

УДК: 616.721-002.77-06:616.329/.33-008.17-036:616.89-008.44

Эмоционально-личностная характеристика больных анкилозирующим спондилоартритом, осложненным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

А.А. Заздравнов

Национальный медицинский университет, Харьков

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, клиника, психоэмоциональные расстройства.

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) – системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов и связок позвоночника и вовлечением в процесс внутренних органов. АС обычно начинается в молодом возрасте: средний возраст дебюта этой болезни приходится на 24 года [5]. Хронический и прогрессирующий характер поражения суставов и позвоночника приводит к ухудшению качества жизни больных АС [3]. Низкое качество жизни объясняется выраженной скованностью, наблюдающейся при этом заболевании у 90% пациентов, болью (83%), повышенной утомляемостью (62%), плохим сном (54%), тревогой за будущее (50%) и побочными явлениями проводимой медикаментозной терапии (41%) [6]. Кроме того, для АС характерен чрезвычайно высокий уровень инвалидизации больных.

Являясь системным заболеванием, АС сопровождается различными внесуставными проявлениями. Нередким осложнением АС является поражение пищевода. Ранее проведенные оригинальные исследования показали, что $\frac{3}{4}$ больных АС предъявляют жалобы, характерные для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [2]. Возникновению ГЭРБ у больных АС способствует анатомическая деформация кардиальной части пищевода, возникающая вследствие изменений шейного и грудного отделов позвоночника с формированием кифоза и шейного гиперлордоза. В дополнение к этому, системный воспалительный процесс и агрессивная терапия спондилоартрита влияют на моторику пищевода, состояние эпителиального и постэпителиального звеньев защиты слизистой оболочки пи-

щевода. Клиническая симптоматика ГЭРБ – изжога (вариант болевого синдрома) отрыжка, дисфагия тягостно переносятся пациентами, вследствие чего данную нозологию относят к группе терапевтических заболеваний, которые в наибольшей степени негативно влияют на качество жизни [7].

Таким образом, больные АС, осложненным ГЭРБ – это контингент преимущественно молодых, хронически и тяжело болеющих пациентов с низким уровнем качества жизни, которые вследствие соматических страданий полностью изменяют свой привычный жизненный стереотип и испытывают трудности адаптивного характера. Хронический болевой синдром оказывает значительное влияние на психическую адаптацию и аффективно-личностную характеристику больного. При этом хронический стресс вызывает тревогу и депрессию, снижает порог болевой чувствительности и, тем самым, оказывает негативное влияние на болевое восприятие [4]. Данные изменения являются предпосылкой формирования эмоционально-личностных расстройств у больных АС, осложненным ГЭРБ, и оценка психического состояния этих пациентов представляется необходимым компонентом диагностического комплекса.

Цель работы

Определить особенности нарушений в эмоционально-личностной сфере больных АС, осложненным ГЭРБ.

Характеристика расстройств сна, субъективной оценки боли и триггерной роли психотравмы у обследованных больных

Исследуемый показатель	Группы больных	
	АС+ГЭРБ, n = 32	АС, n = 28
Расстройства сна, (n / %) В том числе:	20 / 62	15 / 54
• пресомнические	7 / 35	3 / 20
• интрасомнические	3 / 15	2 / 13
• постсомнические	10 / 50	10 / 67
ВАШ боли (см, M±m)	4,13 ±0,71	4,58 ± 0,76
Психотравма, как триггер обострения АС (n / %)	14 / 44	10/36

Материал и методы исследования

Было обследовано 32 больных АС с сопутствующей ГЭРБ (основная группа) и 28 пациентов с АС без поражения пищевода (группа сравнения). Средний возраст больных составлял $41,2 \pm 6,3$ года, средняя длительность заболевания АС - $9,8 \pm 4,9$ лет. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, образованию, степени функциональной недостаточности, активностью болезни и т.д. В обследование не включались больные с 3 степенью функциональной недостаточности тяжелой сопутствующей патологией внутренних органов с функциональной недостаточностью.

АС диагностировался в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими диагностическими критериями. Диагноз ГЭРБ устанавливался согласно требованиям Монреальского консенсуса 2006 г. на основе типичных симптомов и/или инструментальных данных и/или на основе регистрации последствий рефлюкса и/или на основе типичных осложнений ГЭРБ. Во всех случаях ГЭРБ была диагностирована через несколько лет после дебюта АС.

Эмоционально-личностная сфера больных исследовалась с помощью шкалы тревожности Спилбергера и шкалы депрессии Цунга. Шкала тревожности Спилбергера состоит из 2 подшкал: 20 суждений относительно личностной и 20 суждений относительно реактивной тревожности. Общий итоговый показатель по каждой из подшкал находится в диапазоне от 20 до 80 баллов; чем он выше, тем выше уровень тревожности. При интерпретации показателей использовали такие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов - низкая, 31 - 44 - умеренная; 45 и более - высокая. Шкала Цунга позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивных расстройств. Шкала оперирует 20 факторами (по 10 позитивно и негативно сформулированных вопросов). Результаты шкалы находятся в пределах от 20 до 80 баллов и делятся на 4 диапазона: 20-49 - нормальное состояние; 50-59 - легкая депрессия, 60-69 - умеренная депрессия, 70 и более - тяжелая депрессия. Выраженность боли оценивалась по результатам измерения визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли, которая представляет собой линейку длиной 10 см. Показатель 0 см соответствует значению «боль отсутствует», показатель 10 см описывается как «боль очень

сильная, невозможно терпеть». Пациент отмечает на линейке точку, которая соответствует уровню его восприятия боли. Для общей оценки качества жизни использовался стандартизированный неспецифический опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) - 36 вопросов, отражающих различные аспекты жизни пациентов. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

При общей оценке эмоционально-личностной сферы обследованного контингента пациентов можно сделать следующие выводы. Формирование личности больного АС происходит под воздействием комплекса психогенных факторов: психическая депривация (сенсорная, социальная, эмоциональная), неблагоприятная микросредовая обстановка с постоянной психогенной травматизацией из-за физической неполноценности, нередко – гиперопека в семье при отсутствии внимания вне ее. Больным АС присущи такие черты, как замкнутость, инaktivность, эгоцентризм. В массе своей, это больные с высоким интеллектом, имеющие возможности социальных контактов и потребности в них. Разрушенные в той или иной мере надежды на будущее формируют у них эмоционально-волевой инфантилизм. Работающие больные АС зачастую отмечали неудовлетворенность работой, ощущение постоянного наблюдения со стороны, «дамоклов меч» угрозы увольнения. Для них была свойственна эмоциональная нестабильность в оценке боли (как в сторону преувеличения, так и уменьшения), необоснованно излишняя осторожность в движениях. При этом тесно сочетались аспекты здоровья и работы, сравнивался риск ухудшения течения заболевания с экономическими выгодами/потерями.

Диссомнический синдром был характерен для больных АС (таб.1). Несколько чаще нарушения сна встречались в основной группе (почти у двух третей пациентов) по сравнению с группой сравнения (не более чем у половины лиц). В обеих группах преобладали постсомнические нарушения, что, вероятно, объясняется существенно влиянием феномена «утренней скованности», присущего АС. Однако, у пациентов с АС, осложненным ГЭРБ, достаточно ча-

Показатели качества жизни согласно опроснику SF-36 в баллах ($M \pm m$)

Шкала	Количество баллов по шкалам	
	Больные АС, осложненным ГЭРБ, n=32	Больные АС без ГЭРБ, n=28
ФФ	26,5±5,2	28,7±6,0
РФФ	22,8±4,1*	38,4±5,1
ИБ	16,7±5,7	17,3±6,0
ОСЗ	26,7±5,6	25,1±6,0
Ж	21,4±3,4*	33,1±4,1
СФ	20,9±4,1*	36,5±5,5
РЭФ	22,0±4,0*	36,2±5,1
ПЗ	22,6±6,7	25,1±7,0

Примечание: * - различия достоверны ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем больных АС без ГЭРБ

сто встречались и пресомнические нарушения сна, что можно объяснить влиянием изжоги (обычно усиливается в вечерний период) на процесс засыпания. Достоверных различий в субъективной оценке боли в группах больных выявлено не было, хотя медиана ВАШ боли в основной группе превышала аналогичный показатель больных группы сравнения. Роль психотравмы в качестве триггера обострения АС в основной группе пациентов также была выше по сравнению с группой сравнения.

Личностной тревожностью называется устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать широкий спектр ситуаций как угрожающие с ответом на каждую из них определенной реакцией. Реактивная, или ситуативная, тревожность – лабильное состояние, возникающее как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и характеризующаяся напряжением, беспокойством, нервозностью. Реактивная тревожность может быть различной по интенсивности и динамичности во времени. Реактивная тревожность в отличие от личностной, достаточно успешно корректируется использованием как фармакологических, так и немедикаментозных методов лечения.

В обеих группах обследованных лиц реактивная тревожность не превышала умеренной степени выраженности: $33,8 \pm 3,2$ баллов в основной группе, $32,1 \pm 3,3$ баллов - в группе сравнения. Различия между данными показателями были недостоверны.

Наряду с этим, личностная тревожность в группе больных АС с сопутствующей ГЭРБ соответствовала высокому уровню тревожности и была достоверно выше, чем аналогичный показатель пациентов группы сравнения: согласно $46,7 \pm 3,1$ и $37,2 \pm 2,9$, $p < 0,05$. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами. Она выступает в качестве предрасположенности для возникновения тревоги как реакции на опасность (ложную или реальную) и проявляется актуальным переживанием, беспокойством и нервозностью [1]. Более высокие показатели личностной тревожности среди пациентов основной группы свидетельствовали о большей выраженности психологического стресса

у данной категории больных. Учитывая триггерную роль психотравмы в обострениях АС, высокая личностная тревожность может формировать предпосылки для формирования более тяжелого течения заболевания с частыми рецидивами.

Показатели выраженности депрессии согласно результатам теста Цунга достоверно не различались в группах обследованных больных и соответствовали уровню легкой депрессии. В основной группе пациентов показатель теста Цунга составил $53 \pm 4,7$ балла, в группе сравнения - $52 \pm 4,9$ баллов. Такие результаты свидетельствовали о незначительном, по сравнению с АС, вкладе ГЭРБ в формирование депрессивного ответа пациентов.

При оценке результатов анкетирования больных по SF-36 ответы были распределены на 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОСЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психологическое здоровье (ПЗ). Больше количество баллов шкалы соответствовала более высокому качеству жизни (табл.2).

Сопутствующая ГЭРБ достоверно ухудшала качество жизни у больных АС по шкалам: «ролевое физическое функционирование» и «ролевое эмоциональное функционирование». Это свидетельствовало о том, что повседневная деятельность больного ограничивалась имеющимися клиническими проявлениями ГЭРБ и эти проявления сопровождались негативной эмоциональной окраской. Достоверно более низкие показатели по шкале «жизнеспособность» указывали на то, что у больных АС с сопутствующей ГЭРБ наблюдались выраженный упадок сил, отсутствие достаточного физического потенциала для адекватного выполнения повседневной работы и активных форм жизнедеятельности. Депрессивные показатели шкалы «социальное функционирование» отражали более глубокую степень ограничений в социальной жизни у пациентов с АС и проявлениями ГЭРБ. По другим шкалам достоверных различий между группами обследованных больных АС обнаружено не было. При характеристике суммарного физического (шкалы 1-4) и психологического (шкалы 5-8) компонентов здоровья отмечалось снижение обоих компонентов. Такие ре-

зультаты свидетельствуют о комплексном негативном влиянии ГЭРБ на качество жизни больных АС.

димо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных программ вышеупомянутых больных.

Выводы

Изменения в эмоционально-личностной сфере больных АС характеризуются тревожно-депрессивными проявлениями, признаками психической дезадаптации и расстройствами ночного сна в виде преимущественно постсомнических расстройств. При развитии ГЭРБ на фоне АС у больных более часто по сравнению с изолированным течением АС, возникают пресомнические расстройства сна, повышается уровень личностной тревожности, что может проявиться эмоциональными и невротическими срывами. Повседневная деятельность больного АС дополнительно ограничивается проявлениями ГЭРБ, которые сопровождаются негативной эмоциональной окраской и нарушением социальных функций пациента. Данные изменения необхо-

Литература

1. Галимов Р.К. Эмоциональные расстройства и личностные особенности больных гнездой алопецией / Р.К. Галимов, В.А. Юлдашев, М.М. Гафаров // Псих. расстройства в общей медицине.- 2008.- №4.- С.22-25.
2. Заздравнов А.А. Клико-патогенетична характеристика уражень стравоходу у хворих на анкілозуючий спондилоартрит // Кримський терапевтичний журнал.- 2006.- №3 (7).- С.70-72
3. Осипок Н.В. Распространенность, клиника и социальная значимость анкилозирующего спондилоартрита / Н. В. Осипок, Ю. А. Горев // Сибирский медицинский журнал.- 2007.- №7.- С.17-22.
4. Петрова Н.Н. Психосоматические аспекты блевого синдрома у больных с хроническими заболеваниями суставов / Н.Н. Петрова // Медицина. XXI век.- 2008.- № 2 (11).- С.68-71
5. Kahn M. A. Ankylosing spondylitis: the facts / M. A. Kahn.- Oxford medical publications, 2002- 208 p.
6. Ward D.D. Health related quality in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients / D.D. Ward // Arthritis Care Res.- 1999.- Vol. 12.- P. 247-55.
7. Wiklund I. Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease / I.Wiklund // Dig. Dis. - 2004. - Vol. 22. - P. 108-114.

Емоційно-особистісна характеристика хворих на анкілозивний спондилоартрит, ускладнений гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

А.А. Заздравнов

В статті розглянуто особливості психоемоційних розладів у хворих на анкілозивний спондилоартрит (АС), ускладнений гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). За допомогою стандартизованих шкал та опитувальників у 60 хворих на АС оцінені якість життя, наявність і вираженість тривожності й депресії. Показано, що при розвитку ГЕРХ на тлі АС у пацієнтів більш часто порівняно з ізольованим перебігом АС, виникають пресомнічні розлади сну, підвищується рівень особистісної тривожності та порушується соціальне функціонування.

Ключові слова: анкілозивний спондилоартрит, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, клініка, психоемоційні розлади

Peculiarities of psychoemotional area in patients with ankylosing spondylitis complicated by gastroesophageal reflux disease

A.A. Zazdravnov

Features of psycho-emotional disorders in patients with ankylosing spondylitis (AS) complicated by gastroesophageal reflux disease (GERD) were reviewed in the article. Quality of life, presence and severity of anxiety and depression were assessed in 60 patients with AS by using standardized scales and questionnaires. Concomitant GERD causes an increase in the frequency of anxiety disorders in patients with RA. Concomitant GERD also affects the quality of life for patients with AS. It is the cause of sleep disorders and disorders of social functioning of this patients.

Key words: ankylosing spondylitis, gastroesophageal reflux disease, clinic, psycho-emotional disorders.