Тревожно-депрессивные расстройства в клинике бронхиальной астмы, сочетанной с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны

Устюжанина Е.А.¹, Чернявская Г.М.², Белобородова Э.И.², Корнетов Н.А.²

Depressive-anxious disorders in clinical picture of bronchial asthma combined with erosive-ulcerous affections of gastroduodenal zone

Ustjuzhanina Ye.A., Chernyavskaya G.M., Beloborodova E.I., Kornetov N.A.

¹ Томская областная клиническая больница, г. Томск

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Устюжанина Е.А., Чернявская Г.М., Белобородова Э.И., Корнетов Н.А.

В работе оценена частота встречаемости и особенности течения тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных бронхиальной астмой (БА) в зависимости от наличия сопутствующих эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) и изучено влияние ТДР на течение БА. Тревожно-депрессивные расстройства выявляли, используя шкалы Бека и Цунга для самооценки депрессии и шкалу Шихана для самооценки тревожности. ТДР выявлены у 87 (78%) из 112 опрошенных больных, у большинства из них имела место депрессия средней степени, которая требовала терапии с возможным применением антидепрессантов. Доминировали сочетанные расстройства в виде депрессии и тревоги. Установлено, что риску развития ТДР подвержены лица более старшего возраста. У больных при микст-патологии ТДР выражены в большей степени.

Ключевые слова: бронхиальная астма, эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны, тревожно-депрессивные расстройства.

In the paper a popularity frequency and peculiarities of depressive-troubled disorder (DAD) course at patients with bronchial asthma (BA) have been estimated depending on the presence of associated erosive-ulcerous affections of gastroduodenal zone (EUA GDZ) and an impact of DAD on BA course has been studied. Depressive-anxious disorders have been revealed at 87 (78%) of 112 interrogated patients, most of them had the depression of medium degree that had required a therapy with the possible antidepressant use. Combined disorders in the form of depression and anxiety prevailed. It has been found that persons of the older age were subjected to the risk of DAD development. Patients with mixed pathology had more expressed DAD.

Key words: bronchial asthma, erosive-ulcerous affections of gastroduodenal zone, depressive-anxious disorders.

УДК 616.248:616.33–002.44

Введение

В отечественной и зарубежной литературе в последние годы уделяется большое внимание проблеме психического состояния больных при различных соматических заболеваниях [1, 5, 8,

13, 17, 20, 21]. У больных соматическими заболеваниями депрессии регистрируются в 4,8—7,4% случаев, в общей поликлинической сети — в 10% (Т. Устун, Н. Сарториус, 1995).

Э.Б. Дубницкая [6] отмечает, что сочетание депрессивного расстройства с соматическими заболеваниями относится к числу неблагоприятных факторов, с одной стороны усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента больных, а с другой — негативно влияющих на течение и прогноз соматического заболевания.

Болезни органов дыхания являются такими социально значимыми заболеваниями, при которых психопатологические нарушения встречаются довольно часто [2, 10, 15, 22]. Среди них все большее внимание привлекает бронхиальная астма (БА). Несмотря на разноречивые мнения о том, является ли БА психосоматической патологией, нельзя не признать значительной роли психоэмоциональных процессов в возникновении, течении и лечении этого заболевания [11, 16, 18, 19]. В связи с этим обоснованным является анализ психологических особенностей больных с БА для решения вопроса о необходимости психофармакологической коррекции при данной патологии. Актуальность этой проблемы, по мнению В.Н. Краснова (1997), А.Б. Смулевича (2000) и Н.А. Корнетова (2001), диктуется потребностями практической медицины, необходимостью разработки дифференцированных подходов к выбору медикаментозной терапии и методов психокоррекции.

Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, изменяя течение БА. В частности, патология желудочно-кишечного тракта при БА, по данным ряда авторов [3, 4, 7, 9], встречается весьма часто, однако многие ключевые вопросы, касающиеся сочетания эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) и БА, остаются недостаточно изученными. К этим вопросам могут быть отнесены психосоматические особенности течения ЭЯП ГДЗ и БА в условиях их сочетания и взаимовлияния, подходы к диагностике и принципы лечения больных БА с наличием ЭЯП ГДЗ с учетом психопатологических нарушений.

Цель настоящего исследования — изучить частоту встречаемости и особенности течения

тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных БА в зависимости от наличия сопутствующих ЭЯП ГДЗ и оценить влияние ТДР на течение БА.

Материал и методы

В исследование были включены 112 пациентов (65 женщин и 47 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет, имеющих бронхиальную астму смешанного генеза разной степени тяжести. Диагноз БА, ее форма, степень тяжести верифицировались согласно критериям проекта GINA (1996, 2002) и в соответствии с положениями Международной классификации болезней X пересмотра.

В соответствии с поставленными задачами все больные БА были разделены на две группы. Группу I (основную) составили 87 больных (51 женщина и 36 мужчин) БА с наличием тревожно-депрессивного синдрома (ТДС). У 54 (62%) больных (24 женщины и 30 мужчин) этой группы было выявлено сочетание бронхиальной астмы с ЭЯП ГДЗ.

Группа II (контрольная) включала 25 больных БА (14 женщин и 11 мужчин), у которых тревожно-депрессивный синдром не был выявлен. ЭЯП ГДЗ диагностированы у 10 (40%) больных этой группы (мужчин — 7 (63,6%), женщин — 3 (36,4%)).

У всех пациентов наряду с методами, предусмотренными стандартами обследования больных БА, с помощью специальных опросников выявляли наличие ТДР. Для анализа состояний депрессии и тревоги применялись оценочные шкалы. Для самооценки тревоги использовали шкалу Шихана, для самооценки депрессии применяли шкалы Бека и Цунга. Диагноз ЭЯП ГДЗ подтверждался эндоскопически. Исследование проводили по общепринятой методике панэндоскопом фирмы «Olympus» (Япония). При эндоскопическом описании патологических изменений слизистой оболочки желудка и ДПК использовали критерии Сиднейской системы (1990, 1996). Больным проводилось исследование функции внешнего дыхания путем анализа кривой «поток — объем» и показателей спирометрии с помощью компьютерного анализатора «Flowscreen» фирмы «Jaeger» (Германия). Для интерпретации

полученных показателей применялись рекомендации Европейского респираторного общества (1993).

Для статистического анализа данных использовались пакет прикладных программ Statistica 6.0, Stat Soft Inc. (США) и статистическая медикобиологическая программа Biostat 4.03 (Stanton A. Glantz, 1999). Статистическая оценка параметров распределения признака в генеральной совокупности проводилась с применением Shapiro—Wilk's test. Количественные данные описаны в зависимости от параметров распределения. Признаки, имеющие нормальное распределение, представлены среднеарифметическим значением (M) и среднеквадратичным отклонением (s) в формате $M (s)$. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, не имеющих нормального распределения, представлены медианой (Me) и интерквартильным размахом (LQ — 25-й процентиль, UQ — 75-й процентиль) в формате $Me (LQ—UQ)$. Использованы статистические критерии и методы для сравнения групп по количественному, качественному признакам в зависимости от вида распределения: t -критерий (Mann—Whitnev test); критерий χ^2 с поправкой Йетса (Yates corrected chi-square test). Статистически значимыми различия показателей считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Тревожно-депрессивные расстройства выявлены у 87 (77,7%) из 112 обследованных больных БА — они составили I (основную) группу пациентов БА. При этом у больных с легким течением БА (ЛБА) тревожно-депрессивных расстройств не обнаружено, а у больных со среднетяжелым (СБА) и тяжелым (ТБА) течением БА частота ТДС составила 72 и 100% соответственно. Анализ показал, что в I группе преобладали больные с более тяжелым течением БА, и распределение больных по степени тяжести БА было представлено следующим образом: больных ЛБА выявлено не было (0%), СБА диагностирована у 39 (44,8%), ТБА — у 48 (55,2%) пациентов. Во II (контрольной) группе ЛБА выявлена у 10 (40%), СБА — у 15 (60%) и ТБА — у 0 (0%) больных соответственно. Обнаружено, что у больных, имеющих

тревожные и депрессивные расстройства, БА протекает более тяжело, обострения болезни возникают более трех раз в году, имеются практически ежедневные симптомы и ежедневный прием β_2 -агонистов короткого действия, курсы пероральных кортикостероидов. Выявлены достоверные различия ($p_{1-2} = 0,001$) по степени тяжести БА между основной и контрольной группами (табл. 1). Об этом свидетельствуют также данные исследования функции внешнего дыхания (ФВД) в I и II группах. Процентные показатели FEV_1 и FEV_1/FVC оказались достоверно ниже у больных с ТДС по сравнению с показателями контрольной группы (табл. 2).

Таблица 1
Распределение больных БА в зависимости от степени тяжести

Группа иссле- дова- ния	Тяжесть течения БА						Всего (<i>n</i> = 112)	
	ЛБА (<i>n</i> = 10)		СБА (<i>n</i> = 54)		ТБА (<i>n</i> = 48)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
I	—	—	39	72	48	100	87	77,7
II	10	100	15	28	—	—	25	22,3

Критерий χ^2 с поправкой Йетса (Yates corrected chi-square test).

Примечание. $p_{1-2} = 0,001$. Достоверны различия по степени тяжести БА между группами I и II.

Таблица 2
Исходные показатели ФВД у больных БА групп I и II (% к должному), $Me (LQ — UQ)$

Параметры	Группа I ($n = 87$)	Группа II ($n = 25$)
FVC	78,5 (58,2—98,6)	90,9 (60,3—96,7)
FEV_1	61,5 (38,7—74,4)*	72,3 (49,6—80,5)
FEV_1/FVC , %	76,3 (65,3—86,0)*	81,7 (76,6—87,3)

t -критерий (Mann—Whitnev test).

Примечание. $p < 0,05$. * Различия параметра достоверны в сравнении с группой II.

Таким образом, среднетяжелое и тяжелое течение БА способствует формированию тревожно-депрессивного синдрома. Однако не исключено, что ТДС, в свою очередь, приводит к более тяжелому течению БА.

В I группе преобладали больные более старшего возраста: средний возраст больных в группах I и II составил 45,08 и 32,24 года соответственно ($p = 0,015$), не было отмечено различий во встречаемости ТДС среди женщин и мужчин.

Исследование психоэмоциональной сферы с помощью самоопросников депрессии Бека и Цунга и самоопросника тревоги Шихана выявило на-

личие ТДС у 87 больных (77,7%). Структура ТДС у больных БА представлена в табл. 3. При этом доминировали сочетанные расстройства (тревога и депрессия), они выявлены у 45 (40,1%) больных БА. По данным анкетирования, поводом для ТДР явились малая эффективность терапии, назначение глюкокортикостероидов, что воспринималось больными как подтверждение тяжести болезни, ее необратимого характера. Выраженное ограничение или потеря трудоспособности и связанное с этим изменение социального статуса больного служили дополнительными факторами, провоцирующими развитие ТДР.

Таблица 3

Частота выявления ТДС у больных БА

Расстройства	Больные БА	
	n	%
Тревога	26	23,2
Депрессия	16	14,2
Сочетание тревоги и депрессии	45	40,1
Общее количество больных	112	100

Тревожные расстройства без депрессии выявлены у 26 (23,2%) человек. Больные отмечали частые сердцебиения, потливость, дрожь в теле, чрезмерное беспокойство о собственном здоровье, перепады настроения, возникающие по незначительным поводам или без повода. По шкале Шихана у больных I группы отмечен достоверно высокий уровень тревоги по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

Депрессивные расстройства без тревоги имели место у 16 (14,2%) больных БА. Для них было характерно подавленное состояние, склонность к слезам, бессоннице. Больные высказывали мысли о бесперспективности существования, пессимистически оценивая свое будущее, предъявляли многочисленные соматические жалобы, не соответствующие основному заболеванию, у них отмечались навязчивые страхи по поводу возможного повторения приступов удушья.

Уровень депрессии 24 балла по опроснику Бека был выявлен у 78 (89%) больных I группы, что указывает на необходимость терапии, возможно, с применением антидепрессантов (табл. 4).

Характеристика уровня депрессии по критериям опросника Цунга у больных БА в зависимости от степени тяжести болезни представлена в табл. 5. Средний уровень депрессии (от 60 до 69 баллов) по самоопроснику Цунга диагностирован у 55 (63%) больных I группы. Легкая депрессия выявлена лишь у 32 (37%) больных. Следует отметить, что не было статистически достоверных различий по выраженности депрессии между больными СБА и ТБА как при анализе по опроснику Бека ($p = 0,805$), так и при анализе по опроснику Цунга ($p = 0,904$).

Средний уровень тревоги (от 57 до 67 баллов) по шкале Шихана отмечен у 69 (79%) человек, в 58% случаев имело место тяжелое течение БА (табл. 6). Полученные данные подтверждают мнение о том, что тревога является неотъемлемой составной частью депрессивных расстройств. Уровень тревоги у больных с ТБА достоверно не отличался от такового при БА средней степени тяжести ($p = 0,682$).

Таким образом, исследование показало, что тревожно-депрессивные нарушения встречаются у 78% больных БА и являются распространенной функциональной патологией в клинике БА среднетяжелого и тяжелого течения. В половине случаев доминировало сочетанное расстройство — депрессия и тревога, при этом тревожность проявлялась как устойчивая личностная черта, сопутствующая депрессии при БА. У подавляющего большинства (от 63 до 89%) больных БА с ТДР имела место среднетяжелая выраженность депрессии, и они нуждались в медикаментозной коррекции депрессивного синдрома. Следует отметить, что обследованные пациенты никогда не обращались за медицинской помощью по поводу депрессивного состояния и не получали подобного лечения. Особенностью ТДР при БА является то, что их встречаемость не зависит от пола. Это противоречит данным ВОЗ и Национального института психического здоровья США о том, что женщины страдают депрессией чаще, чем мужчины. Риск развития ТДР подвержены больные БА более старшего возраста. ТДР являются неблагоприятным фактором, способствующим более тяжелому течению БА.

Таблица 4

Характеристика уровня депрессии по критериям опросника Бека у больных I группы в зависимости от степени тяжести БА (баллы), Ме (LQ — UQ)

Уровень депрессии	ЛБА		СБА		ТБА		Всего	
	n /%	Баллы	n /%	Баллы	n /%	Баллы	n /%	Баллы
19—24	—	—	4/10	23 (23—23,5)	5/10	23 (23—24)	9/11	23 (23—24)
> 24	—	—	35/90	27 (26—29)	43/90	27 (25—29)	78/89	27 (26—29)
Всего	—	—	39/100	27 (25—28)	48/100	27 (25—28,5)	87/100	27 (25—28)

t-критерий (Mann—Whitnev test).

Примечание. $p_{\text{СБА—ТБА}} = 0,805$; отсутствуют различия между СБА и ТБА по уровню депрессии.

Таблица 5

Характеристика уровня депрессии по критериям опросника Цунга у больных I группы в зависимости от степени тяжести БА (баллы), Ме (LQ — UQ)

Уровень депрессии	ЛБА		СБА		ТБА		Всего	
	n /%	Баллы	n /%	Баллы	n /%	Баллы	n /%	Баллы
51—59 (легкая)	—	—	17/44	56 (55—59)	15/31	56 (55—59)	32/37	56 (55—59)
60—69 (средняя)	—	—	22/56	62,5 (61—64)	33/69	61 (61—63)	55/63	62 (61—63)
≥ 70 (тяжелая)	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	—	—	39/100	60 (56—63)	48/100	61 (59—62)	87/100	61 (58—62)

t-критерий (Mann—Whitnev test).

Примечание. $p_{\text{СБА—ТБА}} = 0,904$; отсутствуют различия между СБА и ТБА по уровню депрессии.

Таблица 6

Характеристика уровня тревоги по критериям опросника Шихана у больных I группы в зависимости от степени тяжести БА (баллы), Ме (LQ — UQ)

Уровень тревоги	ЛБА		СБА		ТБА		Всего	
	n /%	Баллы	n /%	Баллы	n /%	Баллы	n /%	Баллы
21—30 (аномальный)	—	—	8/20	29 (27,5—29,5)	6/12	27 (25—29)	14/16	28,5 (26—29)
31—80 (средний)	—	—	29/75	65 (60—66)	40/84	63,5 (57,5—67)	69/79	64 (58—67)
> 80 (высокий)	—	—	2/5	82,5 (82—83)	2/4	84 (83—85)	4/5	83 (82,5—84)
Всего	—	—	39/100	63 (34—66)	48/100	62 (39—67)	87/100	62 (35—67)

t-критерий (Mann—Whitnev test).

Примечание. $p_{\text{СБА—ТБА}} = 0,682$; отсутствуют различия между СБА и ТБА по уровню тревоги.

Учитывая высокую частоту ЭЯП ГДЗ у больных БА, проанализированы особенности течения ТДР у этой категории больных. Из общего числа обследованных больных ЭЯП ГДЗ выявлены у 64 (57%) пациентов. Распределение больных БА основной группы в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ по половому признаку представлено в табл. 7. Как показал проведенный анализ, при БА частота ЭЯП ГДЗ у мужчин была достоверно выше, чем у женщин ($p = 0,0034$). Таким образом, риск развития ЭЯП ГДЗ у мужчин, страдающих БА, выше, чем у женщин.

Таблица 7

Распределение больных БА I группы в зависимости от наличия ЭЯП ГДЗ по половому признаку

Пол	Группа I (n = 87)			
	Сочетание с ЭЯП		Без ЭЯП	
	n	%	n	%
Мужской	29	54,7	7	20,6
Женский	24	45,3	27	79,4
Всего	53	100	34	100

Критерий χ^2 с поправкой Йетса (Yates corrected chi-square test).

Примечание. $p_{1-2} = 0,0034$; имеются различия между мужчинами и женщинами по частоте наличия изучаемого признака.

Частота ЭЯП ГДЗ у больных I и II групп составила 62 и 40% соответственно ($p = 0,044$). Таким образом, риск развития ЭЯП ГДЗ у больных с ТДР в 1,55 раза выше, чем у пациентов, не имеющих тревожно-депрессивных расстройств. Причем у больных I группы с ЭЯП ГДЗ уровень депрессии по шкале Бека был достоверно выше, чем у больных I группы без ЭЯП ($p = 0,003$). Такая же закономерность отмечена при анализе уровня тревоги по шкале Шихана ($p = 0,027$). При оценке уровня депрессии у больных I группы по опроснику Цунга достоверных различий между больными с ЭЯП ГДЗ и без них выявлено не было ($p = 0,279$).

Таким образом, можно предположить, что не только ТДР способствуют более тяжелому течению БА и повышают риск развития ЭЯП ГДЗ, но и сочетанное течение БА и ЭЯП ГДЗ увеличивает степень психологического напряжения, усиливая тревожно-депрессивные расстройства. Не исключено, что ТДР играют определенную роль в формировании ЭЯП ГДЗ у больных БА.

Заключение

У больных БА отмечена высокая частота тревожно-депрессивных расстройств, среди которых в большинстве случаев имеет место среднетяжелая выраженность депрессии, требующая терапии с возможным назначением антидепрессантов. Проявления ТДС часто сопутствуют БА среднетяжелого и тяжелого течения, что позволяет предположить, что развитие непсихотических психических нарушений играет важную роль в формировании особенностей течения тяжелых и среднетяжелых форм БА. Возникает необходимость разработки дифференцированной психотропной терапии, которая может стать важной составляющей комплекса терапевтических мероприятий при БА.

Формирование ТДР при БА является, вероятно, одним из факторов, обуславливающих высокую частоту ЭЯП ГДЗ при этом заболевании. Причем при сочетанном течении БА и ЭЯП ГДЗ

увеличивается степень психологического напряжения и усиливаются тревожно-депрессивные расстройства, что необходимо учитывать при ведении этой категории больных.

Литература

1. Акшулакова В.Г. Изменение психологического профиля личности у больных бронхиальной астмой // Нетрадиционные методы диагностики и лечения. Алма-Ата, 1989. С. 17—19.
2. Арипов А.Н., Фельдман Н.Б. Личностные особенности и неврозоподобные расстройства у больных бронхиальной астмой в связи с лечебно-профилактическими задачами // Актуальные вопросы терапии. Ташкент, 1989. Ч. 2. С. 3—7.
3. Бирг Н.А. Клинико-патогенетические параллели при вторичных эрозиях и изъязвлении слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных неспецифическими заболеваниями легких // Морфология и магнитофизиология. Чебоксары, 1985. С. 85—88.
4. Бирг Н.А. Хронические неспецифические заболевания легких и гастродуоденальные язвы при их сочетанном течении // Тер. архив. 1991. $\langle$ 7. С. 147—152.
5. Богомолова Л.Д. Структура пограничных психических расстройств при психосоматических заболеваниях // 12-й съезд психиатров России. М., 1995. С. 242—243.
6. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. $\langle$ 2. С. 40—45.
7. Кириллов С.М., Божьев В.И. и др. Особенности течения язвенной болезни при хронических неспецифических заболеваниях легких // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1995. $\langle$ 5 (3, прил. 1). С. 114. $\langle$ 347.
8. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. Томск: Сибирский издательский дом, 2001. 130 с.
9. Ломоносов А.В. Особенности течения бронхиальной астмы, сочетанной с патологией органов пищеварения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 1998. 16 с.
10. Маевский А.А. Опыт организации клуба реабилитации помощи больным бронхиальной астмой // Врач. дело. 1992. $\langle$ 4. С. 77—79.
11. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Клин. мед. 1997. $\langle$ 9. С. 16—19.
12. Подрезова Л.А., Черейская Н.К., Мартынова Н.В. Психические нарушения у больных с неспецифическими заболеваниями легких // Клин. и организационные вопросы пограничной психиатрии: Матер. респ. науч.-практ. конф. Кисловодск, 1994.
13. Симерницкая Э.Г., Лев С.Н., Кирсанов Л.П. Нарушения психических процессов при бронхиальной астме у детей и пути их коррекции // 15-й симп. соц.

- стран по проблемам детской пульмонологии: Материалы. 1989. С. 178—179.
14. *Borak J.* Psychological of patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Pneumol. Pol.* 1981. V. 57. $\times$ 6. P. 346—350.
15. *Kersten L.* Changes in self-concept during pulmonary rehabilitation. Part 1 // *Heart and Lung.* 1990. V. 19. $\times$ 5. Pt. 1. P. 456—462.
16. *Lehrer P.M., Isenberg S., Hochron S.M.* Asthma and emotion: a review // *J. Asthma.* 1993. V. 30. P. 5—21.
17. *Moody L., McCormik K., Williams A.* Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysema (CBE) // *J. behav. Med.* 1990. V. 13. $\times$ 3. P. 297—306.
18. *Rietveld S., Van Beest I., Everaerd W.* Stress-induced breathlessness in asthma // *Psychol. Med.* 1999. V. 29. P. 1359—1366.
19. *Sandberg S., Paton J.Y., Ahola S. et al.* The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children // *Lancet.* 2000. V. 356. P. 982.
20. *Williams S.J., Bury M.R.* Breathtaking: the consequences of chronic respiratory disorder // *Int. Disabil. Stud.* 1989. V. 11. $\times$ 3. P. 114—120.
21. *Williams S.J., Bury M.R.* Impairment, disability and handicap in chronic respiratory illness // *Soc. Sci. Med.* 1989. V. 29. $\times$ 5. P. 609—616.
22. *Woller W., Jung K., Alberti L. et al.* Anxiety and illness behavior in bronchial asthma // *Pneumologie.* 1990. V. 44. Suppl. 1. P. 114—115.

Поступила в редакцию 02.09.2004 г.