

## ЗАЛЕЖНІСТЬ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ВІД ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ

*Скрипник І.М., Гонко О.Ф., Приходько Н.П., Криворучко ІТ.*

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична*

**Вступ.** Ретроспективний аналіз поширеності і важкості перебігу і бронхіальної астми (БА) в Україні та в усьому світі свідчить про те, що дана, патологія є одним з найбільш важких алергійних захворювань. Дана патологія і залишається актуальною медико-соціальною проблемою. За даними і епідеміологічних досліджень її поширеність у світі серед дорослих становить від 1 до 18 %, а серед дитячого населення - під 5 до 10 %. Згідно з показниками офіційної статистики МОЗ України за 2010 рік поширеність БА серед дорослого населення дорівнює 500 хворих н 100 тис. населення. Це свідчить, Верш за все, про проблему гіподіагностики цього захворювання в нашій країні [1,2,3].

Прогресування розповсюдженості БА обумовлено не тільки поліпшенням якості діагностики, появою сучасних діагностичних систем, значним погіршенням екологічної обстановки, але і тим, що за останні десятиріччя в житті людей, відзначаються виражені зміни соціальної структури суспільства, зниження рівня життя, збільшення потоку інформації [4].

У результаті подібних змін різко зросла роль різноманітних психоемоційних, і психосоціальних факторів в етіології і патогенезі БА. Це дозволило віднести БА до групи психосоматичних захворювань («хвороб адаптації») постійно зростаюча поширеність яких вимагає розробки ефективних методів їхньої профілактики, можливої тільки при максимально ранній їх діагностиці [5].

**Мета дослідження** - провести комплексне психологічне обстеження хворих на БА з визначенням психоемоційних факторів, що сприяють прогресуванню захворювання та зниженню контрольованості захворювання.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами вивчався психоемоційний стан 45 пацієнтів, які знаходились ш лікуванні в алергологічному відділенні. Попередньо хворих попереджали про вивчення їхнього психоемоційного стану, яке проводилось після отримання добровільної згоди. В залежності від ступеня тяжкості БА хворі були розподілені на 3 групи: I група (n=14) - з легкою БА, II група (n=21) - середньої тяжкості, III група (n=10) - тяжка БА. Ступінь тяжкості БА визначали за опитувальником для хворих на БА «Опитувальник з контролю над астмою (АСQ)», який включав 5 питань щодо симптомів БА [6] Та згідно наказу МОЗ України №128 від 19 березня 2007 р. [7]

Обстежено 15 практично здорових осіб, розподіл яких за віком та статтю не відрізнявся від групи хворих.

Ступінь психосоматичних порушень організму хворих на БА оцінювали на підставі аналізу результатів анкетування за допомогою шкали реактивної та особистісної тривожності (Спілберга-Хайіна), тестів

стресостійкості та нервово-психічної адаптації до стресорних впливів [8]. Заповнення анкет усіма респондентами проводилось в комфортних умовах. Якість життя (ЯЖ) відображає ступінь комфортності людини як «усередині себе», так і в межах суспільства й характеризує не експресивність індукованих хворобою розладів, а суб'єктивну переносимість недуги. ЯЖ особливо страждає у випадку хронічної патології, яка вимагає тривалої терапії та істотно змінює спосіб життя. Фіналом більшості хронічних захворювань, зокрема й БА, стає не лише кінцева точка — «смерть», а й обмеження функціональних можливостей. Цей факт потребує як виміру вираженості патологічного процесу, так і оцінки стану біосоціальної адаптації хворих. Дослідження ЯЖ з використанням стандартизованих інструментів дає змогу оцінити рівень адаптивних можливостей особи, глибше зрозуміти природу захворювання, мінімізувати інформаційний дефіцит за допомогою самогі хворого [9]. Нами використовувався опитувальник «Якість життя хворих на бронхіальну астму» (AQLQ), який містить 32 питання, згрупованих в 4 розділу (симптоми астми, активність, навколишнє середовище, емоції), володіє високою чутливістю і може застосовуватися для оцінки ЯЖ при загостренні захворювання, а також контролю ефективності проведеного лікування. Відповіді на питання оцінюються в балах за шкалою Ликерта від 1 (максимальне негативний вплив симптомів БА на ЯЖ) до 7 (відсутність негативного впливу БА на ЯЖ пацієнта). Найменшим клінічно значущою зміною є 0,5 бала [4].

Показники тривожності як прояву реакції на стресову ситуацію оцінювали за допомогою модифікованого колірною тесту Люшера (КТЛ). Результати тестування заносили в ПЕОМ і обчислювали кількісні показники КТЛ: фактор тривожності, показник вегетативного тону [8].

Для вивчення причинних факторів розвитку загострень БА нами була розроблена анкета, яка включала два блоки питань, що стосуються психоемоційного стану пацієнта та ступеня комплаєнсу між лікарем і хворим. Якщо переважають позитивні відповіді за рахунок перших 9 питань, загострення БА- розвивається за рахунок підвищеного рівня тривожності, якщо за рахунок останніх 6 питань, це свідчить про порушень комплаєнсу між) пацієнтом та лікарем.

Отримані результати обробляли з використанням персонального комп'ютера за допомогою електронних таблиць Excel пакета офісних програм Microsoft Office - 2000 (США).

### **Результати власних досліджень та їх обговорення.**

Психоемоційний стрес сприяє переходу із преморбідного, компенсованого стану до прихованої недостатності захисних систем організму [5]. У цьому процесі важлива роль належить генетичним факторам, що визначають індивідуальну стресостійкість. Психоемоційні порушення відіграють роль «пускового механізму», створюючи умови для формування функціональних і метаболічних змін в організмі пацієнта [10].

Аналіз досліджень, присвячених вивченню психодинамічних співвідношень за психосоматичної патології, довів, що такі індивідуальні

особливості як тривожність, функціональний стан нервової системи, екстраверсія-інтраверсія, імпульсивність, емоційність, пов'язаних з індивідуальними особливостями індивідууму, можуть бути одним із факторів, які визначають специфіку та силу психоемоційної напруги, і, в свою чергу, сприяють виникненню стресу, а в кінцевому варіанті – розвитку психосоматичної патології [11]. Аналіз результатів анкетування за тестом Спілбергера-Ханіна свідчить про зростання ситуативної та особистісної тривожності у хворих на БА (табл. 1;). Так, у респондентів III групи з високим ступенем тяжкості БА показник ситуативної тривожності перевищував відповідний у хворих I групи у 2,4 рази, II групи - 1,3 рази. У опитаних II групи] він був вищим у 1,75 рази, ніж у пацієнтів I групи. Подібна динаміка встановлена при дослідженні особистішої тривожності, що підтверджувалось вірогідним її зростанням і пацієнтів III групи у 2,7 рази та 1,29 рази порівняно з відповідними показниками у пацієнтів I та III груп.

*Таблиця 1*

**Показники рівня тривожності у хворих на БА, (M±m)**

Група	Тривожність	
	<i>ситуативна, бали</i>	<i>особистісна, бали</i>
I	21,4±3,8	18,4±4,7
II	37,5±4,0	38,4±2,7
III	51,4±2,8	49,7±3,1
P <sub>I-II</sub>	<0,01	<0,02
P <sub>I-III</sub>	<0,001	<0,002
P <sub>II-III</sub>	<0,02	<0,05

При вивченні стану нервово-психічної дезадаптації встановлено, що у хворих III групи цей показник наближався до максимальних показників (99,5±8,1 балів), що свідчило про низький ступінь адаптації даної групи пацієнтів до стресорних впливів. У хворих I групи досліджуваний показник був в межах норми.

У хворих групи сумарна кількість балів за тестом стресостійкості була вищою в 3 рази, порівняно з практично здоровими особами (57,8±4,1 балів (ДОГИ II ,4\*5,1 балів; p<0,001) та в 1,8 рази, ніж у респондентів I групи (32,7±4,балів p<0,01). Аналіз вивчення якості життя хворих на БА виявив, що пацієнти з високим ступенем психосоматичних порушень мають низьку якість життя, у хворих на БА з високим ступенем тяжкості захворювання вірогідно нижчі показники якості життя пацієнтів, що підтверджувалось вірогідним зменшенням індексу обмеження активності у 1,5 рази (p<0,01), виразності симптомів - у 1,6 рази (p<0,02), емоційного стану - у 2,1 рази (p<0,001) та впливу оточуючого середовища - у 3,1 рази (p<0,001). У відповідності до виявлених змін встановлено вірогідне зниження загального індексу якості життя у пацієнтів з тяжким перебігом БА у 1,8 рази (p<0,02).

У результаті проведених бесід було виявлено, що серед особистісних рис, які відзначалися до початку захворювання, найбільш часто відзначалася незвичайна чутливість, лякливність, тривожність, різноманітні страхи і фобії, схильність до немотивованих змін настрою, уразливість, зайва, не властива віку, вразливість.

Аналіз причинних факторів виявив, що у 24 (53,3%) пацієнтів загострення БА пов'язане із психоемоційним станом, у 7 (15,5%) хворих пов'язано із порушенням деонтологічних принципів діяльності лікарів. Найбільш часто пацієнти відзначають недоброчливе ставлення до хворих, грубість, тривалий період лікування.

Таким чином, факторами, що сприяють прогресуванню БА і визначають ступінь її важкості, є наявність психоемоційної дезадаптації, низький рівень знань і уявлень хворих про свою патологію зі схильністю до витиснення астми зі свідомості у 49,5% респондентів, психологічні характеристики особистості хворих з перевагою дезадаптивних, депресивних, песимістичних тенденцій підвищеної особистішої тривожності. Результати досліджень доводять доцільність визначення психосоматичних порушень у пацієнтів на БА, використовуючи інформативні тести-опитувальники, що дозволить визначити ступінь дезадаптації та розробити ефективні профілактичні заходи загострень БА.

#### Література:

- Гоц Т, Ю. Захворюваність населення України на бронхіальну астму і поширеність алергенних чинників повітря / ТЛО. Гоц // Довкілля та здоров'я. - 2004. - №3. - С. 8- 10.
- Фщенко, Ю. И. Бронхиальная астма - современные возможности диагностики и пути достижения контроля / Ю. И. Фщенко, Л. А. Яшина [Текст] // Здоров'я України. - 2010. - № 2. - С. 18-20.
- Ходош Э.М. Бронхиальная астма: новый диалог врача и больного /Э.М. Ходош. - Х.:Майдан, - 50с.; ил.
- Beasley R. The Global Burden of Asthma Report, Global initiative for Asthma (GINA). Available from <http://www.ginasthma.org>; 2009.
- Психосоматическая медицина: Руководства для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; под ред. акад. РАМИ П.И. Сидорова. —М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 568с.:ил.
- Сергеева Г. Р. Эффективность выявления бронхиальной астмы при использовании двух международных опросников / Г.Р. Сергеева// Тер. архив. - 2002.- Т.74, №3.- С. 12-14.
- " Наказ МОЗ України від 49:03.2007 р. № 128 «Про затвердження інструкцій надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [Текст] / Діагностика, клінічна класифікація, та лікування бронхіальної астми. - К., 2007. - С. 31-62.
- Карелин А.А. Психологические тесты / А.А. Карелин - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. Т. 1.- 312 с.

9. Ханова Ф. М. Качество жизни больных нестабильной бронхиальной астмой: влияние комбинированной терапии / Ф. М. Ханова, Н. И. Ильина, Н.Ю.Сенкевич // Пульмонология. - 2002. - №5. - С. 76-81.
10. Меерсон Ф.З. Общий механизм адаптации роль в нем стресс-реакции. Основные стадии процесса / Ф.З. Меерсон // Физиология адаптационных процессов. - М, 1986. - С. 77-123.
- Wolf M. Neurological dysfunction, psyche conflict and psychotherapy / M. Wolf //,Am. J. Psychother. - 2000. - Vol. 5. - N3. - P. 326-339.