

УДК 616.233-002.2-036.65-022: 578.831.31

ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗВ'ЯЗКИ ТА АНТИТІЛА ДО ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Товт-Коршинська М.І., Лемко І.С., Чопей І.В., Копинець І.І., Казанкевич В.П.

Ужгородський державний університет; Науково-практичне об'єднання "Реабілітація", м. Ужгород

Ключові слова: хронічний бронхіт, психосоматичні зв'язки, імунітет

Вступ. Роль психологічних факторів у патогенезі хронічного бронхіту (ХБ) в останній роки привертає все більшу увагу [5]. Характерними для хронічного обструктивного бронхіту (ХОБ) є порушення настрою, особливо депресія [4]. Показано, що психологічний стан хворих на ХОБ може бути важливим прогностичним фактором навіть незалежно від показників функції зовнішнього дихання [3]. Відмічено також патогенетичне значення психоімунних механізмів при хронічних захворюваннях органів дихання, зокрема при бронхіальній астмі [6]. Однак у доступній літературі ми не зустріли роботи, присвячені зв'язку між психологічним станом та імунною реактивністю при ХБ. Зокрема, не вивчався зв'язок між психологічним профілем хворих на ХБ та рівнем антитіл до тканини легень, найбільш ушкодженого при даному захворюванні органу.

Матеріали та методи. Було обстежено 23 хворих на ХБ (з них 16 хворих на ХОБ), віком від 21 до 57 років, середній вік $40,6 \pm 3,4$ років, у фазі затихаючого загострення та неповної ремісії. В обстежувану групу ввійшли 16 чоловіків і 7 жінок. Контрольну групу склали 28 практично здорових осіб, що за віком та за статтю суттєво не відрізнялися від групи хворих.

Функція зовнішнього дихання оцінювалася за показниками об'єму форсованого дихання за

першу секунду (ОФВ1). Для визначення психологічного профілю обстежуваних використовувався комп'ютерний варіант анкетного ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) -тесту, який включав 377 питань. Оцінка результатів тесту проводилася у Т-балах за трьома оціночними (L, F, K) та десятьма клінічними шкалами [1]. Оціночні шкали використовувалися для судження про достовірність результатів. Якщо результати хоч за одною з цих шкал були вищими 80 балів, одержаний профіль хворого вважався недостовірним і у дослідження не включався. Титри антитіл до тканини легень визначалися у реакції споживання комплементу [2].

Результати досліджень та їх обговорення. Як ми вже згадували вище, виявлення в організмі хворих на бронхолегеневу патологію антитіл до тканини легень може розглядатися як відображення автоімунної реакції. В той самий час, антитіла до легеневої тканини визначаються і у здорових людей (середній рівень $11,6 \pm 1,4$ ум.од.), що, очевидно, вказує на необхідність певного рівня цих антитіл для підтримки гомеостазу в організмі.

Серед хворих на ХБ були виділені: 1 група – хворі на БА, у яких середній рівень антитіл до легень був значно нижчий, ніж у здорових ($3,38 \pm 0,5$ ум.од., $p < 0,001$); 2 група – хворі, у яких титр антитіл до тканини легень практично не

відрізнявся від здорових ($9,5 \pm 0,1$ ум.од.); 3 група – хворі, у яких цей показник був значно вищий, ніж у здорових ($20,2 \pm 3,7$ ум.од., $p < 0,01$).

При порівнянні в цих групах балів за клінічними шкалами ММРІ-тесту, виявлено наступне (табл. 1). У хворих ХБ 1 та 3 груп, у порівнянні з хворими 2 групи, відмічені взагалі до одного напрямку зміни – значне підвищення балів за 2, 3 та 6 шкалами, що свідчить про тривожність, прагнення (недостатньо ефективно) до усунення тривоги шляхом витіснення з свідомості та ригідність афекту. Звертає на себе увагу, що в 1 групі, поряд з

підвищенням балів за 2 шкалою, спостерігалось зниження показників за 9 шкалою у 1 групі, це вказує на зниження настрою та депресивні тенденції. 1 та 3 груп за показниками ММРІ-тесту вірогідно не відрізнялися між собою.

Ми порівняли дані клінічного та функціонального обстеження у виділених групах хворих на ХБ. Практично у всіх хворих 1 та 3 груп був діагностований ХОБ, а 2 групу склали тільки хворі на необструктивний ХБ (ХНБ). Рівень ОФВ1 у 1 та 3 групах ($77,9 \pm 6,1$ % та $59,9 \pm 6,7$ % відповідно) був достовірно нижчим, у порівнянні з рівнем у 2 групі ($106,6 \pm 4,5$ %, $p < 0,05$ та $p < 0,01$).

Таблиця 1

Результати ММРІ-тесту (в Т-балах, $M \pm m$) у хворих на хронічний бронхіт зі зниженим титром антитіл до тканини легень (АТ лег. зниж.), нормальним (АТ лег. норм.) та підвищеним (АТ лег. підв.)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|--------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| АТ лег. | 57.2 | 66.3 | 64.9 | 55.0 | 50.5 | 58.5 | 46.6 | 59.4 | 51.5 | 56.0 |
| Зниж. (1 група) | ± 7.9 | ± 6.1 | ± 4.9 | ± 3.6 | ± 4.2 | ± 2.8 | ± 8.8 | 10.5 | ± 4.5 | ± 4.4 |
| АТ лег. | 47.6 | 44.6 | 39.7 | 49 | 45.9 | 45.5 | 54.4 | 41.1 | 61.9 | 54.6 |
| Норм. (2 гр.) | ± 0.1 | ± 1.6 | ± 0.2 | ± 0.9 | ± 1.2 | ± 2.3 | ± 1.1 | ± 1.3 | ± 0.7 | ± 0.3 |
| АТ лег. | 70.8 | 62.2 | 64.8 | 53.8 | 50.4 | 64.8 | 53.9 | 58.9 | 59.5 | 55.8 |
| Підв. (3 група) | ± 10.3 | ± 6.1 | ± 7.1 | ± 5.7 | ± 4.9 | ± 3.4 | ± 7.8 | ± 13.6 | ± 5.1 | ± 2.6 |
| P1 | - | ** | *** | - | - | ** | - | - | * | - |
| P2 | - | * | ** | - | - | ** | - | - | - | - |
| P3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

P1 – достовірна різниця між 1 та 2 групою;

P2 – достовірна різниця між 2 та 3 групою;

P3 – достовірна різниця між 1 та 3 групою;

- $p > 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Висновки. Таким чином, у хворих на ХБ нормальні показники функції зовнішнього дихання та оптимальний психологічний профіль спостерігалися при нормальних титрах антитіл до легеневої тканини. При зниженому та підвищеному титрі антитіл до тканини легень, у порівнянні з показниками при нормальному титрі, виявлені більш виражені обструктивні зміни, а також відмічена більша тривожність та схильність до ригідності афекту. При зниженому титрі антитіл

у хворих спостерігалося також зниження настрою та депресивні тенденції, що свідчить про більші порушення психологічної адаптації у цій групі не тільки порівняно з хворими з нормальним титром, але і з підвищеним. Очевидно, як обструктивні зміни, так і знижені чи підвищені титри антитіл до легеневої тканини відображають більш виражений патологічний процес в легенях, що, в свою чергу, впливає на психологічний стан хворих на ХБ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - М.: Медицина, 1976. – 176 с.
2. Чекотило В.М., Желтвай В.В. Способ постановки реакции потребления комплемента для выявления комплекса антиген-антитело // Рационализаторские предложения и изобретения в медицине. – Киев, 1978. – С.144-145.
3. Ashutosh K., Haldipur C., Boucher M.L. Clinical and personality profiles and survival in patients with COPD // Chest. – 1997. – Vol. 111. – P. 95-98.
4. McKinney B. COPD depression. Treat them both // R.N. – 1994. – Vol. 57 (4). – P. 48-50.
5. Papp L.A., Weiss J.R., Greenberg H.E., et al. Sertraline for chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety and mood disorders // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 152 (10). – P. 1531.
6. Pennisi E. Tracing molecules that make the brain-Body Connection // Science. - 1997. - Vol. 275, N 1. - P. 230-231.

SUMMARY

PSYCHOSOMATIC CORRELATION AND ANTIBODIES TO LUNG'S TISSUE IN PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHITIS

Tovt-Korshynska M.I., Lemko I.S., Chopey I.V., Kopinec I.I., Kazankevich V.P.

Apart clinical and functional investigations we studied psychological profiles (MMPI) and blood antibodies to lung's tissue of 23 patients with chronic bronchitis. The better psychological and functional states we observed in patients with normal levels of antibodies to lung's tissue, the worse – in patients with elevated and particularly with depressed levels of antibodies to lung's tissue.