

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рахимова Д.А., Тиллаева Ш.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Республика Узбекистан, Ташкент Бухарский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

Изучили взаимосвязь психоэмоциональных факторов регуляции и качества жизни больных бронхиальной астмой и эффекты комплексной терапии.

В результате исследования установили, что небиволол на фоне стандартной терапии улучшаются патогенетически взаимосвязанные нарушения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, легочная гипертензия, качество жизни, физическое состояние, эмоциональное состояние, профессиональная пригодность и удовлетворенность лечением (УЛ).

ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТ ВА ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ БУЗИЛИШИ

Д.А.Рахимова, Ш.Ш.Тиллаева

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий- амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон, Тошкент Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Бухоро.

✓ **Резюме,**

Бронхиал астма билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари ва психо-эмоционал омиларни тартибга солишда комплекс терапиянинг самарадорлиги ўрганилди.

Тегиширилган натижада небивололни базисли даво фониди қўллаш орқали патогенетик бузилишларнинг яхшиланишига эришилди.

Калит сўзлар: бронхиал астма, ўпка гипертензияси, ҳаёт сифати, жисмоний ҳолат, ҳиссий ҳолат, касбга лойқат ва даволанишдан қониқиш (ДК).

DISTURBANCES OF PSYCHOEMOTIAL CONDITION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA WITH PULMONARY HYPERTENSION

D.A.Rahimova, Sh.Sh.Tillaeva

Republican specialized scientific and practical medical center of therapy and rehabilitation, Republic of Uzbekistan, Tashkent Bukhara state medical institute Republic of Uzbekistan, Bukhara.

✓ **Resume,**

Studied the relationship of psycho-emotional factors of regulation and quality of life of patients with bronchial asthma and the effects of complex therapy.

As a result of the research, it was established that nebivolol against the background of standard therapy improves pathogenetically interrelated disorders.

Key words: bronchial asthma, pulmonary hypertension, quality of life, physical condition, emotional state, professional fitness and satisfaction with treatment (AL).

Актуальность

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой, в большинстве стран распространенность БА возрастает и наносит значительный ущерб, связанный не только с затратами на лечение, но также потерей трудоспособности [1]. Медико-социальная значимость проблемы бронхиальной астмы в последние годы неуклонно растёт, так в странах Евросоюза распространенность БА составляет 7-9 %. [3]. При развитии тяжести хронических обструктивных заболеваний легких и бронхиальной астме из за кардиоваскулярных осложнений, проблема из пульмонологической переходит в кардиопульмонологическую [2,4].

В настоящее время стало очевидным, что нервно-психические факторы оказывают негативное влияние

на функциональное состояние бронхов и КЖ больных. Формирование легочной гипертензия (ЛГ) является наиболее тяжелым осложнением БА. Резко снижается качества жизни больных ЛГ предопределяющий неблагоприятный исход заболевания. Это в значительной степени обусловлено тем, что бронхиальная астма относится к подгруппе психосоматических заболеваний, поскольку в ее происхождении психические и соматические факторы тесно переплетаются, создавая сложные причинно-следственные связи [1, 8].

Для наиболее ранней диагностики, адекватной профилактики и лечения больных БА с легочной гипертензией, необходимо уточнить патогенез этого заболевания, факторы приводящие к усугублению его течения [5, 6]. Требуется дальнейшего изучения вопроса о том, какую роль в прогрессировании ЛГ играют пси-

хические факторы (ПФ) регуляции и качество жизни больных при развитии легочного сердца и восстанавливается ли эта деятельность в процессе комплексного лечения? В связи с этим, представляет интерес комплексная оценка широкого круга параметров, отражающих структурно-функциональное состояние кардиореспираторной системы и психовегетативные факторы регуляции больных. Эти параметры определяют функциональный статус и медицинские аспекты качества жизни больных БА [4]. При БА особый интерес представляет изучение изменений микроциркуляторного звена кровообращения на различных стадиях развития болезни, что важно не только для более полного раскрытия патогенетических механизмов этого заболевания, но и для разработки комплекса адекватного лечения. Одним из таких методов терапии больных БА возможно, является применение высокоселективного β_1 -адреноблокаторы на основе базисной терапии [9].

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи нарушений психики и качество жизни больных БА с ЛГ и эффекты комплексной терапии.

Материал и методы

Обследовано 49 больных БА и 30 здоровых лиц (ЗЛ). У больных по показателям доплерэхокардиографии (ДоплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию - (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср больше 25 мм.рт.ст).

В зависимости от методов лечения больные разделены на следующие 2 подгруппы (таблица 1): 1а подгруппа- (12 больных) и 1б подгруппа (11 больных) получали стандартную терапию (СТ) по (GINA, 2011 г) и электрофорез бишофита (ЭБ).

2 а подгруппа (14 больных) и 2б подгруппа (12 больных) получает стандартную терапию + высокоселективный β_1 -адреноблокаторы III поколения. В составе III поколения высокоселективный β_1 -адреноблокаторы представляет собой активное вещество - рацемат, которые блокирует адренорецепторов, модулирует синтез эндотелиального релаксирующего фактора.

Таблица 1.

Разделение больных бронхиальной астмой с легочной гипертензией на подгруппы в зависимости от методов лечения

СТ+ЭБ		СТ+ β_1 -адреноблокатор	
1а подгруппа (n=10)	1б подгруппа (n=9)	2а подгруппа (n=14)	2б подгруппа (n=12)
Больные с БА II-III ступенью	Больные с БА IV ступенью	Больные с БА II-III ступенью	Больные с БА IV ступенью

Помимо ЭБ и высокоселективный β_1 -адреноблокаторы на фоне стандартной терапии все больные получали следующий общий лечебный комплекс: дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, также посещали астма школу.

Исследования больных проводили в день поступления и после 10 процедур.

Психоэмоциональный статус больных оценивали на основании психологического тестирования с помощью теста Спилберга на выявление реактивной и личностной тревожности.

Изучение параметров качества жизни больных БА с ЛГ проводилось по специализированному Сиэтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Данный опросник позволяет оценивать у больного уровень физического состояния (ФС), эмоционального состояния (ЭС), профессиональной пригодности (ПП) и удовлетворенности лечением (УЛ).

С помощью доплерЭхоКГ в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону (1985) рассчитывали следующие параметры спектра диастолического наполнения ПЖ: Е/А- соотношение скоростей раннего и предсердного наполнения; ВЗ (м/с) - время замедления раннего наполнения; ВИР (м/с) - время изоволюмического расслабления и фракция предсердного наполнения (ФПН, %). анализировали уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст). Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли на аппарате Medikor (Венгрия), с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1, %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV1/FVC, %).

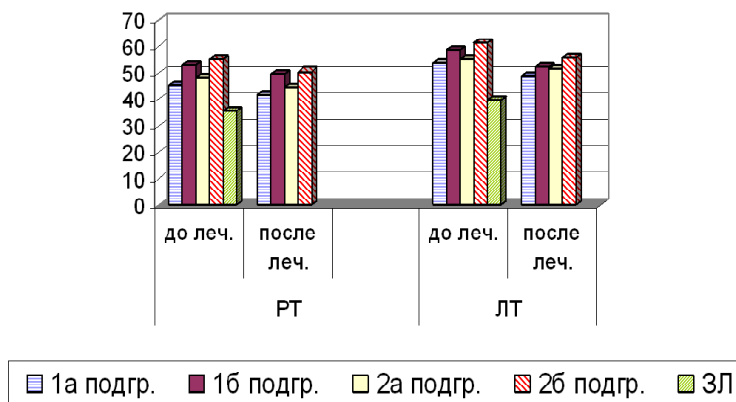
Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t - критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Выполненные исследования эмоционально-личностной сферы у больных БА с ЛГ, свидетельствует о наличии соматогенно обусловленной тревоги, а также аутизации личности с формированием своеобразного модуса мышления и поведения.

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности подтверждается результатами психометрического анализа по методике Спилберга с применением шкалы реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). У всех больных БА обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. По шкале Спилберга у больных БА выявлена достоверно высокая реактивная и особенно личностная тревожность по сравнению с ЗЛ (рисунок 1). Данные полученные нами в подгруппе больных БА IV ступенью с ЛГ, показали, что уровень реактивной тревожности и уровень личностной тревожности выше по сравнению с больными БА II- III ступени

До лечения параллельно с дисбалансом ПФ регуляции, наблюдается нарушения легочной гемодинамики и вентиляционной способности легких. Так, наблюдали повышение ЛАДср, объем форсированного выдоха за 1 сек, жизненная емкость легких и индекс Тиффно снижены по сравнению с аналогичными показателями ЗЛ ($p < 0,005$).



Как видно из приведенных данных гипоксия играет важную роль в механизмах инициации симпатикотонии, следовательно, повышении ЛАДсер и ремоделирования эндотелия сердечно-сосудистой системы.

После комплексной терапии обнаружили, что у больных БА реактивная тревожность и личностная тревожность во всех подгруппах уменьшились (рисунк 1). В 1а и 1б подгруппах больных балльные показатели теста Спилбергера больше, чем в 2а и 2б подгруппах.

Достоверно уменьшились реактивная тревожность и особенно личностная тревожность в динамике комплексных процедур в 1а и 1б подгруппах ($p < 0,05$). Формировавшиеся психические нарушения сочетающийся с тревожно-ипохондрическими сдвигами в структуре личности больных БА больше уменьшились в 1а и 1б подгруппах, чем в 2а и 2б подгруппах.

В динамике лечения получавшие в группе высокоселективный $\beta 1$ -адреноблокатора в 2а и 2б подгруппах. показатели параметров КЖ: ФС, ЭС, ПП и УЛ улучшены больше чем у больных получавшие СТ+ЭБ. При сравнении внутри подгруппы, у больных БА (1а и 2а подгруппы) параметры качества жизни оказались несколько существеннее, чем у больных (1б и 2б подгруппы) ($p < 0,05$).

Установлено, что параметры КЖ в динамике терапии во всех подгруппах достоверно улучшились, и повысилась адаптация к активной физической деятельности. Также улучшение психологического состояния, что выражается в достоверном уменьшении депрессии и тревоги, улучшении эмоционального контроля и памяти, удовлетворенности жизнью, улучшением социальной адаптации больных.

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных БА высокоселективного $\beta 1$ -адреноблокатора на фоне стандартной терапии в 2а и 2б позволяет повысить вентилиционную способность легких, снизить гемодинамическую нагрузку на правые отделы сердца тем самым, улучшит структуру диастолы ПЖ сердца. Нужно отметить, что взаимосвязанные нарушения психических факторов регуляции и КЖ больных с ремоделированием правого желудочка сердца, улучшаются после проведенных процедур, а также снижается тяжесть течения болезни и параллельно повышается КЖ этих пациентов.

Обсуждение собственного материала

Исследования показали, что до лечения изменения эмоционально-личностной сферы параллельны нарушениям бронхиальной проходимости, легочной гемодинамики. Прогрессирование ЛГ и развитие легочного сердца у больных БА тесно связаны с развитием дисфункции психических факторов регуляции, что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов [1, 6].

Взаимноеотягощение и прогрессирование нарушений легочной гемодинамики основано на общности некоторых звеньев патогенеза: развитие гипоксии нарушений легочно-сердечной микроциркуляции и легочной гипертензии [5]. Нами было отмечено параллельное улучшение параметров психического статуса, КЖ и уровней ВСЛ, ЛАД у больных БА с ЛГ, наступающее после комплексного лечения с применением высокоселективный $\beta 1$ -адреноблокатора на фоне стандартной терапии.

Выводы

1. В основе возникновения и развития у больных БА II- III ступени лежат дезадаптивные состояния в сфере психических факторов регуляции, что проявляется из-за снижения ВСЛ и длительной гипоксии головного мозга.
2. У больных БА с ЛГ IV степенью отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, у больных БА II- III ступени по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности ($p < 0,05$), что необходимо учитывать при проведении адекватного лечения.
3. ЭБ и высокоселективный $\beta 1$ -адреноблокатора на фоне стандартной терапии способствуют улучшению нарушения ВСЛ и КЖ больных, который положительно коррелирует с уменьшением ЛАДсер и эмоционального напряжения ($p < 0,05$). Препараты высокоселективный $\beta 1$ -адреноблокаторы уменьшает эндотелиальной дисфункции, ремоделирования легочных сосудов и улучшения функции правого сердца, увеличение степени эндотелий зависимой вазодилатации и достоверное снижение систолического АД в легочной артерии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Садыкова Г.А., Сабирджанова З.Т. Адаптационный потенциал эндотелий-зависимой вазодилатации у больных бронхиальной астмой // Материалы научно-практической конференции. - Харьков, 2011. - С. 8
2. Аляви А.Л., Д.А. Рахимова, Г.М. Касимова Нейрогуморальная активация при различных степенях ремоделирования правых отделов сердца у больных бронхиальной астмой и эффективность комплексных режимов лечения // Материалы научно-практической конференции. - Харьков, 2011. - С.7.
3. Гафнер Н.В., Ливерко И.В. Оценка вазодилатационных и адаптационных эффектов комплексной терапии больных БА // Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане: // Сб. научных трудов. Ташкент, -2009. -С.93-96.
4. Долинина, Л.Ю. Качество жизни больных бронхиальной астмой и его динамика на фоне терапии комплексными гомеопатическими препаратами // Болезни органов дыхания. -2008. -№ 1. -С. 46-52.
5. Козина О.В., В.В. Андрушкевич, А.Э. Сазонов и др Клинико-биохимические аспекты развития обструкции бронхов при бронхиальной астме // Пульмонология. -2008. - №2. - С. 52-58.
6. Шахнис С.А., Омеляненко М.Г. Роль дисфункции эндотелия, гипоксии в формировании легочной гипертензии у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. -2008. -№2. -С. 38-41.
7. Овчаренко С.И. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // Пульмонология. -2009. - № 3. - С. 82-88.
8. De Man F.S, Handoko ML, van Ballegoij JJ, Schalij I, Bogaards SJ, Postmus PE, van der Velden J, Westerhof N, Paulus WJ, Vonk-Noordegraaf A. Bisoprolol delays progression towards right heart failure in experimental pulmonary hypertension // Circ. Heart. Fail. -2012. -Vol. 5(1). - P. 97-105.
9. Sanz J, Garc?a-Alvarez A, Fern?andez-Friera L, Nair A, Mirelis JG, Sawit ST, Pinney S, Fuster F. Right ventriculo-arterial coupling in pulmonary hypertension: a magnetic resonance study // Heart. -2012. -Vol. 98(3). - P.238-243.

Поступила 28.01. 2019

UDK:618.39-089.88877

EXODUS OF PREMATURE BIRTH

L.V. Sarkisova, Kayumova G.M.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

The problem of preterm birth, is one of the first places in practical obstetrics, as they determine the level of perinatal mortality and morbidity. Premature babies account for 60-70% of early neonatal mortality and 65-75% of infant mortality. Stillbirth in preterm birth is 8-13 times higher than in timely delivery.

Key words: premature race, perinatal risk.

MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQ NATIJALARI

L.V. Sarkisova, Qayumova G.M.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Resume,

Muddatdan oldin tug'ilish muammosi, perinatal o'lim va kasallanish darajasini aniqlaganligi sababli, amaliy akusherlikda birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Muddatdan oldin tug'ilgan chaqaloqlar 60-70% erta neonatal o'lim va 65-75% chaqaloq o'limini tashkil qiladi.

Kalit so'zlar: erta tug'ruq, perinatal xavf.

ИСХОДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Л.В. Саркисова., Г.М. Каюмова,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Проблема преждевременных родов, занимает одно из первых мест, в практическом акушерстве, так как именно они определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8-13 раз выше, чем при своевременных родах

Ключевые слова: преждевременным род, перинатальный риск.

Introduction

The problem of preterm birth, is one of the first places in practical obstetrics, as they determine the level of perinatal mortality and morbidity. Premature babies account for 60-70% of early neonatal mortality and 65-75% of infant mortality [1, 2, 3]. Stillbirth in preterm birth is 8-13 times higher than in timely delivery [4, 5]. Children born weighing less than 1500 g, 200 times more often die newborns and, if they survive, 10 times more often have neurological and somatic complications than children born weighing over 2500 g [6, 7]. Criteria of vitality of the fetus:

term - 22 weeks or more, body weight - 500 g or more.

The perinatal mortality statistics, in accordance with WHO recommendations, include all cases of birth of a fetus and newborn with a body weight of 500 g or more (or, if the body weight at birth is unknown, body length is 25 cm or more or a gestation period of 22 weeks and more) "In this regard, issues of timely diagnosis of the causes and the development of optimal tactics for pregnancy and preterm birth are becoming particularly acute. The problem of preterm birth has always had great social significance. Contrary to the efforts of scientific and practical obstetrics, the frequency of preterm birth does