

Пограничные психические расстройства при ревматоидном артрите (по данным опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича)

Р.Р. Ахунова, С.П. Якупова, К.К. Яхин, И.Г. Салихов

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань

Kazan State Medical University, Kazan

Контакты: Регина Ринатовна Ахунова
regina-ahunova@mail.ru

Contact: Regina Rinatovna Akhunova
regina-ahunova@mail.ru

Поступила 05.10.2011

Цель — изучить распространенность пограничных психических расстройств (ППР) у больных ревматоидным артритом (РА) с различными клиническими проявлениями.

Материал и методы. В исследование было включено 192 больных с достоверным диагнозом РА. Всем пациентам проведено клиническое, лабораторное и рентгенологическое обследование, а также заполнены опросник для оценки и выявления невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1978) и опросник Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Результаты. У 123 (64,1%) пациентов были выявлены ППР. Они чаще диагностировались у пациентов с серопозитивным РА ($p < 0,05$). Частота возникновения ППР имела тенденцию к увеличению при возрастании активности РА, рентгенологической стадии, интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале, длительности утренней скованности, числа болезненных суставов ($p > 0,05$). Частота выявления ППР не зависела от наличия системных проявлений РА, числа припухших суставов, лабораторных показателей активности РА; она возрастала с увеличением функциональной недостаточности пациентов ($p < 0,05$) и длительности суставного синдрома ($p < 0,05$).

Заключение. Обследование пациентов с РА показало высокую частоту ППР (64,1%), наличие которых коррелировало с нарушением функции суставов и длительностью суставного синдрома.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, клинические пограничные психические расстройства, функциональный статус

BORDERLINE PSYCHIC DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (ACCORDING TO THE DATA OF THE QUESTIONNAIRE OF K.K. YAKHIN AND D.M. MENDELEVICH)
R.R. Akhunova, S.P. Yakupova, K.K. Yakhin, I.G. Salihov

Objective: to study the prevalence of borderline psychic disorders (BPD) in rheumatoid arthritis (RA) patients with different clinical manifestations.

Subjects and methods. The study enrolled 192 patients having a valid diagnosis of RA. All the patients underwent clinical, laboratory, and X-ray studies; the questionnaire for the assessment and detection of neurotic states (K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich, 1978) and the Health Assessment Questionnaire were filled out.

Results. BPDs were identified in 123 (64.1%) patients. BPDs were more often diagnosed in patients with seropositive RA ($p < 0.05$). The incidence of BPD tended to rise with an increase in the activity of RA, radiographic stage, pain intensity according to the visual analogue scale, in the duration of morning stiffness and the number of tender joints ($p > 0.05$). The detection rate for BPD did not depend on the systemic manifestations of RA, number of swollen joints, laboratory parameters of RA activity. The frequency of BPD increased with worsening function ($p < 0.05$) and with the longer duration of the articular syndrome ($p < 0.05$).

Conclusion. An examination of patients with RA showed the high frequency of BPD (64.1%), the presence of which correlated with joint dysfunction and the duration of the articular syndrome.

Key words: rheumatoid arthritis, clinical characteristics of RA, borderline psychic disorders, functional status

Понятие о пограничных психических расстройствах (ППР) в значительной мере условно. Главным образом оно используется для объединения нерезко выраженных нарушений, граничащих с нормой и отделяющих ее от собственно патологических психических проявлений. Термина «ППР» нет в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), но он широко используется в отечественной литературе. К ППР относят различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологии развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозов и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. К числу невротических расстройств относятся тревожно-фобические, панические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, соматоформные, истерические, реак-

ции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, неврастения и др. [1]. В МКБ-10 ППР рассматриваются главным образом в разделах F4–F6 и некоторых других.

Среди пациентов терапевтических отделений многопрофильных соматических стационаров психогенные (невротические) реакции наблюдаются в 12,6% случаев, неврозы и невротическое развитие личности — в 7,8%, неврозоподобные расстройства при соматических заболеваниях — в 10,1% [1].

Важное значение в современной медицинской практике имеет обследование больных ревматоидным артритом (РА), которым страдает 0,5–2% взрослого населения. РА — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим воспалительным заболеванием суставов с тяжелым прогрессирующим течением и ранней инвалидизацией [2, 3].

РА связан с высоким уровнем болевых ощущений, функциональными нарушениями, серьезными проблемами в психологической сфере [5], развитием со временем невротических и психотических нарушений [6–8]. Неуклонно прогрессирующее течение РА приводит к формированию у пациентов психоэмоциональных нарушений, таких как астения, тревога, депрессия [9]. Наиболее часто встречаемым расстройством является депрессия – в работах разных авторов частота депрессивных расстройств колеблется от 11 до 65% [8, 10]. Распространенность депрессии в общей популяции составляет 5–8% [11]. Частота тревожных расстройств у больных РА колеблется от 13 до 44,4% [8, 12]. Э.С. Тоиров и соавт. наблюдали у пациентов с РА вегетативные, психосоматические, астенические, аффективные, ипохондрические, истерические и навязчивые расстройства.

Цель – изучить распространенность ППР у больных РА с различными клиническими проявлениями.

Материал и методы

Критериями включения явились: достоверный диагноз РА, установленный по критериям Американской коллегии ревматологов 1987 г., возраст старше 18 лет, информированное согласие пациента. Критерии исключения: органическая патология головного мозга, психические заболевания психотического регистра.

В исследование было включено 192 больных с достоверным диагнозом РА в возрасте от 18 до 78 лет, наблюдавшихся в отделении ревматологии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ и МУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани.

У всех больных регистрировали число болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), продолжительность утренней скованности, интенсивность боли и общее состояние здоровья больных по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), СОЭ, содержание С-реактивного белка и ревматоидного фактора (РФ) и проводилось рентгенологическое обследование. При подсчете ЧПС и ЧБС оценивали 66 суставов. Для определения активности РА был использован индекс DAS 28. Активность заболевания расценивалась как низкая ($\text{DAS } 28 \leq 3,2$), умеренная ($3,2 < \text{DAS } 28 \leq 5,1$) или высокая ($\text{DAS } 28 > 5,1$). Функциональный статус пациентов определяли по классификации О. Steinbroker (функциональный класс – ФК) и опроснику HAQ. Значения HAQ от 0 до 0,5 расценивались как популяционная норма, от 0,5 до 1,00 – как минимальные, от 1,00 до 2,00 – умеренные, от 2,00 до 3,0 – выраженные функциональные нарушения. Кроме того, заполнялся опросник для оценки и выявления невротических состояний [13]. Опросник состоит из 68 вопросов и включает шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, конверсионные расстройства (истерический тип реагирования), обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Клиническая характеристика больных РА дана в таблице.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета программ Excel, Statistica 6.0, SPSS. Для сравнения долей применялись таблицы сопряженности с последующим использованием точного критерия Фишера или критерия χ^2 Пирсона. Достоверность различий между группами при сравнении количественных параметров оценивали с помощью t-теста Стьюдента, а также U-критерия Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение

ППР были диагностированы у 123 (64,1%) пациентов. У 92 (48%) из них выявлена астения, у 91 (47,4%) – вегетативные расстройства, у 89 (46,4%) – невротическая депрессия, у 65 (33,9%) – конверсионные расстройства, у 63 (32,8%) – обсессивно-фобические расстройства (ОФР) и у 63 (32,8%) – тревога (рис. 1). У части пациентов встречались одновременно несколько видов ППР.

При серопозитивном РА частота ППР была значимо выше, чем при серонегативном РА (69,5 и 53,1% соответственно; $p=0,038$; рис. 2). При нарастании активности РА, определявшийся по индексу DAS 28, отмечалась тенденция к повышению частоты ППР, которая при умеренной (57,5%) и высокой (66,2%) активности была несколько больше, чем при низкой (50%). При III и IV рентгенологических стадиях ($n=85$) ППР диагностировали несколько чаще, чем при I и II ($n=38$; 67,5 и 57,6% соответственно), однако эти различия статистически недостоверны.

В группе пациентов с III и IV ФК ППР были диагностированы чаще, чем у больных с I и II ФК (соответственно 66,7 и 57,9%; $p=0,029$). Частота ППР у больных с выраженными функциональными нарушениями по HAQ (81,8%) было достоверно выше, чем при наличии минимальных (60%) и умеренных (62,2%) нарушений ($p=0,0001$; см. рис. 2).

Клиническая характеристика больных РА ($n=192$)

Показатель	Число больных n (%)
Пол:	
мужской	25 (13,0)
женский	167 (87,0)
Длительность суставного синдрома:	
<2 лет	35 (18,2)
≥2 лет	157 (81,8)
Активность заболевания по индексу DAS 28:	
низкая ($\leq 3,2$)	4 (2,1)
умеренная ($3,2-5,1$)	40 (20,8)
высокая ($>5,1$)	148 (77,1)
Рентгенологическая стадия по О. Steinbroker:	
I	5 (2,6)
II	61 (31,8)
III	73 (38,0)
IV	53 (27,6)
Течение РА:	
медленнопрогрессирующий вариант	137 (71,4)
быстропрогрессирующий вариант	55 (28,6)
Иммунологическая характеристика:	
серопозитивны	128 (66,7)
серонегативны	64 (33,3)
Системные проявления	130 (67,7)
Функциональный класс:	
I	4 (2,1)
II	45 (23,4)
III	135 (70,3)
IV	8 (4,2)
HAQ:	
I (популяционная норма)	20 (10,4)
II (минимальные нарушения)	35 (18,2)
III (умеренные нарушения)	82 (42,7)
IV (выраженные нарушения)	55 (28,7)

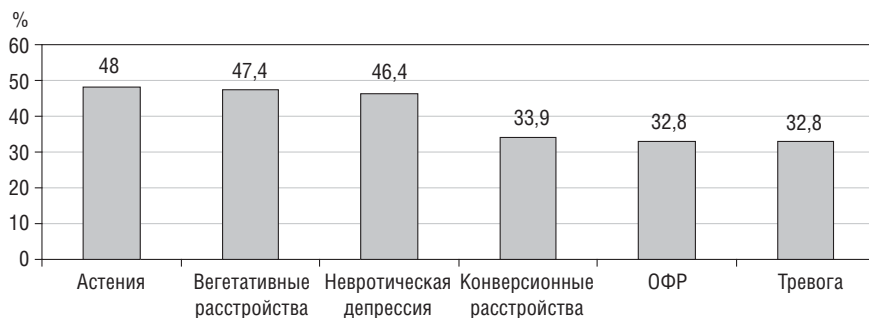


Рис. 1. Частота (%) отдельных видов ППР, выявленных у пациентов с РА

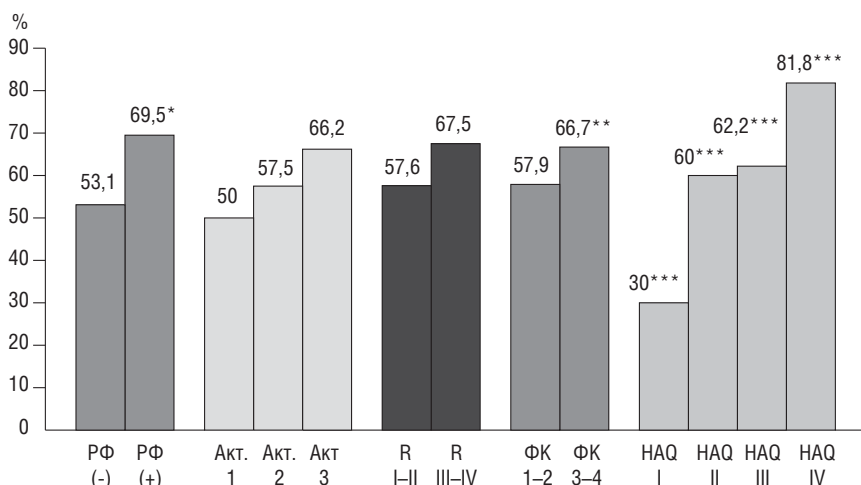


Рис. 2. Частота (%) ППР в группах пациентов с разными клиническими характеристиками РА. РФ(+) – РА, серопозитивный по РФ; РФ(-) – РА, серонегативный по РФ; Актив. – активность РА; Р – рентгенологическая стадия РА. * – $p=0,038$ (различия в частоте ППР между РФ(+) и РФ(-)); ** – $p=0,029$ (различия в частоте ППР между разными ФК); *** – $p=0,0001$ (различия в частоте ППР между разными степенями HAQ – II степень HAQ отличалась от I и III степеней)

Отмечалась тенденция к увеличению частоты ППР с увеличением интенсивности боли по ВАШ. Они были диагностированы у 14 (56%) пациентов с минимальной (до 40 мм), у 63 (64,3%) с умеренной (41–70 мм) и у 46 (66,7%) пациентов с интенсивной болью (71–100 мм). Также отмечалась тенденция к увеличению частоты ППР с увеличением продолжительности утренней скованности

(УС). Они отмечались у 16 (57,1%) больных с УС менее 30 мин, у 44 (59,5%) пациентов с УС от 30 до 90 мин и у 63 (70%) пациентов с УС более 90 мин. Частота ППР несколько возрастала с увеличением ЧБС. Они зафиксированы у 41 (59,4%) пациента, имеющего менее 20, у 55 (63,2%) имеющих менее 40 и у 27 (75%) имеющих 40 и более болезненных суставов. ППР встречались с одинаковой частотой в группах пациентов с системными проявлениями РА и без них (66,2 и 59,7% соответственно). Также одинаковая встречаемость ППР прослеживалась в группах пациентов, имеющих менее 10, более 10 припухших суставов и при отсутствии припухших суставов (65,5; 65 и 58,9% соответственно). По мере увеличения длительности РА частота ППР увеличивалась. Так, в группе пациентов с длительностью болезни 2 года и более частота ППР была выше, чем у тех, кто заболел менее 2 лет назад (67,5 и 48,6% соответственно; $p=0,05$). Частота выявления ППР не зависела от величины лабораторных показателей активности РА.

Заключение

Обследование пациентов с РА показало высокую частоту ППР (64,1%), которые чаще диагностировались у пациентов с серопозитивным РА ($p<0,05$). Частота возникновения ППР имела тенденцию к повышению при увеличении активности РА, рентгенологической стадии, интенсивности боли по ВАШ, длительности утренней скованности в суставах, ЧБС ($p>0,05$). Она не зависела от лабораторных показателей активности РА, наличия системных проявлений, ЧПС и возрастала с увеличением функциональной недостаточности ($p<0,05$) и длительности болезни ($p<0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

- Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2000;496 с.
- Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;720 с.
- Насонов Е.Л. Ревматология: Клинические рекомендации. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010;752 с.
- Рябцева Л.Ф., Солодовников А.Г., Лесняк О.М. Изучение приверженности лечению больных хроническими заболеваниями на модели ревматоидного артрита, ее детерминанты и влияние на исходы заболевания. Уральск мед журн 2009;2:32–8.
- Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Тер арх 2000;5:79–82.
- Тоиров Э.С., Исамов А.Х. Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом. Клин мед 2010;88(1):49–53.
- Dickens C., Levenson J.L., Cohen W. Essentials of Psychosomatic Medicine. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc., 2007;537 p.
- Вуколова Н.В. Лечение пограничных психических расстройств у больных ревматоидным артритом. Рос психиатр журн 1998;2:22–6.
- Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А., Зельтун А.Е. и др. Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом. Науч-практич ревматол 2009;4:49–53.
- Nicassio P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. Arthr Rheum 2008;59(2):155–8.
- Murphy S., Creed F., Jayson M.I. Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol 1988;27(5):357–63.
- Тоиров Э.С., Хайдарова Г.Х., Камалов Н.М. и др. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с хроническими заболеваниями суставов. Клин мед 2002;80(8):33–6.
- Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. Казан мед журн 1978;59(4):51–3.