

На правах рукописи

МЕДВЕДСКИЙ
Евгений Александрович

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ И СИНДРОМОМ
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА**

14.00.05 – Внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург
2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и медицинском объединении «Новая больница» (г. Екатеринбург)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Лещенко Игорь Викторович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор, ГОУ ВПО

Ребров Андрей Петрович

Саратовского Государственного
Медицинского Университета Росздрава

кандидат медицинских наук,
доцент ГОУ ВПО Уральской
Государственной Медицинской
Академии Росздрава (г. Екатеринбург)

Дмитриев Анатолий Николаевич

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Челябинск)

Защита состоится « 7 » ноября 2007 г. в _____ часов
на заседании Совета по защите докторских диссертаций Д
208.102.02 при Государственном образовательном учреждении выс-
шего профессионального образования «Уральская государственная
медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул.
Репина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГ-
МА Росздрава, а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2007 г.

Ученый секретарь Совета
доктор медицинских наук, профессор

Рождественская Е.Д.

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Исследования по изучению качества жизни (КЖ), связанного с состоянием здоровья чрезвычайно актуальны в настоящее время. Критерии КЖ признаны неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики в медицинской практике [Сенкевич Н.Ю., 2000; Аронов Д.М., 2002; Гельцер Б.И., 2002; Новик А.А., 2002; Jones P. W. 1998; Ventegodt S. 2003]. Новым направлением в медицинской науке и практике является изучение закономерностей возникновения и течения патологических состояний, возникающих во время сна [Белов А.М., 2002; Вейн А.М., 2002; Бабак С.Л., 2006; Bradley A. M., 2003].

Особое внимание в последние годы привлечено к изучению обструктивных нарушений дыхания во время сна [Вейн А.М., 2002; Бабак С.Л., 2006; Ross S. et al., 2000; Kumano-Go T. et al., 2003]. Это обусловлено тем, что данная патология широко распространена, влияет на качество жизни пациентов и по ряду исследований повышает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность [Белов А.М., 2002; Ross S. et al., 2000].

В настоящее время технологические возможности с использованием полисомнографии (ПСГ) позволяют верифицировать симптомокомплекс патологических ночных остановок дыхания, названный синдромом обструктивного гипопноэ-апноэ сна (СОАГС) [Вейн А.М., 2002; Ross S. et al., 2000].

СОАГС широко распространенная патология среди населения. По данным различных исследований частота распространенности СОАГС составляет от 2% среди женщин до 4% среди мужчин трудоспособного возраста [Белов А.М., 2002; Воронин И.М., 2003; Phillips B., 2005]. Этот симптомокомплекс достигает своего максимального распространения среди лиц с избыточной массой тела и ожирением, у мужчин и пожилых людей.

Депривация жизненно важных стадий сна и ночная гипоксемия существенно влияют на все составляющие качества жизни пациентов с СОАГС, изменяя физический и психосоциальный статус пациентов. Сочетание СОАГС с соматическими заболеваниями оказывает существенно отрицательное влияние на качество жизни

пациентов и диктует необходимость применения специальных лечебных программ, направленных на коррекцию обструктивных нарушений дыхания у этой категории больных.

Одним из наиболее важных направлений медицины сна является диагностика и коррекция дыхательных расстройств во время сна у пациентов с разнообразными патологиями: гипертонической болезнью (ГБ), бронхиальной астмой (БА), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), ожирением и метаболическим синдромом [Воронин И.М., 2003; Бабак С.Л., 2006; Phillips, В., 2005; Kumano-Go T. et al., 2003].

Систематизированная информация об особенностях КЖ, психологических проявлениях тревоги и депрессии у больных с широко распространенным СОАГС в сочетании с наиболее распространенными соматическими заболеваниями отсутствует. До настоящего времени не определены особенности реагирования пациентов на СОАГС, не установлено, какие происходят изменения в формировании внутренней картины болезни под влиянием СОАГС у лиц с наиболее часто встречающейся в терапевтической практике соматической патологией. Таким образом, актуальным является проведение исследования, посвященного изучению особенностей КЖ пациентов с избыточной массой тела в зависимости от наличия у них СОАГС различной степени тяжести или его отсутствия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить особенности КЖ и типы психологического реагирования на заболевание у пациентов с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от наличия синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна и соматической патологии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить количественные изменения параметров КЖ, возникающие под влиянием СОАГС у пациентов на фоне избыточной массы тела и ожирения.
2. Определить влияние СОАГС различной степени тяжести на КЖ пациентов и установить особенности изменений физического и психосоциального статуса.

3. Изучить психологические проявления тревоги и депрессии и типы психологического реагирования на заболевание у пациентов с различной тяжестью СОАГС.
4. Оценить влияние БА, ХОБЛ, ГБ на КЖ пациентов на фоне избыточной массы тела и СОАГС и определить особенности изменений показателей физического и психосоциального статуса.
5. Установить влияние отдельных нозологических форм (БА, ХОБЛ и ГБ) на психологические проявления тревоги и депрессии и типы реагирования на заболевание у пациентов с СОАГС на фоне избыточной массы тела и ожирения.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА:

Впервые в работе:

- проведено комплексное исследование КЖ и выявлены типы психологического реагирования под влиянием СОАГС у больных с избыточной массой тела и ожирением;
- определены количественные изменения параметров КЖ у пациентов с СОАГС на фоне избыточной массы тела и соматической патологии;
- показано, что увеличение тяжести СОАГС приводит к снижению КЖ пациентов и формированию патологических психологических типов реагирования на заболевание;
- выявлено увеличение психологических проявлений тревоги и депрессии у пациентов с тяжелыми формами СОАГС;
- определено влияние различных соматических заболеваний (БА, ХОБЛ, ГБ) на психологические проявления тревоги и депрессии у пациентов с СОАГС и выявлены особенности психологических проявлений тревоги и депрессии у этих больных.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

В работе установлено, что СОАГС достоверно ухудшает качество жизни пациентов и формирует патологические психологические типы реагирования на заболевание. В результате исследований выявлено, что сочетание СОАГС с отдельными нозологическими формами (БА, ХОБЛ, ГБ) оказывает существенное сумми-

рующее влияние на снижение КЖ пациентов и увеличивает в этих группах психологические проявления тревоги и депрессии. Это обосновывает проведение скрининга по выявлению СОАГС у больных с избыточной массой тела, ожирением и наличием таких нозологических форм, как БА, ХОБЛ и ГБ и при наличии показаний проведения полисомнографии.

В лечении больных с СОАГС наряду с базисной терапией, направленной на поддержание постоянства просвета дыхательных путей во время сна, целесообразно использование психотерапевтических подходов для коррекции патологических психологических типов реагирования на заболевание и повышения мотивации на длительную базисную терапию.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. СОАГС оказывает достоверное влияние на физические и психосоциальные показатели качества жизни пациентов;
2. У больных с избыточной массой тела и соматической патологией (БА, ХОБЛ, ГБ) под влиянием различной степени тяжести СОАГС существенно снижается КЖ и вырабатываются патологические психологические типы реагирования.
3. Отдельные нозологические формы в сочетании с СОАГС формируют различные изменения показателей физического и психосоциального статуса у больных с избыточной массой тела и ожирением.
4. Сочетание СОАГС, независимо от его тяжести, с отдельными нозологическими формами (БА, ХОБЛ, ГБ) достоверно приводит к увеличению клинически выраженных психологических проявлений тревоги и депрессии. СОАГС без соматической патологии только при тяжелом течении приводит к клинически выраженным психологическим проявлениям тревоги и депрессии.

ВНЕДРЕНИЕ

Результаты исследования по изучению КЖ и типов психологического реагирования на заболевание у пациентов с избыточной массой тела и различной соматической патологией внедрены в практическую работу клиники медицинского объединения «Новая

больница», МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга и в учебный процесс кафедры туберкулеза с курсом пульмонологии ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава».

АПРОБАЦИЯ МАТЕРИАЛОВ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы диссертации доложены и обсуждены: на заседании проблемной комиссии по внутренним болезням ГОУ ВПО «УГМА» (Екатеринбург, 2007); на 16-м Национальном конгрессе по заболеваниям органов дыхания (Санкт Петербург 2006 г.); на научно-практических конференциях, посвященных актуальным проблемам пульмонологии (Екатеринбург, 2006, 2007 гг), на совместной с ФГУ НИИ пульмонологии Росздрава научно-практической конференции «ХОБЛ-мультисистемное заболевание» (Екатеринбург, 2007 г.).

ПУБЛИКАЦИИ

По материалам диссертации опубликовано 5 работ в отечественной печати, из них, входящих в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК России на соискание ученой степени кандидата наук, – 3.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертация изложена на 118 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 172 источника, в том числе 78 отечественных и 94 зарубежных. Работа иллюстрирована 36 таблицами, 1 схемой и 1 диаграммой.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью установления особенностей КЖ и типов психологического реагирования на заболевание у пациентов с избыточной массой тела и ожирением проведено обследование, состоящее из прескринингового и скринингового этапов.

В прескрининговый этап включено 446 пациентов, обследованных в ГКБ № 33 и МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга с подозрением на СОАГС. У обследованных больных имелись БА, ХОБЛ, ГБ, избыточная масса тела или ожирение и подозрение на СОАГС. Скрининговый этап включал обследование больных, верификацию соматической патологии (БА, ХОБЛ или ГБ), исключение из исследования пациентов с сочетанной патологией и проведение ПСГ. Критериями включения являлись:

- избыточная масса тела ($\text{ИМТ} > 25 \text{ кг/м}^2$);
- диагнозы БА, ХОБЛ, ГБ, установленные не менее чем за 12 месяцев до исследования;
- возраст больных от 18 до 70 лет;
- соответствие пациентов правилам скринингового отбора на ПСГ исследование;
- отсутствие тяжелой сопутствующей патологии.

По результатам скрининга в работу включено 112 пациентов (74 мужчины и 38 женщин), средний возраст - $52,3 \pm 7,4$ года.

В таблице 1 представлена общая характеристика пациентов, включенных в исследование.

Общая характеристика пациентов, включенных в исследование,
M±G

| Группа больных | Число пациентов | Пол | | Возраст, M±G | ИМТ кг/м ² |
|----------------|-----------------|-----|----|--------------|-----------------------|
| | | М | Ж | | |
| БА | 31 | 18 | 13 | 50,3±9,5 | 32,4±5,4 |
| ХОБЛ | 25 | 20 | 5 | 59,1±6,6 | 33,1±5,1 |
| ГБ | 22 | 13 | 9 | 50,7±4,6 | 31,1±2,2 |
| К* | 34 | 23 | 11 | 50,4±3,5 | 32,0±3,4 |
| Итого | 112 | 74 | 38 | 52,3±7,4 | 32,1±4,0 |

К* - контрольная группа

Диагноз СОАГС выставлен на основании индекса апноэ/гипопноэ сна. В исследовании учитывались уровень насыщения крови кислородом (SatO₂) и степень деструктурированности ночного сна. ПСГ проводилась в полисомнографической лаборатории АНО «Институт мозга» (научный руководитель – д.м.н. проф. А.А. Белкин) на базе МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Использована полисомнографическая система Sleep Screen фирмы «Erich Jaeger».

Таблица 2

Распределение, включенных в исследование пациентов в зависимости от индекса апноэ/гипопноэ сна (n=112, M±G)

| ИАГ* | Группа пациентов | n | % | М | Ж | Возраст | ИМТ |
|-------------|--|----|------|----|----|----------|----------|
| < 5 | Нет нарушений дыхания | 45 | 40,1 | 32 | 13 | 50,1±8,7 | 32,1±5,1 |
| > 5 до < 10 | Обструктивное нарушение дыхания, не достигающее легкой формы СОАГС | 16 | 14,2 | 10 | 6 | 56,3±7,2 | 33,7±4,7 |

| | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----|------|----|----|----------|----------|
| > 10 до < 20 | СОАГС, легкая форма | 20 | 17,8 | 13 | 7 | 52,1±8,1 | 34,5±2,1 |
| > 20 до < 40 | СОАГС, уме- ренная форма | 12 | 10,7 | 7 | 5 | 50,6±4,7 | 30,1±2,9 |
| > 40 | СОАГС, тяже- лая форма | 19 | 16,9 | 12 | 7 | 50,2±6,2 | 34,7±3,5 |
| | | 112 | | 74 | 38 | 52,3±7,4 | 32,1±4,2 |

*- индекс апноэ - гипопноэ сна (ИАГ).

КЖ пациентов определялось с помощью опросника SF-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey). Опросник заполнялся респондентами самостоятельно. Расчет критериев КЖ производился методом суммирования рейтингов Ликерта на основе перекодированных сырых баллов, выраженных в процентах. Опросник SF-36 позволяет рассчитывать КЖ респондента по девяти критериям (8 основных и 1 – дополнительный по шкале от 0 до 100 баллов).

Критериями качества жизни согласно опроснику являются следующие:

1. Физическая активность (ФА).
2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ).
3. Боль телесная (БТ).
4. Общее восприятие здоровья (ОЗ).
5. Жизнеспособность (ЖС).
6. Социальная активность (СА).
7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ).
8. Психическое здоровье (ПЗ).
9. Сравнение самочувствия с самочувствием в предыдущем году (СС).

Для выявления психологических проявлений тревоги и депрессии, типов психологического реагирования на заболевание использовались две методики:

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
- личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) относится к субъективным шкалам и предназначена для скринингового выяв-

ления психологических проявлений тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара и амбулаторных больных.

При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области значений:

- 0 – 7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);
- 8 – 10 – «субклинически выраженная тревога/ депрессия»;
- 11 и выше – «клинически выраженная тревога/ депрессия».

С помощью опросника ЛОБИ диагностировались следующие типы отношений к заболеванию:

- 1). Гармоничный (Гр) – трезвая оценка своего состояния;
- 2). Тревожный (Тр) – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни;
- 3). Ипохондрический (Ип) – сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях;
- 4). Меланхолический (Мн) – удрученностью болезнью, неверие в выздоровление;
- 5). Апатический (Ап) – полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни;
- 6). Неврастенический (Нв) – поведение по типу «раздражительной слабости»;
- 7). Обсессивно-фобический (Об) – тревожная мнительность, прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных;
- 8). Сенситивный (Сн) – чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни;
- 9). Эгоцентрический (Эг) – «уход в болезнь», выставление напоказ своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть вниманием окружающих;
- 10). Эйфорический (Эй) – необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное;
- 11). Анозогнозический (Ан) – активное отбрасывание мыслей о болезни, ее возможных последствиях;
- 12). Эргопатический (Эр) – «уход от болезни в работу»;
- 13). Паранойяльный (Пн) – уверенность, что болезнь – это результат злого умысла.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью прикладных программ «Excel 7.0» версии «Microsoft Office 2000 SR-1 Professional». Статистическая обработка результатов проведена при помощи пакета прикладных программ «Statistics for Windows, Release 4.3. StatSoft, Inc.». Достоверность различий средних значений между двумя выборками определяли по t - критерию Стьюдента, различия считали достоверными для $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Сравнительная оценка параметров качества жизни, психологических проявлений тревоги и депрессии, типов психологического реагирования на заболевания у больных с соматической патологией и у больных с сочетанием соматической патологии с СОАГС

Для определения влияния СОАГС на КЖ и типы психологического реагирования на заболевание после проведенного общеклинического обследования и ПСГ в исследование включено 112 пациентов. Все пациенты имели избыточную массу тела и в зависимости от результатов ПСГ выделено две группы пациентов: группа больных с СОАГС (51 человек) и без СОАГС (61 человек). Для оценки влияния СОАГС сравнивались группы пациентов, имеющих любую тяжесть синдрома и пациенты по индексу апноэ-гипопноэ, не достигающие критериев синдрома СОАГС.

При сравнении двух групп, в группе пациентов с СОАГС достоверно выше показатели: индекс апноэ-гипопноэ сна, который составил $36,2 \pm 25,15$ ($p < 0,001$); индекс реакций активаций $35,63 \pm 24,02$ ($p < 0,001$); индекс десатураций $39,49 \pm 27,17$ ($p < 0,001$). В группе больных с СОАГС достоверно ниже исходный уровень сатурации, средний уровень сатурации и максимальное снижение сатурации. ИМТ в двух группах не различался.

Группа больных с СОАГС была разделена на 3 подгруппы: больные с легкой, умеренной и тяжелой формой в зависимости от ИАГ, выявленного при ПСГ. У больных изучались параметры, отражающие физический и психосоциальный статус (качество жизни) и типы психологического реагирования на заболевание.

Сравнительная характеристика критериев КЖ у пациентов с СОАГС и без СОАГС отражена в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика критериев качества жизни (по данным опросника MOS SF36) у пациентов с СОАГС и без СОАГС в %, $M \pm G$

| Показатель | Больные с СОАГС все формы (n=51) | Больные без СОАГС (n=61) | p |
|------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------|
| ФА | 48,6±24,8 | 71,0±26,7 | <0,001 |
| РФ | 20,1±27,4 | 55,3±42,1 | <0,001 |
| БТ | 42,1±23,4 | 48,3±23,9 | <0,05 |
| ОЗ | 35,8±17,8 | 51,7±18,0 | <0,001 |
| ЖС | 34,0±18,5 | 51,4±23,7 | <0,001 |
| СА | 43,4±25,3 | 65,6±25,5 | <0,001 |
| РЭ | 40,5±37,3 | 68,3±38,7 | <0,001 |
| ПЗ | 48,7±16,3 | 58,7±18,4 | <0,01 |
| СС | 35,3±20,1 | 40,9±17,8 | |

В группе больных с СОАГС объем физической нагрузки, не ограниченный состоянием здоровья, который они могут выполнять составляет только 48,6% от максимального объема, т.е. больные с СОАГС могут выполнять менее чем половину максимальной физической нагрузки.

Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности у больных с СОАГС составила 20,1% от минимального уровня, т.е. СОАГС почти на 80% ограничивает повседневную жизнедеятельность больных, обусловленную физическими проблемами.

У больных с СОАГС увеличен объем субъективных болевых ощущений. Общее состояние здоровья у больных в группе с СОАГС по их самооценке составляет 35,8%, т.е. почти на 65% ниже уровня идеального состояния. В группе больных без СОАС показатель составляет 51,7%.

Жизнеспособность (жизненный тонус) у больных с СОАГС составил 34% от максимального уровня 100% (когда люди ощу-

щают себя бодрыми и полными сил), т.е. жизненный тонус составил только чуть больше трети от максимально возможного уровня.

Показатель социальной активности больных с СОАГС составил 43,3%, т.е. объем социальных связей составил ограничение у больных с СОАГС почти на 67% от максимально возможного уровня.

Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности составило у больных с СОАГС 40,5% от минимального уровня, т.е. эмоциональные проблемы почти на 60% ограничивают повседневную жизнедеятельности больных с СОАГС.

По самооценке больных с СОАГС показатель их психического здоровья составил 48,7% от максимально возможного уровня, т.е. состояние их ментальной сферы примерно на 62% ниже идеального состояния.

Установлено, что по мере увеличения тяжести СОАГС достоверно снижается объем повседневных физических нагрузок, которые способны выполнить пациенты. С нарастанием тяжести СОАГС растет ограничение повседневной деятельности, связанное с физическим здоровьем. У больных с легкой, умеренной и тяжелой формой СОАГС на 15,0, 20,6 и 31,3%, соответственно падает физическая активность.

У пациентов с умеренной и тяжелой формами СОАГС достоверно нарастает роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности.

Закономерных достоверных изменений объема субъективных болевых ощущений, испытываемых пациентами, определить не удалось. Интенсивность болевых ощущений не нарастала пропорционально тяжести СОАГС. Достоверно более выраженные болевые ощущения отмечались только у пациентов с умеренно выраженной формой СОАГС.

В группе больных с СОАГС отмечается снижение общего восприятия здоровья соответственно на 19,5, 18,7 и 10,4% по мере нарастания тяжести синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

Только у пациентов с умеренной и тяжелой формами СОАГС снижается социальная активность соответственно на 26,1 и 29,3% и увеличивается роль эмоциональных проблем, в ограничении жизнедеятельности соответственно на 29,7 и 31,6%, нарастает беспокойство и тревога.

Показатель психического здоровья нарушается в равной мере не зависимо от формы тяжести СОАГС и изменяется достоверно ($p < 0,05$).

Помимо снижения физической активности и нарушений в психосоциальном статусе у больных страдающих синдромом апноэ-гипопноэ сна установлено снижение социальной активности, уменьшается объем социальных связей респондентов по мере утяжеления вариантов СОАГС.

У больных с легкой и тяжелой формами СОАГС достоверно изменяется жизненный тонус и психологические проявления тревоги. При умеренной форме тяжести СОАГС определены только тенденции в данных нарушениях психологического статуса.

При тяжелой форме СОАГС достоверно больше пациентов с клинически выраженными психологическими проявлениями тревоги и депрессии и наоборот, достоверно меньше пациентов без психологических проявлений тревоги.

Сравнительная характеристика психологических проявлений тревоги и депрессии и типов психологического реагирования на заболевания дана в таблицах 4 и 5.

Таблица 4

Психологические проявления тревоги и депрессии (по данным HADS) у пациентов с СОАГС и без СОАГС в %, $M \pm G$

| Показатель | | СОАГС все формы (n=51) | без СО- АГС (n=61) | p |
|----------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------|
| Тревога | Норма | 29,5±0,46 | 59,0±0,50 | <0,01 |
| | Субклинически вы- раженная | 37,2±0,48 | 18,1±0,39 | <0,05 |
| | Клинически выра- женная | 33,3±0,47 | 22,9±0,42 | |
| Депрес- сия | Норма | 29,5±0,48 | 47,1±0,50 | |
| | Субклинически вы- раженная | 43,2±0,44 | 27,9±0,45 | <0,05 |
| | Клинически выра- женная | 27,3±0,48 | 25,0±0,43 | |

При анализе психологических проявлений тревоги и депрессии выявлены следующие особенности:

- в группе больных с СОАГС достоверно меньше пациентов, имеющих нормальные показатели уровня тревоги, чем в группе больных без СОАГС;
- достоверно больше пациентов, имеющих субклинически выраженную тревогу среди лиц с наличием СОАГС;
- достоверно больше пациентов, имеющих субклинически выраженную депрессию в группе лиц с наличием СОАГС;
- пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессией больше в группе больных с СОАГС, хотя при сравнении этих цифр достоверных различий выявить не удалось;
- пациентов без психологических проявлений депрессии меньше в группе больных с СОАГС, хотя достоверных статистических различий выявить не удалось.

Установлено, что с увеличением тяжести СОАГС отмечается тенденция к росту частоты патологических типов реагирования на заболевание. Доказано, что клинически выраженные психологические проявления тревоги и депрессии выявлены у больных только с тяжелым СОАГС, составляют $53,2 \pm 0,5$ и $53,0 \pm 0,5\%$ и достоверно отличаются от группы пациентов без СОАГС ($p < 0,05$).

Таблица 5

Сравнительная характеристика типов отношения к болезни (по опроснику ЛОБИ) у пациентов с СОАГС и без СОАГС, $M \pm G$

| Показатель | Больные с СОАГС, все формы (n=51) | Больные без СОАГС (n=61) | p |
|----------------|-----------------------------------|--------------------------|--------|
| Г _р | 0,00±0,0 | 0,15 ±0,36 | <0,01 |
| Т _р | 0,37±0,49 | 0,15±0,36 | <0,05 |
| И _п | 0,41±0,50 | 0,18±0,39 | <0,001 |
| М _л | 0,00±0,0 | 0,11±0,32 | |
| А _п | 0,20±0,40 | 0,10±0,30 | |
| Н _в | 0,65±0,48 | 0,21±0,41 | <0,001 |
| О _б | 0,08±0,27 | 0,05±0,22 | |

| | | | |
|----------------|-----------|-----------|--------|
| С _Н | 0,31±0,47 | 0,13±0,34 | <0,05 |
| Э _Г | 0,35±0,48 | 0,05±0,22 | <0,001 |
| Э _Й | 0,02±0,14 | 0,08±0,28 | |
| А _Н | 0,04±0,20 | 0±0,0 | |
| Э _Р | 0,08±0,27 | 0,15±0,36 | |
| П _Н | 0,29±0,46 | 0,08±0,28 | <0,01 |

С учетом преобладания в группе больных СОАГС тревожно-го, ипохондрического и неврастенического типов отношения к болезни и отсутствия гармоничного, анозогнозического и эргопатических типов имеет место психическая дезадаптация, обусловленная заболеванием. В данном случае речь идет о преимущественно интрапсихической направленности дезадаптации у больных с СОАГС. У больных с этими типами реагирования эмоциональная аффективная сфера проявляется в реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказом от борьбы – капитуляцией перед заболеванием. В меньшей степени, в связи с выявлением в группе больных с СОАГС сенситивного, эгоцентрического и паранойяльного типов реагирования, встречаются у пациентов типы реагирования с интерпсихической направленностью, что в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности пациентов.

2. Сравнительная характеристика качества жизни, психологических проявлений тревоги и депрессии, типов психологического реагирования на заболевание у больных с СОАГС в зависимости от различной соматической патологии.

При анализе влияния соматической патологии на КЖ, психологические проявления тревоги и депрессии и типы психологического реагирования на заболевание сравнивались пациенты, имеющие СОАГС и наиболее распространенные заболевания в терапевтической практике (БА, ХОБЛ и ГБ) с группой больных страдающих СОАГС без указанной терапевтической патологии.

В нашем исследовании установлены особенности КЖ, психологических проявлений тревоги и депрессии и типов психологического реагирования на заболевание у больных с СОАГС в зависимости от различной соматической патологии (ХОБЛ, БА, ГБ).

Сравнительная характеристика показателей КЖ, психологических проявлений тревоги и депрессии и типов психологического реагирования на заболевания у пациентов с СОАГС в сочетании с соматической патологией в сравнении с группой больных с изолированным СОАГС представлена в таблицах 6-8.

Таблица 6

Сравнительная характеристика качества жизни по данным опросника MOS SF-36 у пациентов с СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ и ГБ и с изолированным СОАГС (контрольная группа), в %, М±G

| Показатель | Больные с СОАГС в сочетании с БА (n=14) | Больные с СОАГС в сочетании с ХОБЛ (n=12) | Больные с СОАГС в сочетании с ГБ (n=10) | Контрольная группа (n=15) |
|------------|---|---|---|---------------------------|
| ФА | 42,9±5,8** | 33,7±6,1*** | 58,0±7,8 | 69,0±6,2 |
| РФ | 12,5±5,7* | 10,2±2,8*** | 42,5±11,2 | 38,3±9,4 |
| БТ | 39,7±5,9 | 48,2±9,8 | 31,4±7,9* | 50,8±5,8 |
| ОЗ | 44,3±2,0 | 42,2±8,5 | 40,7±8,3 | 38,1±4,5 |
| ЖС | 29,6±4,9* | 25,8±6,8** | 44,5±6,3 | 45,7±5,9 |
| СА | 44,6±8,3 | 35,4±3,4* | 51,2±9,0 | 49,2±7,2 |
| РЭ | 28,6±10,5* | 16,6±7,1*** | 31,0±9,9* | 60,0±9,3 |
| ПЗ | 48,6±3,7 | 44,0±6,1 | 43,2±6,1* | 54,7±4,9 |
| СС | 41,1±4,9 | 33,3±4,1 | 29,5±6,3 | 35,0±5,9 |

Здесь и в табл. 7 и 8 *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001.

Таблица 7

Сравнительная характеристика психологических проявлений тревоги и депрессии (по HADS) у пациентов с СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ и ГБ и больными с изолированным СОАГС (контрольная группа) в %, М±G

| Показатель HADS | Контрольная группа | Больные с СОАГС в сочетании с БА | Больные с СОАГС в сочетании с ХОБЛ | Больные с СОАГС в сочетании с ГБ |
|-----------------|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | | | | |

| | | (n=15) | (n=14) | (n=12) | (n=10) |
|-----------|------------------------|----------|------------|------------|------------|
| Тревога | норма | 46,7±0,1 | 10,0±0,1 | 25,0±0,1 | 40,0±0,16 |
| | субклинически выражена | 46,7±0,1 | 47,2±0,1 | 16,7±0,1 | 20,0±0,13 |
| | клинически выражена | 13,7±0,1 | 42,8±0,1* | 58,3±0,1** | 40,0±0,16* |
| Депрессия | норма | 53,3±0,1 | 14,3±0,1* | 13,3±0,1** | 50,0±0,17 |
| | субклинически выражена | 33,3±0,1 | 28,6±0,1 | 20,0±0,1 | 12,3±0,13 |
| | клинически выражена | 13,3±0,1 | 57,1±0,1** | 66,7±0,1** | 37,7±0,17* |

Сравнение показателей психологических появлений тревоги и депрессии по HADS выявило, что сочетание СОАГС с отдельными нозологическими формами достоверно приводит к увеличению клинически выраженных психологических проявлений тревоги и депрессии. Нами установлено, что при сочетании СОАГС с ХОБЛ и БА частота регистрации психологических проявлений депрессии достоверно выше по сравнению с изолированным СОАГС ($p < 0,05$). Среди больных с СОАГС в сочетании с ГБ в 3,5 раза реже регистрируются больные с психологическими проявлениями депрессии по сравнению с больными с СОАГС в сочетании с ХОБЛ и БА.

Таблица 8

Сравнительная характеристика типов психологического реагирования на заболевание (по ЛОБИ) у пациентов с СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ и ГБ и больными с изолированным СОАГС (контрольная группа), $M \pm G$

| Показатель опросника ЛОБИ | Контрольная группа (n=15) | Больные с СОАГС в сочетании с БА | Больные с СОАГС в сочетании с ХОБЛ | Больные с СОАГС в сочетании с ГБ |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | | | | |

| | | (n=14) | (n=12) | (n=10) |
|----------------|-----------|------------|------------|------------|
| Г _Р | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Т _Р | 0,07±0,07 | 0,57±0,14* | 0,61±0,08* | 0,50±0,16* |
| И _П | 0,40±0,13 | 0,29±0,13 | 0,5±0,11 | 0,40±0,16 |
| М _Л | 0 | 0 | 0 | 0 |
| А _П | 0,27±0,19 | 0,14±0,10 | 0,33±0,17 | 0,20±0,11 |
| Н _В | 0,47±0,13 | 0,64±0,13 | 0,5±0,14 | 0,60±0,16 |
| О _Б | 0 | 0,29±0,13* | 0 | 0 |
| С _Н | 0,13±0,11 | 0,57±0,14* | 0,17±0,08 | 0,40±0,16* |
| Э _Г | 0,40±0,13 | 0,43±0,14 | 0,67±0,07* | 0** |
| Э _П | 0,07±0,07 | 0 | 0 | 0 |
| А _Н | 0 | 0 | 0 | 0,20±0,13 |
| Э _Р | 0,13±0,09 | 0,07±0,07 | 0 | 0 |
| П _Н | 0,27±0,11 | 0,57±0,14* | 0 | 0,20±0,13 |

Наибольшие нарушения КЖ, по сравнению с больными СО-АГС без соматической патологии, установлены у пациентов, страдающих ХОБЛ. Физическая активность у этой группы больных ниже почти на 10,0% по сравнению с больными БА и на более, чем на 24,0% по сравнению с больными ГБ.

Физические проблемы у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (БА и ХОБЛ) почти в 4 раза в больше ограничивают жизнедеятельность по сравнению с больными ГБ и достоверно отличаются по сравнению с больными СОАГС без соматической патологии (соответственно, $p < 0,05$ и $p < 0,001$). Только у больных с ХОБЛ выявлено существенное снижение социальной активности по сравнению с пациентами без соматической патологии ($p < 0,05$). ГБ в минимальной степени оказывает влияние на физический статус и, кроме влияния на субъективные болевые ощущения физический статус не отличается в этой группе от больных без соматической патологии. Выявлены лишь достоверные различия по сравнению с больными с СОАГС без ГБ, в объеме болевых ощущений ($p < 0,05$). Можно утверждать, что под влиянием ГБ изменяется, прежде всего, психический статус пациентов, достоверно снижены показатели психического здоровья (ментальной сферы) ($p < 0,05$), повышена роль эмоциональных факторов в ограничении жизнедеятельности ($p < 0,05$).

Клинически выраженные психологические проявления тревоги и депрессии у больных СОАГС достоверно выявляются при всех

нозологических формах (ХОБЛ, БА, ГБ). Определено, что сочетание СОАГС с отдельными нозологическими формами (БА, ХОБЛ, ГБ) достоверно приводит к увеличению клинически выраженных психологических проявлений тревоги и депрессии и формирует патологический тревожный тип психологического реагирования на заболевание. Достоверно чаще у пациентов с ХОБЛ, БА и ГБ, в сравнении с группой больных СОАГС без соматической патологии, встречается тревожный тип психологического реагирования на заболевание ($p < 0,05$).

Наибольшее количество пациентов с психологическими проявлениями тревоги и депрессии установлено при ХОБЛ ($p < 0,05$), затем в порядке убывания идут пациенты с БА и ГБ. Именно в группах больных с ХОБЛ и БА существенно больше пациентов со значимыми психологическими проявлениями депрессии ($p < 0,05$).

Достоверно чаще у пациентов с сочетанием СОАГС и исследуемых нозологических форм выявляется тревожный тип реагирования. Эмоционально аффективная сфера у пациентов с тревожным типом реагирования на заболевание характеризуется интрапсихической направленностью с элементами дезадаптивного поведения – подавленном, угнетенном, тревожном состоянии, «уходом в болезнь», беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения заболевания.

При всех нозологических формах (ХОБЛ, БА, ГБ) выявлены значительные отличия по встречаемости других патологических типов реагирования (сенситивного, эгоцентрического, паранойяльного, обсессивного) ($p < 0,05$), однако выявить закономерности их связи с заболеваниями не удалось, тем более что эти типы реагирования в наибольшей степени зависят от преморбидных особенностей личности пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Основные количественные изменения параметров КЖ у пациентов СОАГС на фоне избыточной массы тела и ожирения заключаются в достоверном снижении физической активности, психического здоровья и социальной активности и составляют 48,6, 48,7 и 43,4% соответственно от максимально возможных показателей.

2. При нарастании тяжести СОАГС прямо пропорционально и достоверно уменьшается только физическая активность и общее восприятие здоровья. При умеренной и тяжелой формах СОАГС достоверно снижается социальная активность соответственно на 26,1 и 29,3% и увеличивается роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности соответственно на 29,7 и 31,6%. Показатель психического здоровья изменяется, независимо от формы тяжести СОАГС ($p < 0,05$).
3. С увеличением тяжести СОАГС отмечается тенденция к росту частоты патологических типов реагирования на заболевание. Доказано, что клинически выраженные психологические проявления тревоги и депрессии выявлены у больных с тяжелым СОАГС.
4. Установлено, что при сочетании СОАГС с БА и ХОБЛ достоверно снижается физический статус по сравнению с изолированным СОАГС (соответственно, $p < 0,05$ и $p < 0,001$). При СОАГС ограничение жизнедеятельности, связанное с физическими проблемами, у больных с БА и ХОБЛ почти в 4 раза больше по сравнению с ГБ. Только у больных с ХОБЛ выявлено существенное снижение социальной активности по сравнению с пациентами без соматической патологии ($p < 0,05$). При СОАГС гипертоническая болезнь достоверно влияет на показатель психического здоровья ($p < 0,05$).
5. Определено, что сочетание СОАГС с отдельными нозологическими формами (БА, ХОБЛ, ГБ) достоверно приводит к увеличению клинически выраженных психологических проявлений тревоги и депрессии и формирует патологический тревожный тип психологического реагирования на заболевание. При сочетании СОАГС с ХОБЛ и БА частота регистрации психологических проявлений депрессии достоверно выше по сравнению с изолированным СОАГС ($p < 0,05$) и более, чем 3,5 раза чаще по сравнению с СОАГС и ГБ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным с избыточной массой тела и ожирением, страдающих ХОБЛ, БА, ГБ рекомендуется проведение скринингового обследования по выявлению СОАГС для решения вопроса о полисомнографическом исследовании.
2. У больных с избыточной массой тела и страдающих ХОБЛ, БА и ГБ целесообразно применение психотерапевтических подходов для коррекции патологических психологических типов реагирования на заболевание и повышения мотивации на длительную базисную терапию.
3. В зависимости от сочетания СОАГС и соматической патологии необходим дифференцированный подход к лечению каждой из взаимноотягощающих нозологических форм.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИСЕРТАЦИИ

1. Медведский Е.А. О психологических особенностях больных бронхиальной астмой во время базисной терапии и занятий в астма-школе [Текст] / И.В. Лещенко, Е.И. Кузнецова, Медведский Е.А. // Тер. архив. - 1999. - № 3. - С.19 - 22.
2. Медведский Е.А. Динамика психологического состояния больных бронхиальной астмой в период вторичной профилактики [Текст] / Е.А.Медведский, Е.И. Кузнецова, И.В. Лещенко // Пульмонология 2000 - № 4 – С.53-58.
3. Медведский Е.А. Качество жизни и психологические проявления тревоги и депрессии у больных хронической обструктивной болезнью легких и гипертонической болезнью в сочетании с синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна [Текст]: тез. докл. /Е.А.Медведский, И.В. Лещенко, Е.В. Алексеева // Пульмонология 2005; сборник тезисов: 171.
4. Медведский Е.А. Влияние синдрома апноэ сна на качество жизни и типы психологического реагирования на заболевание у пациентов с различной соматической патологией [Текст]: тез. докл. / Е.А.Медведский, И.В. Лещенко // XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. II Конгресс Евроазиатского Респираторного общества. Сборник трудов Кон-

- гресса/ Под ред. А.Г. Чучалина, В.И. Трофимова, В.Н. Марченко. Санкт Петербург 2006: 103.
5. Медведский Е.А. Качество жизни у больных с соматической патологией и синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна [Текст]/Е.А. Медведский, Е.В. Алексеева // Уральский медицинский журнал. – 2007. - № 8. – С.46 – 49.