

УДК 616-056.3 (477.74)

*О.В. Гармидер, А.И. Гоженко***СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ  
ПОЛЛИНОЗОМ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ**

Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта МОЗ Украины, г. Одесса

**Резюме.** В статье представлены данные по изучению и оценке психоэмоционального статуса и вегетативного гомеостаза у больных поллинозом разной степени тяжести. Исследование проводилось в период обострения заболевания. Использовались психологические методы исследования: методика САН, шкала Спилберга-Ханина; шкала HADS. Состояния вегетативной нервной системы изучалось с помощью анкетирования по А.М. Вейну. Полученные результаты свидетельствуют о наличии психоэмоционального напряжения, вегета-

тивной дисфункции у исследуемых, усиливающихся с ростом степени тяжести поллиноза. Изменение уровня тревоги и депрессии имеет обратную направленность: при легком течении эти характеристики выше, чем при среднем и тяжелом, что говорит о психологической адаптации в восприятии болезни у больных поллинозом с увеличением длительности заболевания.

**Ключевые слова:** поллиноз, психоэмоциональный статус, вегетативный гомеостаз.

**Введение.** Формирование аллергических реакций тесно связано с изменениями в состоянии центральной и вегетативной нервных систем [18, 19, 20]. На сегодняшний день признана существенная роль психологических факторов в возникновении, течении и лечении аллергических заболеваний [17, 22, 23]. Являясь первой эмоциональной ситуативной реакцией на различные негативные воздействия, состояние тревоги не просто влияет на психологический статус больного, а способствуют утяжелению течения заболевания [2, 4]. Исследования субъективного восприятия болезни с помощью характеристик, отражающих удовлетворенность – неудовлетворенность своим состоянием, благополучие – неблагополучие, позволяют оценить психологическое состояние пациента, страдающего аллергической патологией [7, 13, 16]. Изучение психоэмоционального статуса при аллергии требует учета нейровегетативных механизмов, осуществляющих связь высших нервных центров с внутренними органами и системами [1, 6, 12, 21]. Изменения в состоянии симпатического и парасимпатического отделов влияют на интенсивность иммунных реакций. Считается, что на момент сенсibilизации активность симпатического звена повышена, но при сформированной аллергической реакции преобладают вагусные влияния. Функциональные проявления вегетативной дисфункции при аллергии существенно снижают качество жизни пациентов, что усугубляет психоэмоциональное напряжение, приводит к депрессии. Изменение функционального состояния влияет на результативность трудовой и профессиональной деятельности, и может представлять медико-социальную проблему для больных аллергией [5, 14]. Поллиноз с характерными для него полисистемными и полиорганными клиническими проявлениями является классическим аллергическим заболеванием, в основе патогенеза которого лежит реакция немедленного типа [11, 15]. Наше исследование выполняло задачу по диагностике роли функционального состояния центральной и вегетативной нервных систем у больных поллинозом.

**Цель исследования.** Изучить и оценить психоэмоциональный статус и вегетативный гомеостаз у больных поллинозом разной степени тяжести.

**Материал и методы.** Было осмотрено и затем обследовано 24 человека больных поллинозом в состоянии обострения в возрасте от 16 до 50 лет. Все пациенты давали добровольное согласие на проведение исследования. Обследуемые были распределены по группам по степени тяжести: легкая – семь человек, средняя – 10 человек, тяжелая – семь человек. Критерии степени тяжести поллиноза – длительность заболевания, выраженность патологии, её распространенность на органы и системы, наличие или отсутствие перекрестных аллергических реакций, сохранение работоспособности, полноценного сна. У больных поллинозом легкой степени длительность заболевания не превышала трех лет. Клиническая картина ограничивалась аллергическим ринитом или риноконъюнктивальным синдромом, общей слабостью. Работоспособность и ночной сон были сохранены. У больных с течением поллиноза средней степени тяжести стаж болезни составил от трех до семи лет. Пациенты страдали риноконъюнктивальным синдромом, бронхиальной астмой, перекрестной пищевой аллергией, жаловались на нарушение трудоспособности, сна. В третьей группе патология проявляла себя на протяжении пяти, семи и более лет. Интенсивностью таких клинических проявлений как слабость, повышенная раздражительность, потливость, субфебрильная температура, колебания артериального давления, ринит, конъюнктивит, фарингит, бронхиальная астма, энтерит, кожные высыпания, перекрестная пищевая аллергия, отсутствие сна определяло тяжелое течение поллиноза.

Оценка психоэмоционального статуса проводилась в период обострения заболевания, использовались психологические методы исследования: методика САН – самочувствие, активность, настроение; шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спил-

берга, Ю.Л. Ханина); госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [8, 10].

При тестировании по методике САН обследуемому предлагалось описать свое состояние на момент исследования, отмечая степень выраженности каждой из 30 пар полярных характеристик. Результаты заносились в таблицу, имеющую шкалу цифр для каждой пары признаков. Средний балл шкалы равняется 4. Оценки выше 4 говорят о том, что человек хорошо себя чувствует, находится в благоприятном состоянии. Если результат ниже четверки, то это свидетельствует о неблагоприятном состоянии. Низкий уровень данных показателей указывает дезадаптивное состояние у пациента [9]. Методика Спилберга-Ханина использовалась для определения уровня тревожности. Пациент заполнял две таблицы, содержащие по 20 характеристик с цифровыми шкалами – личностной и реактивной тревожности. Личностная тревожность – устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая тенденции воспринимать многие ситуации как угрожающие, опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Оценка результатов проводилась по сумме полученных баллов: до 30 баллов – низкая тревожность; 31-45 баллов – умеренная тревожность, 46 и более баллов – высокая тревожность. Шкала HADS, предназначенная для скринингового выявления тревоги и депрессии, составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: подшкала А – «тревога» и подшкала D «депрессия». Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие нарастание тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале (А и D): 0-7 баллов – норма; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для диагностики состояния вегетативной нервной системы использовались анкеты двух

типов: «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» по А. М. Вейну и рекомендованная «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» [3]. При заполнении вопросника больной подчеркивал ответ «Да» или «Нет», стоящие около каждой характеристики. В случае положительного ответа каждому симптому было придано соответствующее количество баллов от 1 до 10, по его удельному весу среди различных симптомов вегето-сосудистой дистонии (ВСД). Общая сумма баллов, полученная при изучении признаков по вопроснику, у здоровых лиц не превышает 15, в случае же превышения можно говорить о наличии ВСД, более 25 баллов – необходимость медикаментозной коррекции. Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений заполнялась врачом. Полученная сумма баллов не должна превышать 25, если количество баллов выше, также можно говорить о наличии ВСД. Статистическая обработка результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента с использованием пакета прикладных программ EXCEL.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Исследование состояния тонуса ВНС (табл.1) у больных поллинозом с помощью анкет двух типов позволило выявить у большинства пациентов (даже у лиц, не предъявляющих активных жалоб) вегетативную дисфункцию. Согласно «Вопроснику для выявления признаков вегетативных изменений» по А.М. Вейну все больные с поллинозом тяжелой степени набрали  $27,7 \pm 2,2$  балла. Основные жалобы: изменение цвета лица при волнении, повышенная потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, головные боли, ухудшение самочувствия при смене погоды, раздражительность, беспокойство, наличие вегетативных кризов, мигреней. При объективном обследовании обращали на себя внимание следующие симптомы: изменение окраски кожи – пятна, гиперемия или мраморная, стойкий красный дермографизм, потливость, лабильность пульса и артериального давления. Согласно «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», состояние исследуемых в этой группе соответствовало  $34,6 \pm 2,26$  балла. Больные поллинозом средней степени выраженности по-

Таблица 1

#### Оценка состояния тонуса ВНС у больных поллинозом разной степени тяжести (M±m)

Методы исследования	Больные поллинозом			
	Здоровые n=10	Легкое течение n=7	Среднее течение n=10	Тяжелое течение n=7
Вопросник по А.М. Вейну	11,7±0,9	16±0,84 p<0,01	20,2±1,17 p<0,001	27,7±2,2 p<0,001
Схема исследования вегетативных нарушений	10,4±1,15	20,4±1,53 p<0,001	25,1±1,9 p<0,001	34,6±2,26 p<0,001

Примечание. p – достоверность различия с группой здоровых больных поллинозом легкой, средней и тяжелой степени

Таблиця 2

## Оценка психоэмоционального статуса у больных поллинозом разной степени тяжести (M±m)

Показатели		Больные поллинозом			
		Здоровые n=10	Легкое течение n=7	Среднее течение n=10	Тяжелое течение n=7
Методика САН	Самочувствие	5,0±0,5	4,3±0,53	3,34±0,32 p<0,02	2,6±0,54 p<0,01
	Активность	5,2±0,5	4,63±0,66	3,6±0,36 p<0,01	3,6±0,46 p<0,02
	Настроение	5,1±0,4	4,76±0,56	3,5±0,59 p<0,02	3,6±0,63 p<0,05
	Общая	5,0±0,4	4,52±0,52	3,45±0,38 p<0,005	3,2±0,06 p<0,001
Методика Спилберга	Реактивная тревожность	24±2,5	31,43±4,2 p<0,1	25,75±3,23	28,17±3,0
	Личная тревожность	31±3,0	43,14±3,9 p<0,02	41,38±3,25 p<0,02	42,83±3,57 p<0,02
Тест HADS	Уровень тревоги	5,1±1,0	7,29±1,5 p<0,1	4,5±0,78	5,17±1,1
	Уровень депрессии	4,7±1,6	6,29±1,8 p<0,1	3,75±0,17 p<0,1	5,33±1,18 p<0,1

Примечание. p – достоверность различия с группой здоровых больных поллинозом легкой, средней и тяжелой степени

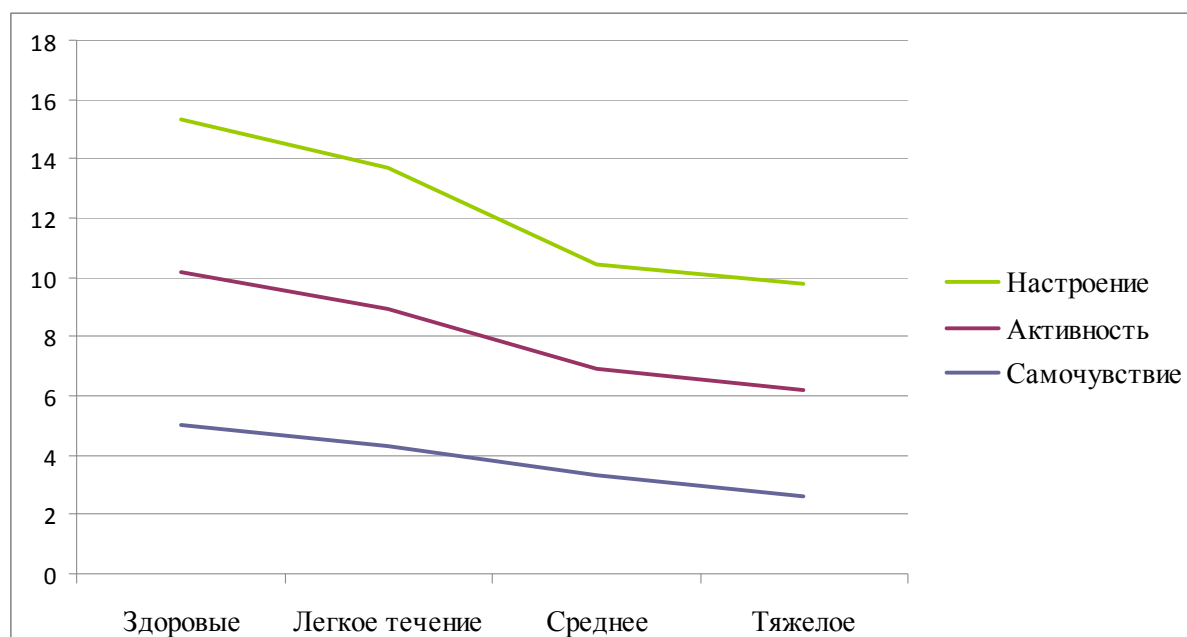


Рис. 1. Результаты оценки больных поллинозом в период обострения по методике САН

казали результаты 20,2±1,17 балла – по вопросу по А.М. Вейну и 25,1±1,9 балла при применении «схемы». Жалобы чаще предъявлялись на снижение работоспособности, быструю утомляемость, нарушение сна, повышенную потливость, покраснение или побледнение при волнении, метеочувствительность, резкую смену настроения, астению. При осмотре – стойкий дермографизм, локальная потливость, лабильность сердечного ритма и артериального давления. У больных с легким течением поллиноза набрали 16±0,84 балла согласно «вопроснику» и 20,4±1,53 балла со-

гласно «схеме». Осмотр больных этой группы также выявлял стойкий красный дермографизм, изменение окраски кожи, сердцебиение. Основные жалобы: повышенная утомляемость, потливость.

Таким образом, с нарастанием тяжести течения поллиноза усиливается интенсивность вегетативных изменений, а при тяжелом течении поллиноза есть необходимость медикаментозной коррекции вегетативной дисфункции.

В таблице 2 представлены результаты оценки психоэмоционального статуса по методике

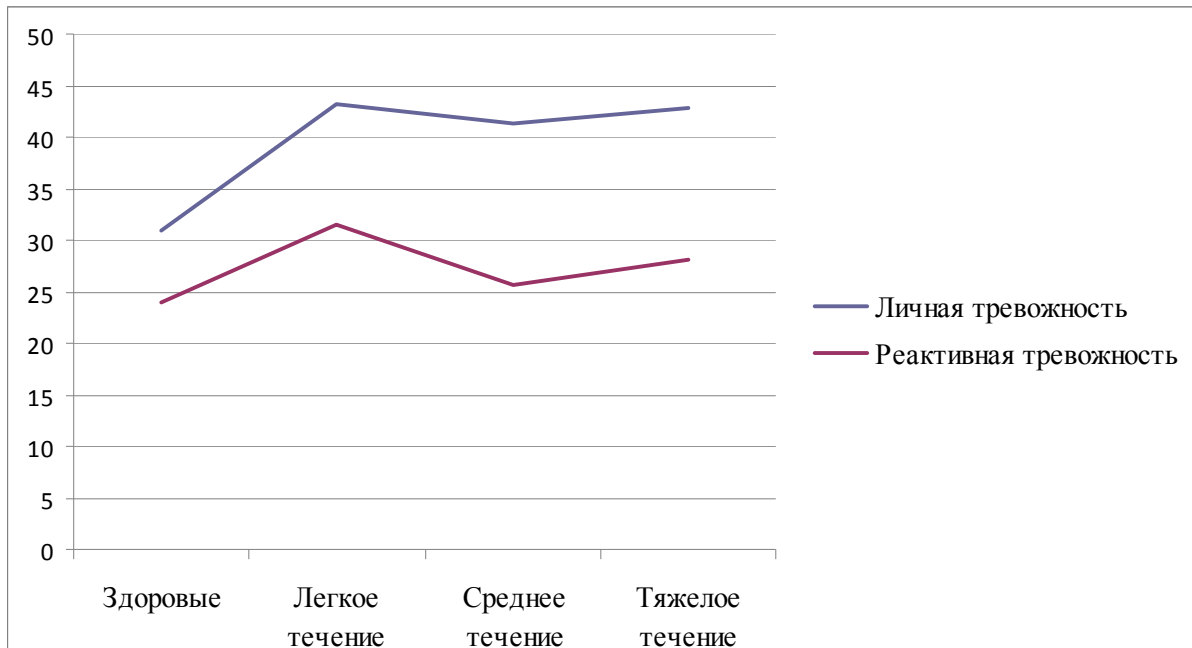


Рис. 2. Результаты оценки больных поллинозом в период обострения по методике Спилберга-Ханина

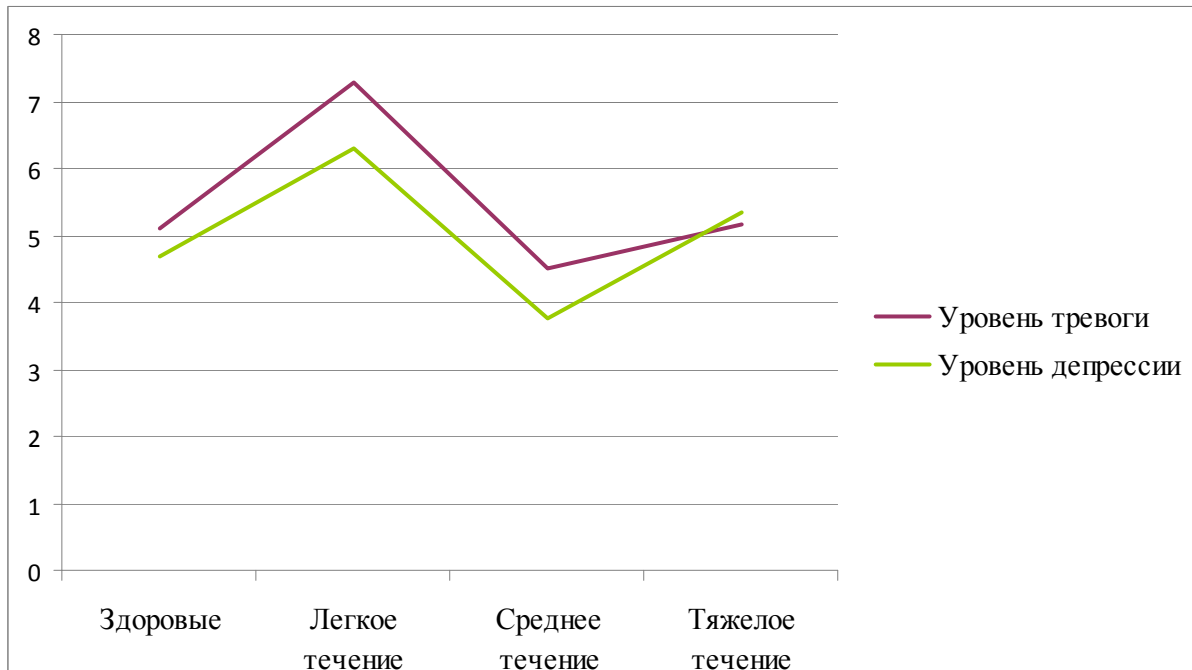


Рис. 3. Результаты оценки больных поллинозом в период обострения по шкале HADS

САН, шкалы самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и шкалы HADS.

Анализ полученных данных показал, что с ростом тяжести заболевания самооценка больными своего функционального состояния по методике САН понижается. Больные с легким течением поллиноза продемонстрировали результаты незначительно отличающиеся от контрольной группы:  $4,3 \pm 0,53$ ;  $4,63 \pm 0,66$ ;  $4,52 \pm 0,52$  – самочувствие, активность, настроение соответственно. В целом психоэмоциональное состояние испытуемых этой группы можно признать удовлетворительным, хотя средний балл по трем шкалам –  $4,52 \pm 0,52$  – свидетельствует об изменчивости настроения. В группе с течением заболевания

средней тяжести цифры свидетельствуют о неблагоприятном состоянии:  $3,34 \pm 0,32$ ,  $3,6 \pm 0,36$  и  $3,5 \pm 0,59$ . Средний балл –  $3,45 \pm 0,38$  – указывает на преобладание плохого настроения. При тяжелом течении поллиноза показатели сходны с таковыми при среднем течении. Ухудшается самочувствие –  $2,6 \pm 0,54$ , активность –  $3,6 \pm 0,46$  – и настроение –  $3,6 \pm 0,63$  – не изменены. Средний показатель –  $3,2 \pm 0,06$  – подтверждает негативное настроение. В целом, снижение показателей самочувствия, активности и настроения по мере утяжеления поллиноза, говорит о наличии психоэмоционального напряжения, стрессированности организма и усилении его с ростом тяжести заболевания.

Самооценка больными поллинозом уровня тревожности по шкале Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина показала, что личная тревожность во всех группах исследуемых умеренно повышена по сравнению с контрольной группой и не различима с ростом тяжести заболевания:  $43,14 \pm 3,9$  – легкое течение,  $41,38 \pm 3,25$  – среднее течение,  $42,83 \pm 3,57$  – тяжелое течение поллиноза. Уровень реактивной тревожности умеренно повышен при легком течении –  $31,43 \pm 4,2$ , и остается низким при среднем –  $25,75 \pm 3,23$  и тяжелом –  $28,17 \pm 3,0$  течении заболевания. Уровень личной и реактивной тревожности у больных с легким течением выше, чем при среднем и тяжелом течении. Учитывая корреляцию этих показателей, можно говорить, что эмоциональное восприятие заболевания у больных поллинозом в период его возникновения, а также при небольшой длительности (до трёх лет) является более острым и напряженным, чем при продолжительном течении (5,7 и более лет).

Результаты обследования пациентов по шкале HADS свидетельствуют об отсутствии выраженного состояния тревоги и депрессии на момент обострения поллиноза во всех трех группах. При среднем ( $4,5 \pm 0,78$  – уровень тревоги,  $3,75 \pm 0,17$  – уровень депрессии) и тяжелом ( $5,17 \pm 1,1$  – уровень тревоги,  $5,33 \pm 1,18$  – уровень депрессии) течении поллиноза показатели соответствовали норме. При легком течении заболевания уровень тревоги незначительно превышал норму –  $7,29 \pm 1,5$ , а уровень депрессии –  $6,29 \pm 1,8$  ей соответствовал, но был выше, чем в контрольной группе и выше, чем при среднем и тяжелом течении. Шкала HADS также показала, что эмоциональная реакция в случаях легкого течения поллиноза ярче, чем при среднем и тяжелом течении. Соответствие результатов по шкале Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и по шкале HADS говорит о том, что у обследованных нами больных поллинозом со временем меняется отношение к болезни, они адаптируются к своему состоянию, что демонстрируют цифры, полученные у пациентов со средним и тяжелым течением поллиноза (рис. 3).

Таким образом, психологические тесты выявили изменения в состоянии эмоциональной сферы у больных поллинозом в процессе заболевания и его зависимость от тяжести течения.

### Выводы

1. Для больных поллинозом в стадии обострения характерна вегетативная дисфункция, нарастающая со степенью тяжести поллиноза.
2. С ростом тяжести поллиноза на момент обострения усиливается психоэмоциональное напряжение.
3. Стрессирующее воздействие аллергенов на sensibilized организм вызывает напряженность физиологического гомеостаза у больных аллергией.
4. Эмоциональное восприятие болезни у страдающих поллинозом меняется в зависимости

от степени тяжести заболевания: больные с легким течением показали уровень тревоги и депрессии выше, чем больные со средним и тяжелым течением, что свидетельствует о приспособительной тенденции, психологической адаптации.

### Литература

1. Левіщенко В.С. Обґрунтування шляхів удосконалення діагностики та лікування алергічних ринітів / В.С. Левіщенко. – К.: НИФП, 2006. – 19 с.
2. Ахметова О.С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. психол. наук: 19.00.04 / Ахметова О. С. – СПб., 2009. – 21 с.
3. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – С. 743-752.
4. Горностаева Е.Ю. Влияние вегетативной нервной системы на развитие хронической болезни почек у больных метаболическим синдромом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.29 / Горностаева Е.Ю. – М., 2010. – 22 с.
5. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний: учеб. пособие / Данилова Н.Н. – М.: Изд-во МГУ, 1992. – С. 4-5.
6. Дубровина Л.Н. Особенности вегетативного гомеостаза и психосоматического статуса при atopическом дерматите у подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Дубровина Л.Н. – Томск: СибГМУ, 2008. – 21 с.
7. Иванов С.В. Атопический дерматит и психические расстройства: психосоматические соотношения / С.В. Иванов, А.Н. Львов, А.В. Миченко // Леч. врач. – 2009. – № 10. – С. 9-14.
8. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – С. 313-316.
9. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. Т. 1: пер. с англ. / Г.И. Каплан, Б. Дж Сэддок. – М.: Медицина, 1994. – С. 466-471.
10. Карелин А.А. Большая энциклопедия психологических тестов / А.А. Карелин. – М.: ЭКСМО, 2007. – С. 32-34.
11. Лусс Л.В. Применение специфической иммунотерапии при сочетании аллергии и невротозов / Л.В. Лусс // Провизор. – 1999. – № 8. – С. 51-52
12. Нейровегетативная регуляция кардиореспираторной функциональной системы у больных бронхиальной астмой / В.Н. Марченко, В.И. Трофимов, В.А. Александрин [и др.] // Вестн. современ. клин. мед. – 2010. – Т. 3, Вып. № 3. – С. 26-29.
13. Особенности психовегетативных нарушений у подростков с бронхиальной астмой / А.И. Рывкин, И.Н. Троицкая, В.М. Михайлов [и др.] // Педиатрия. – 2004. – № 5. – С. 61-64
14. Психология труда: учебн. / А.В. Карпов, Е.В. Конева, Е.В. Маркова [и др.]; под общ. ред. проф. А.В. Карпова. – М.: ВЛАДОС-ИПРЕСС, 2003. – С. 196-212.
15. Пухлик Б.М. Элементарная аллергология / Б.М. Пухлик. – Винница: Велес, 2002. – 148 с.
16. Яремчук С.Э. Исследование психоэмоционального статуса больных аллергическим и полипозным риносинуситом / С.Э. Яремчук // Ринология. – 2008. – № 1. – С. 25-29.
17. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Like Behavioral Problems and Parenting Stress in Pediatric Allergic Rhinitis/ Young Sik Lee, Se Hee Kim, Ji Hee You [et al.] // Psychiatry Investigation. – 2014. – Vol 11 (3). – P. 266-271.

18. Bienenstock J. Allergy and the Nervus System / J. Bienenstock // Chemical Immunology and Allergy. Basel, Karger. – 2012. – Vol. 98. – P. 48-63.
19. Buske-Kirschbaum A. Cortisol Responses to Stress in Allergic Children: Interaction with the Immune Response / A. Buske-Kirschbaum // Neuroimmunomodulation. – 2009. – Vol. 16. – P. 325-332
20. Christiane Liezmann. Stress, atopy and allergy / Christiane Liezmann, Burghard Klapp and Eva M.J. Peters// Dermatoendocrinology. – 2011. – Vol. 3 (1). – P. 37-40.
21. Kim D. Neural aspects of allergic rhinitis / D. Kim, J.N. Baraniuk // Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery. – 2007. – Vol. 15 (4). – P. 268-273.
22. Mental Stress in Atopic Dermatitis – Neuronal Plasticity and the Cholinergic System Are Affected in Atopic Dermatitis and in Response to Acute Experimental Mental Stress in a Randomized Controlled Pilot Study / Eva Milena Johanne Peters mail, Anna Michenko, Jörg Kupfer [et al.] // Plos one. – December 02, 2014. – DOI: 10.1371/journal.pone.0113552.
23. Personality characteristics in chronic and non-chronic allergic conditions / A. Buske-Kirschbaum, M. Ebrecht, S. Kern [et al.] //Brain Behavior and Immunity. – 2008. – Vol. 22 (5). – P. 762-768.

## СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ У ФАЗІ ЗАГОСТРЕННЯ

*О.В. Гармідер, А.І. Гоженко*

**Резюме.** У статті представлені дані з вивчення і оцінки психоемоційного статусу і вегетативного гомеостазу у хворих на поліноз різного ступеня. Дослідження проводилося в період загострення захворювання. Використовувалися психологічні методи дослідження: методика САН, шкала Спілберга-Ханина; шкала HADS. Стани вегетативної нервової системи вивчалися за допомогою анкетування за методом А. М. Вейна. Отримані результати свідчать про наявність психоемоційного напруження, вегетативної дисфункції в досліджуваних, таких, що посилюються із зростанням ступеня тяжкості полінозу. Зміна рівня тривоги і депресії має зворотну спрямованість: при легкій течії ці характеристики вищі, ніж при середньому і тяжкому, що говорить про психологічну адаптацію в сприйнятті хвороби у хворих на поліноз зі збільшенням тривалості захворювання.

**Ключові слова:** поліноз, психоемоційний статус, вегетативний гомеостаз.

## STATE OF PSYCHOEMOTIONAL SPHERE IN PATIENTS SUFFERING FROM POLLINOSIS IN ACUTE PHASE

*O.V. Harmider, A.I. Gozhenko*

**Abstract.** The article presents results of study and evaluation of the psychoemotional state and vegetative homeostasis of patients with varying severity of pollinosis. The research was conducted during exacerbation and remission periods. There were used following psychological research methods: WAM inquirer, Spielberger – Hanin scale, HADS-scale. For the autonomic system diagnostics we used the questioning of A. Vein. Obtained data demonstrate the presence of neurosis, autonomic disfunction of the tested, which enhance with increasing severity rate of pollinosis. Changes in the level of anxiety and depression have the opposite direction: for the mild course these characteristics are higher, than for medium or heavy, which indicates psychological adaptation in disease perception of patients with increasing duration of pollinosis.

**Key words:** pollinosis, psychoemotional state, vegetative homeostasis.

Ukrainian research institute of transport medicine (Odessa)

Рецензент – доц. О.С. Юрценюк

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 1 (73). – P. 34-39

Надійшла до редакції 04.01.2015 року