

*А.В. Будневский, О.В. Вдовина*  
**ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ  
АСТМЫ**

*МУЗ ГКБ №9 (СМП);*

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России*

**Резюме.** У больных бронхиальной астмой имеются выраженные нарушения в психологическом статусе. При этом психологические показатели (алекситимия, уровень депрессии и тревоги) оказывают выраженное влияние на клиническое течение БА (частоту госпитализаций, степень тяжести, заболеваемость ОРВИ).

Выявленные закономерности психосоматических взаимоотношений при БА определяют необходимость включения в систему лечебно-профилактических мероприятий при БА методов психотерапевтической и психофармакологической коррекции, что позволит повысить качество жизни при БА.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, психонейроиммунологические аспекты, психологические показатели, психосоматические взаимоотношения при БА.

**Актуальность.** Цель работы — изучить с применением системного анализа особенности психосоматических соотношений у больных БА для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий при данном заболевании.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 40 больных БА (13 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст 39,71,9 года). Из них БА средней степени тяжести имела место у 22 пациентов, тяжелая астма — у 18. Все больные БА получали терапию глюкокортикостероидами (ГКС) системного действия (внутрь или внутривенно). Всем пациентам было проведено полное клинико-функциональное обследование. Психологический статус изучали с помощью 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). Математическая обработка статистических данных проводилась с применением пакета программы STATGRAPHICS 2.1 Plus с использованием дисперсионного и факторного анализа, метода канонических корреляций.

**Полученные результаты и их обсуждение.** По результатам психологического тестирования алекситимичными признаны 19 больных (47,5%), неалекситимичными — 6 (15,0%), к зоне неопределенности отнесены 15 человек (37,5%). Средний балл алекситимии составил  $70,9 \pm 1,2$ . При анализе личностных характеристик больных выявлено с помощью СМОЛ вне зависимости от уровня алекситимии повышение личностного профиля по шкалам “невротической триады”, а также 6 и 8 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 и 7 шкалам ( $p < 0,05$ ). Высокие показатели по шкале достоверности объясняются сниженным контролем над эмоциями в связи с их недостаточным осознанием. Повышение личностного профиля по 1, 2, 3 и 7 шкалам свидетельствует о более высоком уровне невротизации алекситимичных индивидов и отражает склонность к формированию невротических расстройств.

Применяя факторный анализ результатов психологического тестирования пациентов с БА, выделили 3 фактора, определяющие в сумме более 64% дисперсии исходных данных. До вращения факторов ядро первого фактора составляли 6 и 7 шкалы теста СМОЛ, а основу второго фактора — 1, 3 и 4 и шкалы. В третьем факторе отмечаются высокие величины нагрузок для шкал СМОЛ 4 и 8.

Первый фактор имеет уравнение:

Фактор 1 =  $-0,48723 * AT - 0,635676 * SMOL\_1 - 0,770825 * SMOL\_2 - 0,644972 * SMOL\_3 - 0,494737 * SMOL\_4 - 0,750984 * SMOL\_6 - 0,71026 * SMOL\_7 - 0,80423 * SMOL\_8 - 0,475568 * SMOL\_9$ , а остальные уравнения факторов получаются аналогичным образом.

Для получения дополнительной информации о структуре данных психологического статуса пациента с БА провели вращение факторов по методу варимакс. После применения процедуры вращения в первом факторе резко повысились значения для переменных СМОЛ 2, 6, 9. Ядро первого фактора представляет собой резко измененную структуру психологического профиля личности, описываемую в рамках депрессивного синдрома (СМОЛ 2) в сочетании с повышенными значениями для СМОЛ 6 и 9.

Таким образом, первый фактор характеризует депрессивные тенденции в структуре личностного профиля, имеющие устойчивый характер и свидетельствующее о сниженной способности к адекватной социально-психологической адаптации из-за недостаточного контроля над эмоциями. Для больных БА в фазе обострения характерно недостаточно гибкое, неконструктивное поведение, что приводит к застреванию в ситуации фрустрации и пролонгации эмоциональной стрессированности. Основу второго фактора составляет алекситимическая характеристика личности в сочетании с высоким уровнем невротизации пациента (1, 2, 3 шкалы СМОЛ). То есть у больных БА алекситимические и невротические черты имеют сходные пути реализации на соматическом уровне. Третий фактор отличается сочетанием 4 и 8 шкал личностного профиля больного БА, отражающим эмоционально-личностный паттерн психопатической личности с экспансивно-шизоидными чертами и

выраженной психосоциальной дезадаптацией, противопоставлением своих субъективных установок, взглядов и суждений окружающим, жесткостью и эгоцентризмом установок.

Дисперсионный анализ показал, что тяжесть течения БА, а также наличие сопутствующей патологии (хронического обструктивного бронхита и артериальной гипертензии), ЛОР-патологии (синуситы) определяется влиянием такой личностной характеристики как алекситимия. Заболеваемость ОРВИ, обуславливающая более частые обострения БА, оказалась также связана с алекситимическими чертами, но помимо алекситимии важную роль играют также уровень тревоги (СМОЛ 7) и паранойальности (СМОЛ 6). Выявленными нами закономерностям может быть дано следующее теоретическое обоснование. Алекситимия как универсальная личностная характеристика, обуславливает психосоциальную неконгруэнтность личности и ее повышенную подверженность стрессовым воздействиям. Стрессовые ситуации являются тем фоном, который в наибольшей степени способствует выявлению несостоятельности иммунитета организма, что, в свою очередь, в значительной мере связано с генетическим или приобретенным снижением стрессоустойчивости. Отмечено, что стрессорные ситуации могут способствовать снижению количества фагоцитов, лимфоцитов и их субпопуляций, митогенной активности лимфоцитов, активности натуральных киллеров, продукции интерлейкина 1 и 2, интерферона [2]. У алекситимичных пациентов в ситуации стресса имеет место избыточная активация симпатoadреналовой системы. Она приводит к усилению накопления гистамина в тканях и выделению медиаторов. Причем выделяющийся в избытке гистамин усиливает возбуждение и активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, замыкая “порочный круг”. Высокие значения по шкале тревоги (СМОЛ 7) как свойства личности, определяющего индивидуальные особенности реагирования на фрустрацию, отражающие адаптационные возможности личности на действие стрессовых факторов, свидетельствуют о большей стрессчувствительности алекситимичных пациентов с БА по сравнению с неалекситимичными. Эмоциональная сфера у больных БА с алекситимией является первым и наиболее чувствительным адаптивным механизмом, через который реализуется влияние комплекса факторов внешней среды из-за их социальной дезадаптации, склонности к депрессивному типу реагирования на дистресс, высокой личностной и ситуативной тревожности [4].

Алекситимия самостоятельно как личностная характеристика больных БА, так и в сочетании с тревожно-депрессивными чертами оказывает неблагоприятное влияние на течение БА. Указанное влияние реализуется как через иммунологические механизмы (частые ОРВИ), так и через наличие у пациентов сопутствующей патологии (артериальной

гипертензии, хронического обструктивного бронхита, синуситов). Инфекции дыхательных путей играют важную роль в патогенезе БА, ухудшая мукоцилиарный клиренс, нарушая нейрогенную регуляцию тонуса гладкой мускулатуры бронхов, приводя к повреждению эпителия дыхательных путей и повышению сосудистой проницаемости, усилению продукции IgE и т. д. [1]. Формирующаяся в результате этого гиперреактивность бронхов обуславливает развитие и обострение БА. Присоединение к БА артериальной гипертензии, хронического обструктивного бронхита вызывает утяжеление клинического течения и усугубление иммунологических расстройств при БА [3].

**Выводы.** Таким образом, у больных БА имеются выраженные нарушения в психологическом статусе. При этом психологические показатели (алекситимия, уровень депрессии и тревоги) оказывают выраженное влияние на клиническое течение БА (частоту госпитализаций, степень тяжести, заболеваемость ОРВИ).

Выявленные закономерности психосоматических взаимоотношений при БА определяют необходимость включения в систему лечебно-профилактических мероприятий при БА методов психотерапевтической и психофармакологической коррекции, что позволит повысить качество жизни при БА.

#### **Литература.**

1. Балкарова Е.О., Чучалин А.Г. Бронхиальная астма и респираторная вирусная инфекция // Русск. мед. журн. -1998. -№ 17. - С. 1092 -1101.
2. Гаврилова Е.А., Шабанова Л.Ф. Стресс-индуцированные нарушения иммунной функции и их психокоррекция // Физиология человека. - 1998.-Т.24, № 1.-С. 123-130.
3. Золоедов В.И. Разработка и применение новых подходов к назначению профильной иммунокорректирующей терапии при хронических обструктивных заболеваниях легких: Дис....д-ра мед. наук.- Воронеж. 1999.- 401 с.
4. 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.

#### **Abstract**

***A.V. Budnevsky, O.V. Vdovina***

#### ***PSYCHONEUROIMMUNOLOGIC ASPECTS OF BRONCHIAL ASTHMA***

*Clinical City Hospital №9;*

*Voronezh State Medical University*

Patients with bronchial asthma have marked violations in their psychological status. At the same time, psychological indicators (alexithymia, depression and anxiety levels) have a pronounced

effect on the clinical course of asthma (the frequency of hospitalizations, the severity, the incidence of ARVI).

The revealed regularities of psychosomatic relationships in asthma determine the need to include in the system of therapeutic and prophylactic measures in BA methods of psychotherapeutic and psychopharmacological correction, which will improve the quality of life in asthma.

**Key words:** bronchial asthma, psychoneuroimmunological aspects, psychological indices, psychosomatic relationships in asthma.

#### **References.**

1. Balkarova EO, Chuchalin AG Bronchial asthma and respiratory viral infection // Rus. honey. Journal. -1998. - No. 17. - P. 1092 -1101.
2. Gavrilova EA, Shabanova LF Stress-induced disorders of the immune function and their psychocorrection // Physiology of man. - 1998.-T.24, № 1.- С. 123-130.
3. Zoloyedov V.I. Development and application of new approaches to the appointment of profile immunocorrective therapy for chronic obstructive pulmonary diseases: Dis .... med. Sciences: Voronezh. 1999.- 401 p.
4. Provotorov VM, Krutko VN, Budnevsky A.V. And others. Peculiarities of the psychological status of patients with bronchial asthma with alexithymia // Pulmonology.-2000.-№ 3.-P.30-35.

**Сведения об авторах:** Будневский Андрей Валериевич - заведующий кафедрой, проректор по научно-инновационной деятельности, доктор медицинских наук, профессор, ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, [avbudnevski@vsmaburdenko.ru](mailto:avbudnevski@vsmaburdenko.ru).