	0,6±0,15**	0,5±0,15**	0,6±0,15**	0,5±0,15**
Утренний кашель, интенсивность	1	2,4±0,20	0,5±0,15*	0**	0**	0**	0**
	2	2,4±1,09	1,3±0,47	0,6±0,47	0,5±0,47	0,4±0,30	0,5±0,18
	3	6,0±0,35	3,1±0,20**	1,6±0,15**	0,8±0,15**	10±0,15**	0,9±0,15**
Сухие хрипы, интенсивность	1	1,2±0,15	0**	0**	0**	0**	0**
	2	3,8±0,46	0,5±0,48**	0**	0**	0**	0**
	3	5,9±0,20	1,0±0,15**	0,6±0,20**	0,6±0,15**	0,6±0,15**	0,6±0,15**

* — $p < 0,05$ в сравнении с симптомами до лечения** — $p < 0,001$ в сравнении с симптомами до лечения

Клинические симптомы и показатели функции внешнего дыхания (ФВД) представлены в табл. 2 и 3. У больных 1-й группы клинические симптомы исходно были выражены в минимальных проявлениях. Положительная динамика клинических симптомов заболевания у больных БА трех групп отмечалась через 6 недель лечения ($p < 0,001$) и сохранялась весь период наблюдения. У больных 2-й группы через 6 недель терапии уменьшилась интенсивность астматических приступов ($p < 0,001$), а через 0,5 года прекратились острые астматические приступы, требующие дополнительного применения бронходилататоров, и приступы удушья ночью или рано утром, исчезли сухие хрипы над легочными полями ($p < 0,001$). У больных 3-й группы клинические симптомы заболевания

регрессировали и сохранялись в минимальных проявлениях ($p < 0,001$).

Динамика типов отношения больных БА к болезни и лечению по методике ЛОБИ на фоне базисной терапии и занятий в Астма-школе представлена в табл. 4. Из табл. 4 видно, что на фоне улучшения клинических симптомов и показателей ФВД во всех трех группах количество больных с Н-типами уменьшилось с 51,1 до 11,2% ($p < 0,001$). В 1-й и 2-й группах число больных с Г-типами увеличилось с 3,8 до 26,9% и с 3,7 до 22,2% соответственно ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно). Среди пациентов 3-й группы увеличилось число лиц с другими патологическими типами, в основном за счет П-типа отношения к болезни и лечению ($p < 0,01$). В 1-й и 2-й группах ко-

Таблица 3

Динамика показателей ФВД у больных БА 1, 2 и 3-й групп ($M \pm m$)

Показатель	Группа больных	До лечения	Во время лечения				
			6 недель	0,5 года	1 год	2 года	3 года
FVC, % долж.	1	95,0±2,76	98,3±3,64	97,6±3,11	106,0±4,21*	116,3±2,14**	112,4±5,21*
	2	64,0±2,72	90,4±3,11**	87,8±2,74**	105,0±3,34**	102,0±5,41**	102,6±6,34**
	3	62,8±3,04	72,0±6,42	80,5±3,14*	81,1±3,45*	85,8±4,67**	82,0±6,24*
FEV ₁ , % долж.	1	85,0±3,17	92,0±1,76	97,0±2,66*	99,3±2,74*	96,6±5,32	98,7±4,17*
	2	49,8±3,65	70,1±2,92**	77,2±3,62**	86,8±2,85**	84,3±4,93**	82,8±3,91**
	3	42,6±2,92	55,1±5,51	60,3±2,43*	59,1±3,45*	69,6±3,62**	66,3±4,18*

* — $p < 0,05$ в сравнении с симптомами до лечения** — $p < 0,001$ в сравнении с симптомами до лечения

Динамика ВКБ на фоне лечения и занятия в Астма-школе

Группа больных	Типы отношений											
	Г				Н				П			
	исходно		1 год		исходно		1 год		исходно		1 год	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 n=26	1	3,8	7	28*	12	46,2	2	7,7*	13	50,0	17	65,4
2 n=54	2	3,7	12	22,2	29	53,7	8	14,8*	23	42,6	34	63,0
3 n=27	0	0	2	7,4*	13	48,1	2	7,4*	14	51,8	23	85,2*
Всего n=107	3	2,8	21	19,6*	54	51,1	12	11,2*	50	46,7	73	69,2

* — $p < 0,001$ в сравнении с исходом

личество больных с другими патологическими типами также имело тенденцию к увеличению.

Динамика внутренней картины болезни на фоне занятий в Астма-школе и групповой психотерапии представлена в табл.5. Во всех трёх группах уменьшилось количество больных с Н-типами с 45,6 до 8,7% соответственно ($p < 0,001$), за счет увеличения числа больных с Г-типом реагирования на болезнь и лечение с 2,2 до 56,5% соответственно ($p < 0,001$). У больных 1-й группы уменьшилось и число больных с П-типами с 77,7 до 44,4% ($p < 0,001$). Во 2-й и 3-й группе количество больных с другими патологическими типами имело тенденцию к уменьшению.

У пациентов, которые вошли в группу сравнения, несмотря на уменьшение клинических симптомов и улучшение показателей ФВД, достоверной динамики во внутренней картине болезни не произошло, хотя количество больных с Н-типами уменьшилось (табл.6). Количество пациентов с другими патологическими типами у больных 1-й группы увеличилось ($p < 0,001$) за счет уменьшения больных с Г-типом реагирования на болезнь и лечение ($p < 0,001$).

Динамика типов отношения к болезни и лечению по методике ЛОБИ на фоне регулярной базисной терапии и обучающих программ представлена на рисунке.

Исходно частота встречаемости Н-типов отношений у больных БА, которые прошли обучение в Астма-школе (группа А), не отличалась от числа больных с Н-типами, получившими дополнительно к занятиям в Астма-школе психотерапевтическое пособие (группа Б), и составила 51,1 и 45,5% соответственно. Доли больных с Г-типами реагирования в группах А и Б составили 2,8 и 2,2% соответственно. В процессе проведения обучающих программ выявлено уменьшение уровня невротизации у больных, как при традиционных занятиях в Астма-школе, так и при совместной работе с психотерапевтом ($p < 0,001$). Также установлено увеличение количества больных с Г-типами реагирования при использовании обеих методик ($p < 0,001$).

Групповые занятия в Астма-школе выступают в качестве рациональной терапии. Включение в образовательную программу специальных психотерапевтических методик, направленных на устранение не-

Таблица 5

Динамика ВКБ на фоне лечения, занятия в Астма-школе и групповой психотерапии

Группа больных	Типы отношений											
	Г				Н				П			
	исходно		1 год		исходно		1 год		исходно		1 год	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 n=18	0	0	10	55,5*	4	22,2	0	0*	14	77,7	8	44,4*
2 n=23	1	4,3	15	65,2*	13	56,5	1	4,3*	9	39,1	7	30,4
3 n=5	0	0	1	20*	4	80	3	60	1	20	1	20
Всего n=46	1	2,2	26	56,5*	21	45,6	4	8,7*	24	52,2	16	34,8

* — $p < 0,001$ в сравнении с исходом

Динамика ВКБ на фоне лечения (группа сравнения)

Группа больных	Типы отношений											
	Г				Н				П			
	исход		1 год		исход		1 год		исход		1 год	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 n=7	2	28,6	0	0*	3	42,8	2	28,6	2	28,6	5	71,4*
2 n=14	0	0	1	7,1	3	42,8	5	35,7	8	57,2	8	57,2
3 n=5	0	0	0	0	4	80,0	4	80,0	1	20,0	1	20,0
Всего n=26	2	7,7	1	3,8	13	50,0	11	42,3	11	42,3	14	53,8

* — $p < 0,001$ в сравнении с исходом

вротического компонента соматического заболевания, воздействие на личность больного с целью изменения реакции на болезнь, позволяет устранить уровень невротизации пациентов за счет достоверно большего увеличения числа больных с Г-типом реагирования ($p < 0,001$) — в сравнении с традиционной

Астма-школой. При этом количество больных с другими П-типами уменьшалось.

Таким образом, у преобладающего большинства больных БА определяются изменения во внутренней картине болезни, уровень невротических расстройств достигает 49,2%. Регулярная базисная тера-

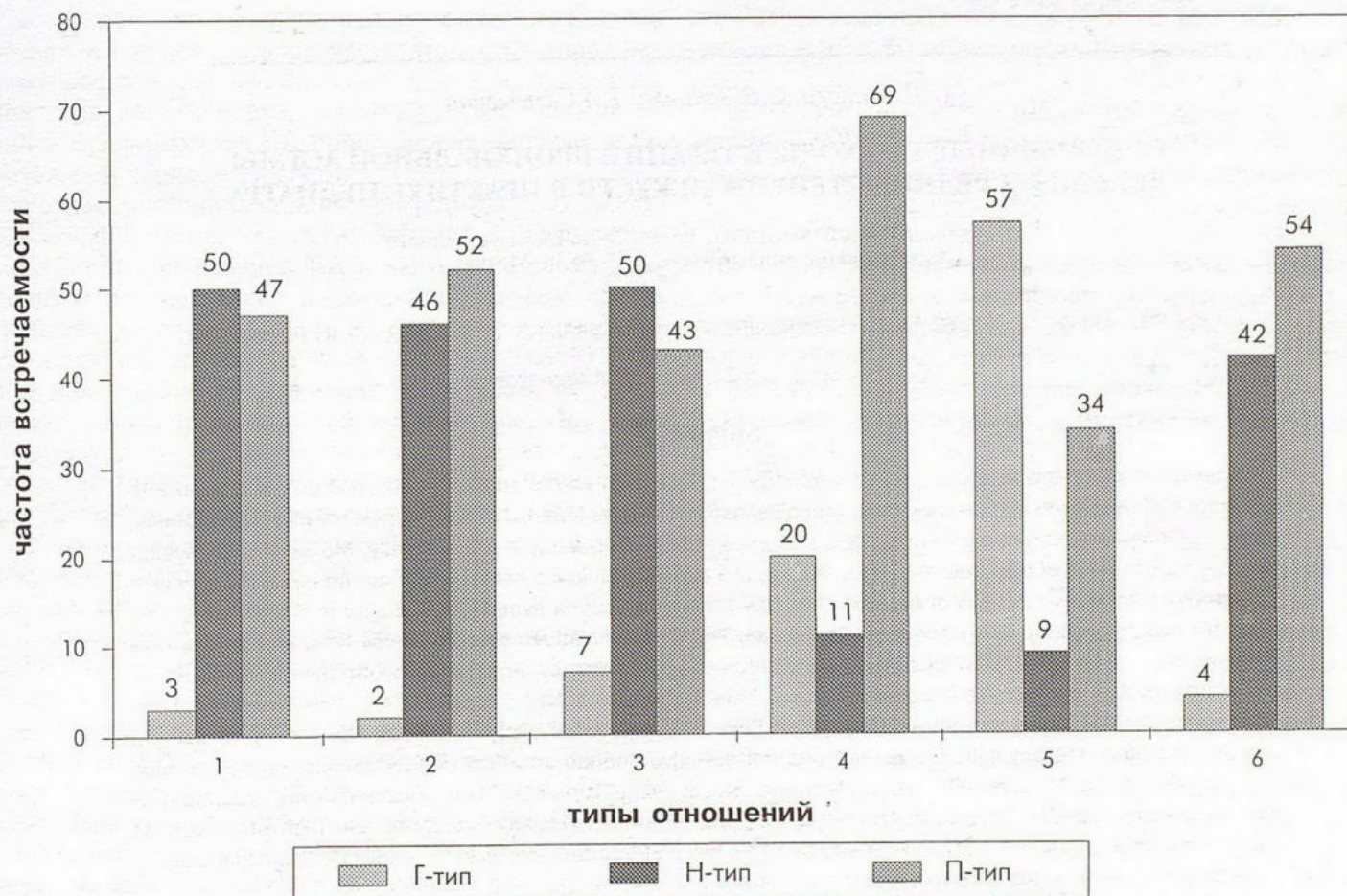


Рис. Динамика типов отношения больного БА к болезни и лечению на фоне базисной терапии и занятий в Астма-школе

1, 4 - динамика типов отношения после занятий в Астма-школе (группа А)

2, 5 - динамика типов отношения после занятий в Астма-школе и групповой психотерапии (группа Б)

3, 6 - группа сравнения

пия в сочетании с групповыми занятиями в Астма-школе, партнерские отношения между врачом и пациентом устраняют невротизацию больных и выступают в виде рациональной психотерапевтической помощи, повышая эффективность реабилитационных мероприятий. Привлечение психотерапевта для занятий в Астма-школе позволяет полнее, чем традиционные занятия в Астма-школе, гармонизовать внутреннюю картину болезни с учетом преморбидных черт личности и может выступать как ступенчатый этап психотерапевтической помощи больным с сохраняющимся высоким уровнем дезадаптации и имеющих психогенный компонент в комплексе этиологических факторов болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Организация и проведение занятий в астма-школе: Метод. рекомендации. — М., 1996.

2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.Н. Методы психологической диагностики в медицине. — Л.: Медицина, 1983. — С.102–115.
3. Семенова Н.Д. Групповая психотерапия в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой: Автореф. дис. ...канд. псих. наук. — М., 1988.
4. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // Тер. арх. — 1998. — № 9. — С.53–57.
5. Beck A.T., Emery G. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. — New York, 1985. — P.63–72.
6. Janson C., Bjornsson E., Hetta J., Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — Vol.194, № 4. — P.930–934.
7. Rachelefsky G.S. Helping patient live with asthma // Hosp. Pract. Off. Ed. — 1995. — Vol.30, № 11. — P.51–64.
8. Thwaites R.M.A., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов // Пульмонология. — 1998. — № 3. — С.19–23.
9. West M., Roell G., Dold S. et al. Psychosocial characteristics of asthma // J. Clin. Epidemiol. — 1996. — Vol.49, № 4. — P.461–466.

Поступила 01.03. 2000

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

УДК 616.248–053.2–085

О.В.Зайцева, С.В.Зайцева, Г.А.Самсыгина

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Кафедра детских болезней №1 Российского государственного медицинского университета, ДКБ № 38, Москва

MODERN APPROACHES TO MILD AND MODERATE BRONCHIAL ASTHMA THERAPY IN PEDIATRICS

O.V.Zaytseva, S.V.Zaytseva, G.A.Samsygina

Summary

Clinical efficacy and safety of sodium nedocromil (Tilade Mint) were studied in 90 children aged from 2 to 15 years suffering from mild to moderate bronchial asthma. The criteria for assessment were clinical dynamics, need for bronchodilators, lung function test and exacerbation frequency anamnestically. Moreover, we investigated different ways of the drug delivery in infants. As a result, clinical efficiency of 3-month basic therapy with Tilade Mint was shown in 90% of the children. Day and night asthma symptoms reduced in 5.5–6 times. The need for bronchodilators was decreased in 5 times. The drug inhalations averted airway limitation on exercise in the children. A length of stable asthma periods increased significantly. According to lung function test results as volume as flow parameters increased reliably. Most patients reached clinical and functional stability of the disease maintained for 3 months and longer in 66% of the patients. Only in 10% of the moderate asthma patients the basic therapy with Tilade Mint was not effective enough and they needed inhaled corticosteroids to be administrated. No one child had any adverse effects using Tilade Mint. The modern delivery systems permitted to apply this drug successfully even in very young children. Good tolerability and high effectiveness allow to consider sodium nedocromil (Tilade Mint) as the first-line drug for mild to moderate bronchial asthma children starting with ones of 2 years old.

Резюме

У 90 детей в возрасте от 2 до 15 лет с бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести изучались клиническая эффективность и безопасность недокромила натрия (Тайлед Минт). Критериями