

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.И. Овчаренко, Э.Н. Ищенко, М.Ю. Дробижев

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

У больных бронхиальной астмой (БА) в межприступном периоде нередко отмечаются гипервентиляционные расстройства (ГР), обозначаемые разными авторами как "гипервентиляционный синдром", "симптоматическая гипервентиляция", "синдром дыхательного дискомфорта" [1-3]. Известно, что клинические проявления ГР отличаются большим разнообразием и вариабельностью. ГР могут существенным образом изменять клиническую картину БА. В ряде случаев они значительно усугубляют субъективное ощущение тяжести заболевания пациентами, что может приводить к переоценке степени тяжести БА, назначению неадекватной терапии, понижению комплайенса пациентов. Кроме того, существует мнение, что гипервентиляция выступает в качестве одного из триггеров приступа БА [4-6].

Диагностика ГР

Верификация ГР у больных БА представляет собой актуальную проблему. Существующие инструментальные методы диагностики ГР - спирография, капнография - далеко не всегда могут быть использованы у больных БА. Так, изменения функции внешнего дыхания, обнаруживаемые 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 - могут наблюдаться (и даже быть более выраженными) у большинства пациентов с обструктивными нарушениями вентиляции [7-9]. Столь же малоинформативными могут быть в рассматриваемом случае и результаты капнографии. Так, характерное для ГР снижение альвеолярной концентрации PaCO_2 может наблюдаться и у пациентов с БА без ГР [10]. Наконец, сама возможность проведения пробы с произвольной гипервентиляцией у больных БА ставится под сомнение [10], поскольку в этом случае возможно развитие остро бронхоспазма [4-6].

Диагностика ГР у больных БА, по нашему мнению, должна основываться прежде всего на клинической оценке особенностей соматического и психического состояния пациента [11, 12].

К основным (обязательным) диагностическим критериям относятся субъективные ощущения нарушения дыхания: тахипноэ и/или диспноэ, сочетающиеся чаще всего с разнообразными внелегочными жалобами (головокружение, головная боль, парестезии, ощущение сжатия грудной клетки изнутри или снаружи, кардиалгии, тахикардия, дисфагия, аэрофагия, абдоминалгии, мышечная боль, тремор).

Разделяем мнение Howell J.V.L. [13] о том, что к явлениям диспноэ относят такие не коррелирующие с дыхательной недостаточностью персистирующие ощущения, как неудовлетворенность вдохом, чувство нехватки воздуха, "тоскливые" вздохи, зевота, аэрофагия, отрыжка воздухом, сухой кашель, "поведенческая одышка", а также симптомы псевдоаллергии (усиление расстройств при эмоциональной, речевой нагрузках, в закрытых или душных помещениях, при повышенной инсоляции, в присутствии субъективно неприятных запахов).

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

Данные пикфлоуметрии, спирометрии, капнографии, пробы с произвольной гипервентиляцией и исследования кислотно-щелочного состояния крови рекомендуется использовать в качестве дополнительных диагностических критериев, позволяющих подтвердить функциональный характер дыхательных нарушений.

Особенности клинической картины БА с ГР

Представленные критерии использовались нами в исследовании, направленном на выявление варианта БА, для которого наиболее характерны ГР.

В ходе этой работы установлено, что у больных БА с ГР отмечается более легкое течение БА. Приступы БА нередко протекают в виде эквивалентов (кашлевая астма). Проявления приступа достаточно кратковременны, нередко проходят спонтанно или купируются самим больным. В межприступный период симптомы БА и дыхательной недостаточности практически отсутствуют, а мокрота чаще всего не выделяется. Характерны высокие показатели максимальной объемной скорости выдоха (МОС) на уровне 25, 50 и 75% форсированной ЖЕЛ (МОС_{25%}, МОС_{50%}, МОС_{75%}). Соответственно больные с ГР реже нуждаются в ежедневном приеме β_2 -агонистов.

Наряду с признаками сравнительно легкого течения БА у этих пациентов отмечаются выраженные проявления атопии. Чаще отмечаются такие триггеры приступов БА, как бытовые ал-

Признак	Приступ БА	Приступообразные ГР
Обстоятельства возникновения	Контакт с аллергенами, инфекция	Замкнутое или душное помещение, субъективно неприятные запахи и пища, обычно не являющиеся аллергенами, эмоциональная нагрузка
Характер ощущений	Затруднен выдох или приступообразный кашель	Ощущение неполноты вдоха, чувство нехватки воздуха, сопряженное с желанием "наполнить легкие кислородом", пароксизмальные поперхивания, зевота
ЧДД	Может быть как нормальной, так сниженной 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 β_2 -агонистами или другими бронхолитиками	Как правило, проходят спонтанно

лгерены. Проявления острой бронхообструкции развиваются очень быстро, что может указывать на наличие острой аллергической реакции. У таких пациентов чаще встречается сопутствующий атопический дерматит.

Наконец, для больных с ГР характерны выраженные признаки гиперчувствительности бронхов по отношению к психогенному воздействию (эмоциональные триггеры приступа) и физическому усилению.

Участвуют в формировании клинической картины заболевания и другие психические факторы. Так, у описываемой группы пациентов симптомы ГР, как правило, манифестируют в подростковом возрасте, еще до возникновения БА, формируя клиническую картину органического невроза. В первую очередь у таких пациентов появляется непереносимость разных химикатов, летучих веществ, пищи, табака, алкоголя, при контакте с которыми возникают разнообразные жалобы, варьирующие от неопределенного дискомфорта, общего недомогания до головных болей (по типу "обруча" или "clavus hystericus"), ощущения комка в горле, преграды (заслонки) в дыхательных путях, чувства неудовлетворенности вдохом ("пустое дыхание"). Эти жалобы не находят объективного подтверждения (в том числе при аллергопробах). Невротическая природа описанных расстройств проявляется в особой избирательной чувствительности к "поллютантам", когда один и тот же запах оказывается "раздражающим" или "патогенным" в зависимости от обстоятельств 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 проходят по их миновании. Зачастую самими больными и их окружающими ГР не расцениваются как болезненные, не служат поводом для обращения за медицинской помощью, не сопряжены и со сколь-либо значимой утратой трудоспособности.

Дальнейшая динамика ГР сопряжена с дебютом и течением БА. На фоне астмы ГР приобретают постоянный характер. Более того, у некоторых больных отмечается формирование так называемых панических атак, напоминающих приступ БА. Последние провоцируются "условно-патогенными" (в аспекте легочной патологии) средовыми факторами (метрополитен, контакт со все расширяющимся кругом поллютантов или ирритантов, не являющихся аллергенами, и т.д.) и не сопровождаются ухудшением бронхиальной проходимости. На первом плане в клинической картине панической атаки - более выраженные и полиморфные (в сравнении с наблюдающимися при поведенческой одышке) нарушения дыхания, связанные, как правило, с ощущением препятствия для тока воздуха. Причем такие ощущения, локализующиеся 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 "раздувает" или, напротив, "спазмируется" и т.д.), достигая иногда степени телесных фантазий (инородное тело в горле или грудной клетке).

Совокупность представленных особенностей течения, влияющих на тяжесть заболевания, характер его основных проявлений, содержание лечебных мероприятий, сопутствующие психические расстройства позволяют предположить, что БА, сопровождающаяся 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 (БА легкого течения, атопическая БА, бронхоконстрикция, вызванная физической нагрузкой, нервно-психическая БА), но 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. [11, 12, 16, 17]. Соответственно БА с ГР может рассматриваться в качестве особого психосоматического варианта БА.

Заключение

1. Врач-пульмонолог нередко встречается в своей практике с пациентами, страдающими БА в сочетании с ГР.

2. Для выявления ГР могут использоваться диагностические критерии, предложенные в настоящей статье.

3. Поскольку значительная часть жалоб на нарушения дыхания у этой группы больных не связана с острой бронхообструкцией, а носит функциональный характер, то при планировании диагностических мероприятий для объективизации состояния необходимо рекомендовать использование пикфлоуметра перед применением симпатомиметиков по потребности.

4. При лечении данной группы больных следует также предусмотреть возможность назначения анксиолитических (противотревожных) препаратов.

Литература

1. Dixhoorn J. van // *Biological Psychology*. - 1997. - V. 46. - P. 90.
2. Demeter S.L., Cordasco E.M. // *Amer. J. Med.* - 1986. - V. 81. - № 6. - P. 989.
3. Magarian G.J. // *Medicine*. - 1982. - V. 61. - P. 219.
4. Argyros G.J. et al. // *Chest*. - 1996. - V. 109. - № 6. - P. 1520.
5. Hurwitz K.M. et al. // *Chest*. - 1995. - V. 108. - № 5. - P. 1240.
6. Julia-Serda G. et al. // *Chest*. - 1996. - V. 110. - № 2. - P. 404.
7. Рис Дж. *Диагностические тесты в пульмонологии*. - М., 1994.
8. *Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия* / Под ред. Г.Б. Федосеева. - СПб., 1998.
9. Стручкова П.В. и др. *Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания*. - М., 1996.
10. Абрисимов В.Н. *Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача*. - Рязань, 2001.
11. Овчаренко С.И. и др. // *Клин. фармакол. и терапия*. - 2001. - Т. 10. - № 5. - С. 61.
12. Смудевич А.Б. и др. // *Журн. невропатол. и психиатр.* - 2000. - № 12. - С. 4.
13. Howell J.V.L. // *Thorax*. - 1990. - V. 45. - P. 287.
14. Федосеев Г.Б. *Бронхиальная астма*. - СПб., 1996.
15. Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю. // *Тер. архив*. - 1985. - № 5. - С. 31.
16. Homnick D.N., Pratt H.D. // *Adolesc. Med.* - 2000. - V. 11. - № 3. - P. 547.
17. Lehrer P.M. // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. - 1998. - V. 23. - № 1. - P. 13.