

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Смирнова Л.Е., Смирнова Е.Н., Вороная Ю.Л.

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Россия, e-mail: m000293@tversu.ru

Проведен анализ показателей психологического состояния 74 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Из них у 61 – с коморбидным течением ХОБЛ и артериальной гипертензии (АГ) и у 13 – с изолированно протекающей ХОБЛ. Использовались следующие психодиагностические методики: шкала психосоциального стресса Л. Ридера, сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала качества жизни (КЖ) КНЦ РАМН. У больных ХОБЛ с АГ по сравнению с больными ХОБЛ чаще встречаются и более выражены психопатологические изменения: психосоциальный стресс, тревога, депрессия, ипохондрические реакции, а также в большей степени снижается КЖ. Нарушения в психической сфере и ухудшение КЖ нарастают по мере увеличения степени АГ с максимальной их выраженностью при ХОБЛ с АГ 3 степени.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, тревога, депрессия, качество жизни, степень артериальной гипертензии.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF COMORBID CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTENSION

Smirnova L.E., Smirnova E.N., Voronaya Y.L.

Tver State Medical Academy, Tver, Russia, e-mail: m000293@tversu.ru

The analysis of the indicators of the psychological state of 74 patients of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Of them 61 – with comorbid for COPD and hypertension, 13 – isolated flowing COPD. Used psychodiagnostic methods: the scale of psychosocial stress L. Reader, personality scale (MMPI), hospital scale of anxiety and depression (HADS), depression scale Hamilton (HDRS), assessment of quality of life (methodology Cardiology scientific centre Russian Academy of medical Sciences). In COPD patients with hypertension, compared with patients with COPD, more frequent and more severe psychopathological changes: psychosocial stress, anxiety, depression, hypochondria reaction, and also largely reduced quality of life. Disorders mental health problems increase with increasing degree of arterial hypertension with the highest severity in patients with COPD with arterial hypertension 3 degrees.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, anxiety, depression, quality of life, degree of arterial hypertension.

В последние годы все большее внимание уделяется особенностям течения, диагностики и лечения коморбидных заболеваний [1, 3]. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – яркий пример заболевания, которому свойственно сочетание с другой патологией. Поэтому не случайно в последнем пересмотре Глобальной стратегии по диагностике и лечению ХОБЛ – GOLD (2011) особое внимание отводится проблеме её коморбидности [7]. Наличие коморбидной патологии существенно видоизменяет течение основного заболевания, затрудняет его лечение, и ведение таких пациентов представляет значительные сложности для практикующих врачей [5]. Более чем у 50 % больных ХОБЛ обнаруживаются сердечно-сосудистые заболевания, в том числе артериальная гипертензия (АГ),

характеризующаяся большой клинической и социальной значимостью [7]. Частота АГ при ХОБЛ варьирует в широких пределах: от 34,3 % [3] до 62,2 % [4].

При ХОБЛ и АГ нередко выявляются психологические расстройства. В случае с ХОБЛ – это чаще тревожно-депрессивные проявления [10]. Так, тревога встречается в 20–50 % наблюдений, а депрессия – в 12–50 %, что выше, чем в общей популяции [6]. Качество жизни (КЖ) у больных ХОБЛ также существенно снижается [9]. Что касается АГ, то она может рассматриваться как психосоматическое заболевание, в течение которого важное место занимают аффективные расстройства. Тревога встречается у 40–84 % [2], а депрессия – у 55–70 % больных АГ [6]. КЖ пациентов с АГ заметно ниже (на 15–20 %), чем у лиц без АГ [8]. В целом психосоматические аспекты и КЖ при коморбидном течении ХОБЛ и АГ остаются недостаточно изученными. Только в отдельных работах прослеживается связь психологических расстройств у больных ХОБЛ с сопутствующей АГ или зависимость течения ХОБЛ от тяжести АГ и психических изменений [4, 5]. Таким образом, изучение психосоматических особенностей у больных с коморбидным течением ХОБЛ и АГ представляется актуальным и может способствовать более полному пониманию развития этих заболеваний, механизмов их формирования и повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования – изучить особенности психологического состояния и КЖ у больных с коморбидным течением ХОБЛ и АГ.

Материалы и методы

В исследовании случай-контроль обследовано 74 больных ХОБЛ (мужчин) в возрасте от 45 до 80 лет (средний возраст $66,3 \pm 9,40$). В зависимости от наличия АГ больные были разделены на две группы: 1-я (группа сравнения; 13 пациентов) – ХОБЛ без АГ, 2-я (основная группа; 61) – ХОБЛ с АГ. По степени АГ в основной группе пациенты распределялись следующим образом: с 1 степенью АГ – 14 (30 %), со 2 – 39 (64 %), с 3 – 8 (6 %). Согласно критериям включения, в исследование вошли больные ХОБЛ 2–3 стадии с дыхательной недостаточностью I–II степени в периоде ремиссии без АГ и в сочетании с АГ. Критериями исключения стали женский пол, дыхательная недостаточность III степени, тяжелая сопутствующая патология и другие заболевания в стадии обострения или декомпенсации. Верификация ХОБЛ проводилась в соответствии с глобальной стратегией диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ – GOLD (2011). Степень АГ оценивалась согласно рекомендациям ВНОК (2010).

Для получения комплексной диагностической информации были разработаны специальные регистрационные карты. Помимо лабораторного и клинико-функционального исследований, проводилось психологическое тестирование. Оно включало следующие

психодиагностические методики: шкалу психосоциального стресса Л. Ридера, сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Гамильтона (HDRS), шкалу КЖ (КНЦ РАМН).

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программы Statistica 6.1. Все параметры предварительно проверялись на нормальность распределения. Для каждой группы вычислялось среднее значение признака и его стандартное отклонение $M \pm \sigma$; различия считались достоверными при $p < 0,05$ (по U-критерию Манна – Уитни и χ^2 с поправкой Йетса).

Результаты и обсуждение

Выраженность психосоциального стресса у больных ХОБЛ по шкале Л. Ридера была низкой у 6 (47 %) и средней – у 7 (53 %) больных (таблица 1). При сочетании ХОБЛ с АГ также преобладал низкий – у 22 (37 %) и средний уровни стресса – у 26 (42 %). Однако в основной группе появилась категория лиц с высокими показателями стресса – у 13 (21 %) больных. Средний суммарный балл стресса был выше во 2-й группе, чем в 1-й. Обнаружены внутригрупповые различия по частоте высокого уровня стресса ($\chi^2=3,31$; $0,05 < p < 0,10$) и среднему суммарному баллу ($p < 0,05$) между 1 и 3 степенью АГ, что отражает повышение психосоциальной напряжённости у больных ХОБЛ с увеличением степени АГ.

Таблица 1

Показатели психосоциального стресса по шкале Л. Ридера у больных ХОБЛ и при ее сочетании с АГ, абс. (%)

Уровень стресса	1-я (ХОБЛ) (n=13)	Группа наблюдения			
		Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Низкий	6 (47)	22 (37)	6 (43)	14 (36)	2 (25)
Средний	7 (53)	26 (42)	8 (57)	15 (38)	3 (37,5)
Высокий	0 (0)	13 (21)	0 (0)	10 (26)	3 (37,5)
Средний суммарный балл	0,9±0,56	1,2±0,69	1,0±0,52	1,2±0,72	1,5±0,63*

Примечание. * – достоверность различия показателей между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна – Уитни ($p < 0,05$)

Усредненные профили СМОЛ в обеих группах имели ипохондрическую конфигурацию с более высоким расположением профиля во 2-й группе (основной) по сравнению с 1-й (рис. 1). Различия между группами наблюдались по шкалам невротической триады: 1 (ипохондрии) и 3 (истерии), что свидетельствует об усилении психологических нарушений при ХОБЛ с АГ ($p < 0,05-0,02$).

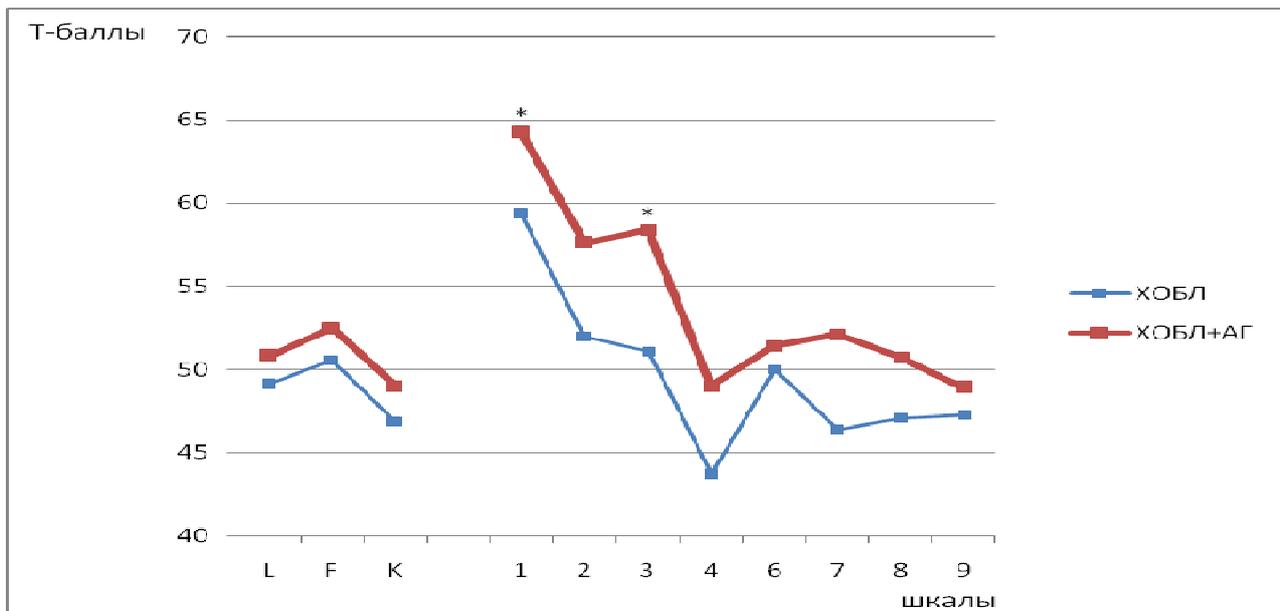


Рис. 1. Усредненные профили СМОЛ больных ХОБЛ и ХОБЛ с АГ

Примечание. * – достоверность различия между группами по критерию Манна – Уитни ($p < 0,05-0,02$).

В основной группе достоверные различия были получены в подгруппах с 1 и 3 степенью АГ по шкалам: F (достоверности), 1, 3, 6 (паранойи) и 7 (фиксации тревоги), что отражает усугубление психопатологической симптоматики у больных с АГ 3 степени (рис. 2).

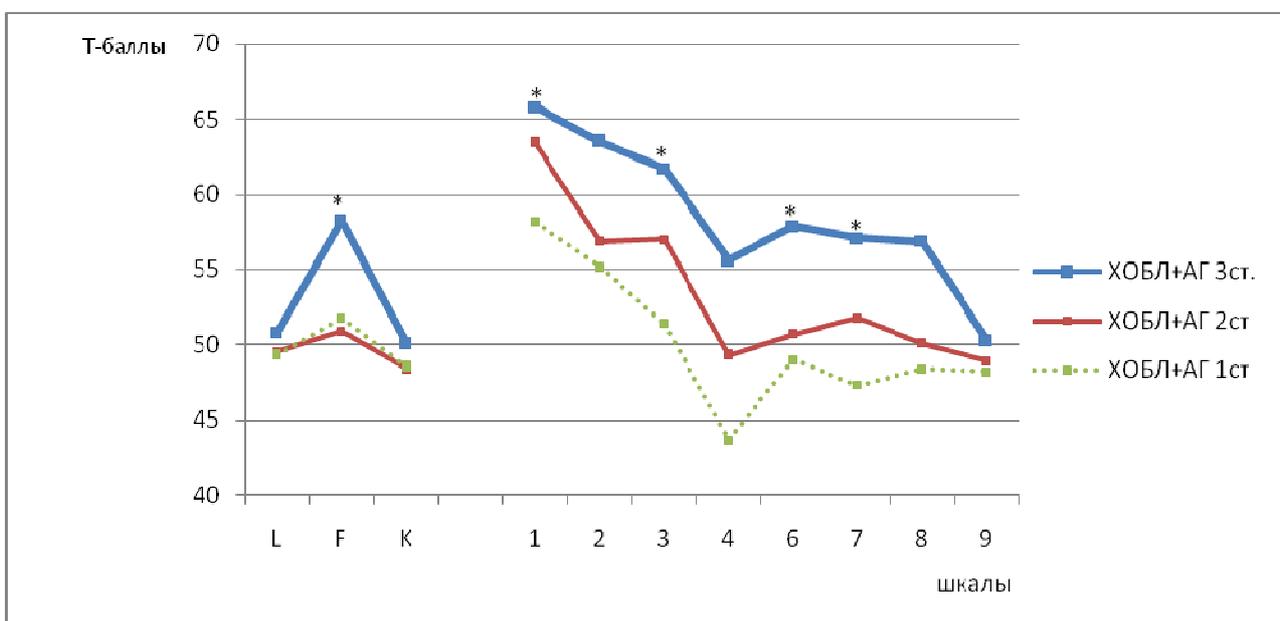


Рис. 2. Усредненные профили СМОЛ больных ХОБЛ с АГ

Примечание. * – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна – Уитни ($p < 0,01$)

По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (таблица 2) тревога в 1-й группе выявлялась у 3 (23 %), а во 2-й – у 22 (36 %) больных. Депрессия диагностировалась у 3 (23 %) больных 1-й группы и у 25 (40 %) – 2-й. Усредненные показатели тревоги и

депрессии оказались несколько выше во 2-й группе, чем в 1-й, в большей степени по категории тревоги – на 23 %. Обнаружено достоверное внутригрупповое различие по уровню тревоги – увеличение ее выраженности от 1 к 3 степени АГ ($4,9 \pm 2,23$ и $8,6 \pm 3,43$ соответственно; $p < 0,05$).

Таблица 2

**Показатели тревоги и депрессии по шкале HADS у больных ХОБЛ
и при ее сочетании с АГ, абс. (%)**

Показатель	Группа наблюдения				
	1-я (ХОБЛ) (n=13)	Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Тревога	3 (23)	22 (36)	3 (21)	14 (35)	5 (62,5)
Депрессия	3 (23)	25 (40)	3 (22)	17 (44)	5 (65,5)
Уровень тревоги (в баллах)	$4,7 \pm 2,28$	$6,1 \pm 3,18$	$4,9 \pm 2,23$	$5,8 \pm 3,37$	$8,6 \pm 3,43^*$
Уровень депрессии (в баллах)	$6,0 \pm 2,28$	$6,8 \pm 2,71$	$6,0 \pm 2,74$	$6,8 \pm 2,70$	$8,1 \pm 2,93$

Примечание. * – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна – Уитни ($p < 0,05$).

Для уточнения характера депрессивных нарушений была использована шкала депрессии Гамильтона (таблица 3), согласно которой у большинства пациентов были обнаружены депрессивные нарушения (77 % в 1-й группе и 85 % – во 2-й). У 9 (61 %) больных ХОБЛ был диагностирован малый и только у 1 (8 %) – большой депрессивный эпизод, в остальных 3 (26 %) случаях депрессия отсутствовала. Другие соотношения отмечались при наличии АГ: малый депрессивный эпизод выявлялся у 30 (49 %), большой – у 22 (36 %; в 4,5 раза чаще, чем при ХОБЛ) и у 9 (15 %) больных депрессия отсутствовала. Различия между группами были получены по наличию большого депрессивного эпизода ($\chi^2=2,81$; $0,05 < p < 0,10$) и среднему суммарному баллу депрессии, который составил в 1-й группе $10,0 \pm 4,08$, а во 2-й – $13,7 \pm 5,03$ ($p < 0,02$). Внутригрупповые различия между больными ХОБЛ с АГ 1 и 3 степени также выявлялись по частоте большого депрессивного эпизода (у 14 % и 75 % соответственно; $\chi^2=5,70$; $p < 0,02$) и среднему суммарному баллу ($11,2 \pm 4,49$ и $18,2 \pm 1,98$ соответственно; $p < 0,05$). Таким образом, у больных ХОБЛ в присутствии АГ частота и тяжесть депрессии нарастают, особенно при увеличении степени АГ от 1 к 3.

Таблица 3

**Показатели депрессии по шкале Гамильтона у больных ХОБЛ
и при ее сочетании с АГ, абс. (%)**

Показатель, баллы	Группа наблюдения				
	1-я (ХОБЛ) (n=13)	Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Отсутствие депрессии (0–6)	3 (23)	9 (15)	3 (22)	6 (16)	0 (0)
Малый депрессивный эпизод (7–16)	9 (69)	30 (49)	9 (64)	19 (48)	2 (25)
Большой депрессивный эпизод (>16)	1 (8)	22 (36)*	2 (14)	14 (36)	6 (75)**
Средний суммарный балл	10,0±4,08	13,7±5,03*	11,2±4,49	13,4±5,03	18,2±1,98**

Примечание. * – достоверность различия между группами по χ^2 ($0,05 < p < 0,10$) и критерию Манна – Уитни ($p < 0,02$); ** – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по χ^2 ($p < 0,02$) и критерию Манна – Уитни ($p < 0,05$).

При оценке КЖ (таблица 4) в 1-й группе снижение КЖ в основном было легкой и умеренной степени – у 9 (68 %) больных. Выраженное снижение КЖ наблюдалось лишь у 1 (8 %) больного, при отсутствии значительного снижения КЖ. Во 2-й группе снижение КЖ чаще соответствовало умеренной и выраженной степени – у 35 (57 %) больных, а значительное его снижение встречалось у 6 (11 %) больных. Выявлены достоверные различия между группами по индексу КЖ – $-4,0 \pm 2,75$ (1-я группа) и $-6,1 \pm 4,45$ (2-я группа; $p < 0,05$), а также внутригрупповые различия между больными с 1 и 3 степенью АГ ($-4,7 \pm 2,98$ и $-8,1 \pm 5,71$ соответственно; $p < 0,001$). Причем, у больных ХОБЛ с АГ 3 степени значение индекса КЖ (более 8 баллов) соответствовало выраженному снижению КЖ, что отличало данную категорию больных от всех остальных.

Таблица 4

Уровни КЖ у больных ХОБЛ и при её сочетании с АГ, абс. (%)

Уровень КЖ, баллы	Группа наблюдения				
	1-я (ХОБЛ) (n=13)	Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Не снижено (0 и выше)	2 (15)	5 (8)	2 (14)	3 (8)	0 (0)
Снижено незначительно (-1, -2)	1 (8)	7 (11)	2 (14)	5 (12)	0 (0)
Снижено в легкой степени (-3, -4)	5 (38)	8 (13)	3 (21)	4 (11)	1 (12,5)
Снижено умеренно (-5...-7)	4 (30)	17 (27)	5 (37)	11 (28)	3 (37,5)
Снижено в выраженной степени (-8...-11)	1 (8)	18 (30)	2 (14)	12 (30)	2 (25)

Значительно снижено (-12 и ниже)	0 (0)	6 (11)	0 (0)	4 (11)	2 (25)
Индекс КЖ	-4,0±2,75	-6,1±4,45*	-4,7±2,98	-6,2±4,91	-8,1±5,71**

Примечание. * – достоверность различия между группами по критерию Манна – Уитни ($p < 0,05$) ** – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна – Уитни ($p < 0,001$).

Усредненный профиль КЖ больных ХОБЛ с АГ (рисунок 4) располагался значительно ниже по восьми шкалам, в сравнении с профилем у больных ХОБЛ, что отражает существенное снижение КЖ при ХОБЛ, сочетающейся с АГ. К ухудшению КЖ в обеих группах чаще всего приводили такие факторы, как необходимость лечиться (шкала 3), изменение отношения близких (шкала 5), изменение отношения друзей, приятелей или сослуживцев (шкала 6), ограничения на работе (шкала 7), снижение заработной платы (шкала 8), ограничения в проведении досуга (шкала 10), ограничения в питании (шкала 14), изменения в половой жизни (шкала 16). По этим шкалам были получены достоверные различия между группами (все $p < 0,001$).

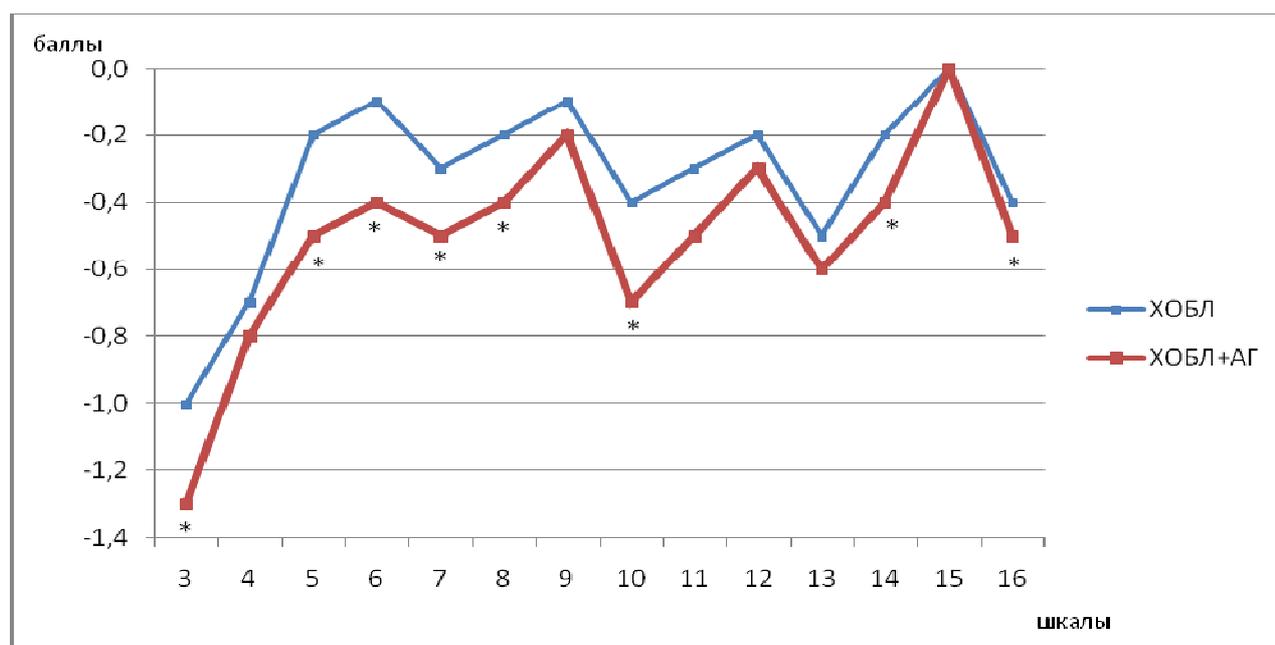


Рис. 4. Усредненные профили КЖ больных ХОБЛ и ХОБЛ с АГ

Примечание. * – достоверность различия между группами по критерию Манна – Уитни ($p < 0,001$).

Внутригрупповые различия (рисунок 5) определялись у больных с 1 и 3 степенью АГ по 5 и 6 шкалам профиля КЖ ($p < 0,05$), отражая ухудшение КЖ больных ХОБЛ с увеличением степени сопутствующей АГ.

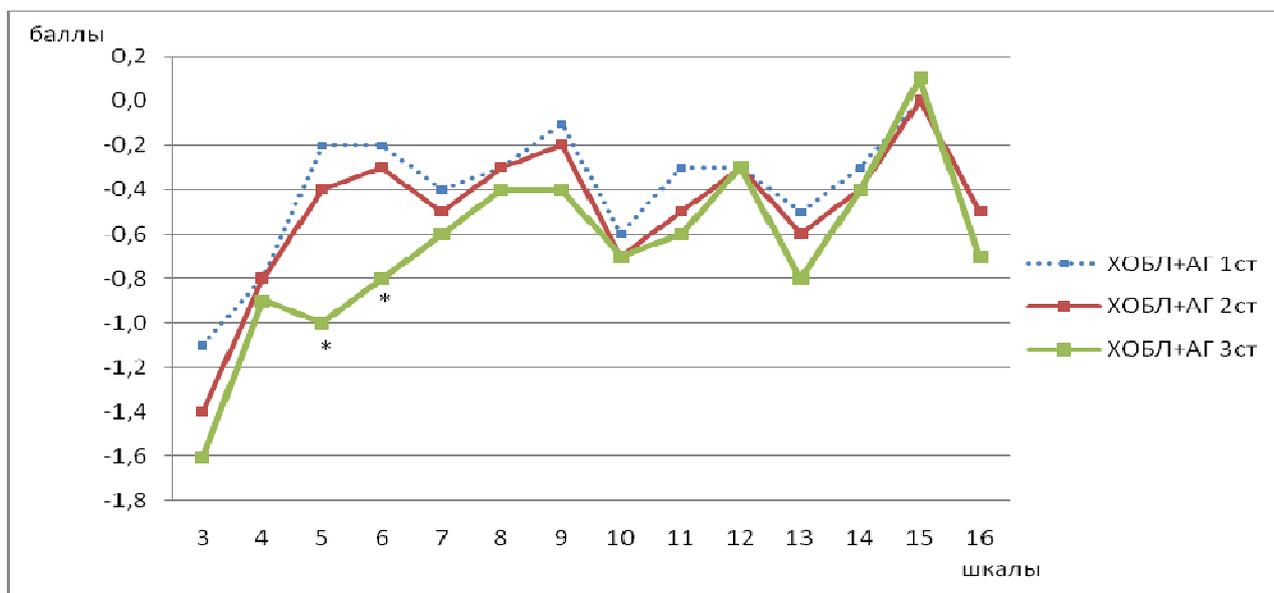


Рис. 5. Усредненный профиль КЖ больных ХОБЛ в зависимости от степени АГ

Примечание. * – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна – Уитни ($p < 0,05$).

Интересным наблюдением явилось отсутствие снижения КЖ по 15-й шкале (необходимость ограничить курение или отказаться от него) у обследованных больных, что может быть связано с недостаточной мотивацией пациентов бросить курить.

Заключение

У больных с коморбидным течением ХОБЛ и АГ выявляются различные психологические нарушения со снижением КЖ, которые нарастают от 1 к 3 степени АГ. Психопатологические изменения, включающие психосоциальный стресс, тревогу, депрессию, ипохондрические реакции, встречаются чаще и более выражены у больных ХОБЛ с АГ по сравнению с таковыми при изолированно протекающей ХОБЛ. КЖ больных ХОБЛ ухудшается с присоединением и прогрессированием АГ. Выявленные закономерности целесообразно учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий у данной категории больных.

Список литературы

1. Белялов Ф.И. Проблема коморбидности при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т. 3, № 2. – С.44-46.
2. Довженко Т.В. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты) / Т. В. Довженко, М. В. Семиглазова, В. К. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 5-13.

3. Задионченко В.С. Артериальная гипертония при хронической обструктивной болезни легких / В.С. Задионченко, И.В. Погонченкова, Т.В. Адашева. – М.: Анархис, 2005. – 243 с.
4. Кароли Н.А. Артериальная гипертензия у пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Клиницист. – 2011. – С. 20-30.
5. Лисова А.Н. Системный анализ психосоматических соотношений у больных хронической обструктивной болезнью легких с артериальной гипертензией / А.Н. Лисова, А.В. Будневский // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI, № 1. – С. 44.
6. Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Ражабов Х.С. Частота депрессивного синдрома у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. // Сб. мат. нац. конгресса по болезням органов дыхания. – 2011. – С. 160-161.
7. Овчаренко С.И. Тревога и депрессия при хронической обструктивной болезни легких / С.И. Овчаренко, Я.К. Галецкайте // Приложение Consilium medicum: Болезни органов дыхания. – 2012. – С. 23-26.
8. Сайгитов Р.Т. Качество жизни у больных артериальной гипертензией / Р. Т. Сайгитов, М. Г. Глезер // Проблемы женского здоровья. – 2010. – Т. 5, № 3. – С. 56-66.
9. Чучалин А.Г. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования «ИКАР–ХОБЛ // Пульмонология. – 2004. – № 1. – С. 93-102.
10. Diez J.M., Garcia T.G., Maestu L.P. Comorbidities in COPD / J. M. Diez, T. G. Garcia, L. P. Maestu // Arch. Bronconeumol. – 2010. – 46: 20–25.

Рецензенты:

Джулай Г.С., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапией, ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь;

Кириленко Н.П., д.м.н., доцент, профессор кафедры поликлинической терапии и основ доказательной медицины, ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь.