

6. Клиническая кардиология: рук-во для врачей: практич. пособие / В. В. Горбачёв [и др.] / Под ред. В. В. Горбачёва. — Мн.: Книжный дом, 2007. — 864 с.
7. Доценко, Э. А. Отдаленные результаты применения гипербарической оксигенации у больных острым инфарктом миокарда / Э. А. Доценко, Д. П. Саливончик, В. И. Козыров // Кардиология. — 2007. — № 12. — С. 53–57.
8. Ефуни, С. Н. Руководство по гипербарической оксигенации / С. Н. Ефуни. — М.: Медицина, 1986. — 415 с.
9. Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (по материалам XVI, XVII, XVIII и XIX конгрессов Европейского общества кардиологов) / О.Б. Степура [и др.] // Кардиология. — 1998. — № 10. — С. 62–65.
10. Качество жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда, при длительной терапии атенололом / В. В. Калужин [и др.] // Клиническая медицина. — 2006. — Т. 84, № 1. — С. 50–53.
11. Коц, Я. И. Качество жизни у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я. И. Коц, Р. А. Либис // Кардиология. — 1993. — Т. 33, № 5. — С. 66–72.
12. Леонов, А. Н. Гипероксия. Адаптационно-метаболическая концепция саногенеза / А. Н. Леонов // Бюллетень гипербарической биологии и медицины. — 1994. — № 1. — С. 51–75.
13. Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В. А. Орлов, С. А. Гиляревский. — М., 1992. — 65 с.
14. Сазонтова, Т. Г. Адаптация организма к изменению уровня кислорода — к гипоксии и гипероксии: роль активных форм кислорода и редокс-сигнализации / Т. Г. Сазонтова // Вопросы гипербарической медицины. — 2006. — № 1. — С. 4–19.
15. Саливончик, Д. П. Качество жизни после лечения инфаркта миокарда методом гипербарической оксигенации / Д. П. Саливончик, Э. А. Доценко // Биохимия здорового образа жизни: сб. науч. ст. / Под ред. А. А. Чиркина [и др.]. — Витебск: УО «ВГУ им П. М. Машерова», 2005. — С. 152–157.
16. Саливончик, С. П. Исследование параметров качества жизни у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда при включении гипербарической оксигенации до и после аортокоронарного шунтирования / С. П. Саливончик, А. Л. Лопатина, Д. П. Саливончик // Проблемы здоровья и экологии. — 2008. — № 4(18). — С. 28–34.
17. Степура, О. Б. Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (по материалам XVI, XVII, XVIII и XIX конгрессов Европейского общества кардиологов) / О. Б. Степура, Л. С. Пак, Е. В. Акатова // Кардиология. — 1998. — № 10. — С. 62–65.
18. Сыркин, А. Л. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца — стабильной стенокардией напряжения / А. Л. Сыркин, Е. А. Печорина, С. В. Дриницына // Клини. мед. — 1998. — № 6. — С. 52–58.
19. Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br. Med. J. — 1993. — Vol. 306. — P. 1437–1440.
20. Predictors of quality of life after hospital admission for heart attack or angina / R. F. Heller [et al.] // Int. J. Cardiol. — 1997. — Vol. 59. — P. 161–166.
21. The Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Committee. Myocardial infarction redefined — A consensus document of the Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Committee for the Redefined of Myocardial Infarction // J. Am. Cardiol. — 2000. — Vol. 36. — P. 959–969.
22. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization Soc. The WHOQOL Group // Sci. Med. — 1995. — Vol. 41. — P. 1403–1409.
23. Ware, J. E. The Moss 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection Medical Care 30(6) / J. E. Ware, C. D. Shubouene // B. M. J. — 1992. — P. 473–483.

Поступила 16.03.2010

УДК 616.248-07-085

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОСОБЕННОСТИ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

З. П. Лемешевская, В. П. Водоевич

Гродненский государственный медицинский университет

Из 123 обследованных больных с диагнозом: «Бронхиальная астма» у 59 (47,9 %) преобладал симпатический отдел ВНС (I группа) и беспокоил в основном сухой кашель, у 44 (35,8 %) — парасимпатический (II группа) и отмечался длительный кашель с большим количеством мокроты. У 20 человек (16,3 %) не выявлено преобладания одного из отделов ВНС (III группа). В I группе доминировала тревожность в структуре личности, во II группе — депрессия.

Больным I группы в комплексную терапию включались транквилизаторы и уменьшалась доза адrenomиметиков, больным II группы назначались антидепрессанты, холинолитики и муколитики.

Дифференцированный подход к лечению бронхиальной астмы позволил в более короткие сроки купировать обострение заболевания и уменьшить побочное действие адrenomиметиков (повышение артериального давления, тахикардия, тревожность и т. д.).

Ключевые слова: бронхиальная астма, симпатикотонус, парасимпатикотонус, дифференцированное лечение.

PSYCHOVEGETATIVE STATE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND SPECIAL APPROACH IN BRONCHOLITIC THERAPY

Z. P. Lemeshevskaya, V. P. Vodoevich

Grodno State Medical University

Among 123 patients with asthma: 59 (47,9 %) had increase sympathetic activity, they complained of cough with dry sputum (the first group); 44 (35,8 %) had increase parasympathetic activity and prolonged cough with large amount of sputum (the second group); 20 (16,3 %) had no increase in parasympathetic either sympathetic activity (the third group). The first group showed anxiety, the second group had depression.

According to obtained data the bronchial asthma treatment should be with different approach as for the first group medication should include anxiolytics and decreased doses of beta-2-agonists, the patients of second group should receive antidepressant, anticholinergic and mycolytic drugs. The differentiated approach to bronchial asthma treatment allows to obtain reduction of the disease in shorter terms and helps to reduce side action of beta-2-agonists (arterial pressure increase, tachycardia, anxiety etc.).

Key words: bronchial asthma, sympathetic activity, parasympathetic activity, different treatment.

Введение

По данным ВОЗ, около 300 млн. человек в мире страдают бронхиальной астмой (БА), которая является серьезной проблемой для здоровья человека, начиная с подбора адекватного лечения, заканчивая разработкой методов профилактики, медицинской и социальной реабилитации пациентов [7].

Бронхиальная обструкция и гиперреактивность бронхов характеризуются так называемой триадой: спазмом гладких мышц, воспалением стенки дыхательных путей и гиперсекрецией. Процесс в бронхиальном дереве постоянно прогрессирует: неконтролируемое воспаление [6] ведет к структурным изменениям в строении, известным как ремоделирование, которое усиливает бронхообструкцию и клинические проявления БА.

Современная глобальная инициатива (GINA) приняла ступенчатую терапию БА, при которой пациентам повышают ступень терапии в зависимости от наличия, выраженности симптомов или понижают — при их отсутствии и нормализации показателей функции внешнего дыхания. На первой ступени рекомендуется использование короткодействующих β_2 -агонистов для снятия бронхообструкции. Эти лекарства вызывают расслабление гладкомышечных волокон и снятие бронхоспазма, но не действуют на воспалительную часть патогенеза бронхиальной астмы [5]. Как известно, ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) являются «золотым стандартом» лечения бронхиальной астмы, но и они, даже в комбинации с β_2 -агонистами, не всегда ведут к контролю основного заболевания. Увеличение дозы ИГК является наиболее частой стратегией в восстановлении контроля над заболеванием, но при этом увеличивается количество побочных эффектов от назначенной терапии и, несмотря на увеличение доз, остаются неконтролируемые варианты БА.

БА является гетерогенным, психосоматическим заболеванием, что ведет к необходимости индивидуального подхода в назначении лекарственных препаратов с учетом генетически запрограммированных факторов, эозинофильного и незозинофильного вариантов воспаления, состояния вегетативной нервной системы (ВНС), психовегетативных нарушений и т. д. [3, 4, 14].

Как известно, автономная иннервация легкого имеет холинергические и пептидергические компоненты, которые вносят наиболее весомый вклад в регуляцию диаметра просвета бронхиального дерева [7, 13]. Ацетилхолин стимулирует мускариновые рецепторы мышечных клеток и слизистых желез, что ведет к бронхоконстрикции и увеличению секреции слизи. Адреномиметики действуют на бронхиальные мышцы, сосуды желез бронхиальной стенки через α - β_2 -рецепторы, что ведет к бронходилатации и снижению секреции слизи [6, 8, 12].

Более глубокое понимание патогенеза БА может вести к разработке оптимальных методов диагностики и схем лечения [7]. Оценка и коррекция состояния ВНС будут способствовать минимизации побочных эффектов от назначения бронхолитиков и улучшению контроля за бронхообструкцией. Антагонисты мускариновых рецепторов, помимо бронходилатации, действуют на такое звено патогенеза БА, как гиперсекреция, что улучшает дренажную функцию бронхов [9]. Подбор препаратов может быть осуществлен методом пробного лечения, когда при отсутствии эффекта или его недостаточности одна группа препаратов заменяется другой, но идеальным является изначально индивидуальный подбор бронхолитической терапии, что может быть достигнуто при определении тонуса ВНС. При преобладании парасимпатической нервной системы в качестве бронхолитиков необходимо отдавать предпочтение М-холинолитикам, при преобладании симпатической — уменьшать дозу β_2 -агонистов, у пациентов без преобладания одного из отделов ВНС следует отдавать предпочтение комбинированным препаратам, содержащим М-холинолитик и β_2 -агонист [11].

Цель исследования

Доказать необходимость дифференцированного и комплексного подхода в лечении БА с учетом состояния ВНС и психического состояния больного.

Материалы и методы

Обследовано 123 человека с диагнозом БА, из них 69 женщин (56,1 %), 54 мужчины (43,9 %). Средний возраст составил 52 ± 6 лет. Обследование проводили в день поступления и через 7–10 дней стационарного лечения в пульмонологическом отделении 4-й городской клинической больницы г. Гродно. 25 человек имели аллергический вариант БА (20,3 %), 98 — смешанный (79,7 %). Причем, основное количество больных (19) с аллергической формой БА имели стаж заболевания до 5 лет (76 %), т. е. с увеличением стажа заболевания к аллергическому варианту присоединяется инфекционно-зависимая форма БА.

Всем пациентам проводили общеклинические исследования согласно протоколам диагностики и лечения БА МЗ РБ. 66 человек (53,7 %) получили дифференцированное лечение обострения заболевания, 57 (46,3 %) — лечение согласно стандартной схеме лечения БА (контрольная группа).

Для определения вегетативного статуса использовали врачебный опросник А. М. Вейна, который состоит из 13 пунктов, некоторые из которых содержат подпункты. Врач анализирует конкретные клинические признаки, для оценки которых проводится экспертная оценка

симптомов с помощью баллирования каждого по удельному весу признака среди всех симптомов вегетативной дистонии. Каждый симптом получает определенное количество баллов: от 1 до 10 (при условии положительного ответа). У здоровых лиц сумма баллов не должна превышать 25 баллов. Показатели выше 25 баллов свидетельствуют о наличии дисбаланса ВНС.

Для оценки преобладания одного из отделов ВНС использовали вегетативный индекс (ВИ) Кердо, который вычисляется по формуле:

$$\text{ВИ} = (1 - \text{Д/ЧСС}) \times 100,$$

где Д — величина диастолического артериального давления, а ЧСС — частота сердечных сокращений за 1 минуту. При симпатикотонии — индекс положительный, при парасимпатикотонии — отрицательный, при отсутствии дисбаланса ВНС индекс равен 0 [3].

Кроме данных опросника А. М. Вейна и индекса Кердо учитывали клинические проявления основного заболевания: частоту приступов удушья в ночное и дневное время, характер кашля — сухой или с выделением большого количества белой вязкой мокроты, нарушение сна, повышение артериального давления, данные спирометрии. Для контроля лечения заболевания использовали показатели пикфлоуметрии. Пиковую скорость выдоха измеряли утром (обычно наиболее низкий показатель) и вечером перед сном (как правило, наиболее высокий показатель). Мониторинг пиковой скорости выдоха может быть информативен для определения ранних симптомов обострения заболевания. Дневной разброс показателей более чем на 20 % рассматривается как диагностический признак БА, а величина отклонений прямо пропорциональна тяжести заболевания. Исследование проводили ежедневно [9, 10].

Состояние ВНС непосредственно регулируется центральной нервной системой и зависит от психического состояния больного [3]. Поэтому для оценки уровня тревожности использовали шкалу самооценки Ч. Д. Спилбергера в обработке Ю. Л. Ханина, которая состоит из 40 суждений, разделенных на 2 группы: 20 — для оценки ситуативной тревожности, 20 — личностной. Ситуативная (реактивная) тревожность (РТ) характеризуется эмоциональной реакцией на стрессовую ситуацию. Личностная тревожность (ЛТ) — это устойчивый паттерн реагирования на ситуацию как свойство типа личности пациента. Считается, что количество баллов ниже 30 соответствует низкому уровню тревожности, 31–44 — среднему, более 45 — высокому уровню тревожности.

Оценка степени тревоги и депрессии производилась также по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Она состоит из 14 суждений для характеристики депрессии и тревоги (7 —

для депрессии и 7 — для тревоги). Оценивали шкалу депрессии и тревоги отдельно. При 0–7 баллах считали уровень нормальным, при 8–10 баллах — оценивали как субклинически выраженную тревогу или депрессию, более 11 баллов — выраженную тревогу или депрессию.

Для обработки полученных данных использовали непараметрические критерии: для анализа количественных показателей — таблицы сопряженности и критерий χ^2 (с поправкой Йейтса при степени свободы $\nu = 1$) при значении более 5, при значении менее 5 использовали точный критерий Фишера, для анализа количественных данных использовали Т-критерий Манна-Уитни, для сравнения нескольких групп — критерий Н Крускала-Уоллиса ($p < 0,05$).

Так как психодиагностика с помощью опросника в момент поступления в больницу во время приступа затруднена из-за длительности исследования, психологическую оценку типов личности и психического состояния пациента проводили с помощью экспресс-метода (за 5 минут) видео-компьютерной диагностики по асимметрии мимики двух половин лица (Роспатент № 2303947 от 15.07.04) [1, 2].

Деятельность мозга, его двух полушарий отражается на лице человека, на его мимике. При дифференцированном анализе мимики двух половин лица выражение интуитивных устойчивых личностных эмоций, за которое ответственно правое полушарие головного мозга (сверхсознание, интуиция, дух) отмечается справа, а эмоции временные, вызванные влиянием текущих событий, анализируемых левым полушарием (сознание, логика, ум) — на левой половине лица. Для гармонического сочетания человека с окружающим миром (для внешней гармонии) требуется согласованность интуиции и логики (внутренняя гармония). С психологической точки зрения гармония человека соответствует степени его психологической защищенности от жизненных потрясений и болезней.

Портреты (фотографии), составленные из правых и левых половин лица, сравниваются в компьютере по специальному алгоритму, и по этой программе компьютер относит данного больного (в процентном отношении) к одному из 49 психологических типов (рисунок 1). Подразделение типов исходит из 4 основных: сангвника, флегматика, холерика, меланхолика (по Галену). В данном методе учитывается также такая особенность каждого типа, как устойчивость (стабильность) и неустойчивость (дестабильность). Причем, правополушарными считаются флегматики и меланхолики, левополушарными — сангвники и холерики [1].

Результаты и обсуждение

У 59 (47,9 %) человек, по данным опросника А. М. Вейна и индекса Кердо, преобладал симпатический отдел ВНС (I группа), у 44 (35,8 %) —

парасимпатический (II группа), у 20 (16,3 %) человек не выявлено преобладания одного из отделов ВНС (III группа).

В зависимости от длительности заболевания и преобладания одного из отделов ВНС больные распределились следующим образом (таблица 1).

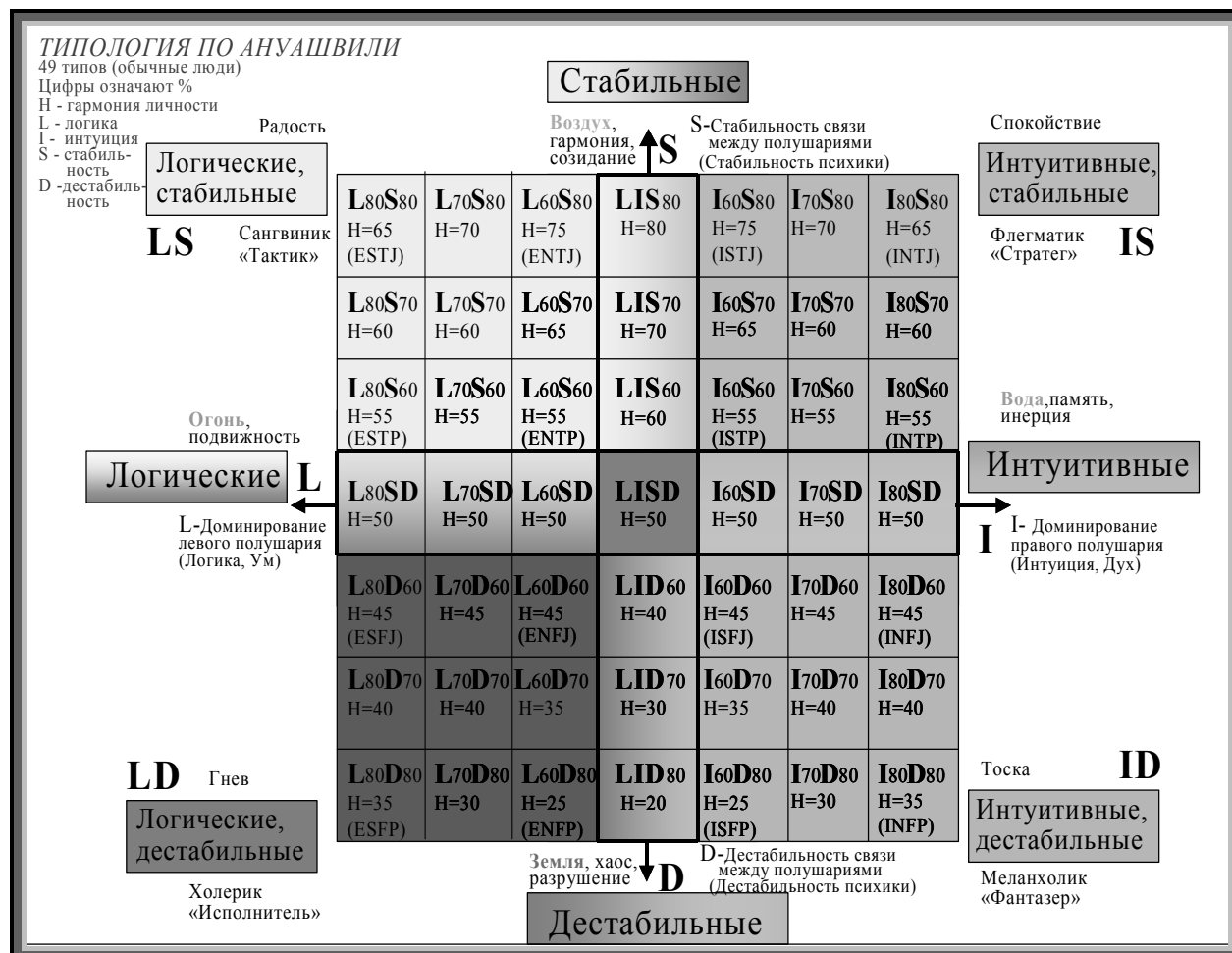


Рисунок 1 — Объединенная типология

Таблица 1 — Распределение пациентов трех групп по длительности заболевания

I группа (59 чел.)		II группа (44 чел.)		III группа (20 чел.)	
менее 5 лет (А)	более 5 лет (Б)	менее 5 лет (А)	более 5 лет (Б)	менее 5 лет (А)	более 5 лет (Б)
35 (59,3 %)	24 (40,7 %)	4 (9,1 %)	40 (90,9 %)	12 (60,0 %)	8 (40,0 %)

Как видно из таблицы, в I группе больных, где преобладал симпатический отдел ВНС, большинство пациентов были со стажем заболевания до 5 лет. Но с течением времени наступает истощение симпатико-адреналовой системы и начинает преобладать парасимпатиче-

ский отдел. Поэтому основную массу пациентов (90,9 %) во II группе составили больные со стажем заболевания свыше 5 лет.

В зависимости от степени тяжести заболевания и тонуса одного из отделов ВНС пациенты распределились следующим образом (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение пациентов по степени тяжести заболевания и тонуса одного из отделов ВНС

Общее количество больных по степени тяжести БА	Преобладание симпатического отдела ВНС	Преобладание парасимпатического отдела ВНС	Без преобладания одного из отделов ВНС
Легкая степень, 17 чел. — 13,8 %	7 чел. (41,2 %)	4 чел. (23,5 %)	6 чел. (35,3 %)
Средняя степень, 94 чел. — 76,4 %	48 чел. (51,1 %)	32 чел. (34,0 %)	14 чел. (14,9 %)
Тяжелая степень, 12 чел. — 9,8 %	4 чел. (33,3 %)	8 чел. (66,7 %)	0

*(p < 0,05)

Следовательно, у большинства больных с легкой и средней степенью тяжести БА преобладал симпатический отдел ВНС, а у большинства больных с тяжелой степенью тяжести заболевания — парасимпатический. Причем, с тяжелой степенью заболевания без

преобладания одного из отделов ВНС больных не выявлено.

По опроснику Спилбергера в обработке Ю. Л. Ханина выявлено наличие высоких уровней реактивной и личностной тревожности у обследуемых больных (таблица 3).

Таблица 3 — Уровни реактивной и личностной тревожности пациентов в баллах

I группа				II группа				III группа			
(A)		(B)		(A)		(B)		(A)		(B)	
РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ
63,7±1,2	52,6±1,3	55,1±0,9	56,9±1,4	50,3±1,1	56,7±1,3	54,2±0,5	62,3±1,1	38,8±0,9	42,5±0,8	47,6±1,1	45,2±0,8

*($p < 0,05$)

Уровни реактивной тревожности в I группе выше, чем во II группе.

В III группе больных, где наблюдалось «равновесие» симпатической и парасимпатической ВНС, уровни реактивной и личностной тревожности были ниже, чем в I и II группах.

При исследовании по госпитальной шкале также получены данные, которые свидетельствуют о высоких уровнях тревоги и депрессии у наших пациентов (таблица 4).

Как видно из таблицы 4, уровень тревоги был выше в I гр. больных, где преобладал симпатический отдел ВНС, а уровень депрессии был выше во II гр. больных, где преобладал парасимпатический отдел ВНС. В III гр. больных по госпитальной шкале уровни тревоги и депрессии были значительно ниже, чем в I и II группах.

По данным анализа мимики двух половин лица выделены три основные группы пациентов: правополушарные — 50 (40,7 %) чел., левополушарные — 67 (54,4 %) чел., смешанный вариант — 6 чел. (4,9 %) ($\chi^2 = 35 \pm 1,7$, ($p < 0,05$)).

Среди левополушарных пациентов психологический тип был ближе к холерику и уровень тревоги был выше на $7,4 \pm 1,2$ балла по сравнению с правополушарными пациентами, у которых преобладали показатели депрессии (выше на $6,8 \pm 0,9$ балла, $p < 0,05$) и психологический тип был ближе к меланхолику. Как правило, большинство левополушарных пациентов входили в I группу, где преобладал симпатический отдел ВНС, а правополушарные — составляли II группу, где преобладал парасимпатический отдел ВНС.

Таблица 4 — Уровни депрессии и тревоги пациентов (госпитальная шкала) в баллах в зависимости от тонауса ВНС и длительности заболевания

Шкала	I группа		II группа		III группа	
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
Тревога	17,3 ± 1,1	15,2 ± 0,8	11,6 ± 1,2	9,4 ± 0,8	8,1 ± 0,6	7,4 ± 0,9
Депрессия	15,2 ± 0,4	14,7 ± 0,6	16,1 ± 0,7	19,4 ± 1,1	13,2 ± 0,6	12,5 ± 0,8

*($p < 0,05$)

Практически все пациенты имели жалобы, не связанные непосредственно с бронхообструкцией: сухость во рту, чувство «страха ожидания» приступа удушья, ощущение дискомфорта в горле и за грудиной, чувство «комка в горле». Оценка уровня бронхообструкции у пациентов неадекватна и преувеличена, что приводит к передозировке β_2 -агонистов. Так как количество β_2 -адренорецепторов ограничено, препарат начинает действовать не селективно и на другие адренорецепторы, что еще больше увеличивает преобладание симпатической нервной системы (тахикардия, повышение артериального давления и т. д.) и усиливает клинику тревоги. Отмечено, что в I группе (преобладание симпатического отдела ВНС) был выражен сухой кашель

либо кашель с вязкой, трудноотделяемой скудной мокротой, а также в этой группе пациенты жаловались на чувство тревоги, поверхностный сон с «кошмарными сновидениями». У пациентов с парасимпатикотонусом (II группа) преобладали жалобы на кашель с большим количеством вязкой мокроты, а также происходили частые ночные приступы удушья. У них отмечалось подавленное настроение с навязчивыми мыслями, нарушение сна они описывали в виде длительного периода засыпания.

В стационаре для лечения использовали внутривенные инфузии дексаметазона в количестве 8 мг ежедневно в сочетании с раствором эуфиллина 2,4 % — 10 мл, для купирования бронхоспазма пациенты использовали ингалятор «Беротек».

66 (53,7 %) человек получили дифференцированное лечение обострения заболевания: после консультации психотерапевта при наличии высоких уровней тревоги назначался транквилизатор адиптол 300 мг по 1 таб. 2–3 раза в день, при наличии депрессии – amitриптилин в дозе 0,025 мг по ½ таб. в обед и 1 таб. вечером. Больным с преобладанием парасимпатической нервной системы ингаляционный адреномиметик заменялся на М-холинолитик «Атровент» (холинолитики в качестве дополнительного эффекта уменьшают секрецию в бронхах, что снижает количество мокроты). Пациентам с преобладанием симпатического отдела ВНС уменьшалась доза и кратность использования ингалятора «Беротек».

На фоне проводимой терапии в группе без дифференцированного лечения у пациентов с преобладанием симпатической нервной системы в среднем на 4 день приступы удушья прекращались. Аускультативно бронхообструкция снималась на 6–7 день, улучшались показатели функции внешнего дыхания (ФВД): разница в пиковой скорости выдоха утром и вечером стала меньше 20 % на 5–6 день терапии. У паци-

ентов с преобладанием парасимпатической нервной системы приступы удушья прекращались на 5 день, аускультативно — на 7–8 день, ночные приступы купировались на 3 сутки.

У пациентов с преобладанием симпатической нервной системы, где проводилась индивидуальная коррекция, в среднем на 3 день приступы удушья прекращались, аускультативно бронхообструкция снималась на 5–6 день, улучшались показатели ФВД: разница в пиковой скорости выдоха утром и вечером стала меньше 20 % на 3–4 день терапии. У пациентов с преобладанием парасимпатической нервной системы приступы удушья прекращались на 3 день, аускультативно на — 5–6 день, ночные приступы купировались на 2 сутки. Кроме того, пациенты этих групп отметили, что у них нормализовался сон: он стал более глубоким с меньшим количеством сновидений, увеличилась его продолжительность.

Через 7–10 дней стационарного лечения, по данным опросников, уровень тревожности и депрессии снизился больше в группе, где проводилась дифференцированная фармакотерапия (таблица 5).

Таблица 5 — Динамика показателей тревожности и депрессии у пациентов после стандартного и дифференцированного лечения

Показатели	Группа без коррекции		Группа с коррекцией	
	до лечения	7 день от начала лечения	до лечения	7 день от начала лечения
РТ (реактивная тревожность)	57,3 ± 1,1	49,2 ± 0,9	56,5 ± 1,3	41,9 ± 1,3
ЛТ (личностная тревожность)	52,7 ± 0,9	46,9 ± 1,0	53,4 ± 0,8	38,1 ± 1,1
Шкала депрессии	16,4 ± 0,5	15,2 ± 0,7	16,1 ± 0,4	11,8 ± 0,8
Шкала тревоги	17,9 ± 0,6	15,3 ± 0,8	17,9 ± 0,4	13,9 ± 0,6

*(P < 0,05)

У 1/3 больных с преобладанием парасимпатической нервной системы (II группа) БА сочеталась с артериальной гипертензией II ст. Замена этим больным адреномиметиков на холинолитики позволило уменьшить дозу гипотензивных средств наполовину.

После дифференцированного лечения улучшилось настроение больных, что можно было увидеть по выражению лица, т. е. уменьшились внешние проявления тревоги и депрессии. Это подтвердил и метод видео-компьютерной диагностики. В I группе больных, левополушарных, с проявлениями тревоги, психологический тип которых был больше склонен к дестабильному, холерическому (левая нижняя часть таблицы на рисунке 1), после дифференцированного лечения психологический тип стал «подниматься» выше в сторону сангвиника, стабильного типа (левая верхняя часть таблицы на рисунке 1), чего не происходило в контрольной группе. Во II группе больных, право-

полушарных, с проявлениями депрессии, психологический тип которых был больше склонен к дестабильному, меланхолическому (правая нижняя часть таблицы на рисунке 1), после дифференцированного лечения психологический тип стал «подниматься» выше в сторону флегматика, стабильного типа (правая верхняя часть таблицы на рисунке 1), чего не происходило в контрольной группе.

Заключение

По данным опросника А. М. Вейна и В. И. Кердо, у большинства пациентов БА легкой степени тяжести преобладает симпатический отдел ВНС (41,2 %) по сравнению с парасимпатическим отделом (23,5 %). Среди пациентов БА тяжелой формы парасимпатический отдел преобладал у 66,7 %, а симпатический тонус был в 33,3 % случаев. Тяжелой степени тяжести БА, где наблюдалось «равновесие» ВНС, у поступивших в стационар больных мы не диагностировали.

У большинства больных БА, по опроснику Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина, преобладает тревожность в структуре личности, причем уровни реактивной тревожности выше в I группе, где преобладает симпатикотонус ($59,4 \pm 1,0$ балл, $p < 0,05$), чем во II группе, где преобладает парасимпатикотонус ($52,3 \pm 0,8$ балла, $p < 0,05$).

По данным госпитальной шкалы, у пациентов II группы преобладает депрессия и значительно ниже уровень тревоги по сравнению с пациентами I группы. В III группе больных, без преобладания одного из отделов ВНС, отмечались более низкие уровни тревоги и депрессии, чем в I и II группах. Не было в этой группе и тяжелой степени тяжести больных, что указывает на необходимость устранения дисбаланса ВНС при лечении больных БА.

Метод компьютерной диагностики психического состояния по асимметрии мимики двух половин лица является методом экспресс-диагностики, позволяющим получить обработанный результат в течение 4–5 минут, что важно для диагностики в период приступа БА, когда применение опросников с большим количеством вопросов практически невозможно. В 92 % случаев метод подтверждает данные опросников.

Больным с преобладанием парасимпатической нервной системы (II группа) замена адреномиметиков на холинолитики позволила улучшить клиническое течение заболевания (уменьшить кашель и количество вязкой мокроты, уменьшить ринорею, ускорить купирование обострения заболевания на 1–2 дня по сравнению с контрольной группой), что подтверждено данными спирографии и пикфлоуметрии, а у больных с сопутствующей артериальной гипертензией — снизить дозу антигипертензивных средств на 50 %.

Назначение транквилизатора при наличии высокого уровня тревожности и антидепрессанта при наличии высоких уровней депрессии

позволило улучшить сон у этих больных, привело к уменьшению приступов БА в ночное время по сравнению с контрольной группой, где данное лечение не назначалось.

Дифференцированный подход к лечению БА с учетом психовегетативных нарушений позволяет получить экономический эффект: сократить сроки пребывания в стационаре и уменьшить количество употребляемых препаратов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Анушвили, А. Н. Основы психологии / А. Н. Анушвили. — М., 2001. — 136 с.
2. Асимметрия лица и компьютерная диагностика психологического типа личности / С. В. Михальчик [и др.] // Медицинские новости. — 2004. — № 7. — С. 38–43.
3. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А. М. Вейн. — М.: МИА, 1998. — 346 с.
4. Психовегетативные нарушения у больных бронхиальной астмой / А. М. Убайдуллаева [и др.] // Терапевтический архив. — 1996. — № 3. — С. 44–47.
5. Черняк, Б. А. Агонисты β_2 -адренергических рецепторов в терапии бронхиальной астмы: вопросы эффективности и безопасности / Б. А. Черняк, И. И. Воржева // Consilium Medicum. — 2006. — Т. 8, № 10. — С. 32–38.
6. Barnes, P. G. Neurogenic inflammation in the airways / P.G. Barnes // Respir. Physiol. — 2001. — Vol. 125. — P. 145–154.
7. Broide, H. D. Research points to new techniques for noninvasive asthma monitoring CME / H. D. Broide // Allergy, Asthma and Immunology. — 2003. — № 12. — P. 27–31.
8. Control of airway caliber by autonomic nerves in asthma and in chronic obstructive pulmonary disease / J. C. De Jongste [et al.] // American Rev. Respir. — 1991. — № 143. — P. 1421–1426.
9. Efthimiadis, A. Induced sputum: time from expectoration to processing / A. Efthimiadis [et al.] // Eur Respir. — 2002. — № 19. — P. 706–708.
10. Mental disorders and asthma in the community / R. D. Goodwin [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — № 6. — P. 1125–1130.
11. Honig, P. K. Drug interactions between prescribed and over-the-counter medication / P. K. Honig, B. K. Gillespie // Drug Saf. — 1995. — № 13. — P. 296–303.
12. Jartti, T. Asthma, asthma medication and autonomic nervous dysfunction / T. Jartti // Clin. Physiol. — 2001. — Vol. 21. — P. 260–269.
13. Mazzone, S. B. Evidence for differential reflex regulation of cholinergic and noncholinergic parasympathetic nerves innervating the airways / S. B. Mazzone, B. J. Canning // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2002. — Vol. 165. — P. 1076–1083.
14. Zaubler, T. S. Panic disorder in the general medical setting / T. S. Zaubler, W. Katon // J. of Psychosomatic Research. — 1998. — Vol. 44. — P. 25–42.

Поступила 16.03.2010

УДК 616.37-006.2-089.001.57 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА (обзор литературы)

А. И. Ославский

Гродненский государственный медицинский университет

В данной работе проведен анализ литературных источников, касающихся проблемы лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений в разные сроки развития заболевания.

Ключевые слова: хирургия, острый деструктивный панкреатит, панкреонекроз.

SURGICAL TACTICS IN TREATMENT FOR ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS (literature review)

A. I. Oslavsky

Grodno State Medical University

The present article presents literature data on the treatment of acute destructive pancreatitis and its complications in different terms of the disease development.

Key words: surgery, acute destructive pancreatitis, pancreonecrosis.