

И.В. МАЕВ<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Г.Л. ЮРЕНЕВ<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, Е.Н. БИТКОВА<sup>1</sup>,

Д.Т. ДИЧЕВА<sup>1</sup>, к.м.н., Л.Н. ТРУТАЕВА<sup>2</sup>, к.м.н., Д.Н. АНДРЕЕВ<sup>1</sup>, к.м.н.

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; <sup>2</sup> ГБУЗ «Тушинская детская городская больница» ДЗ г. Москвы

# КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ВЛИЯНИЕ ДАННОГО МЕТОДА

## НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**В данном исследовании оценивалась эффективность воздействия психотерапевтических методов лечения на клиническое течение, качество жизни (КЖ), показатели спирометрии и 24-часовой рН-метрии у пациентов с бронхиальной астмой (БА) и сочетанием БА с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Было доказано, что включение психотерапевтических методов лечения в комплексную терапию у определенной группы больных оказывает дополнительный лечебный эффект. При этом отмечается положительная динамика клинических симптомов и показателей психологического реагирования пациентов, улучшаются параметры КЖ.**

*Ключевые слова: бронхиальная астма, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, психотерапевтические методы лечения, индивидуально-личностные особенности, качество жизни, 24-часовая рН-метрия, спирометрия*

**Н**а сегодняшний день накоплена большая база данных о взаимосвязи между БА и ГЭРБ, показана высокая распространенность гастроэзофагеальных рефлюксов среди пациентов, страдающих БА.

Такие заболевания, как БА и ГЭРБ, являются психосоматическими. Для лечения данных патологий используют следующие виды психологической помощи: психологическое консультирование, психологический тренинг, психотерапия и психологическая коррекция. Наибольшее значение имеют два последних метода.

**Целью** проведенного исследования была оценка эффективности использования психотерапевтических методов лечения в комплексной терапии пациентов с БА и сочетанием БА и ГЭРБ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 98 больных в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст  $51,6 \pm 6,3$  года), страдавшие БА и сочетанием БА и ГЭРБ. Продолжительность заболевания БА составила от 6 мес. до 24 лет, ГЭРБ – от 3 мес. до 20 лет. Все больные были разделены на 2 группы. В группу 1 были включены 51 больной БА. Данная группа была разделена на 2 подгруппы: 1.1 – состоявшая из 24 пациентов, получавших стандартную медикаментозную терапию, и 1.2 – образованная из 27 больных, получавших в дополнение к

стандартной терапии психотерапевтическое лечение. В группу 2 вошли 47 пациентов с сочетанием ГЭРБ и БА, которые также были распределены на подгруппы: 2.1 – 24 больных со стандартной медикаментозной терапией и 2.2 – 23 человека, которым в дополнение к этому была назначена психотерапевтическая коррекция. Все подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту и продолжительности заболевания.

Часть пациентов наряду с медикаментозной терапией получали психотерапевтическое лечение, назначавшееся психотерапевтом и включавшее индивидуальные и групповые беседы по результатам пройденных тестов. С пациентами была проведена коррекционная работа по снижению тревожности, депрессивности, курс группового аутотренинга. Для самостоятельного прослушивания больным также выдавались аудиосистемы с Восстанавливающими психотехниками Николая Подхватилина и с психотренингами Школы В.В. Синельникова.

Продолжительность курса лечения всех больных, включенных в исследование, составила 4 нед.

Для оценки динамики состояния пациентов до и после лечения проводились клиничко-функциональные исследования: опрос, физикальный осмотр, эзофагогастроуденоскопия, 24-часовая рН-метрия, спирография.

Для оценки динамики жалоб на фоне лечения во всех группах больных использовалась шкала суммарных оценок Лайкерта, при работе с которой пациент оценивает степень своего согласия или несогласия с каждым суждением по 5-балльной шкале (от 0 до 4 баллов).

Для определения индивидуально-личностных особенностей и типов реагирования больных на окружающую обстановку им давались тесты по следующим опросникам:

1. Характерологический опросник Леонгарда-Шмицка.

- Индивидуально-типологический опросник (ИТО).
- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (КОВОНС).

В 50 случаях (51%) было назначено психотерапевтическое лечение.

Опросник MOS SF-36 использовался для оценки качества жизни пациентов. Заполнение опросников больными проводилось до начала терапии и через 4 нед. лечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Важной задачей работы было определение индивидуально-личностных особенностей и типов реагирования на окружающую среду у пациентов с БА и при сочетании этой патологии с ГЭРБ.

У больных БА выявлены повышенные показатели тревожности, невротической депрессии, спонтанности, агрессивности, ригидности, эмотивности, экзальтированности и дистимности, а также отмечены обсессивно-фобические нарушения, истерический тип реагирования, вегетативные нарушения (табл. 1).

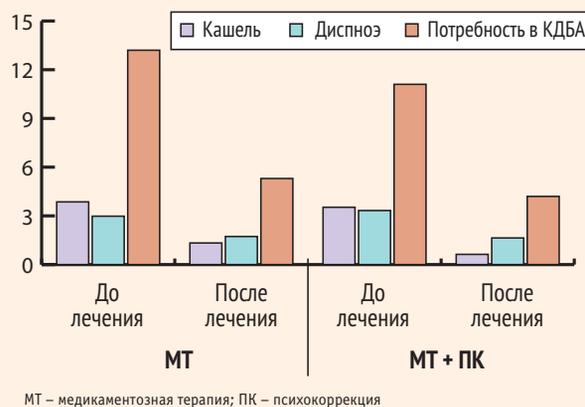
Полученные данные свидетельствуют о том, что важными психологическими характеристиками больных БА являются тревожность и спонтанность. Данные пациенты характеризуются

**Таблица 1. Индивидуально-личностные особенности реагирования в обследованных группах пациентов**

Исследование	Болезнь	БА	БА + ГЭРБ
КОВОНС	Шкала тревоги	1,57 ± 0,42*	0,98 ± 0,54*
	Шкала невротической депрессии	0,68 ± 0,56*	-0,97 ± 0,75*
	Шкала астении	2,87 ± 0,89	0,42 ± 0,53*#
	Шкала истерического реагирования	-0,43 ± 0,37*	-1,07 ± 0,62*
	Шкала обсессивно-фобических нарушений	-0,54 ± 0,26*	-0,87 ± 0,44*
	Шкала вегетативных нарушений	0,98 ± 0,89*	-1,25 ± 0,68*
ИТО	Тревожность	4,25 ± 0,56	5,15 ± 0,75*#
	Лабильность	4,44 ± 0,85	5,87 ± 0,67*
	Экстравертированность	4,52 ± 0,72	4,07 ± 0,70
	Спонтанность	5,78 ± 0,68*	4,09 ± 0,79
	Агрессивность	5,89 ± 0,78*	6,78 ± 0,96*
	Ригидность	6,95 ± 0,72*	6,39 ± 0,65*
	Интровертированность	4,25 ± 0,80	5,40 ± 0,67*#
	Сенситивность	4,93 ± 0,83	6,07 ± 0,73*
Леонгарда-Шмицке	Гипертимность	10,24 ± 1,01	10,94 ± 0,86
	Возбудимость	11,36 ± 1,14	13,26 ± 0,79*
	Эмотивность	14,21 ± 1,60*	19,12 ± 1,18*#
	Педантичность	11,15 ± 1,27	14,8 ± 1,56*#
	Тревожность	10,46 ± 1,08*	11,08 ± 1,19
	Циклотимность	11,67 ± 1,05	11,82 ± 1,01
	Демонстративность	11,56 ± 1,14	15,59 ± 1,25*#
	Неуравновешенность	10,03 ± 0,89	9,87 ± 0,78
Дистимность	13,54 ± 0,45*	13,77 ± 1,08*	
Экзальтированность	12,12 ± 0,58*	12,78 ± 0,89*	

При сравнении групп БА и БА + ГЭРБ: # – p < 0,05; \* – отклонение от референсных значений

**Рисунок 1. Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта и потребность в КДБА у больных БА в зависимости от характера терапии**



ются нарушением систем адаптации к окружающему миру. У больных БА часто выявляется депрессия невротического генеза, связанная с общей невротизацией и наличием внутреннего конфликта, нереализованных желаний, о чем также свидетельствует высокий уровень агрессивности и истероидный тип реагирования.

У пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ определялся повышенный уровень тревожности, невротической депрессии, астении, истерического реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений, лабильности, агрессивности, ригидности, интровертированности, сенситивности, возбудимости, гипертимности, эмотивности, педантичности, демонстративности, дистимности, экзальтированности (табл. 1).

При сравнении групп больных с БА и с сочетанием БА и ГЭРБ отмечено, что у последних более выражены интровертированность (p < 0,05), эмотивность (p < 0,05), астения (p < 0,05), демонстративность (p < 0,05), тревожность (p < 0,05), педантичность (p < 0,05) (табл. 1).

При сравнении подгрупп 1.1 и 1.2 до лечения по таким показателям, как потребность в КДБА, диспноэ, кашель, статистически значимых различий выявлено не было (рис. 1). Через 4 нед. от начала лечения в обеих подгруппах больных БА (при стандартной медикаментозной терапии – подгруппа 1.1 и при ее сочетании с психотерапевтическими методами лечения – подгруппа 1.2) было отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов заболевания (по шкале Лайкерта). Причем в отношении ряда клинических проявлений в подгруппе 1.2 были достигнуты лучшие результаты по сравнению с подгруппой 1.1. Такие данные были получены в отношении потребности в короткодействующих бета-агонистах (КДБА) (p < 0,05) и выраженности кашля (p < 0,02) (рис. 1).

При сравнении подгрупп 2.1 и 2.2 до лечения по таким показателям, как ночной кашель, диспноэ, изжога, боль в эпигастрии, потребность в КДБА, статистически значимых различий выявлено не было. Сравнение результатов, достигнутых при 4-недельном лечении пациентов, страдавших сочетанием БА и ГЭРБ (подгруппы 2.1 и 2.2), также позволило установить достоверно лучшие показатели в подгруппе 2.2 в отношении

**Рисунок 2. Выраженность клинических симптомов по шкале Лайкерта и потребность в КДБА у больных БА и ГЭРБ в зависимости от характера терапии**



уменьшения выраженности одышки ( $p < 0,02$ ), ночного кашля ( $p < 0,05$ ) и боли в эпигастрии ( $p < 0,05$ ) (рис. 2).

Таким образом, отмечается статистически значимое ослабление клинических симптомов заболевания в подгруппах 1.2 и 2.2 по сравнению с подгруппами 1.1 и 2.1.

Изучение показателей качества жизни (тест SF-36) у включенных в исследование пациентов позволило выявить следующие закономерности. При сравнении подгрупп 1.1 и 1.2 до лечения статистически значимых различий выявлено не было. В группе пациентов с БА было отмечено достоверное улучшение показателей качества жизни в обеих подгруппах. Однако в отношении ряда параметров на фоне психотерапевтического лечения (подгруппа 1.2) были достигнуты лучшие результаты по сравнению с подгруппой 1.1. Это относится к показателям ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ( $p < 0,02$ ), психологического компонента здоровья ( $p < 0,05$ ), социального функционирования ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Психокоррекция оказала положительное влияние на качество жизни пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ. Это отно-

сится к таким показателям, как ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ( $p < 0,02$ ), общее состояние здоровья ( $p < 0,01$ ), жизненная активность ( $p < 0,05$ ), психологический компонент здоровья ( $p < 0,01$ ). При сравнении подгрупп 2.1 и 2.2 до лечения статистически значимых различий выявить не удалось (табл. 2).

Представленные результаты оценки качества жизни по данным теста SF-36 свидетельствуют о том, что при использовании в терапии психотерапевтических методов прослеживается повышение отдельных показателей качества их жизни по сравнению с группой больных без психотерапевтического лечения.

Можно сделать вывод, что пациенты с БА и сочетанием БА и ГЭРБ имеют индивидуально-личностные особенности с характерными чертами для каждой группы больных. Учитывая эти особенности, возможно улучшить адаптационные возможности пациентов, что уменьшает выраженность клинической симптоматики и повышает качество жизни, а также создает дополнительные условия для стабилизации течения заболевания. Проведенное исследование позволило выявить, что добавление к стандартной медикаментозной терапии психотерапевтических методов улучшает как физическое, так и психосоматическое состояние пациентов, способствует более быстрому выздоровлению больных.



**ЛИТЕРАТУРА**

1. Внутренние болезни в двух томах. Под ред. акад. РАМН Н.А. Мухина, акад. РАМН В.С. Моисеева, акад. РАМН А.И. Мартынова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 386-415.
2. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации. Под ред. акад. РАМН В.Т. Ивашкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 14-15.
3. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
4. Абрамова Г.С. Практическая психология. М.: Академический Проект, 2001.
5. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология. М.: МАГИСТР-ПРЕСС, 2007.
6. Залевский Г. Введение в клиническую психологию. М.: Академия ИЦ, 2012.

**Таблица 2. Показатели качества жизни (тест SF-36) у обследованных пациентов в зависимости от характера терапии**

Показатели	БА				БА + ГЭРБ			
	МТ		МТ + ПК		МТ		МТ+ПК	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
PF	45,3 ± 2,2	76,8 ± 3,4 <sup>+</sup>	47,0 ± 3,4	87,6 ± 4,4 <sup>+</sup>	42,0 ± 3,2	57,7 ± 2,8 <sup>+</sup>	26,0 ± 3,7	64,8 ± 3,3 <sup>+</sup>
RP	25,8 ± 1,8	79,8 ± 3,7 <sup>+</sup>	22,4 ± 2,9	81,4 ± 5,7 <sup>+</sup>	5,9 ± 1,7	8,7 ± 1,9 <sup>+</sup>	8,5 ± 1,05	12,5 ± 2,9 <sup>+</sup>
BP	50,2 ± 2,6	89,3 ± 3,2 <sup>+</sup>	46,1 ± 3,4	95,3 ± 3,0 <sup>+</sup>	39,4 ± 2,6	62,0 ± 2,8 <sup>+</sup>	41,5 ± 4,1	81,5 ± 2,9 <sup>+</sup>
GH	53,7 ± 2,7	67,2 ± 3,1 <sup>+</sup>	50,8 ± 2,8	68,7 ± 2,8 <sup>+</sup>	45,8 ± 4,2	67,8 ± 3,6 <sup>+</sup>	45,0 ± 4,1	53 ± 2,6 <sup>***</sup>
VT	36,4 ± 1,9	66,2 ± 2,3 <sup>+</sup>	42,6 ± 3,8	75,2 ± 3,5 <sup>+</sup>	31,7 ± 3,1	57,6 ± 3,8 <sup>+</sup>	30,0 ± 2,2	73,5 ± 3,3 <sup>+</sup> *
SF	54,6 ± 2,7	77,3 ± 2,1 <sup>+</sup>	42,8 ± 2,4	84,2 ± 3,7 <sup>++</sup>	32,8 ± 2,7	68,5 ± 4,2 <sup>+</sup>	37,5 ± 4,3	71,0 ± 2,3 <sup>+</sup>
RE	19,8 ± 1,7	78,4 ± 2,9 <sup>+</sup>	15,2 ± 2,1	89,5 ± 3,2 <sup>**</sup>	11,9 ± 3,2	17,9 ± 2,1 <sup>+</sup>	10,8 ± 2,5	29,3 ± 3,8 <sup>**</sup>
MN	43,8 ± 3,9	64,5 ± 3,8 <sup>+</sup>	45,3 ± 4,1	77,4 ± 3,5 <sup>+</sup>	43,3 ± 3,6	60,5 ± 2,5 <sup>+</sup>	47,4 ± 3,9	68,2 ± 3,2 <sup>+</sup>
PH	32,7 ± 3,9	50,8 ± 4,9 <sup>+</sup>	32,2 ± 2,1	58,2 ± 4,4 <sup>+</sup>	30,6 ± 2,4	41,9 ± 3,1 <sup>+</sup>	26,4 ± 2,5	34,8 ± 4,8 <sup>+</sup>
MN	36,0 ± 2,9	42,2 ± 2,8 <sup>+</sup>	33,8 ± 1,9	54,4 ± 2,8 <sup>+</sup>	32,9 ± 1,9	42,1 ± 1,9 <sup>+</sup>	34,6 ± 3,2	50,7 ± 3,7 <sup>***</sup>

При сравнении подгрупп до лечения и после лечения внутри данной группы: \*  $p < 0,05$

При сравнении между группами МТ и МТ + ПК после лечения: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,02$ ; \*\*\*  $p < 0,01$

При сравнении между группами МТ и МТ + ПК до лечения:  $p > 0,05$  для всех случаев

МТ – медикаментозная терапия; ПК – психокоррекция; PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MN – психическое здоровье; PH – физический компонент здоровья; MN – психологический компонент здоровья