В.М. Провоторов, Л.С. Сулейманова, А.В. Будневский

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. факультетской терапии

Резюме. В настоящее время бронхиальную астму рассматривают как гетерогенное заболевание, в патогенезе которого несомненную роль играют психосоматические нарушения и тесное взаимодействие соматических и нервно-психических факторов. Больные БА демонстрируют высокий уровень негативных эмоций, и обострения заболевания нередко связаны с периодами повышенной эмоциональности, при этом причинно-следственная связь может быть двусторонней. В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях продемонстрирована роль алекситимии в развитии и прогрессировании БА [3-5]. Больные БА с алекситимией имеют более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, бронхиальная астма, нервно-психические факторы, алекситимия, астено-ипохондрическая симптоматика.

Актуальность. В настоящее время БА рассматривают как гетерогенное заболевание, в патогенезе которого несомненную роль играют психосоматические нарушения и тесное взаимодействие соматических и нервно-психических факторов. Однако, конкретные формы этого взаимодействия изучены недостаточно. Больные БА демонстрируют высокий уровень негативных эмоций, и обострения заболевания нередко связаны с периодами повышенной эмоциональности, при этом причинно-следственная связь может быть двусторонней.

В настоящее время в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях продемонстрирована роль алекситимии в развитии и прогрессировании БА [3-5]. Данная личностная характеристика определяет не только неблагоприятный психологический профиль личности, но и затрудняет процесс терапии БА. Возможности ее психотерапевтической и медикаментозной коррекции с использованием традиционных технологий и лекарственных препаратов крайне ограничены, а результаты лечебно-профилактических мероприятий остаются неудовлетворительными, что объясняется отсутствием патогенетического подхода [7].

Цель работы - изучение психосоматических особенностей больных БА и разработка подходов к их коррекции с использованием мелатонина.

Материал и методы исследования. Обследовано 87 больных БА средней тяжести (34 мужчины и 53 женщины) в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст 56,7-1,1 года), находившихся на лечении в пульмонологическом отделении МУЗ ГКБ № 9 (СМП). Всем

пациентам было проведено полное клинико-функциональное обследование и психологическое тестирование, которое включало использование сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ), Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной G. Taylor (1985) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994).

Больным с неблагоприятным психологическим статусом назначали мелатонин (GENZYME Corporation, USA) в дозе от 1,5 до 3 мг за 20-30 мин перед сном на фоне обычной базисной терапии, длительность курса – 10 дней.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ STATGRAPHICS for WINDOWS 2.1. Plus с использованием пакета непараметрических и параметрических критериев

Полученные результаты и их обсуждение. Алекситимичными признаны 48 больных (55,2%), неалекситимичными – 16 (18,4%), к зоне неопределенности отнесены 23 человека (26,4 %). Средний балл алекситимии составил 72,3±1,6.

При анализе личностных характеристик больных с помощью СМОЛ вне зависимости от уровня алекситимии выявлено повышение личностного профиля по 1, 2, 3 шкалам «невротической триады», 6, 7, 8 и F- шкалам. Данная особенность свидетельствует о соматизации тревоги и вытеснении ее с формированием демонстративного поведения. Для алекситимичных пациентов, в отличие от неалекситимичных, были характерны достоверно более высокие значения по 1, 2, 3, 6, 7, 8 и F-шкалам. Высокие показатели по шкале достоверности объясняются сниженным контролем над эмоциями в связи с их недостаточным осознанием. Повышение личностного профиля по 1, 2, 3, 7 и 8 шкалам свидетельствует о большей выраженности астено-ипохондрической симптоматики у алекситимичных индивидов и отражает их склонность к формированию невротических расстройств.

Для изучения возможности коррекции психосоматического статуса алекситимичные больные БА были распределены на 2 подгруппы. 1 подгруппа – 22 алекситимичных больных, получавших мелатонин. 2 подгруппа (контрольная) – 26 алекситимичных пациентов, получавших только традиционную терапию БА.

Анализ влияния мелатонина на психологический статус больных БА позволил выявить следующие закономерности. Большинство обследованных отмечало хорошую переносимость мелатонина. Расстройства сна в виде бессонницы исчезали в среднем на 2-3 день терапии им. Характерно, что многие пациенты указывали на мелатонин как на единственный препарат, способствующий устранению у них расстройств сна без побочных эффектов. У 2 пациентов бессонница устранена не была из-за тяжелых постстрессовых

расстройств, однако они отмечали выраженное снижение уровня тревоги. У 1 больной отмечался парадоксальный эффект мелатонина в виде усиления бессонницы. Вероятно, данный не часто встречающийся эффект препарата может быть обусловлен как исходно высоким уровнем эндогенного мелатонина в крови, так и другими особенностями, включая межмедикаментозные взаимодействия.

Средний балл алекситимии до терапии мелатонином у алекситимичных пациентов первой подгруппы составил 79,6±1,9, во второй – 79,2±1,7. После терапии мелатонином средний балл алекситимии снизился до 70,8±1,6 и 77,4?1,9 баллов соответственно. Различия статистически значимы ($p<0,05$).

По-видимому, у пациентов с эффективной терапией мелатонином имела место «вторичная» алекситимия, возникшая вследствие сильного стрессового воздействия самого заболевания на личность. Кроме того, все пациенты, у которых снизились проявления алекситимии, имели небольшой стаж заболевания в отличие от больных, у которых выраженность алекситимичных черт не изменилась. Указанные аспекты действия мелатонина важны и требуют проведения дальнейших уточняющих исследований.

После курса терапии мелатонином у больных БА, по данным методики СМОЛ, отмечалось достоверное снижение профиля в среднем на 12,7±1,9 балла по 7 шкале («тревоги») и на 9,2±2,3 балла по 2 шкале («депрессии») ($p<0,05$) (рис. 1). Анксиолитическое и антидепрессивное действие препарата связано, по-видимому, как с его биоритмологическими эффектами, так и с нормализующим влиянием на сон и уровень эндогенных пептидов. Мелатонин является не только универсальным синхронизатором эндогенных биологических ритмов и их адаптогеном [1], но и в определенной степени транквилизатором [6, 8]. Помимо нормализующего влияния на психологический статус больных мелатонин оказывал достоверное влияние на клиническое течение БА, связанное, по нашему мнению, с его психотропными эффектами. У пациентов основной группы, принимавших мелатонин на фоне традиционной базисной терапии, отмечалось статистически значимое увеличение пиковой скорости выдоха (ПСВ) на 3-4-й день лечения. В контрольной группе аналогичные сдвиги зарегистрированы на 5-6 день терапии. Прием мелатонина сопровождался минимизацией субъективных проявлений одышки, оцениваемой в баллах, а также снижением потребности в короткодействующих бета2-агонистах (рис. 2).



Рис. 1. Динамика показателей шкал теста СМОЛ после терапии мелатонином в основной группе (по оси абсцисс - шкалы теста, по оси ординат – Т-баллы).

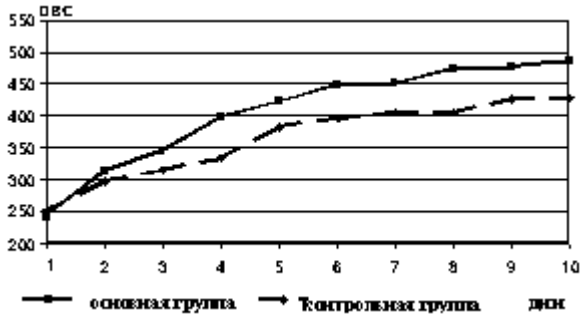


Рис. 2. Динамика показателя пиковой скорости выдоха (ПСВ) в основной и контрольной группах

Таким образом, мелатонин у больных БА с алекситимией проявил определенное антитревожное и антидепрессивное действие, что способствовало повышению эффективности терапии основного заболевания. Данный аспект его действия способствует повышению психосоциальной адаптации больных БА и улучшению качества их жизни.

Выводы. Больные БА с алекситимией имеют более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды.

Включение мелатонина в систему лечебных мероприятий при БА может быть перспективно как в плане коррекции нарушений психологического статуса, так и для повышения клинической эффективности терапии БА.

Литература.

1. Малиновская Н.К. Роль мелатонина в организме человека // Клин. медицина. – 1998. – Т. 76, № 10. – С. 15-22.

2. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А., Черейская Н.К. и др. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Клин. медицина. – 1997. – Т. 75, № 9. – С. 16-19.

3. Провоторов В.М., Крутько В.Н., Будневский А.В. и др. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 30-35.

4. Провоторов В.М., Будневский А.В. Психологические аспекты организации и проведения занятий в "Астма-школе" // Пульмонология. – 2000. – № 4. – С. 63-67.

5. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. А.Г. Чучалина: в 2-х томах, Т.2. –М.: Агар, 1997. – С.187-212.

6. Dolberg O.T., Hirschman S., Grunhaus L. Melatonin for the treatment of sleep disturbances in major depressive disorder // J. Psychiatry. –1998. – Vol. 155, № 8. – P. 1119-1121.

7. Taylor G.J. Alexithimia: Concept, measurement and implications for treatment // Amer. J. Psichiat. – 1984. – Vol. 141, № 6. – P. 725-732.

8. Thalen B.E., Kjellman B.F., Morkrid L., Wetterberg L. Melatonin in light treatment of patients with seasonal and nonseasonal depression // Acta Psychiatr Scand. – 1995. – Vol. 92, № 4. – P. 274-284.

Abstract

V.M. Provotorov, L.S. Suleimanova, A.V. Budnevsky

ASSESSMENT CRITERIA FOR PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND METHODS OF ITS CORRECTION

Voronezh State Medical University, dep. of Faculty Therapy

Currently, bronchial asthma is considered as a heterogeneous disease, in the pathogenesis of which an indisputable role is played by psychosomatic disorders and the close interaction of somatic and neuropsychic factors. Patients with asthma demonstrate a high level of negative emotions, and exacerbations of the disease are often associated with periods of heightened emotionality, with a causal relationship can be bilateral. Numerous domestic and foreign studies have demonstrated the role of alexithymia in the development and progression of asthma [3-5]. Patients with asthma with alexithymia have a higher level of neurotic personality than non-alexithymic individuals.

Key words: psychosomatic disorders, bronchial asthma, neuropsychiatric factors, alexithymia, astheno-hypochondriacal symptoms.

References.

1. Malinovskaya N.K. The Role of Melatonin in the Human Body, Klin. medicine. - 1998. - P. 76, No. 10. - P. 15-22.

2. Paleev NR, Krasnov VN, Podrezova LA, Chereyskaya NK Diagnostics and treatment of psychopathological disorders in patients with bronchial asthma / / Klin. medicine. - 1997. - T. 75, No. 9. - P. 16-19.

3. Provotorov VM, Krutko VN, Budnevsky A.V. And others. Peculiarities of the psychological status of patients with bronchial asthma with alexithymia // Pulmonology. - 2000. - No. 3. - P. 30-35.
4. Provotorov VM, Budnevsky A.V. Psychological aspects of organizing and conducting classes in Asthma School // Pulmonology. - 2000. - № 4. - P. 63-67.
5. Semenova N.D. Psychological aspects of bronchial asthma / / Bronchial asthma / Ed. A.G. Chuchalina: in 2 volumes, T.2. -M .: Agar, 1997. - P.187-212.
6. Dolberg O.T., Hirschman S., Grunhaus L. Melatonin for the treatment of sleep disturbances in major depressive disorder // J. Psychiatry. -1998. - Vol. 155, No. 8. - P. 1119-1121.
7. Taylor G.J. Alexithimia: Concept, measurement and implications for treatment // Amer. J. Psichiat. - 1984. - Vol. 141, No. 6. - P. 725-732.
8. Thalen B.E., Kjellman B.F., Morkrid L., Wetterberg L. Melatonin in light treatment of patients with seasonal and nonseasonal depression // Acta Psychiatr Scand. - 1995. - Vol. 92, No. 4. - P. 274-284.
Сведения об авторах: Провоторов Вячеслав Михайлович – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Совета, ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, v.m.provotorov@yandex.ru; Будневский Андрей Валериевич - заведующий кафедрой, проректор по научно-инновационной деятельности, доктор медицинских наук, профессор, ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, avbudnevski@vsmaburdenko.ru.