

УДК 616.72-002.77

© Г.Н. Кошукова, Н.П. Буглак, В.А. Фурсова, 2010.

СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Г. Н. Кошукова, Н. П. Буглак, В. А. Фурсова

*Кафедра внутренней медицины №2 (заведующий кафедрой – профессор В.А. Белоглазов),
Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь*

PSYCHOSOMATIC STATUS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

G. N. Koshukova, N. P. Buglak, V. A. Fursova

SUMMARY

The article is devoted to the study of psychosomatic status in patients with rheumatoid arthritis (RA) depending on the duration of the disease and the degree of inflammatory activity. In 92.8% of RA patients revealed signs of mental and emotional state. Light degree of anxiety disorders was determined at 1.7%, moderate - in 19.8% and heavy - in 78.5% of RA patients. The predominance of personal anxiety over reactive. Anxiety disorders are not dependent on the duration of the disease, but revealed a clear pattern of increase anxiety increases the activity of inflammation. RA patients were also found violations of the emotional state, which were expressed in a significantly reduced state of health, activity and mood in patients compared with healthy people and depended on the duration of the disease and the degree of inflammatory activity.

СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Г. М. Кошукова, М. П. Буглак, В. А. Фурсова

РЕЗЮМЕ

Стаття присвячена вивченню психосоматичного статусу хворих на ревматоїдний артрит (РА) у залежності від тривалості перебігу захворювання та ступеня активності запального процесу. У 92,8% хворих на РА виявлені ознаки порушення психоемоційного стану. Легкий ступінь розладу тривожності визначено у 1.7%, помірний - у 19.8% і важкий - у 78.5% хворих на РА. Встановлено превалювання особистісної тривожності над реактивною. Порушення тривожності не залежали від тривалості перебігу захворювання, але встановлено чітка закономірність нарощування тривожності при збільшенні активності запалення. У хворих на РА також були виявлені порушення емоційного стану, які виражалися у значному зниженні самопочуття, активності та настрою пацієнтів у порівнянні зі здоровими особами та залежали від тривалості перебігу захворювання та ступеня активності запального процесу.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, психозоматическое состояние, воспаление.

Ревматоидный артрит (РА) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм воспалительных заболеваний суставов [1]. По данным государственной статистической отчетности (2007), в Украине зарегистрировано более 170 тыс. больных РА. Заболеваемость составляет 324,2 на 100 тыс. взрослого населения в год [2]. РА может развиваться в любом возрасте, но обычно пик заболеваемости регистрируется в возрасте 40-50 лет, т.е. страдает трудоспособная часть населения [1, 3-5]. Вследствие значительного распространения, тенденции к непрерывному прогрессированию, развитию нетрудоспособности у лиц среднего, т.е. трудоспособного, возраста РА является важнейшей социально-медицинской проблемой во многих странах [2, 6, 7].

В настоящее время установлено, что хронические заболевания, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом, способны вызывать существенные расстройства психического состояния больных. Наиболее распространенными психозоматическими проявлениями хронической боли являются клинически выраженные отклонения: тревога, депрессия, апатия, усталость и астения, повышенная возбудимость, бессонница, раздражительность. Данные по распространенности психозоматических нарушений среди пациентов с хронической болью колеблются от 30 до 87%. Некоторые исследователи считают психозоматические нарушения ведущим фактором в снижении работоспособности у больных с хронической болью и наиболее значимой мо-

тивацией при обращении за медицинской помощью [8, 9, 10, 11].

Для оценки психопатологических коррелятов боли применяются специальные психологические тесты и опросники [11, 12]: субъективные тесты (анкеты, опросники или шкалы самооценки, которые заполняются пациентом); шкала самооценки личностной и реактивной тревоги Спилбергера; шкала самооценки тревоги Шихана; госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии; шкала самооценки депрессии Цунга; шкала оценки депрессии Бека и др. [11, 12].

В результате специальных исследований установлено, что психологические факторы всегда присутствуют при наличии боли независимо от сознания пациента или врача. Полученные результаты показали, что у больных с хроническим болевым синдромом вследствие РА присутствуют высокий уровень личностной и реактивной тревоги и субклинически выраженная депрессия [8, 10, 11].

С другой стороны, психоэмоциональные нарушения обычно в первичном звене оказания медицинской помощи игнорируются, несмотря на то, что их действие на процесс купирования боли достаточно значимый [8].

Другой причиной психоэмоциональных расстройств при РА являются нарушения деятельности вегетативной нервной системы (ВНС). Многочисленными исследованиями показано, что длительное воздействие патологического фактора приводит к напряжению, а затем и к истощению нервных центральных и периферических механизмов регуляции и управления, что вызывает нарушение вегетативного баланса и изменение психосоматического состояния личности [236, 237, 238, 239].

Вегетативные нарушения обычно сопряжены с эмоционально-депрессивными расстройствами: тревогой, депрессией, смешанным тревожно-депрессивным расстройством, фобиями, истерией, ипохондрией. Однако лидером среди психопатологических синдромов, ассоциированных с вегетативной дисфункцией, является тревожность [4, 13].

В международных исследованиях установлено, что распространенность астении и депрессивных расстройств колеблется от 10% до 45%. [14-16].

Выраженные депрессивные расстройства чаще встречаются при тяжелых соматических заболеваниях, которые сопровождаются выраженным болевым синдромом или приводят к инвалидности. Это в полной мере относится и к РА [8].

Распространенность депрессивных расстройств при РА практически такая же, как и при других хронических заболеваниях. В свою очередь, диагностика депрессий при РА может быть затруднена вследствие сходства симптомов обоих заболеваний [17].

Целью исследования явилось изучение психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом в зависимости от длительности течения за-

болевания и степени активности воспалительного процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели нами была набрана группа из 398 больных РА (16 мужчин, 382 женщины), находящихся на амбулаторном лечении в КРУ «КБ им. Семашко». Средний возраст пациентов составил $42,82 \pm 1,82$ года. Пациенты были разделены на группы в зависимости от длительности течения заболевания, степени активности процесса, проводимой терапии. Диагноз РА верифицировался по критериям Американского колледжа ревматологов (ACR) [18], отсутствовала сопутствующая клинически значимая патология, что позволяло расценивать группу пациентов как однородную. Контрольная группа была сформирована из здоровых доноров, сопоставимых с группой испытуемых по полу и возрасту ($n=60$).

Всем пациентам, наряду с проведением стандартной клинико-лабораторной диагностики, проводилась оценка общей активности заболевания врачом и пациентом, включавшая продолжительность утренней скованности, число болезненных и припухших суставов, оценку пациентом болевых ощущений по 10 сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), оценку пациентом своих физических возможностей и изменение СОЭ.

В исследование не включались больные с функциональными нарушениями 4 класса, тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет 1 или 2 типа, хроническая сердечная недостаточность 3, 4 функционального класса, хроническая почечная недостаточность в терминальной стадии, дыхательная недостаточность 2, 3 степени, злокачественные опухоли), требующими активного лечения. Так же не включались больные с синдромом Фелти, болезнью Стилла, синдромом Шегрена, вторичным амилоидозом, цитопениями. Стадии РА оценивались на основании изменений, выявляемых на рентгеновских снимках суставов кистей и дистальных отделов стоп, в соответствии с критериями Steinbroker.

Для характеристики активности воспаления использовался индекс активности болезни DAS28, в котором оценивались болезненность и припухлость 28 суставов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), общее состояние здоровья пациента по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Низкая активность соответствовала значениям индекса $DAS28 < 3,2$, средняя - $3,2 - 5,1$, высокая - $> 5,1$.

Психоэмоциональное состояние у больных РА изучено путем оценки тревожности по Спилбергеру в модификации Ю.Л. Ханина и дифференцированного эмоционального состояния (САН).

Результаты подвергали традиционной статистической обработке "STATISTICA-6" с использованием t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении тревожности на основании опросника Спилберга-Ханина давалась количественная характеристика личностной тревожности (ЛичТ) и реактивной тревожности (РеаТ).

Оценка эмоционального состояния проводилась на основании данных опросника САН, оценивающего самочувствие, активность и настроение. Пациенты самостоятельно заполняли стандартные опросни-

ки перед назначением какого-либо лечения.

Результаты исследования тревожности у больных и здоровых лиц по опроснику Спилбергера-Ханина представлены в табл. 1. У больных РА показатели тревожности (реактивная тревожность – 49.67 ± 0.67 баллов, личностная тревожность – 55.37 ± 0.36 баллов) были существенно и статистически значимо ($p < 0.001$) повышены в сравнении со здоровыми лицами в контроле (РеаТ – 32.20 ± 0.44 баллов и ЛичТ – 31.87 ± 0.64 баллов).

Таблица 1

Показатели тревожности у больных РА ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Больные РА (n=398)	Статистическая значимость различий (p)
РеаТ, баллы	32.20 ± 0.44	49.67 ± 0.67	< 0.001
ЛичТ, баллы	31.87 ± 0.64	55.37 ± 0.36	< 0.001

Поскольку реактивная тревожность выражает субъективные эмоциональные переживания (беспокойство, озабоченность) по поводу какой-либо ситуации, то выявленное нами высокое значение этого показателя указывало на выраженное психоэмоциональное напряжение пациентов. В свою очередь, личностная тревожность является относительно устойчивой индивидуальной характеристикой, навыком реагирования и восприятием достаточно широкого круга ситуаций. Поэтому существенное повышение значения этого показателя являлось свидетельством формирования устойчивой черты характера больных, проявляющейся постоянной тревожностью.

Если в контрольной группе оба вида тревожности количественно не различались между собой, т.е. равнозначно выражали психоэмоциональное состояние обследованных здоровых лиц, то больным РА характерно преобладание личностной тревожности над реактивной тревожностью ($p < 0.001$). Это указы-

вало на стойкое реагирование больных на свою болезнь в виде постоянной тревожности.

Следует отметить, что признаки нарушения психоэмоционального состояния в виде тревожности установлены почти у всех (92.8%) больных РА.

Кроме этого, выявленные расстройства тревожности имели различную степень выраженности: легкая степень была определена у 1.74% больных, умеренная – у 19.77% и тяжелая – у 78.49% больных РА. Все это свидетельствовало о значительном влиянии соматического заболевания на психоэмоциональный статус больных РА.

Реактивная и личностная тревожность у больных РА не зависела от длительности течения заболевания. Об этом говорят данные в табл. 2.

При любом сроке болезни показатели тревожности в одинаковой мере были нарушены и статистически значимо превышали значения в контрольной группе.

Таблица 2

Показатели тревожности у больных РА в зависимости от длительности заболевания ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Длительность заболевания (n=398)		
		До 5 лет (n=127)	5-10 лет (n=173)	Более 10 лет (n=98)
РеаТ, баллы	32.20 ± 0.44	49.02 ± 0.81 *	49.85 ± 0.72 *	50.18 ± 0.90 *
ЛичТ, баллы	31.87 ± 0.64	54.70 ± 0.51 *	55.81 ± 0.40 *	55.56 ± 0.75 *

Примечание. * – статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях $p < 0.001$).

При анализе показателей тревожности в зависимости от активности воспалительного процесса выявлена четкая закономерность нарастания тревожности, как реактивной, так и личностной при увеличении активности воспаления (табл. 3). Так, реактивная тревожность при ремиссии составила 42.85 ± 0.85 баллов, при низкой степени воспаления – 50.75 ± 0.95 баллов ($p < 0.001$ в сравнении с ремиссией) и при уме-

ренной степени воспаления – 54.70 ± 1.16 баллов ($p < 0.001$ в сравнении с ремиссией и $p < 0.01$ в сравнении с низкой степенью активности воспаления). Значение личностной тревожности при ремиссии составило 52.15 ± 0.41 баллов, при низкой степени активности – 55.71 ± 0.54 баллов ($p < 0.001$ в сравнении с ремиссией) и средней степени активности воспаления – 57.85 ± 0.72 баллов ($p < 0.001$ в сравнении с ремиссией)

и $p < 0.02$ в сравнении с низкой степенью активности воспаления).

Таблица 3

Реактивная и личностная тревожность у больных РА в зависимости от активности воспалительного процесса ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Активность процесса по индексу DAS 28 (n=398)		
		Ремиссия (n=153)	Низкая (n=138)	Средняя (n=107)
РeaT, баллы	32.20±0.44	42.85±0.85 *	50.75±0.95 *#	54.70±1.16 *#♦
ЛичТ, баллы	31.87±0.64	52.15±0.41 *	55.71±0.54 *#	57.85±0.72 *#♦

Примечание. * – статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях $p < 0.001$), # – в сравнении с ремиссией (во всех случаях $p < 0.001$), ♦ – в сравнении с низкой степенью активности ($p < 0.02 - 0.01$).

Результаты исследования дифференцированно-го эмоционального состояния (САН) у больных РА и здоровых лиц представлены в табл. 4. У больных РА все показатели опросника САН были существенно ниже, чем в контрольной группе. Так, у больных самочувствие соответствовало 3.81±0.15 баллам (в контрольной группе – 5.42±0.24 баллов, $p < 0.001$), активность – 3.67±0.13 баллам (в контрольной группе –

5.06±0.21 баллов, $p < 0.001$) и настроение – 3.74±0.10 баллам (в контрольной группе – 5.13±0.18 баллов, $p < 0.001$). Значения показателей САН у больных РА были в 1.4-1.6 раз ниже, чем у здоровых лиц.

Это говорило о существенном нарушении оперативного эмоционального реагирования больных и их недостаточной психической адаптации к болезни.

Таблица 4

Показатели дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Больные РА (n=398)	Статистическая значимость различий (p)
Самочувствие, баллы	5.42±0.24	3.81±0.15	<0.001
Активность, баллы	5.06±0.21	3.67±0.13	<0.001
Настроение, баллы	5.13±0.18	3.74±0.10	<0.001

Нами выявлена некоторая зависимость изменений показателей САН от длительности течения заболевания, что отражено в табл. 5. При длительности заболевания до 5 лет самочувствие больных соответствовало 4.03±0.19 баллам, 5-10 лет – 3.81±0.18 баллам и более 10 лет – 3.12±0.22 баллам ($p < 0.001$ в сравнении с продолжительностью до 5 лет и $p < 0.05$ в сравнении с продолжительностью 5-10 лет). В свою очередь, активность больных при длительности болезни

до 5 лет соответствовала 3.84±0.20 баллам, 5-10 лет – 3.67±0.17 баллам и более 10 лет – 3.24±0.21 баллам ($p < 0.05$ в сравнении с продолжительностью до 5 лет), а настроение – соответственно 3.96±0.26, 3.74±0.24 и 3.38±0.31 баллам. Следовательно, с увеличением продолжительности заболевания постепенно ухудшались самочувствие, активность и настроение больных. При этом наиболее выражено ухудшалось самочувствие больных РА.

Таблица 5

Показатели дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА в зависимости от длительности заболевания ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Длительность заболевания (n=398)		
		До 5 лет (n=127)	5-10 лет (n=174)	Более 10 лет (n=98)
Самочувствие, баллы	5.42±0.24	4.03±0.19*	3.81±0.18*	3.12±0.22*##♦
Активность, баллы	5.06±0.21	3.84±0.20*	3.67±0.17*	3.24±0.21*#
Настроение, баллы	5.13±0.18	3.96±0.26*	3.74±0.24*	3.38±0.31*

Примечание. * – статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях $p < 0.001$), # – в сравнении с длительностью болезни до 5 лет (# – $p < 0.05$, ## – $p < 0.001$), – в сравнении с длительностью болезни 5-10 лет ($p < 0.05$).

Увеличение активности воспалительного процесса также приводило к некоторому прогрессирующему ухудшению дифференцированного эмоционального состояния больных РА. Это заключение сделано нами на основе данных табл. 6.

Так, при ремиссии самочувствие больных РА количественно выражалось 4.21±0.18 баллами, при низкой степени активности – 3.61±0.21 баллами (p<0.05

в сравнении с ремиссией) и при средней степени активности воспаления – 3.27±0.22 баллами (p<0.002 в сравнении с ремиссией).

Активность – соответственно 3.72±0.17 баллами, 3.51±0.19 баллами и 3.19±0.22 баллами, настроение – соответственно 4.07±0.22 баллами, 3.68±0.24 баллами и 3.14±0.27 баллами (p<0.01 в сравнении с ремиссией).

Таблица 6

Показатели дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА в зависимости от активности воспалительного процесса (M±m)

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Активность процесса по индексу DAS 28 (n=398)		
		Ремиссия (n=153)	Низкая (n=138)	Средняя (n=107)
Самочувствие, баллы	5.42±0.24	4.21±0.18*	3.61±0.21*#	3.27±0.22*#
Активность, баллы	5.06±0.21	3.72±0.17*	3.51±0.19*	3.19±0.22*
Настроение, баллы	5.13±0.18	4.07±0.22*	3.68±0.24*	3.14±0.27*#

Примечание. * – статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях p<0.001), # – в сравнении с ремиссией (p<0.05–0.01).

ВЫВОДЫ

Таким образом, почти у всех (92,8%) больных РА выявлены признаки нарушения психоэмоционального состояния, что выражалось значительным ростом реактивной и личностной тревожности в сравнении со здоровыми лицами. Легкая степень расстройства тревожности определялась у 1.7%, умеренная – у 19.8% и тяжелая – у 78.5% больных РА. При этом установлено преобладание личностной тревожности над реактивной, что указывало на стойкое реагирование больных на свою болезнь в виде постоянной тревожности как уже сформированной черты характера. Нарушения тревожности не зависели от длительности течения заболевания, но выявлена четкая закономерность нарастания тревожности, как реактивной, так и личностной при увеличении активности воспаления.

Также у больных РА были выявлены нарушения дифференцированного эмоционального состояния, которые выражались в существенном снижении самочувствия, активности и настроения пациентов в сравнении со здоровыми лицами. Эти нарушения зависели от длительности течения заболевания и степени активности воспалительного процесса – с увеличением продолжительности заболевания и активности воспаления самочувствие, активность и настроение больных ухудшались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / [под ред. В.Н. Коваленко]. – К.: Морион, 2001. – 272 с.
2. Коваленко В.Н. Ревматические заболевания: итоги пленума правления Ассоциации ревматологов Украины / В.Н. Коваленко // Здоровье Украины. – 2007. – № 21. – С.13-15.

3. Избранные лекции по клинической ревматологии: учебное пособие для слушателей институтов и факультетов последиplomного образования / [под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука]. – М.: Медицина, 2001. – 272 с.

4. Коваленко В.М. Ревматичні захворювання: сучасні тенденції / В.М. Коваленко // Український ревматологічний журнал. – 2009. – №3. – С.5-11.

5. Бремя ревматоидного артрита: медицинские и социальные проблемы / Н.В. Чичасова, С.А. Владимиров, Е.В. Иголкина, Г.Р. Имамединова // Научно-практическая ревматология. – 2009. – № 1. – С.4-10.

6. Combe B. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) / B.Combe, R.Landewe, C. Lucas [et al.] // Annals of the Rheumatic Disease. – 2007. – Vol.66 (1) – P.34-45.

7. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанова // Ревматология. Национальное руководство; [под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой] – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – С.290-331.

8. Лысенко Г.И. Психоэмоциональные аспекты хронической боли у больных ревматоидным артритом / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко // Здоров'я України. – 2008. – № 10. – С. 66-67.

9. Лысенко Г.И. Проблема боли в общеврачебной практике: уч.-метод. пособие для семейных врачей / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко. – К.: Медкнига, 2007. – 196 с.

10. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 7. – С. 3-11.

11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская

психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.

12. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, С.А. Лытаев. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 320 с.

13. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб., 2000. – 231 с.

14. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms / I. Rupp, H.C. Boshuizen, H.J. Dinant [et al.] // Scandinavian Journal of Rheumatology. – 2006. – Vol. 35, № 3. – P.175-181.

15. Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature With Meta-Analysis / C. Dickens, L. McGowan, D. Clark-Carter // Psychosomatic Medicine. – 2002. – Vol. 64. – P.52-60.

16. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors / T. Covic, G. Tyson, D. Spencer, G. Howe // Journal of Psychosomatic Research. – 2009. – Vol. 60, № 5. – P.469-476.

17. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця: ТОВ «Консоль», 2005. – 32 с.

18. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. The American Rheumatism Association 1987 criteria for the classification of rheumatoid arthritis // Arthr. Rheum. – 1998. – Vol. 27. – P.389-395.