

# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПСИХОГЕННОЙ ПРОВОКАЦИЕЙ ПРИСТУПОВ

С.ОВЧАРЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, Э.ИЩЕНКО, кандидат медицинских наук,  
М.ДРОБИЖЕВ, доктор медицинских наук, О.ВИШНЕВСКАЯ,  
ММАим. И.М. Сеченова, НЦПЗ РАМН

Бронхиальная астма (БА) является распространенным заболеванием; по данным Европейского общества пульмонологов, в России ей страдают 5—7% взрослого населения (14). Астма занимает видное место в общей структуре заболеваемости, что требует пристального внимания к этой болезни и изучения различных ее аспектов.

В возникновении и развитии БА участвуют разнообразные предрасполагающие, причинные, усугубляющие, обостряющие (триггеры) факторы (17). К последним, наряду с наследственностью, атопией, ингаляционными аллергенами, механическими и химическими сенсibilizаторами, лекарственными аллергенами, курением, вирусной респираторной инфекцией, относят психогенную провокацию приступов (ППП) и гипервентиляционные расстройства (ГР). Проблемы, связанные с изучением влияния эмоциональных и психических факторов на клиническую картину БА, обсуждаются на международном уровне, что свидетельствует об их клиническом значении (2, 16—18, 25—27).

Влияние на развитие БА таких "внешних" факторов, как психоэмоциональное воздействие, может приводить, с одной стороны, к ППП астмы, а с другой — вызвать симптоматику ГР и формирование гипервентиляционного синдрома (ГВС). По данным ряда авторов (22), феномен ППП у 58—65% больных БА сочетается с психическими (преимущественно невротическими) расстройствами (18), что, в свою очередь, может влиять на течение соматического заболевания. Однако и проявления ГВС могут поддерживать воспалительный процесс в бронхах за счет так называемого "фрикционного стресса" (24). Сходное неблагоприятное воздействие на бронхи может оказать и наблюдающееся при ГВС высушивание эндобронхиального секрета, что ведет к повышению его осмоларности (23). Показано также, что ГВС способствует увеличению экспозиции ингаляционных аллергенов и раздражителей (19).

Актуальность изучения БА, сочетающейся с ГВС и ППП, продиктована и очевидными трудностями, с которыми может встретиться врач при лечении таких пациентов. Действительно, недооценка роли ППП и ГВС в клинической картине заболевания может привести к грубым ошибкам: гипердиагностике обострений БА, неоправданному усилению ступенчатой противоастматической терапии, в том числе ошибочному назначению глюкокортикостероидных препаратов, которые могут вызвать выраженные побочные эффекты, приводящие к резкому ухудшению качества жизни пациентов, вплоть до их инвалидизации.

Очевидны и другие проблемы, связанные с необходимостью длительной терапии БА. Реализация современных подходов к продолжительному лечению БА требует от больного как адекватного отношения к заболеванию, так и сотрудничества с врачом. Очевидно, что манифестация в структуре БА проявлений ГВС, может существенным образом видоизменить внутреннюю картину болезни (3, 5, 6, 9) — "внутренний мир больного, все то, что он испытывает ..., его ощущения и представления о своей болезни и ее причинах", — и привести к возникновению нозогенных ре-

акций (10—12), т.е. психопатологических осложнений соматического заболевания, формирующихся по механизму психогенных реакций на совокупность психотравмирующих событий, связанных с переживаемым страданием. **Очевидно, что лечение БА, сочетающейся с ГВС и ППП, невозможно без проведения противоастматической терапии, а также воздействия на ГВС и ППП.**

Верификация ГР у больных БА — актуальная проблема. Существующие инструментальные методы диагностики ГР (спирография, капнография) далеко не всегда могут быть использованы у пациен-

тов с БА. Так, спирография, обнаруживающаяся у больных с ГР увеличение частоты дыхательных движений (ЧДД) и/или глубины дыхания, минутного объема дыхания (МОД), снижение жизненной емкости легких

(ЖЕЛ), изменение показателей газообмена, кислорода и т.д., дает сходные (или даже более выраженные) результаты у большинства пациентов с обструктивными дефектами вентиляции (4, 8, 13.). Столь же малоинформативны в рассматриваемом случае и результаты капнографии. Так, характерное для ГР снижение  $\text{PaCO}_2$  может наблюдаться и при БА (10). Наконец, сама возможность проведения пробы с произвольной гипервентиляцией у больных БА ставится под сомнение (1), поскольку в этом случае, как уже упоминалось выше, возможно развитие острого бронхоспазма (7, 11, 15).

Достоверная диагностика ГР у больных БА связана с новыми, предлагаемыми нами диагностическими критериями, в основу которых положена прежде всего клиническая оценка особенностей соматического и психического состояния пациента (20). К обязательным диагностическим критериям относятся субъективные ощущения нарушения дыхания: тахи- и(или) диспноэ, чаще сочетающиеся с разнообразными "внелегочными" жалобами (головокружение, головная боль, парестезии, ощущение сжатия грудной клетки изнутри или снаружи, кардиалгии, тахикардия, дисфагия, аэрофагия, абдоминальная и мышечная боль, тремор). К явлениям диспноэ относят такие не коррелирующие с дыхательной недостаточностью персистирующие ощущения, как неудовлетворенность вдохом, ощущение нехватки воздуха, "тоскливые" вздохи, зевота, аэрофагия, отрыжка воздухом, сухой кашель, "поведенческая одышка", а также симптомы псевдоаллергии (усиление расстройств при эмоциональной и речевой нагрузке, в закрытых или душных помещениях, при повышенной инсоляции, в присутствии субъективно неприятных запахов).

К рассматриваемым симптомам мы относим также полиморфные приступообразные нарушения дыхания, отличные от наблюдающихся при приступе БА по обстоятельствам возникновения и купирования, характеру телесных ощущений, частоте дыхания, особенностям динамики состояния. Дифференциально-диагностические признаки приведены в таблице.

Данные пикфлоуметрии, спирометрии, капнографии, пробы с произвольной гипервентиляцией и исследования кислотно-щелочного состояния крови (КЩС) рекомендуется использо-

вать в качестве объективизирующих диагностических критериев, позволяющих подтвердить функциональный характер дыхательных нарушений.

Представленные критерии использовались в исследовании, направленном на выявление варианта БА, для которого наиболее характерны ГР. В ходе этой работы было установлено, что у больных БА с ГР отмечается более легкое течение заболевания. Приступы БА нередко протекают в виде эквивалентов (кашлевая астма). Проявления приступа довольно кратковременны, нередко проходят спонтанно или купируются больным. В межприступный период симптомы астмы и(или) дыхательной недостаточности практически отсутствуют, а мокрота чаще всего не выделяется. Характерны высокие показатели максимальной объемной скорости выдоха на уровне 25, 50 и 75% форсированной ЖЕЛ (соответственно МОС<sub>25</sub>, МОС<sub>50</sub>, МОС<sub>75</sub>). Такие больные с ГР реже нуждаются в ежедневном приеме  $\beta_2$ -агонистов. Вместе с тем у них наряду с признаками сравнительно легкого течения БА отмечаются выраженные проявления атопии. Характерно накопление наблюдений с атопической БА. Чаще отмечаются такие триггеры приступов БА, как бытовые аллергены. Проявления острой обратимой бронхообструкции развиваются очень быстро, что может указывать на наличие острой аллергической реакции. У таких пациентов чаще встречается сопутствующий БА атопический дерматит. Наконец, для больных с ГР характерны также выраженные признаки гиперчувствительности бронхов по отношению к психогенному воздействию (эмоциональные триггеры приступа) и физическому усилию.

В формировании клинической картины заболевания участвуют и другие психические факторы. Так, симптомы ГР у рассматриваемой группы пациентов, как правило, манифестируют в подростковом возрасте, еще до возникновения БА, формируя клиническую картину органичного невроза. В первую очередь у таких пациентов отмечается непереносимость разных химических и летучих веществ, пищи, табака, алкоголя, при контакте с которыми появляются разнообразные жалобы — от неопределенного дискомфорта или общего недомогания до головной боли (по типу "обруча" или "clavus hystericus"), ощущения кома в горле, преграды ("заслонки") в дыхательных путях, чувства неудовлетворенности вдохом ("пустое дыхание"), не получающих объективного подтверждения (включая аллергические пробы). Невротическая природа описанных расстройств проявляется в особой, избирательной чувствительности к "поллютантам", когда один и тот же запах оказывается "раздражающим" или "патогенным" — в зависимости от обстоятельства экспозиции (например, в домашних условиях или на работе). Кроме того, описанные симптомы обнаруживают ситуационную и(или) психогенную обусловленность. Так, ГР всякий раз появляются в субъективно значимых ситуациях (например, конфликты в семье или на работе, неприятный разговор по телефону) и полностью исчезают по их прошествии. Зачастую они не расцениваются как болезненные самими пациентами и окружающими, не служат поводом для обращения за медицинской помощью, не сопряжены и со сколько-нибудь значительной утратой трудоспособности.

Дальнейшая динамика ГР зависит от дебюта и течения БА. На фоне астмы ГР приобретает постоянный характер. Более того, у некоторых больных формируются панические атаки, напоминающие приступ БА. Последние провоцируются "условно-патогенными" (в аспекте легочной патологии) средовыми факторами (пребывание в метрополитене, контакт со все расширяющимся кругом поллютантов или раздражителей, тем не менее не являющих-

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПРИСТУПА БА И ГР

Признак	Приступ БА	Приступообразные ГР
Обстоятельства возникновения	Контакт с аллергенами, инфекция	Замкнутое, душное помещение, субъективно неприятные запахи или пища, обычно не являющиеся аллергенами, и т.д.
Характер ощущений	Затруднен выдох или приступообразный кашель	Ощущение неполноты вдоха, нехватки воздуха, сопряженное с желанием "наполнить легкие кислородом", пароксизмальные поперхивания, зевота
Частота дыхания	Может быть нормальной, пониженной или повышенной	Незначительно повышена
Особенности динамики	Тяжесть симптомов нарастает и уменьшается постепенно. Средняя продолжительность острой бронхообструкции около 1 ч	Выраженность проявлений нарастает и уменьшается за несколько минут. Симптомы непродолжительны (несколько минут)
Аускультативная картина	Сухие свистящие хрипы	Везикулярное дыхание
Обстоятельства купирования	Купируются ингаляционными $\beta_2$ -агонистами или посредством внутривенных инъекций метилксантинов или их сочетания с глюкокортикостероидами	Как правило, проходит спонтанно

ся аллергенами, и т.д.) и не сопровождаются ухудшением бронхиальной проходимости. На первом плане в клинической картине панической атаки — более выраженные и полиморфные (по сравнению с наблюдающимися при поведенческой одышке нарушения дыхания, связанные, как правило, с ощущением препятствия для тока воздуха. Причем такие ощущения, локализуясь в области горла, грудной клетки или живота, характеризуются яркостью, образностью и отчетливой предметностью ("горло сжимает", "сердце колотится, стучит, готово выскочить из груди", в нем возникает "гвоздь" или "игла", живот "раздувается" или напротив, он "спазмируется" и т.д.), достигая иногда степени телесных фантазий ("инородное тело в горле или грудной клетке").

Совокупность представленных особенностей течения заболевания, распространяющихся на его тяжесть, основные проявления, лечебную тактику, сопутствующие психические расстройства, позволяет предположить, что **БА у больных с ГР может рассматриваться в качестве самостоятельного клинического варианта течения заболевания.** В пользу такого предположения свидетельствует следующее. Хотя в пределах выявленных особенностей БА могут быть выделены признаки, свойственные уже описанным ранее вариантам течения (БА легкого течения, атопическая, физическое усилие, нервно-психическая), в рассматриваемом случае не они определяют всю полноту клинической картины заболевания. Действительно, основанием для выделения описанной группы больных БА послужило наличие у них клинических признаков, которые традиционно рассматриваются в качестве "психосоматического компонента" астмы: ГР, психогенная провокация приступов и т.д. (7,21,22). Соответственно, БА с ГР может рассматриваться как особый психосоматический вариант БА.

Резюмируя изложенное, следует подчеркнуть, что нередко пульмонолог встречается с пациентами, страдающими БА в сочетании с ГР. Для выявления ГР могут использоваться диагностические критерии, предложенные в настоящей статье. При планировании диагностических мероприятий необходимо помнить о том, что поскольку значительная часть жалоб на нарушения дыхания

не связана с острой бронхообструкцией, а носит функциональный характер, этой группе больных необходимо рекомендовать использование пикфлоуметра перед применением симпатомиметиков по потребности, для объективизации состояния. При лечении таких больных следует также предусмотреть возможность назначения анксиолитических (противотревожных) препаратов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимов В.И. Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача. — Рязань, 2001 — 136 с.
2. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института "Сердце, Легкие, Кровь" (США) и Всемирной организации здравоохранения. — Пульмонология (Приложение), 1996. — 165 с.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — М., 1944. — 146 с.
4. Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия. /Под ред. Г. Б. Федосеева. — СПб.: Нормед-Издот, 1998. — 688 с.
5. Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. /Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. — Л., 1976. — С. 95—98.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
7. Овчаренко СИ., Дробижев М.Ю., Ищенко Э.Н., Вишневская О.В., Батулин К.А. и соавт. Опыт применения тианептина при гипервентиляционном синдроме у больных бронхиальной астмой. //Клин. фармакол. и терапия, 2001; 10(5):61—63.
8. Рис Дж. Диагностические тесты в пульмонологии. — М.: Медицина, 1994. — 237 с.
9. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования "внутренней картины болезни". — В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. /Под. ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 38—62.
10. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). — В кн.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. /Под ред. А.Б. Смулевича и А.А. Сыркина. — М., 1994. — С. 2—19.
11. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и соавт. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). // Журн. Невропатол. и психiatr. им. С.С. Корсакова, 1997, Т.97. — С.4—9.
12. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В. К проблеме нозогений. — В кн.: Ипохондрия и соматоформные расстройства. / Под ред. А.Б. Смулевича. — М., 1992. — С. 111—123.
13. Стручкова П.В., Винницкая Р.С., Люкевич И.А. Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания. — М., 1996. — 72 с.
14. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма, гож. — М., 1997.
15. Argyros G.J., Roach J.M., Hurwitz K.M., Eliasson A.H., Phillips Y. Eucapnic voluntary hyperventilation as a bronchoprovocation technique: development of as a standardized dosing schedule in asthmatics. //Chest., 1996, Jun; 109 (6): 1520—4.
16. Asthma Management and Prevention. Public Health, Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood.// Institute NIH Publication, No. 96—3659A, December, 1995.
17. Global Initiative for Asthma (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NHLBI / WHO Workshop Report, March 1993). — National Institutes of Health / National Heart, Lung, and Blood. //Institute, Publication, Number, 1995, 95 — 3659.
18. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Clinical Practice Guidelines Expert Panel Report 2. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood. //Institute — NIH publication. — №97—4051, 1997.
19. Helenius I.J., Tikkanen H.O., Haahela I Association between type of training and risk of asthma in elite athletes. //Thorax, 1997, Feb;52(2): 157-60.
20. Howell J.B.L Behavioural breathlessness.//Thorax, 1990; 45:287—292.
21. Hornnick D.N., Pratt H.D. Respiratory diseases with a psychosomatic component in adolescents. //Adolesc Med., 2000 Oct; 11(3):547—65.
22. Lehrer-PM Emotionally triggered asthma: a review of research literature and some hypotheses for self-regulation therapies. //Appl-Psychophysiol-Biofeedback, 1998 Mar; 23 (1); 13—41.
23. Makker H.K., Springall D.R., Redington A.E., Ghatei M.A., Bloom S.R., Poldak J.M., Howarth P.H., Holgate S.T. Airway endothelin levels in asthma: influence of endobronchial hypertonic saline challenge Clin Exp Allergy, 1999, Feb; 29(2):241—7.
24. Singh V, Chowdhary R, Chowdhary N. The role of cough and hyperventilation in perpetuating airway inflammation in asthma. //J. Assoc Physicians India, 2000, Mar; 48(3):343—5.
25. Strunk R.C. Workshop on the identification of the fatality — prone patient with asthma. Summary of workshop discussion. — J.Allergy Clin. Immunol, 1987. — Vol.80, R 455—457.
26. Strunk R.C, Mrazek D.A., Fuhrmann G.S.W., La Breque J.F. Physiological and psychological characteristics associated with deaths due to asthma in childhood: a case controlled study. — JAMA, 1985. — Vol.254, P. 1193—1198.
27. Weiner H. (ed): Bronchial asthma. In Psychobiology and Human Disease, Elsevier. — New York, 1977, P. 223—317.