

Г.О. Проценко

ДУ ННЦ «Інститут  
кардіології, клінічної та  
регенеративної медицини  
ім. акад. М.Д. Стражеска»  
НАМН України

## ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДИЛІТОМ

**Ключові слова:** анкілозивний спондиліт, біль, тривога, депресія, порушення сну.

Суспільно-політичний стрес, пов'язаний з війною в Україні, є вкрай несприятливим фактором щодо суспільного здоров'я населення, особливо у пацієнтів з ревматологічними захворюваннями, до яких належить анкілозивний спондиліт. У військовослужбовців, у яких на тлі бойових травм, переохолодження, інфекцій розвинулися прояви анкілозивного спондиліту, додатково відмічали гострі дистрес-реакції. Порушення ментального здоров'я у переважній більшості визначають провідну клінічну картину та соціальну значущість цієї патології. Як у цивільних, так і у військових виявляють високу розповсюдженість психічних та поведінкових розладів (розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад та ін.), що значно погіршує перебіг анкілозивного спондиліту і супроводжується вираженим больовим синдромом, значною ранковою скутістю у хребті, безсонням, дратівливістю, депресією. Це потребує комплексного, а іноді агресивного лікування. Таким пацієнтам необхідна консультативна підтримка психологів та психіатрів. Зростаюче нервово-психічне напруження зумовлює загрози щодо розвитку психосоматичних та стресасоційованих хвороб та загострення існуючих патологічних процесів. Підвищення захворюваності, інвалідизації пацієнтів має не тільки медико-соціальне, але й важливе соціально-економічне значення з точки зору впливу на майбутній розвиток країни.

Суспільно-політичний стрес, пов'язаний з війною в Україні, нестабільною внутрішньою політичною та економічною ситуацією, постійно зростаючим негативним інформаційним навантаженням є вкрай несприятливим фактором щодо суспільного здоров'я, особливо у пацієнтів з ревматологічними захворюваннями та постраждалих внаслідок бойових дій, серед яких можна виділити дві основні групи [1].

1-ша група — пацієнти з анкілозивним спондилітом, які стали учасниками воєнних подій. Військовослужбовці, у яких на тлі бойових травм, переохолодження, інфекцій розвинулися прояви анкілозивного спондиліту. Фізичні травми (поранення, перевантаження опорно-рухового апарату) у цієї категорії посилювалися додатково бойовою психічною травмою, яка часом набувала характеру самостійної нозологічної форми та проявлялася розладами адаптації, гострими дистрес-реакціями.

Не менш значущим є вплив «стресорів воєнного часу» на мирне населення України, що належить до 1-ї групи, яке стикнулося із зовнішньою агресією російських військ.

Психологічні проблеми сімей переселенців мають комплексний характер, ядром яких є тяжкий травматичний досвід, ускладнений необхідністю адаптуватися у новому середовищі. Іншими словами, відмічається ефект ретравматизації — одна травма накладається на іншу: загроза життю та благополуччю за місцем попереднього проживання (первинна) поєднується із необхідністю контактувати із незнайомим середовищем (вто-

ринна) [2]. Цілий спектр стрес-факторів — мовний, культурний, звичаєвий, чужого помешкання, відсутності звичайної роботи, розірваність сімей, звичного кола спілкування — призводить до розвитку стресасоційованої патології, що погіршує перебіг будь-якого ревматологічного захворювання, в тому числі анкілозивного спондиліту.

Порушення ментального здоров'я в переважній більшості визначають провідну клінічну картину та соціальну значущість цієї патології. У всіх перелічених осіб відмічається висока розповсюдженість психічних та поведінкових розладів (розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад та ін.) [2, 7].

2-ю групою є цивільні особи, які опосередковано стали причетними до бойових дій. На відміну від безпосередніх учасників, вони не можуть спрямувати адаптаційні сили психіки на вирішення конкретних задач, не мають перспективного погляду у майбутнє. У них відзначають накопичення патологічних емоцій, таких як тривога, страх, депресія, які поглиблюються в умовах хронічного стресу [4].

Страх, тривога, відчуття власної вразливості, що викликані бойовою обстановкою, пригнічуються ціною великого нервового напруження. Досягнута рівновага порушується розвитком додаткових патологічних соматичних проявів, які компенсуються захисними механізмами агресивної та асоціальної поведінки [8].

Зокрема, віддалене населення знаходиться під постійним інформаційним впливом в першу чергу джерел масової інформації, що веде до появи або нарощування тривожного компоненту, зміни

інсталяційних основ життя та поведінкових патернів. Фактори невідомості та наявна загроза майбутньому провокують перехід у стан непередбачуваної кризової свідомості, що виявляється розвитком змін системи саморегуляції особистості (фізіологічних, емоційних, когнітивних і поведінкових складових) [6, 9]. Ці зміни (усвідомлені та неусвідомлені) можуть бути результатом інтенсивної разової стресової події або такої, що діє протягом тривалого часу, стресової ситуації. Переживання несприятливих наслідків ураження, зміна соціальної ситуації розвитку особистості призводять до соціальної дисфункції та дезадаптації, прогресування типів психологічного реагування, вимушеного переривання розпочатого лікування (в тому числі і з відсутністю ліків), що погіршує перебіг анкілозивного спондиліту та негативно впливає на якість життя пацієнтів.

Особистісні розлади в рамках пограничних станів проявляються насамперед у порушеннях поведінки, які здатні виникати в різних ситуаціях, навіть при спілкуванні лікар — пацієнт і викликатися різноманітними неадекватними стимулами, що призводять до розвитку з часом соціальної дезадаптації та погіршення психічного здоров'я та якості життя [7].

Нами разом із психологами проаналізовано посттравматичні стресові розлади у пацієнтів з анкілозивним спондилітом. Обстежено 35 осіб чоловічої статі (25 цивільних та 10 військовослужбовців). Розподіл клінічних симптомів у групах обстежуваних пацієнтів показано в таблиці.

У групі цивільних хворих найчастіше виявляли тривогу — у 25 (100,0%) осіб, порушення сну — у 25 (100,0%), зниження концентрації уваги — у 21 (91,3%). Рідше відмічали депресію — у 10 (43,5%) осіб, роздратування — у 15 (43,5%), спалахи гніву — у 13 (56,5%).

У групі військовослужбовців переважали тривога — у 10 (100,0%), порушення сну — у 10 (100,0%). Рідше виявляли зниження концентрації уваги — у 8 (79,0%), депресію — у 5 (50,0%), роздратування — у 6 (50,0%), спалахи гніву — у 5 (50,0%).

Цей психічний розлад розвивається не у всіх цивільних хворих та військовослужбовців, які піддавалися сильному стресу, а в осіб з індивідуальною вразливістю і низькою адаптивною здатністю. Симптоми свідчать про типову картину з тривожними, депресивними проявами, спалахами гніву, зниженням концентрації уваги.

Посттравматичні стресові розлади у пацієнтів з анкілозивним спондилітом призводили до збільшення вираженості болю у хребті, особливо у нічний

час, що погіршувало сон та викликало роздратування. Виявлено підвищення ранкової скутості, що потребувало негайного застосування симптоматичної терапії нестероїдними протизапальними препаратами. На нашу думку, у таких пацієнтів на тлі стресу знижується поріг сприйняття та відчуття болю. Тобто створюється замкнене коло, в результаті чого погіршується функціональна здатність опорно-рухового апарату в обох групах хворих.

Оцінка больового синдрому в хребті, активності хвороби, ранкової скутості включала 10-бальну візуальну аналогову шкалу (ВАШ), яку пацієнт заповнював до та після лікування [3]. У більшості обстежених хворих, які розпочали лікування анкілозивного спондиліту ще до початку війни, курс терапії переривався в силу складних обставин.

При порівнянні шкали болю у хребті цей показник був вищим у групі військовослужбовців (у переважній більшості виявлено ранні прояви анкілозивного спондиліту), що свідчить про більш виражений та триваліший запальний процес у структурах. Відмічено статистично значущу різницю у рухливості в шийному відділі хребта саме у цієї групи пацієнтів на ранніх етапах захворювання. Зменшення екскурсії грудної клітки в групі цивільних з анкілозивним спондилітом значно виражене (у більшості пацієнтів хвороба тривала до 5 років), що підтверджує вищу частоту та тяжкість ураження реберно-хребцевих суглобів. Відмічено зниження індексу BASDAI у хворих з центральною формою анкілозивного спондиліту при тривалості захворювання більше 10 років.

За даними інструментальних методів дослідження (рентгенографія, магнітно-резонансна томографія — МРТ), виявлено зміни у структурах хребта та їх зв'язках, які поєднувалися з клініко-функціональними проявами анкілозивного спондиліту. Так, ураження дуговідросткових суглобів діагностовано у 18 хворих (7 з яких — військові), що підтверджувало гострий перебіг запального процесу. Ураження дуговідросткових суглобів, за нашими даними, має значну поширеність (61,40%) на початку хвороби та передує в більшості випадків ураженню тіл хребців та зв'язкового апарату. Виявлено зв'язок між тяжкістю функціональних порушень у шийному, поперековому відділі хребта, екскурсії грудної клітки та наявністю ураження дуговідросткових суглобів. Відмінності між групами з та без ураження дуговідросткових суглобів сягають статистично значущих величин, що свідчить про більш несприятливий перебіг хвороби, який виявляється більш вираженими порушеннями функції всіх відділів хребта на ранніх

Таблиця

Клінічні симптоми у пацієнтів з анкілозивним спондилітом та посттравматичним стресовим розладом

Клінічні симптоми	Цивільні хворі чоловічої статі (n=25)		Військовослужбовці чоловічої статі (n=10)	
	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %
Тривога	25	100,0±0,0	10	100,0±0,0
Депресія	10	43,5±7,4	5	50,0±10,1
Роздратування	15	43,5±7,4	6	50,0±10,1
Спалахи гніву	13	56,5±7,9	5	50,0±10,1
Погіршення концентрації уваги	21	91,3±9,2*	8	79,0±13,2
Порушення сну	25	100,0±0,0	10	100,0±0,0

Примітка: відмінності достовірні: \*p<0,05.

етапах анкілозивного спондиліту при ураженні дуговідросткових суглобів.

При зіставленні тяжкості ураження шийного відділу хребта (порушення його функції) та об'єму ураження у дуговідросткових суглобах отримано результати, які можна поділити на три ступені:

I — легкий: ураження одного або двох дуговідросткових суглобів, що характеризується зниженням мобільності у шийному відділі хребта на  $2,33 \pm 0,88$  бала, або на менше ніж 30% від норми;

II — середній: ураження 3 або 4 дуговідросткових суглобів, що характеризується зниженням мобільності у шийному відділі хребта на  $4,58 \pm 0,66$  бала, або на 30–60% від норми;

III — тяжкий: ураження 5 та більше дуговідросткових суглобів, що характеризується зниженням мобільності у шийному відділі хребта на  $7,66 \pm 0,86$  бала, або на 60–90% від норми.

На основі цього поділу можна визначати за даними рентгенографії тяжкість функціональних порушень у шийному відділі хребта та формулювати прогноз щодо подальшої працездатності.

За даними МРТ, виявлена достовірна різниця між показниками у групах з активним запальним процесом (набряк кісткового мозку) та без ознак активного запалення (жирова інфільтрація). Оцінка активності хвороби була значно вищою у пацієнтів військовослужбовців, у яких тригером стала бойова травма і вони не отримували лікування.

У пацієнтів ознаки вираженого запалення на МРТ, показники активності захворювання за індексом BASDAI в межах близько 4 балів, ще раз підтверджують агресивний перебіг анкілозивного спондиліту та необхідність комплексного терапевтичного впливу на захворювання, що і проводилося у нашому закладі.

Таким чином, бойовий стрес — це стан особистості, вимоги до якої перевищують її ресурси. Основними причинами формування цього є жахи війни, страх бути вбитим, пораненим, фізичне і психічне перенапруження, порушення режимів життєдіяльності, хвороби, травми і поранення, страх не впоратися з обов'язками, невизначеність і дефіцит інформації, незвичайність ситуації, відсутність в минулому досвіду запасу можливих відповідних реакцій. Зростаюче нервово-психічне напруження містить загрози щодо розвитку психофізичної дезадаптації та її наслідків — психосоматичних і стресасоційованих хвороб та загострення існуючих патологічних процесів. Зростання захворюваності, інвалідизації наших пацієнтів має не тільки медико-соціальне, але й важливе соціально-економічне значення з точки зору впливу на майбутній розвиток країни [5].

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Гічун В.С., Кириченко А.Г., Корнацький В.М. та ін. Стресасоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту. Монографія. Дніпро, 2019. 322 с.
2. Калвер Т., Стиліану Н. (2018) Хто, де і скільки: 9 фактів про тривалість життя у світі». Проект «Глобальний тягар захворювань» (Global Burden of Disease). Інститут показників та оцінок здоров'я (IHME). [www.bbc.com/Ukrainian/features-44127764](http://www.bbc.com/Ukrainian/features-44127764).
3. Коваленко В.М., Шуба Н.М., Борткевич О.П. та ін. (2021) Ревматичні хвороби. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. Навчальний посібник К., Моріон, 2021. ISBN 978-966-2066-79-1. 400 с.

4. Коханов В.П. (2001) Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта. Психиатрия и психофармакотерапия, № 4: 120–123.

5. Кризина Н. (2004) Право українського народу на фізичне й психічне здоров'я та його охорону: юридичні гарантії реалізації. Вісн. Нац. акад. держ. управління при Президенті України, № 4: 276–280.

6. Мехтиева Л.Г. (2014) Посттравматическое стрессовое расстройство в сложные социальные периоды. Психич. здоровье, № 1: 18–23.

7. Чабан О.С. (2005) Психосоматична медицина: аспекти діагностики та лікування. Київ. 69 с.

8. Olivan-Blázquez B., Rubio-Aranda E., García-Sanz O. (2016) Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients. Actas Esp. Psiquiatr., Vol. 44, № 2: 55–63.

9. Atwoli L., Stein D.J., Koenen K.C. et al. (2015) Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. Curr. Opin. Psychiatry, Vol. 28, N 4: 307–311.

## POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

G. Protsenko

State Institution National Scientific Center  
«Institute of Cardiology named after  
acad. M.D. Strazheska»

**Abstract.** *Socio-political stress related to the war in Ukraine is an extremely unfavorable factor in the public health of the population, especially in patients with rheumatological diseases, which includes ankylosing spondylitis (AS). Military personnel had acute distress reactions as a result of combat injuries, hypothermia, infections, and developed manifestations of ankylosing spondylitis. Mental health disorders determine the leading clinical picture and social significance of this pathology. A high prevalence of mental and behavioral disorders (adjustment disorders, post-traumatic stress disorder, etc.) is noticeable in both civilians and military personnel, which significantly worsens the course of AS and is accompanied by a pronounced pain syndrome, significant morning stiffness in the spine, insomnia, irritability, depression. It requires complex and sometimes aggressive treatment. Such patients need consultative support from psychologists and psychiatrists. Growing neuropsychological stress creates threats to the development of psychosomatic and stress-related diseases and exacerbation of existing pathological processes. The increase in morbidity and disability of our patients has not only a medical and social, but also an important socio-economic significance in terms of influence on the future development of the country.*

**Key words:** ankylosing spondylitis, pain, anxiety, depression, sleep disorders.

### Адреса для листування:

Проценко Галина Олександрівна  
03151, Київ, вул. Святослава Хороброго, 5  
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної  
та регенеративної медицини імені академіка  
М.Д. Стражеска» НАМН України  
E-mail: g\_protsenko@yahoo.com