УДК 616.89-008-07:616.72-002.77:614.253.2-055

Діагностика граничних психічних розладів при ревматоїдному артриті у практиці сімейного лікаря

А.Є. Ніколенко
ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Були обстежені 80 жінок, хворих на ревматоїдний артрит у віці від 16 до 60 років (середній вік 42,4±1,18 року) з тривалістю захворювання від 1 до 30 років (середня тривалість 8,36±0,79 року). Досліджувалися граничні психічні розлади у хворих на ревматоїдний артрит. Експериментально-психологічне дослідження проводили з використанням методик: TAS (Торонтська шкала алекситимії), ООБІ (особистісного опитувальника Бехтерівського інституту), тесту тривожності Тейлора.
***Ключові слова**: ревматоїдний артрит, граничні психічні розлади, сімейна медицина.*

Ревматоїдний артрит (РА) розглядається як системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів. Медико-соціальна актуальність вивчення цієї проблеми пов'язана з її широкою поширеністю (близько 1% у світі та 0,4% – в Україні), прогресуючим перебігом, високою ураженістю працездатних людей, особливо в молодому віці, швидкою інвалідизацією хворих. Більшість дослідників вважають, що РА є поліетіологічним захворюванням і в його походженні відіграють роль наслідкові, алергійні, імунні та психологічні фактори.

H.Є. Kaplan і B.J. Sadock припускають, що психологічний стрес є однією з основних причин аутоімунних захворювань. F. Alexander і F. Dunbar цю точку зору пов'язують із психосоматичною концепцією, згідно з якою РА є класичним психосоматичним захворюванням, в генезі якого домінують психологічні та соціальні стреси, а також особистості людини. Хворі на РА відрізняються від здорових змістом емоційних реакцій і способів реагування в емоціогенних ситуаціях, їм притаманні самообмеження або відсутність здатності самовисловлювання, скутість в емоційному житті, тривожність. Часте виявлення при РА наведених психологічних особливостей дозволило віднести це захворювання до числа психосоматичних та висловити гіпотезу про так звану артритичну особистість хворих, при якій емоції постійно контролюються, а психічні реакції висловлюються переважно напруженням скелетних м'язів. РА перебігає у пацієнтів за різними клінічними варіантами, що виражається у швидкості прогресування функціональних порушень, рівні активності запальної відповіді і ступеня залучення внутрішніх органів. У міру погіршання клінічних проявів захворювання розвиваються певні психічні порушення.

На сьогодні ще мало вивчено питання про вплив психічного стану хворих на ставлення до лікування, виконання рекомендацій лікаря, дотримання режиму, що впливає на ефективність тривалої, ранньої та безперервної терапії. Погіршення клінічних проявів захворювання призводить до розвитку психічних порушень, які впливають на динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації хворих. Психічні розлади при РА включають ряд складних психопатологічних форм, до яких належать невротичні реакції та стани, розлади особистості та неврозоподібні порушення. Зміни психоемоційного статусу зустрічаються у хворих з різними клінічними варіантами РА. Традиційно це захворювання характеризують як класичну психосоматичну патологію.

Мета дослідження: виявлення психічних розладів, які виникають у хворих на РА.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 80 жінок, хворих на РА (діагноз РА встановлено за критеріями Американської ревматологічної асоціації). Середній вік хворих на РА складав 42,35±1,18 року. Тривалість хвороби була від 1 року до 30 років, у середньому 8,36±0,79 року.

Усім хворим було проведено комплексне обстеження, яке включало загальноклінічні, біохімічні, імунологічні та рентгенологічні методи. Діагноз РА встановлювали відповідно з критеріями Американської ревматологічної асоціації. І групу спостереження склали 82,5% хворих з суглобно-вісцеральної (СВ) форми перебігу РА.

ІІ групу відповідно склали 22 пацієнта (16,3%) без ураження внутрішніх органів (суглобну – Сг). Серед вісцеральних проявів виділені: міокардіти у 50 (60%) осіб, анемія у 39 (49%), васкуліти у 25 30%), нефропатії у 15 (19%) пацієнтів. Переважав повільно-прогресуючий варіант перебігу захворювання у 58 (72,5%) хворих, швидко прогресуючий – у 22 (17,5%) осіб. Домінували хворі з ІІ ступенем активності запального процесу (65%). Функціональний тест LEE склав від 5 до 29 балів.

Для оцінювання пріоритетності впливу клінічного стану чи функціональних порушень суглобів (ФПС) хворі були рандомізовані на підгрупи в залежності від ступеня функціональних розладів опорно-рухового апарату. Виявлено 12 (15%) осіб з ФПС 1-го ступеня, 68 (85%) хворих з ФПС 2-го та 3-го ступеня. Переважно були ушкоджені суглоби: проксимальні міжфалангові та п'ястно-фалангові – 100%, лучезап'ястні – 84%, гомілковостопні – 60%, колінні – 59%, тазостегнові – 19%.

Клініко-психопатологічні та клініко-катамнестичні обстеження включали динамічне спостереження хворих, аналіз історій хвороби. Експериментально-психологічні дослідження проводили за методиками рівня тривожності Тейлора, типу відношення до хвороби (Особистісний опитувальний Бехтерівського інституту – ООБІ) та Торонтської шкали алекситимії (TAS). Для оброблення отриманих даних використовували варіаційно-статистичний аналіз для визначення вірогідності розходження середніх та кореляційний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх пацієнтів спостерігали психічні порушення. Виділені провідні синдроми: тривожно-депресивний, астено-депресивний та іпохондричний.

Астено-депресивний синдром (39,47% хворих) мав наступні симптоми: зниження загального фону настрою, відчуття неповноцінності через хворобу, загубленим назавжди здоров'ям, неможливістю вилікуватись та непередбачуваністю майбутнього. Ці думки супроводжувались слабкістю, втом-

леністю, млявістю, неуважністю, відсутністю апетиту, поганим сном з тривожними сновидіннями. Хворі з астено-депресивним синдромом були мовчазними, плаксивими, апатичними.

У разі тривожно-депресивного синдрому (46,15% хворих) в клінічній картині психічних розладів домінували тривожне ставлення до хвороби і тривожні переживання. Типовими були побоювання за здоров'я, страх перед ускладненнями, що спотворюють, страх втратити працездатність. Хворі гостро відчували свою неповноцінність і занепад від хвороби. Ці думки супроводжувались роздратованістю, втомленістю, слабкістю, поганим сном, тривогою, плаксивістю, внутрішнім напруженням, нападами жаху. Хворі прислухалися до висловлювань оточуючих про перебіг та прогноз захворювання, можливі ускладнення. Тривога посилювалася у вечірні часи, коли хворі залишалися на самоті зі своїми переживаннями. Розлади сну у переважної кількості хворих проявлялися в ускладненому засинанні («думки не дають заснути, все думаю що буде зі мною, як будуть діти»).

Серед хворих з іпохондричним синдромом (14,11%) домінували: іпохондричне відношення до хвороби (63,6% від кількості хворих з іпохондричною реакцією), тривожні переживання, параноїдальні відчуття. Іпохондричні пацієнти проявляли заклопотаність своїм здоров'ям, шукали в собі нові хвороби, відносились з підозрою до лікування, ліків та лікарів. Ці переживання супроводжувались роздратованістю, втомленістю і слабкістю, поганим настроєм і тривогою за своє здоров'я, поганим апетитом, внутрішнім напруженням і плаксивістю.

Інтенсивні та стійкі артралгії, які виникали і при рухах, і у разі спокою, зумовлювали розвиток страху як перед початком руху, так і перед його припиненням. Поряд із страхом перед майбутнім болем пацієнти відчували постійну тривогу за можливість виникнення болю. Артралгії супроводжувалися стійкими порушеннями сну, що висловлювалося у вигляді труднощів засинання, постійних думках про хворобу, про майбутнє, частих ранніх пробудженнях.

Типовими для ревматоїдного артриту є деформація та тугорухомість суглобів. У зв'язку з цим у клінічній картині психічних порушень особливе місце посідає реакція хворих на зміну зовнішності. Хворі намагалися закривати змінені суглоби одежею, рукавичками, особливим взуттям. Мали місце думки про те, що оточуючі помічають їхній дефект, відносяться до пацієнтів хто з жалем, хто з осудом чи розумінням. У зв'язку із наявністю фізичної вади хворі рідко виходили з дому, намагалися більше відпочивати, старалися активно боротися з цим, годинами рухалися з метою розроблення суглобів. Настрій у більшості хворих був пригнічений, відзначалася плаксивість.

Звернемося до такого показника, як рівень соціальної фрустрованості. Цей показник можна розглядати як якість життя пацієнта, як міру його задоволеності чи незадоволеності у різних життєвих сферах. Для хворих на РА найбільш несприятливі сфери – це фізичний та психоемоційний стан, матеріальне становище, а найбільш сприятливі сфери – стосунки з дітьми та друзями, з чоловіком, родиною, адміністрацією, задоволеність роботою та побутовими умовами посідають проміжне положення.

З наведеного аналізу видно, що хворі з антено-депресивним та іпохондричним синдромами більш замкнуті у собі і займають очікувальну тактику при вирішенні гострих ситуацій, з меншим внутрішнім напругою напруженням. Але хворі з антено-депресивним синдромом у порівнянні з хворими із іпохондричним синдромом більш невпевнені у собі, з частими емоційними зривами, які можуть призводити до грубощів і агресивності. Хворі з тривожно-депресивним синдромом можуть самостійно знаходити вихід із стресових ситуацій, вони більш агресивні і вимогливі до інших людей та намагаються за їхній рахунок вирішувати свої проблеми.

За тестом ООБІ зафіксовано достовірне розходження рівня розподілу тривожного, неврастенічного, апатичного типів ставлення до хвороби між групами з СВ і Сг формою. У разі суглобової форми переважав ейфорійний і ергопатичний типи ставлення до хвороби ($p<0,01$). Зареєстрували відмінність між групами ПФС 2-го, 3-го і ПФС 1-го ступеня. Домінував тривожний, неврастенічний та іпохондричний типи для ПФС 2-го і 3-го ступеня ($p<0,01$). У хворих з ПФС 1-го ступеня переважав ейфорійний, ергопатичний і параноїдальний типи ставлення до хвороби ($p<0,01$).

Висока тривожність, виявлена у хворих з СВ формою і ПФС 2-го і 3-го степеня супроводжується скаргами на неспокій, відчуття напруженості, безсоння. Існує зв'язок між болем і тривожними розладами: сильний біль сприяє посиленню тривоги, яка в свою чергу знижує поріг больової чутливості.

Алекситимічну групу склали хворі з вісцеральними проявами та важким ступенем функціональних порушень суглобів. Для таких хворих характерно: схильність до депресивного типу реагування і висока тривожність; низький ступінь соціальної адаптації; високий рівень фрустрації. Алекситимічних хворих можна віднести до важкої в деонтологічному плані категорії пацієнтів і з позиції встановлення з ними психологічних контактів. Дана група хворих насторожено ставиться до майбутнього лікування, особливо гормональної терапії. Хворі з високим рівнем тривожності не демонструють бажання виконувати рекомендації лікаря. Алекситимічні пацієнти не так часто як того вимагають лікарі використовують глюкокортикоїди, вони схильні приймати недостатньо високу дозу, прагнуть швидше знизити її, самостійно скасовують терапію.

ВИСНОВКИ

1. Психічні порушення у хворих на РА представлені у вигляді основних провідних синдромів: тривожно-депресивного (46,15%), астено-депресивного (39,74%) та іпохондричного (14,11%).

2. У хворих на РА частіше зустрічають тривожний (37,5%), неврастенічний (32,5%) і параноїдальний (16,3%) типи відношення до хвороби, які негативно впливають на якість життя хворих.

3. Рівень функціонального стану опірно-рухового апарату, активність запального процесу, перебіг РА впливають на психічний стан хворого, сприяють виникненню психічних розладів.

Диагностика пограничных психических расстройств при ревматоидном артрите в практике семейного врача

А.Е. Николенко

Были обследованы 80 женщин с ревматоидным артритом в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст 42,4±1,18 года) с продолжительностью заболевания от 1 года до 30 лет (средняя продолжительность 8,36±0,79 года). Исследовали пограничные психические расстройства у больных ревматоидным артритом. Экспериментально-психологическое обследование проводили с использованием методик: TAS (Торонтская шкала алекситимии), ЛОБИ (личностного опросника Бехтеревского института), теста тревожности Тейлора.

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, пограничные психические расстройства, семейная медицина.*

Diagnosis of borderline mental disorders in patients with rheumatoid arthritis in the practice of family doctors

A. Nikolenko

80 women, patients with RA in the age of from 16 till 60 years (average age 42,4±1,18), with duration of disease from 1 year till 30 years (average duration 8,36±0,79) were surveyed. The borderline mental disorders of patients with RA were investigated. Experimentally - the psychological inspection was carried out with use of techniques: TAS (Toronto Alexithymia Scale), LOBI (personal questionnaire of institute of Bechterev), test of uneasiness of Taylor.

Key words: *rheumatoid arthritis, borderline mental disorders, family medicine.*

Сведения об авторе

Николенко Алла Евгеньевна – Кафедра психиатрии факультета последиполомного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел..: (056) 753-46-56, (097) 447-07-31. E-mail: nikosha.09@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем // Тер. Арх. – 2000. – № 5. – С. 79–82.
2. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М., Айвазян Т.А. Оценка субъективного восприятия боли у женщин больных РА // Журн. научно-практическая ревматология: Тез. докл. – М., 2000. – № 4. – С. 62.
3. Коршунов Н.И. Проблемы, психические нарушения и качество жизни больных ревматоидным артритом // Тер. архив. – 1991. – № 8. – Т. 68. – С. 100–104.
4. Коршунов Н.И. Ревматоидный артрит: диагностика и лечение // РМЖ. – 2005. – Т. 13, № 14. – С. 956–962.
5. Уланова Е.А., Григорьев И.В., Новикова И.А. Тревожные расстройства как психологические особенности личности больных ревматоидным артритом. // Тер. архив. – 2000. – № 12. – С. 41–43.
6. Цивилько М.А., Мелентьев А.С., Коркина М.В. и др. Особенности психических нарушений у больных ревматоидным артритом. // Журн. невролог. и психиатр. – 1999. – № 2. – С. 9–11.

Статья поступила в редакцию 13.02.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

БИОЛОГИ ОБЪЯСНИЛИ, ПОЧЕМУ ЧЕЛОВЕК НЕ СЛЫШИТ БИЕНИЕ СВОЕГО СЕРДЦА

Швейцарские ученые выяснили: мозг "заглушает" звуки сердцебиения, чтобы избежать сенсорной путаницы и помочь сосредоточиться на звуках окружающего мира.

Нейробиологи задались вопросом: почему человек в обычной ситуации не слышит собственное сердцебиение? С помощью МРТ они исследовали 150 добровольцев и обнаружили, что определенный участок мозга подавляет восприятие ударов сердца. По словам ученых, таким образом мозг сам решает, какую информацию довести до сознания.

Также исследователи заметили интересную деталь: оказывается, сердце может влиять на то, что мы видим.

Участников эксперимента попросили смотреть на мелькающие на экране геометрические фигуры. Ученые контролировали частоту мерцания картинок, а также следили за работой сердца с помощью ЭКГ. В тот момент, когда частота мерцания на экране совпадала с частотой сердцебиения, испытуемые жаловались, что не могут различить изображения на экране.

С помощью МРТ ученые выяснили, что происходит в мозге этот момент. Оказалось, что человек перестает воспринимать визуальную информацию в тот момент, когда происходит нарушение работы островковой доли головного мозга. Этот участок связан с восприятием информации. Томография показала, что в тот момент, когда частота мигания совпадала с сердцебиением, происходили изменения активности этой области мозга.

"Мы не хотим, чтобы наши внутренние ощущения мешали восприятию окружающего мира, - объясняет нейробиолог Рой Саломон. - Это в наших интересах, так как позволяет быть в курсе того, что происходит вокруг".

Полученные результаты, по его словам, продемонстрировали: мозг намеренно игнорирует некоторые сигналы, чтобы сосредоточиться на других.

http://www.vokrugsveta.ru

ISSN 2307-5112