

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Проанализированы данные об эффективности отказа от курения 50 больных с ХОБЛ (II–III степени тяжести) в возрасте от 42 до 71 года (17 женщин и 33 мужчины) в зависимости от степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрёма, мотивации к отказу от курения (мотивации к курению) по анкете Хорна, выраженности депрессивных и тревожных расстройств по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Большинство курильщиков неоднократно пытались ранее бросить курить (88 %). Основной причиной отказа от табакокурения было ухудшение здоровья (60 %). Частота встречаемости тревожных и депрессивных расстройств, определяемых по шкале HADS, составила 21,6 % для тревоги и 13,5 % для депрессии. Наличие у больных с ХОБЛ депрессии, даже субклинической, ассоциировалось с типом курительного поведения, для которого характерны более высокие степени факторов курения. Удалось бросить курить больным с ХОБЛ с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии.

Ключевые слова: психическая зависимость, табакокурение, хроническая обструктивная болезнь легких, отказ от табакокурения, тревога, депрессия.

Введение

Табакокурение (ТК) является доказанным фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) – заболевания, характеризующегося не полностью обратимым ограничением воздушного потока, обычно прогрессирующим и связанного с патологической реакцией лёгких на вредоносные частицы и газы. К таким вредоносным частицам и газам, в первую очередь, относятся компоненты табачного дыма. В Российской Федерации, которая по официальным данным ВОЗ входит в число стран с высоким распространением табачных изделий, и потребление сигарет возрастает с каждым годом [3] по данным акад. РАМН А.Г. Чучалина, истинное число больных с ХОБЛ может превышать 11 млн человек, а по официальной медицинской статистике за 2011 г. составляет около 0,8 млн [2].

Поскольку численность пожилого населения растет, то и число людей, страдающих этой тяжелой болезнью, несомненно, будет увеличиваться. При этом лечение ХОБЛ продолжает оставаться, прежде всего, симптоматическим, и темпы прогрессирования функциональных нарушений с длительностью заболевания и преждевременная смертность существенно не уменьшились за последние несколько десятилетий. Поэтому необходимо совершенствовать и внедрять в практику все методы, направленные на улучшение управления этим заболеванием. Такими возможностями обладает отказ от табакокурения (ТК), поскольку доказана его роль в развитии и прогрессировании заболевания, а

также имеются данные и о связи ТК и депрессии у больных с ХОБЛ.

Существует много доказательств, подтверждающих распространенность депрессии у больных с ХОБЛ. Обзор эпидемиологических исследований показывает, что до 80 % больных с ХОБЛ имеют сопутствующую депрессию, в среднем, в большинстве исследований приводятся данные о 40 % встречаемости депрессии [4, 7, 11] по сравнению с частотой встречаемости в общей популяции – 15–16 % [10, 11]. Большой разброс показателей распространенности депрессии в различных исследованиях связан с неоднородностью исследуемых групп населения и различиями анкет, которые использовались для ее диагностики [5, 9]. Считается, что депрессия у больных с ХОБЛ является гетерогенной: с одной стороны, она является генетически детерминированной и, тем самым, стимулирует потребление сигарет, а с другой – возникает в связи с длительным воспалительным процессом и увеличением возраста пациента [6, 8].

ТК, ХОБЛ и депрессия взаимосвязаны между собой [8]. По данным исследований, 88 % больных с ХОБЛ являются курильщиками [1]. Депрессия играет роль в инициации и поддержании ТК, она приводит к развитию ХОБЛ, и ХОБЛ, в свою очередь, способствует развитию депрессии [8]. Из-за роли депрессии в развитии никотиновой зависимости она может также рассматриваться как фактор риска развития ХОБЛ. Наличие депрессии в анамнезе больного с ХОБЛ обычно связано с уменьшением ус-

пеха в попытках прекращения ТК, более стойких симптомах абстиненции и увеличении вероятности рецидива депрессии, если ТК прекращено [9].

Цель исследования – проанализировать зависимость отказа от ТК от выраженности депрессивных и тревожных расстройств.

Материалы и методы

У 50 больных с ХОБЛ (II–III степени тяжести) в возрасте от 42 до 71 года (17 женщин и 33 мужчины) изучили:

1) степень никотиновой зависимости (НЗ) при помощи теста Фагерстрема, который содержит 6 вопросов, на основании которых рассчитываются низкая, средняя и высокая степени НЗ;

2) мотивацию к курению при помощи анкеты Хорна, включающей 18 вопросов, сгруппированных в шкалы: НН – курение как поддержка при нервном напряжении (связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения); ПЗ – курение как психологическая зависимость (постоянная потребность курить в любой ситуации, вопреки запретам); РЭ – расслабляющий эффект курения (курят больше в расслабленном состоянии, во время отдыха); МС – желание манипулировать сигаретой (нравится вид табачного дыма, аксессуары, часто курение связано с общением); СЭ – стимулирующий эффект курения (курят больше на работе, во время принятия решений); ПР – курильщик расценивает курение как привычку (курильщик курит одну сигарету за другой, даже не замечая факта курения);

3) выраженность депрессивных и тревожных расстройств по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (HADS). При интерпретации учитывали суммарный показатель шкалы, при этом выделялись три области его значений: 0–7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия».

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.0.

Результаты и их анализ

Исследование статуса курения больных с ХОБЛ показало, что возраст начала курения был от 12 до 35 лет: начали курить в возрасте от 12 до 16 лет – 20 человек (40 %), от 17 до 21 года – 24 (48 %), старше 22 лет – 6 человек (12 %). Более позднее начало ТК отмечалось у женщин. Так, средний возраст начала ТК у мужчин соста-

Таблица 1
Структура ведущих причин отказа от курения у больных с ХОБЛ

Причина	%
Ухудшение здоровья	60
Надоело курить (затруднились назвать причину)	22
За компанию	9
Из-за желания близких людей	6
На спор	3

вил (17 ± 2) года; у женщин – (20 ± 2) года ($p < 0,05$). Среди тех, кто закурил после 21 года, было 4 женщины и 2 мужчин.

В среднем больные с ХОБЛ выкуривали по (22 ± 2) сигареты/сут [4 человека – от 4 до 9 (20 %); 24 – от 14 до 20 (48 %); 11 – от 21 до 30 (22 %); 5 человек – более 30 сигарет/сут (10 %)]. Достоверной разницы по числу выкуриваемых сигарет между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Большинство курильщиков неоднократно пытались ранее бросить курить (88 %). Период воздержания от табака составил: от 1 сут до 12 лет: не более 1 сут – в 10 % случаев; от 1 до 7 сут – в 36,4 %; от 7 до 15 сут – в 10 %; от 15 до 30 сут – в 11,4 %; более 1 мес – в 32,2 % случаев. Основной причиной отказа от ТК было ухудшение здоровья – 60 %, что подчеркивает роль врача в инициации отказа от курения. Структура ведущих причин отказа от курения представлена в табл. 1.

Выраженный синдром отмены при отказе от ТК отмечали 60,6 % курильщиков. Он проявлялся, прежде всего, в непреодолимом желании курить. В 29,3 % случаев при отказе от ТК ухудшалось состояние здоровья, усиливались симптомы ХОБЛ.

Результаты исследования курительного поведения больных с ХОБЛ показали, что они чаще всего использовали курение как «поддержку при нервном напряжении». Факторы курения представлены в табл. 2. Мужчины чаще отмечали такие факторы, как «желание манипулировать сигаретой» и «стимулирующий эффект курения», чем женщины, страдающие ХОБЛ ($p < 0,05$).

Степень никотиновой зависимости достоверно не различалась у мужчин и женщин, стра-

Таблица 2
Частота встречаемости факторов курения (сильная степень) у больных с ХОБЛ, %

Группа	Анкета Хорна					
	НН	ПЗ	РЭ	МС	СЭ	ПР
Общая	76,4	55,9	35,3	11,8	11,8	5,9
Мужчины	78,0	58,2	35,8	14,0*	14,0*	6,2
Женщины	75,2	53,4	35,0	9,4*	9,3*	5,7

* Различия между группами мужчин и женщин, $p < 0,05$.

Таблица 3
Характеристика групп, балл (M ± m)

Показатель шкалы	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Анкета Хорна:			
НЗ	5,3 ± 0,6	5,9 ± 0,5	5,7 ± 0,5
СЭ	8,4 ± 0,8	9,0 ± 0,5	6,5 ± 0,4*
МС	8,5 ± 0,78	4,0 ± 0,5	5,0 ± 0,6
РЭ	11,2 ± 0,5	8,4 ± 0,7	9,1 ± 0,3*
НН	12,7 ± 1,0	13,0 ± 1,2	13,8 ± 1,1
ПС	12,8 ± 1,0	11,8 ± 1,2	14,2 ± 0,9
ПР	7,9 ± 0,4	7,4 ± 0,7	7,50 ± 0,7
HADS:			
тревога	7,3 ± 0,7	8,4 ± 0,9	6,8 ± 0,5*
депрессия	7,4 ± 0,8	7,3 ± 0,7	5,3 ± 0,3*

* По сравнению с 3-й группой, $p < 0,05$.
дающих ХОБЛ – (5,8 ± 0,7) и (6,1 ± 0,4) балла соответственно.

Результаты опросов по HADS показали, что в среднем показатели тревоги были равны (7,5 ± 0,7) балла, депрессии – (6,9 ± 0,7) балла, при этом у женщин эти шкалы были достоверно выше, чем у мужчин ($p < 0,05$): показатели шкалы тревоги – соответственно (9,6 ± 0,8) и (6,3 ± 0,5) балла, показатели депрессии – соответственно (9,2 ± 0,5) и (5,5 ± 0,3) балла.

Показатели шкалы тревоги выше 11 баллов отмечались в 21,6 % случаев (в 31,3 % – у женщин и 9,1 % – у мужчин), шкалы депрессии – 13,5 % случаев (все – женщины). У больных, имеющих значения шкал тревоги и депрессии выше 7 баллов, как правило, отмечались высокие значения (выше 11 баллов) факторов курения (в 75 % случаев).

В зависимости от эффективности отказа от курения больные с ХОБЛ были разделены на 3 группы: 1-я – бросившие курить (19 человек); 2-я – снизившие число (не менее чем в 2 раза) выкуриваемых в день сигарет (14 человек); 3-я – продолжающие курить (17 человек). Характеристика исходных показателей статуса курения, уровня тревоги и депрессии представлена в табл. 3.

Анализ исходных характеристик показал, что степень НЗ была во всех группах сходной. Факторы курения достоверно различались между группой с неэффективным и эффективным отказом от курения: среди больных с ХОБЛ, прекративших курение, достоверно реже определялся стимулирующий эффект курения, реже встречались высокие (более 11 баллов) значения фактора «расслабляющий эффект курения». Значимо меньше были и значения шкал тревоги и депрессии.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование желающих отказаться от курения больных с ХОБЛ показало, что частота встречаемости тре-

вожных депрессивных расстройств, определяемых по шкале «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», составила 21,6 % для тревоги и 13,5 % – для депрессии при субклинически выраженном их характере у большинства больных. Наличие у больных с ХОБЛ депрессии, даже субклинической, ассоциируется с типом курительного поведения, для которого характерны более высокие степени факторов курения. Удалось бросить курить только больным с ХОБЛ с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии.

Так как лечение никотиновой зависимости включено в новые порядок и стандарты оказания пульмонологической помощи, необходимо применять его в комплексе с лечением депрессии у больных с ХОБЛ.

Литература

1. Анализ различных видов помощи при отказе от табакокурения / О.Н. Титова, О.А. Суховская, П.А. Пирумов [и др.] // Вестн. С.-Петерб. мед. ун-та. Сер. 11: Медицина. – 2011. – Вып. 1. – С. 49–55.
2. Общая заболеваемость всего населения России в 2011 году : стат. материалы. – М., 2012. – Ч. II. – 140 с.
3. Шантырь И.И. Распространенность потребления табака и показатели здоровья никотинзависимых лиц // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2007. – № 1. – С. 49–52.
4. Clinical usefulness of the two-question assessment tool for depressive symptoms in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease / Y. Arimura, S. Yamazaki, S. Yanagi [et al.] // Lung. – 2013. – Vol. 91, N 1. – P. 101–107.
5. Cross-national Differences in Inpatient Depression Treatment / L.P. Hölzel, L. Kriston, A.-K. Weiser, M. Härter // Europ. Psychiat. Rev. – 2011. – Vol. 4, N 1. – P. 32–34.
6. De S. Subjective assessment of quality of sleep in chronic obstructive pulmonary disease patient and its relationship with associated depression // Lung. India. – 2012. – Vol. 29, N 4. – P. 332–335.
7. Garvey C. Depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Postgrad. Med. – 2012. – Vol. 24, N 3. – P. 101–109.
8. Norwood R.J. A review of etiologies of depression in COPD // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. – 2007. – Vol. 2. – P. 485–491.
9. Norwood R.J. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2006. – Vol. 12. – P. 113–117.
10. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review / K.M. Hynninen, M.H. Breivte, A.B. Wiborg [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2005. – Vol. 59. – P. 429–443.
11. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders / M.E. Kunik, K. Roundy, C. Veazey [et al.] // Chest. – 2005. – Vol. 127. – P. 1205–1211.