

И.И. Благинина
О.А. Реброва
Б.А. Ребров

ГУ «Луганский
 государственный
 медицинский университет»

Ключевые слова:

серонегативные артриты,
 психологическое
 реагирование на заболевание,
 психоэмоциональный статус,
 адьювантная терапия.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СЕРОНЕГАТИВНЫМ АРТРИТОМ

Цель исследования — изучение характера психологического реагирования на болезнь и оценка влияния дифференцированной адьювантной терапии на психосоматический статус пациентов с серонегативным артритом. У 33 пациентов с анкилозирующим спондилоартритом и 36 — с псориатическим артритом исследовали характер психологического реагирования на заболевание по методике психологической диагностики типов отношения к болезни, психоэмоциональный статус (шкалы тревоги Спилбергера и депрессии Гамильтона), оценивали выраженность суставного синдрома. У большинства пациентов в обеих группах выявлена высокая частота нарушений социально-психологического реагирования на заболевание (анкилозирующий спондилоартрит — 69,7%, псориатический артрит — 69,4%), а также повышенная частота развития тревожно-депрессивных расстройств. Дифференцированный подход к коррекции психосоматического статуса у больных серонегативным артритом позволил получить положительную динамику по всем исследуемым показателям, что способствовало оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

ВВЕДЕНИЕ

Результаты многочисленных клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют, что существует тесная связь между психоэмоциональными нарушениями и хроническим болевым синдромом, который является неотъемлемой составляющей ревматологической патологии, в частности воспалительного серонегативного артрита (Levenson J., 2006; Bair M.J. et al., 2008). Наиболее распространенными психоэмоциональными проявлениями хронической боли являются клинически выраженные отклонения: тревога, депрессия, апатия, усталость и астения, повышенная возбудимость, бессонница, раздражительность (Waheed A. et al., 2006; Белялов Ф.И., 2010). Достаточно часто эти факторы, нуждающиеся в дополнительной коррекции, способствуют усилению болевого синдрома, в том числе и у пациентов ревматологического профиля (Katz W.A., 2000; Mease P.J. et al., 2004; Лысенко Г.И., Ткаченко В.И., 2007; Вознесенская Т.Г., 2008). Сама боль также способна вызывать развитие психоэмоциональных нарушений. Следовательно, оценка психологического состояния пациента является необходимым компонентом диагности-

ческого комплекса при обследовании пациентов с хроническим болевым синдромом (Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М., 2003).

Именно поэтому в комплексном лечении больных серонегативным артритом (анкилозирующий спондилоартрит (АС), псориатический артрит (ПсА)) целесообразно применение препаратов адьювантного действия (анксиолитиков, антидепрессантов, вегетокорректоров, миорелаксантов), не обладающих прямым анальгезирующим эффектом, однако, кроме уменьшения выраженности тревожно-депрессивных и психовегетативных расстройств, способствующих снижению интенсивности болевых ощущений (McCracken L. et al., 2004).

Цель и задачи данной работы — изучение характера психологического реагирования на болезнь и оценка влияния дифференцированной адьювантной терапии на психосоматический статус пациентов с серонегативным артритом.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 33 больных АС (25 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 21 года

до 60 лет (средний возраст — $43,7 \pm 1,7$ года), средней длительностью АС — $8,1 \pm 0,85$ года (1-я группа наблюдения). Степень активности патологического процесса устанавливалась с учетом индекса активности заболевания Bath AS disease activity index (BASDAI) — в соответствии с критериями EULAR. Минимальная степень активности воспалительного процесса установлена в 10 (30,3%) случаях, умеренная — в 14 (42,4%), максимальная — в 9 (27,3%). Преобладала функциональная недостаточность суставов (ФНС) II степени — 23 (69,7%) случая.

Во 2-ю группу вошли 36 пациентов с установленным в соответствии с критериями CASPAR 2006 (Taylor W. et al., 2006) диагнозом ПсА (21 мужчина и 15 женщин) в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст — $43,6 \pm 1,4$ года), средней длительностью псориаса $16,9 \pm 1,1$ года, ПсА — $9,5 \pm 0,62$ года. По распространенности поражений преобладал полиартрит — 80,6%. I степень активности воспалительного процесса установлена в 12 (33,3%) случаях, II — в 20 (55,6%), III — в 4 (11,1%).

Болевой синдром и скованность в суставах и позвоночнике и утомляемость оценивались по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ) самими пациентами, а показатель собственного здоровья пациента (СЗП) — по ВАШ врачом и больным. Также проводили оценку скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови.

Характер психологического реагирования на заболевание определялся по методике психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ), разработанной в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. и соавт., 2005). Данная методика отражает личностное реагирование на болезнь и позволяет выявлять пациентов с дезадаптивными типами реагирования на заболевание. В соответствии с ТОБ пациенты объединялись в три блока. Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический ТОБ, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок объединял пациентов с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения). Для лиц третьего блока характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования. Это больные с сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойяльным ТОБ, для которых также, как и для второго блока характерны нарушения социальной адаптации.

Для изучения психозмоционального состояния была использована шкала самооценки тревоги Спилбергера (Spielberger C.D., 1970) в соответствии с которой уровень тревожности <30 баллов оценивали как низкий, $30-45$ — умеренный, >45 — высокий. Для выявления симптомов депрессии использовали шкалу депрессии Гамильтона (ШДГ), по данным которой при суммировании полученных баллов результат $16-18$ у лиц молодого и $18-$

20 у лиц пожилого возраста свидетельствует о наличии непсихотического депрессивного состояния, а $>18-20$ баллов — о возможной психотической депрессии (Hamilton M., 1969).

Пациентам обеих групп с выявленными дезадаптивными типами реагирования дифференцированно назначали адъювантную терапию, эффективность которой оценивали после окончания периода наблюдения.

Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На момент начала обследования все пациенты обеих групп получали непрерывную базисную терапию — метотрексат в дозе $12,5-15$ мг/нед или сульфасалазин 2 г/сут в 2 приема на протяжении от 6 мес до 6,3 года, а также нестероидные противовоспалительные препараты (дозу и выбор препарата определяли в соответствии с активностью выраженности воспаления и индивидуальной переносимостью пациентом).

В исследовании ТОБ выявили, что у пациентов с АС преобладали неадекватные ТОБ, диагностированные в 23 (69,7%) случаях. Среди них преобладали пациенты с интрапсихическим вариантом направленности реагирования на болезнь (второй блок реагирования) — 16 случаев, большую часть из которых составили лица с ипохондрическим ТОБ, для которого характерны беспокойство и повышенная мнительность пациентов в отношении неблагоприятного течения и прогноза болезни и как следствие — угнетенности настроения и психической активности. У 10 пациентов диагностированы адекватные ТОБ — гармоничный и эргопатический — по 5 случаев, что соответствует первому блоку ТОБ, при котором психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются.

У большинства (25 (69,4%)) пациентов с ПсА также выявлены неадекватные ТОБ. Из них 20 случаев составили пациенты с интрапсихическим вариантом направленности реагирования на болезнь (второй блок реагирования). При этом доминировали смешанные ТОБ (11 случаев) тревожно-неврастенического и тревожно-ипохондрического типов; среди оставшихся пациентов тревожный ТОБ — 5 наблюдений, меланхолический и неврастенический — по 2 случая. В третий блок реагирования (интерпсихический вариант) вошли 3 пациента с сенситивным ТОБ и 2 — с эгоцентрическим, для которых характерно дезадаптивное поведение с гетероагрессивными тенденциями в отношении окружающих, нарушение социального функционирования. 11 пациентов — 1 блок (4 — гармоничный, 5 — эргопатический, анозогнозический (эйфорический) — 1).

При тестировании уровня тревожности по методике Спилбергера у больных 1-й группы показатели реактивной (РТ) и ситуативной или личностной тревожности (ЛТ) были повышены ($31,4 \pm 1,0$; $38,4 \pm 1,4$ балла) по сравнению с нормой. При тести-

ровании по ШДГ у пациентов 1-й группы получены данные, превышающие средние нормативные показатели — $12,6 \pm 0,85$ балла.

У больных 2-й группы показатели РТ и ЛТ также были значительно повышены ($37,0 \pm 1,5$; $45,4 \pm 1,5$ балла), а также достоверно выше, чем у пациентов 1-й группы ($t=3,1$, $p=0,0028$; $t=3,4$, $p=0,0011$ соответственно). При оценке результатов тестирования по ШДГ средние значения у больных ПсА значительно превышали показатели нормы — $16,5 \pm 1,1$ балла и были достоверно выше, чем показатели больных 1-й группы ($t=2,8$, $p=0,0068$).

Полученные результаты исследования психосоматического статуса позволили нам дифференцированно подходить к назначению адъювантной терапии. Всем пациентам обеих групп, у которых выявлены неадекватные ТОВ (с целью коррекции психоэмоциональных нарушений), дополнительно к получаемой ими базисной и противовоспалительной терапии назначали препараты, обладающие анксиолитическим и вегетокорригирующим эффектами. Выбор препарата осуществляли с учетом особенностей типов психоэмоциональных нарушений, выявленных в группах.

Так, 23 больным 1-й группы был назначен бупирон по 10 мг 2 раза в сутки, поскольку для них были более характерны беспокойство и повышенная мнительность. У 25 пациентов 2-й группы назначением стал препарат гидроксизин по 25 мг (1 таблетке) 2 раза в сутки, обладающий, кроме анксиолитического, дополнительным антигистаминным и противозудным эффектом. Адъювантную терапию участники обеих групп получали на протяжении всего периода наблюдения, который составил 1,5 мес.

Эффективность проводимой комплексной терапии оценивали по динамике показателей клинико-лабораторной активности, уровня РТ и ЛТ, данных ШДГ.

Перед началом лечения в 1-й группе получены следующие клинико-лабораторные показатели: боль в позвоночнике — $69,2 \pm 3,2$ мм, скованность в позвоночнике — $67,7 \pm 3,5$ мм, скованность в суставах — $52,6 \pm 3,7$ мм, СЗП (больной) — $66,0 \pm 3,4$ мм, утомляемость — $68,3 \pm 2,9$ мм, СЗП (врач) — $60,8 \pm 2,8$ мм, СОЭ — $25,4 \pm 1,7$ мм/ч, СРБ — $14,8 \pm 1,7$ мг/л. У больных 2-й группы зарегистрированы следующие результаты: боль в суставах — $66,7 \pm 2,8$ мм, скованность в суставах — $61,2 \pm 3,4$ мм, боль в позвоночнике — $63,7 \pm 4,2$ мм, СЗП (больной) — $64,8 \pm 3,4$ мм, утомляемость — $63,1 \pm 2,3$ мм, СЗП (врач) — $60,5 \pm 2,6$ мм, СОЭ — $29,2 \pm 1,7$ мм/ч, СРБ — $12,7 \pm 1,9$ мг/л.

По окончании периода наблюдения в обеих группах выявлено улучшение практически по всем исследуемым показателям клинико-лабораторной активности. Так, в 1-й группе достоверно уменьшилась утомляемость и показатель СЗП, определяемый как врачом, так и пациентом ($p=0,018$; $p=0,003$, $p=0,012$ соответственно); уменьшилась выраженность болевого синдрома и скованности в позвоночнике, а также скованности в суставах (соответственно $p=0,032$; $p=0,08$; $p=0,023$). Больные АС отмечали также снижение активности воспа-

лительного процесса — достоверно значимое снижение показателей СОЭ и СРБ ($p=0,004$ и $p=0,021$ соответственно). Больные ПсА отмечали регресс кожных проявлений заболевания, что, вероятно, внесло определенный вклад в достижение положительной динамики относительно показателей СЗП (врач, пациент) ($p=0,005$; $p=0,008$) и утомляемости больного ($p=0,009$). Во 2-й группе также зарегистрирована положительная динамика в отношении уменьшения выраженности боли в суставах ($p=0,036$) и позвоночнике ($p=0,016$) и снижения показателей активности воспаления СОЭ ($p=0,007$), СРБ ($p=0,025$).

Следует отметить значимое улучшение психоэмоционального статуса пациентов (таблица). Так, достигнуто достоверное снижение показателей РТ, ЛТ и ШДГ как в 1-й ($p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,0018$ соответственно), так и во 2-й группе ($p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,002$ соответственно).

Таблица
Динамика показателей ШДГ, РТ, ЛТ в группах ($M \pm m$)

Показатель, баллов	1-я группа (n=23)			2-я группа (n=25)		
	До лечения	После лечения	P	До лечения	После лечения	P
ШДГ	$14,3 \pm 1,0$	$12,7 \pm 0,9$	0,0018	$19,5 \pm 1,1$	$18,4 \pm 1,1$	0,002
РТ	$33,0 \pm 1,1$	$29,7 \pm 1,5$	0,0004	$40,5 \pm 1,6$	$38,8 \pm 1,7$	<0,0001
ЛТ	$41,9 \pm 1,4$	$37,3 \pm 1,29$	<0,0001	$48,9 \pm 1,6$	$46,9 \pm 1,6$	0,0002

Для всех показателей в обеих группах установлена достоверность изменений ($p<0,05$) в сравнении с начальными значениями.

Проведенный дополнительно корреляционный анализ позволил установить наличие достоверной взаимосвязи между снижением баллов РТ, ЛТ и ШДГ и регрессом баллов по ВАШ в целом на >25%. Так, в 1-й группе выявлены достоверные корреляции относительно РТ и ЛТ ($r=0,46$, $p=0,028$; $r=0,42$, $p=0,047$ соответственно), а также тенденция к росту корреляций между редукцией баллов по ШДГ и по ВАШ ($r=0,37$, $p=0,086$). Для пациентов 2-й группы изучаемые корреляционные связи были более значимыми (соответственно $r=0,46$, $p=0,019$; $r=0,45$, $p=0,025$; $r=0,4$, $p=0,046$). Результаты проведенного корреляционного анализа подтверждают правильность выбранного нами подхода в назначении адъювантной терапии, направленной на коррекцию психосоматических расстройств и уменьшение выраженности клинических проявлений серонегативного артрита.

ВЫВОДЫ

В обеих исследуемых группах отмечали высокую частоту нарушений социально-психологического реагирования на заболевание, что составило у пациентов с АС 69,7% наблюдений, а в группе с ПсА — 69,4%.

В группах пациентов с серонегативным артритом установлены разнонаправленные дезадаптивные реакции: для лиц с АС более характерен ипохондрический ТОВ с беспокойством, повышенной мнительностью, угнетенностью настроения и пси-

хической активности; у пациентов с ПсА чаще выявлялись тревожные расстройства с разными вариантами реагирования.

Использование методики психологической диагностики ТОВ позволяет нам дифференцированно подходить к коррекции психосоматического статуса в группах больных серонегативным артритом, что дает возможность улучшить качество жизни пациентов и способствовать оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. (2003) Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Науч.-практ. ревматол., 2: 72–76.

Белялов Ф.И. (2010) Психические расстройства в практике терапевта. РИО ИГИУВа, Иркутск, 296 с.

Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и др. (2005) Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 32 с.

Вознесенская Т.Г. (2008) Хроническая боль и депрессия. Фарматека, 6: 10–15.

Лысенко Г.И., Ткаченко В.И. (2007) Проблема боли в общеврачебной практике. Медкнига, Киев, 196 с.

Bair M.J., Wu J., Damush T.M. et al. (2008) Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination With Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. Psychosom. Med., 70(8): 890–897.

Hamilton M. (1969) Standardised assessment and recording of depressive symptoms. Psychiatr. Neurol. Neurochir., 72: 201–205.

Katz W.A. (2000) Pain management in rheumatologic disorders. A guide for Clinicians. Drugsmart Publ., 1.

Levenson J. (2006) Psychiatric issues in rheumatology. Primary Psych., 13(11): 23–27.

Mease P.J., Ganguly R., Wanke L. et al. (2004) How much improvement in functional status is considered important by patients with active psoriatic arthritis: applying the outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials [OMERACT] group guidelines. Ann. Rheum. Dis., 63(Suppl. 1): 39.

McCracken L., Carson J., Eccleston C. et al. (2004) Acceptance and change in the context of chronic pain. Pain., 109 (1–2): 4–7.

Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1970) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA, 38 p.

Taylor W., Gladman D., Helliwell P. et al. (2006) Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum., 54: 2665–2673.

Waheed A., Pak J. et al. (2006) The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders. Med. Assoc., 56(5): 243.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА СЕРОНЕГАТИВНИЙ АРТРИТ

І.І. Благініна, О.О. Реброва, Б.О. Ребров

Резюме. Мета дослідження — вивчення характеру психологічного реагування на хворобу та оцінка впливу диференційної ад'ювантної терапії на психосоматичний статус пацієнтів із серонегативним артритом. У 33 пацієнтів із анкілозивним спондилоартритом і 36 — із псоріатичним артритом досліджували характер психологічного реагування на захворювання

за методикою психологічної діагностики типів ставлення до хвороби, психоемоційний статус (шкали тривоги Спілбергера і депресії Гамільтона), оцінювали вираженість суглобового синдрому. У більшості пацієнтів в обох групах виявлено високу частоту порушень соціально-психологічного реагування на захворювання (анкілозивний спондилоартрит — 69,7%, псоріатичний артрит — 69,4%), а також підвищену частоту розвитку тривожно-депресивних розладів. Диференційний підхід до корекції психосоматичного статусу у хворих на серонегативний артрит дозволив отримати позитивну динаміку за всіма досліджуваними показниками, що сприяло оптимізації лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключові слова: серонегативний артрит, психологічне реагування на захворювання, психоемоційний статус, ад'ювантна терапія.

PSYCHOLOGICAL RESPONSE PECULIARITIES TO DISEASE AND DIFFERENTIATED APPROACH TO THE CORRECTION OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH SERONEGATIVE ARTHRITIS

I.I. Blahinina, O.A. Rebrova, B.O. Rebrov

Summary. The aim of the study — to investigate the nature of the psychological response to the disease and to assess the impact of adjuvant therapy for differentiated psychosomatic patients with seronegative arthritis. 33 patients with ankylosing spondylitis and 36 patients with psoriatic arthritis were examined in order to establish the nature of the psychological response to the disease by the method of different types of psychological response to the disease, assessment of psycho-emotional status (Spielberger Anxiety and Depression Hamilton) and joint syndrome severity. In both groups the majority of patients demonstrated a high frequency of social and psychological response disorders to the disease (69.7% ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, 69.4%), and increased incidence of anxiety and depressive disorders. Differentiated approach to the correction of patient's psychosomatic status in seronegative arthritis lead to positive changes of all the studied parameters, as a result optimize treatment and rehabilitation.

Key words: seronegative arthritis, psychological response to the disease, psycho-emotional status, adjuvant therapy.

Адрес для переписки:

Благініна Ірина Іванівна
91045, Луганск,
квартал 50-летия Обороны Луганска, 1 г
ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»,
кафедра внутренней медицины
факультета последипломного образования
E-mail: fpdo@ukr.net