

І. Д. Спіріна, О. В. Серебритьська, В. А. Лазутін, А.Є. Ніколенко, С. Ф. Леонов, А. М. Дячук

ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: ревматоїдний артрит, психічні розлади, якість життя

Ревматоїдний артрит (РА) розглядається як системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів. Медико-соціальна актуальність вивчення цієї проблеми зв'язана з її широкою розповсюдженістю (близько 1% у світі та 0,4% – в Україні) [1], прогресуючим перебігом, високою враженістю працездатних людей, особливо в молодому віці, швидкою інвалідизацією хворих. Обтяження клінічних проявів захворювання призводить до розвитку психічних порушень, які впливають на

динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації хворих [2]. Психічні розлади при РА включають ряд складних психопатологічних форм, до яких відносять невротичні реакції та стани, розлади особистості та неврозоподібні порушення [3]. Зміни психоемоційного статусу зустрічаються у хворих з різними клінічними варіантами РА, традиційно ці захворювання характеризують як класичну психосоматичну патологію. Ці обставини значною мірою визначають якість життя хворих на РА [4].

Матеріал та методи дослідження

Було обстежено 80 жінок, хворих на ревматоїдний артрит (діагноз РА встановлено за критеріями Американської ревматологічної асоціації [1]). Середній вік хворих на РА складав $42,35 \pm 1,18$ років.

Тривалість хвороби складала від 1 року до 30 років, в середньому $8,36 \pm 0,79$ років (табл. 2).

Динаміка інвалідизації в залежності від тривалості хвороби на ведена у табл. 3.

Клініко – психопатологічні та клініко – катанестичні обстеження включали динамічне спос-

тереження хворих, аналіз історій хвороби. Експериментально – психологічні дослідження проводились за методиками: рівня тривожності Тейлора, тип відношення до хвороби (Личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ) та тест фрустраційної толерантності по Розенцвейгу [5].

Для обробки отриманих даних використовувалися: варіаційно-статистичний аналіз для визначення вірогідності розходження середніх та кореляційний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

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

Астено – депресивний синдром (39,47% хворих) проявлявся: зниженням загального фону настрою, переживанням про свою неповноцінність від хвороби, загублене назавжди здоров'я, неможливість вилікуватись та непередбачуваність майбутнього. Ці думки супроводжувались слабкістю, втомленістю, млявістю, неухважністю, поганим апетитом, поганим сном з тривожними сновидіннями, в яких відбивались денні переживання. Хворі з астено – депресивним синдромом були мовчазними, плаксивими, апатичними.

При тривожно – депресивному синдромі

(46,15% хворих) в клінічній картині психічних розладів домінували тривожне ставлення до хвороби і тривожні переживання. Типовими були побоювання за здоров'я, страх ускладнень, що спотворюють, втрати працездатності. Хворі гостро відчували свою неповноцінність і занепад від хвороби. Ці думки супроводжувались роздратованістю, втомленістю, слабкістю, поганим сном, поганим настроєм і тривогою, плаксивістю, внутрішнім напруженням, приступами 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 переважній кількості хворих проявлялися в ускладнено-

му 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, паранойяльні явища, астено – фобічні реагування. Іпохондричні пацієнти проявляли заклопотаність своїм здоров'ям, шукали в собі нові хвороби, відносились з підозрою до лікування, ліків та лікарів, що їх приводило до вигаданої небезпеки і нетерплячості. 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 як при рухах так і при спокої, обумовлювали розвиток страху перед початком руху і перед його припиненням. Поряд із страхом перед майбутнім болем хворі мали постійну тривогу за можливість виникнення болю. Артралгії супроводжувалися стійкими порушеннями сну, яке висловлювалося у вигляді труднощів засинання, постійних думках про хворобу, про майбутнє, частих ранніх пробудженнях.

Типовими для ревматоїдного артрити є деформація та туго рухомість суглобів. В зв'язку з цим у клінічній картині психічних порушень особливе місце займала реакція хворих на зміну зовнішності. Хворі намагалися закривати змінені суглоби одежею, рукавичками, особливим взуттям. Мали місце ідеї відношення у вигляді думок про те, що оточуючи помічають їх дефект, хто відноситься до пацієнтів із жалем, хто з осудом чи розумінням. У зв'язку із наявністю фізичної вади хворі рідше виходили з дому, намагалися більш відпочивати, старалися активно боротися з цим, часами находячись у русі з метою розробки суглобів. Настрій у більшості хворих був подавлений, відмічалася плаксивість.

Звернемося до такого показника, як рівень соціальної фрустрованості. Цей показник можна розглядати як якість життя пацієнта, як міру його задоволеності чи незадоволеності в різних життєвих сферах. Для хворих на РА найбільш неблагополучні сфери – це сфери фізичного та психоемоційного стану, матеріального положення, а найбільш благополучні сфери – відношення з дітьми та друзями. Відношення із чоловіком, родиною, адміністрацією, задоволеність роботою та побутовими умовами займають проміжне положення.

Дослідження хворих за методикою Розенцвейга (тест фрустраційної толерантності) пока-

зали, що серед типів реагування домінував упертий тип у хворих з іпохондричним синдромом (Іп) 90,9%, з тривожним (Тд) – та астено – депресивним (Ад) синдромами – 58,3% і 45,16% відповідно. На другому місці стоїть домінуючий тип – Тд 44,4%, Іп 36,4% і Ад 35,48% хворих. Серед хворих з іпохондричним синдромом багато осіб з великим індексом самостійності 72,7%, мало з чуйністю до прямого звинувачування 9,09% і з низькою конформністю. Серед пацієнтів з тривожно – депресивним синдромом менше осіб з великим індексом самостійності 58,3%, але більш з чуйністю до прямого звинувачування 22,2%. Для хворих з астено – депресивним синдромом притаманна невелика кількість осіб з високим індексом самостійності 45,16%, чуйністю до прямого звинувачування і конформністю – по 6,45%. Імпунітивна спрямованість панує серед хворих з астено – депресивним синдромом 64,52%, потім Іп 63,6% і Тд 58,3%. Друге місце займає інтрапунітивна спрямованість Іп 45,5%, Ад 35,48% і Тд 33,3%, на третьому – екстрапунітивна Ад 29,03%, Тд 25% і Іп 18,2% ($r = 0,85$; $P < 0,05$).

З цього аналізу видно, що хворі з астено – депресивним та іпохондричним синдромами більш замкнуті в собі, займають очікувальну тактику при вирішенні гострих ситуацій, з меншою внутрішньою напругою, але хворі з астено – депресивним синдромом в порівнянні з хворими з іпохондричним більш невпевнені в собі, з частими емоційними зривами, які можуть приводити до грубощів і агресивності. Хворі з тривожно – депресивним синдромом більш придатні до самостійного вирішення стресових ситуацій, з більшим внутрішнім напруженням, більш агресивні і вимогливі до інших людей та намагаються за їх рахунок вирішувати свої проблеми.

Таким чином, отримані результати показують, що хворі на РА мають низьку якість життя, яка залежить від клінічних параметрів РА (тривалості хвороби, активності запального процесу, ступеня порушення функції суглобів) та психічного стану хворих.

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 зустрічаються тривожний (37,5%), неврастенічний (32,5%) і паранойяльний (16,3%) типи відношення до хвороби, які негативно впливають на якість життя хворих.

3. Пацієнти з РА мають високий рівень фрустрованості – упертий (58,8%) і домінуючий (40%) типи реагування, імпульсивна (60%) та інтрапульсивна (37,5%) спрямованість особистості.

4. Рівень функціонального стану опорно-рухового апарату, активність запального процесу, перебіг РА впливають на психічний стан хворого, що обумовлює якість життя пацієнта.

И. Д. Спирина, О. В. Серебрительская, В. А. Лагутин, А.Е. Николенко, С. Ф. Леонов, А. Н. Дьячук

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Установлено, что больные РА имели психические нарушения, которые представлены в виде основных синдромов: тревожно-депрессивного, астено-депрессивного и ипохондрического. У больных РА часто встречались тревожный, неврастенический и параноидный типы отношения к болезни, высокий уровень фрустрации, которые негативно влияли на качество жизни больных. Продолжительность заболевания, активность воспалительного процесса, тип течения РА, функциональное состояние опорно – двигательного аппарата так же есть важными составляющими в формировании качества жизни у больных ревматоидным артритом. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.173-175)

D. Spirina, O. V. Serebritska, V. A. Lagutin, A. Ye. Nikolenko, S. F. Leonov, A. N. Dyachuk

INFLUENCE OF MENTAL AND CLINICAL FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA)

Dnepropetrovsk state medical academy

It is shown that RA patients have subnormal quality of life . Its deterioration was related to mental factors and clinical parameters: duration of the disease and its activity, locomotor functions. The mental disorders find out in is disturbing - depressive , depressive and hypochondrial syndromes. Neurasthenic, disturbing and paranoiac reactions on the disease occurred most frequently. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.173-135)

Література

1. Коваленко В. Н. (ред.) (2002) Ревматоидные болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. Киев, 214 с.
2. Цивилько М. А., Мелентьев А. С., Коркина М. В., Лопес М., Кирсанова Г. Ф., Бурдо К. А. (1999) Особенности психических нарушений у больных ревматоидным артритом. Ж. невролог. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 2: 9–11.

3. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. (2000) Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Тер. арх., 5: 79–82.
4. Зайцева Т. В., Багирова Г. Г. (2000) Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом. Тер. арх., 12: 38–41.
5. Карелин А.А. (ред.) (2000) Психологические тесты, Т. 1, ВЛАДОС, Москва, 312 с.

Поступила в редакцию 28.06.2004