

## Влияние хронического болевого синдрома на качество жизни и развитие психической дезадаптации у больных анкилозирующим спондилоартритом

И.И. Благинина

Кафедра внутренней медицины факультета последиplomного образования (зав. кафедрой д.мед.н., проф. Б.А. Ребров), ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Согласно результатам исследования, хронический болевой синдром у больных анкилозирующим спондилоартритом обуславливает достоверно более низкие, по сравнению с контрольной группой, показатели качества жизни, зависящие как от физического, так и от психоэмоционального состояния пациентов. Наличие высокой частоты встречаемости признаков психической дезадаптации и развитие тревожно-депрессивных расстройств связано с длительностью, стадией и активностью анкилозирующего спондилоартрита. В связи с этим, у данной категории пациентов актуальной является необходимость оптимизации лечебно-реабилитационного процесса путём оказания как медицинской, так и социально-психологической помощи.

**Ключевые слова:** анкилозирующий спондилоартрит, хронический болевой синдром, качество жизни, психическая дезадаптация

Болевой синдром в области позвоночника является одним из наиболее распространённых проявлений патологии опорно-двигательного аппарата, встречающихся в практике врача-ревматолога. Он наиболее присущ серонегативным спондилоартритам, в первую очередь анкилозирующему спондилоартриту (АС) [4, 8].

Известно, что клиническая картина АС полиморфна, однако боль воспалительного характера, локализующаяся в позвоночнике, является одним из главных диагностических критериев данного заболевания. Болевой синдром при АС может быть обусловлен, как вовлечением в воспалительный процесс свободных нервных окончаний, располагающихся во всех, кроме костной ткани, структурах позвоночного столба, так и формированием рефлекторного синдрома, запускающегося в результате раздражения рецепторов в ответ на изменения в дисках, связках и суставах позвоночника [4, 10]. Воспалительный характер боли подтверждается наличием утренней скованности более 30 мин., улучшением самочувствия после выполнения физических упражнений, пробуждением пациента во второй половине ночи из-за перемежающейся боли в ягодичах [10].

На сегодняшний день АС занимает одно из ведущих мест в ряду ревматической патологии по высоким темпам прогрессирования патологического процесса и ранней инвалидизации больных. Хронический и прогрессирующий характер заболевания обуславливает низкое качество жизни

(КЖ) больных АС, в первую очередь, ограничивая их физическую активность, а затем влияя на психоэмоциональный статус данной категории пациентов [1, 12, 13].

В ряде исследований показано, что нарушения эмоционального состояния усиливают выраженность болевого синдрома, запуская механизм снижения порога болевой чувствительности, который связан с нарушением метаболизма субстанции P, нарушением взаимоотношения глутаматергических и моноаминергических путей и недостаточность серотонинергических и норадренергических систем мозга [2, 3, 7, 9].

Цель исследования: определить влияние хронического болевого синдрома на ухудшение качества жизни, частоту развития и выраженность психоэмоциональных нарушений у больных анкилозирующим спондилоартритом.

Материалы и методы. В исследование было включено 33 больных с АС (25 мужчин и 8 женщин), возрастом от 21 до 60 лет (средний возраст  $43,7 \pm 1,7$  года), средней длительностью АС –  $8,1 \pm 0,85$  лет. Степень активности патологического процесса устанавливалась с учётом индекса активности заболевания Bath AS disease activity index (BASDAI) – в соответствии с критериями EULAR. Минимальная степень воспалительного процесса установлена в 10 (30,3%) случаях, умеренная – в 14 (42,4%), максимальная – в 9 (27,3%). Преобладала функциональная недостаточность суставов (ФНС) II степени – 23 случая (69,7% на-

блюдений). Контрольная группа (КГ) включала 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой наблюдения.

Болевой синдром и скованность в позвоночнике, утомляемость и показатель собственного здоровья пациента (СЗП) оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) самими пациентами.

Качество жизни (КЖ) оценивали по опроснику Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), который формирует и отражает два компонента здоровья - физический (Physical Health – PH) и психологический (Mental Health – MH). Физический компонент включает в себя физическую работоспособность (Physical Functioning – PF), влияние физического состояния на повседневную деятельность (Role-Physical Functioning – RP), интенсивность боли (Bodily pain – BP), общее состояние здоровья (General Health – GH), а психологический - жизненную активность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), психическое здоровье (Mental Health – MH). После статистической обработки результаты выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из 8 шкал. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по данной шкале [5].

Характер психологического реагирования на заболевание определялся по методике психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанной в лаборатории клиниче-

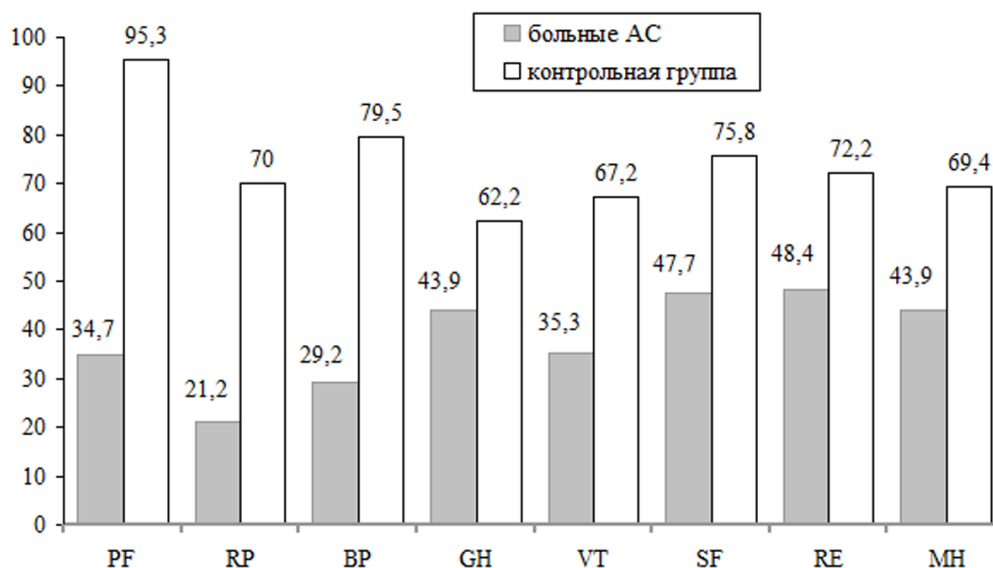
ской психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [6].

Для изучения психоэмоционального состояния была использована шкала самооценки тревоги Спилбергера [14] в соответствии с которой уровень тревожности менее 30 баллов оценивали как низкий, 30-45 - умеренный, более 45 - высокий. Для выявления симптомов депрессии использовали шкалу депрессии Гамильтона (ШДГ), по данным которой при суммировании полученных баллов результат 16-18 у молодых и 18-20 у пожилых свидетельствует о наличии непсихотического депрессивного состояния, а более 18-20 баллов - о возможной психотической депрессии [11].

Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

Результаты и их обсуждение. При оценке выраженности болевого и суставного синдромов, утренней скованности у пациентов с АС получены следующие данные: боль в позвоночнике –  $62,8 \pm 3,1$  мм, скованность в позвоночнике  $62,0 \pm 3,1$  мм, самочувствие  $61,3 \pm 3,0$  мм, утомляемость –  $62,2 \pm 3,0$  мм. При оценке активности воспалительного процесса и выраженности функциональных нарушений получены следующие результаты: индекс BASDAI –  $4,1 \pm 0,27$ , BASFI –  $4,2 \pm 0,16$ , СОЭ –  $23,1 \pm 1,5$  мм/ч.

При тестировании по опроснику SF-36 анализ шкал показал, что у больных АС все показатели КЖ были достоверно хуже, чем в КГ (рис. 1).



**Рис. 1.** Показатели качества жизни (опросник) SF-36 у больных анкилозирующим спондилоартритом и контрольной группы

В наибольшей степени ухудшились показатели физического здоровья, более значимо за счёт показателей RP –  $21,2 \pm 3,29$  баллов и BP –  $29,2 \pm 1,88$  баллов, отражающих влияние физического со-

стояния и интенсивности боли на повседневную деятельность. В целом физический компонент здоровья (Physical health – PH) в группе больных АС составил  $30,6 \pm 0,98$  баллов, а в КГ –  $51,46 \pm 1,14$

баллов ( $p < 0,001$ ). Из показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье, у пациентов с АС наиболее низким был показатель, характеризующий жизненную активность (VT), который составил  $35,3 \pm 2,45$  баллов в сравнении с  $67,2 \pm 2,03$  – в КГ ( $p < 0,001$ ), что в целом формировало в группе больных АС достоверно низкий показатель общего психологического компонента здоровья (Mental Health – MH) –  $39,4 \pm 1,24$  в сравнении с КГ, где он составил  $46,3 \pm 1,5$  баллов ( $p = 0,0025$ ).

Исследование типов отношения к болезни (ТОБ) выявило, что у пациентов с АС преобладали неадекватные ТОБ, диагностированные в 20 случаях (60,6%). Среди них преобладали пациенты с интрапсихическим вариантом направленности реагирования на болезнь (второй блок реагирования) – 13 случаев, для которого характерны беспокойство и повышенная мнительность больных в отношении неблагоприятного течения и прогноза болезни и как следствие повышенной тревожности – угнетённость настроения и психической активности. У 13 пациентов (29,4%) были диагностированы адекватные типы отношения к болезни гармоничный и эргопатический – по 5 случаев и анозогнозический – 3 случая, что соответствует первому блоку типов отношения к болезни, при котором психическая и социальная адаптация существенно не нарушается.

При тестировании уровня тревожности по методике Спилберга у больных АС показатели реактивной (РТ) и ситуативной или личностной тревожности (ЛТ) были значительно повышены ( $31,4 \pm 1,0$ ;  $38,4 \pm 1,4$ ) по сравнению с КГ ( $18,1 \pm 1,2$ ;  $26,6 \pm 1,0$ , соответственно), что имело статистически достоверную значимость (оба  $p < 0,001$ ). При этом у 4 больных выявлена высокая ЛТ. При оценке результатов тестирования по ШДГ средние значения у больных АС были достоверно

выше ( $p < 0,001$ ) по сравнению с КГ –  $12,58 \pm 0,85$  и  $6,7 \pm 0,8$  балла, что подтверждало наличие у пациентов с АС повышенного уровня тревожности. При этом депрессивные расстройства были выявлены у 6 пациентов с АС (18,2%), из них у 2 пациентов депрессия имела характер психотической.

Проведенный дисперсионный анализ выявил зависимость: физического компонента здоровья РН от длительности АС (BF=4,9,  $p < 0,001$ ), возраста больных (BF=6,28,  $p = 0,0023$ ); психологического компонента здоровья MH – от длительности АС (BF=6,2,  $p < 0,001$ ), возраста больных (BF=7,8,  $p = 0,009$ ), рентгенологической стадии АС (BF=3,08,  $p = 0,043$ ), выраженности боли в позвоночнике (BF=5,93,  $p = 0,0068$ ).

Длительность заболевания и выраженность боли в позвоночнике влияли на развитие тревожно-депрессивных расстройств. Так, установлена высокодостоверная зависимость (все  $p < 0,001$ ) результатов тестирования по ШДГ, показателей РТ и ЛТ от длительности АС (BF=10,5, BF=23,3, BF=17,8 соответственно) и зависимость данных показателей от выраженности боли в позвоночнике (соответственно BF=6,07,  $p = 0,0063$ ; BF=3,62,  $p = 0,032$ ; BF=35,3,  $p < 0,001$ ).

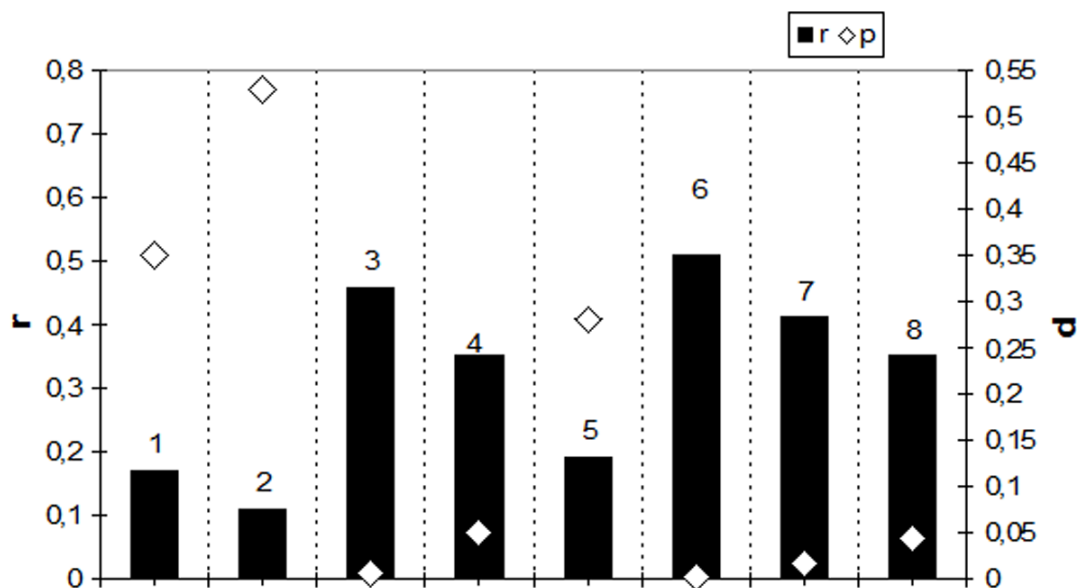
Были исследованы корреляционные связи между уровнем тревоги и депрессии и основными клиническими проявлениями АС (табл.). При анализе таблицы установлено, что тревожные состояния положительно коррелируют со всеми исследуемыми клиническими проявлениями АС. Следует отметить высокодостоверные ( $p < 0,001$ ) связи между ЛТ и показателями индексов BASDAI, BASFI, а также выраженностью утомляемости по ВАШ. Уровень депрессии по ШДГ также достоверно коррелировал со всеми исследуемыми показателями.

Показатель	Реактивная тревожность		Личностная тревожность		Уровень депрессии по шкале Гамильтона	
	г	р	г	р	г	р
BASDAI	0,51	0,002	0,6	<0,001	0,63	<0,001
BASFI	0,41	0,019	0,59	<0,001	0,51	0,002
Боль в позвоночнике по ВАШ, мм	0,4	0,021	0,52	0,002	0,46	0,007
Скованность в позвоночнике по ВАШ, мм	0,38	0,03	0,52	0,002	0,47	0,006
Самочувствие по ВАШ, мм	0,37	0,036	0,52	0,002	0,46	0,007
Утомляемость по ВАШ, мм	0,46	0,007	0,6	<0,001	0,5	0,003

**Таблица.** Корреляционные связи между показателями тревожности и депрессии и клиническими проявлениями анкилозирующего спондилоартрита

Корреляционный анализ (рис. 2) установил взаимосвязь между наличием психической дезадаптации (по данным опросника ТОБОЛ) и длительностью и Ro-стадией АС ( $r=0,43$ ,  $p=0,04$ ;

$r=0,61$ ,  $p=0,002$ , соответственно), а также показателями индексов BASDAI ( $r=0,51$ ,  $p=0,002$ ), BASFI ( $r=0,41$ ,  $p=0,017$ ) и уровнем СОЭ ( $r=0,35$ ,  $p=0,044$ ).



**Рис. 2.** Корреляционные связи между наличием психической дезадаптации (опросник ТОБОЛ) и исследуемыми показателями в группе больных анкилозирующим спондилоартритом

**Примечание:** 1 – возраст больных, 2 – длительность АС, 3 – активность воспалительного процесса, 4 – Ro-стадия АС, 5 – ФНС, 6 – BASDAI, 7 – BASFI, 8 – СОЭ.

Дальнейший корреляционный анализ установил наличие взаимосвязи между наличием проявлений психической дезадаптации и интегральным эмоциональным компонентом здоровья ( $r=-0,47$ ,  $p=0,0024$ ), а также уровнями РТ и ЛТ ( $r=0,49$ ,  $p=0,017$ ;  $r=0,56$ ,  $p=0,005$ , соответственно) и выраженностью депрессии по шкале Гамильтона ( $r=0,54$ ,  $p=0,007$ ).

**Выводы.** Хронический болевой синдром достоверно ухудшает качество жизни больных анкилозирующим спондилоартритом за счёт значительного снижения не только физического, но и социально-психологического функционирования данной категории больных.

У большинства (60,6%) пациентов выявлены неадекватный тип отношения к болезни с интрапсихическим вариантом направленности и установлена взаимосвязь наличия психической дезадаптации с длительностью, стадией и активностью анкилозирующего спондилоартрита.

На развитие тревожно-депрессивных расстройств влияют длительность заболевания и выраженность болевого синдрома в позвоночнике. Выявленные высокодостоверные ( $p<0,001$ ) связи личностной тревожности, депрессии с показателями индексов BASDAI, BASFI, а также взаимосвязь между наличием психической дезадаптации и показателями данных индексов свидетельствуют о

необходимости оптимизации лечебно-реабилитационного процесса путём оказания больным анкилозирующим спондилоартритом как медицинской, так и социально-психологической помощи.

#### Литература:

1. Амирджанова В.Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В.Н. Амирджанова, Г.М. Койлубаева // Научно-практ. ревматология. – 2003. – №2. – С. 72-76.
2. Вельтищев Д.Ю. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра / Д.Ю. Вельтищев, К.Б. Ковалевская, О.Ф. Серавина // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №2. – С. 34-37.
3. Вознесенская Т.Г. Хроническая боль и депрессия / Т.Г. Вознесенская // Фарматека. – 2008. – № 6. – С. 10-15.
4. Лысенко Г.И. Проблема боли в общеврачебной практике / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко. - К.: Медкнига, 2007. - 196 с.
5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. - СПб., 2002. - 320с.
6. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. - Санкт-Петербург, 2005. - 32 с.

7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей / А.Б. Смулевич. - СПб., 2001. - 256 с.
8. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // РМЖ. - 2004. - №12(7). - С. 3-11.
9. Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination With Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients / M.J. Bair, J. Wu, T.M. Damush et al. // Psychosom. Med. - 2008. - Vol. 70(8). - P. 890-897.
10. Critical appraisal of assessment of structural damage in ankylosing spondylitis: implications for treatment outcomes / J. Sieper, H. Appel, J. Braun, M. Rudwaleit // Arthritis Rheum. - 2006. - Vol. 54. - P. 678-681.
11. Hamilton M. Standardised assessment and recording of depressive symptoms / M. Hamilton // Psychiatr. Neurol. Neurochir. - 1969. - Vol. 72. - P. 201-205.
12. Levenson J. Psychiatric issues in rheumatology / J. Levenson // Primary Psych. - 2006. - Vol. 13 (11). - P. 23-27.
13. Physical function and Health-Related Quality of Life of spanish patients with ankylosing spondylitis / R. Ariza-Ariza, B. Herna Ndez-Cruz, F. Navarro-Sarabia // Arthritis Rheum. - 2003. - Vol. 49. - P. 483-487.
14. Spielberger C.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory / C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene. - Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970. - 38 p.

---

**Вплив хронічного больового синдрому на якість життя та розвиток психічної дезадаптації у хворих на анкілозивний спондилоартрит**

**Благініна І.І.**

Резюме. Згідно з результатами дослідження, хронічний больовий синдром у хворих на анкілозивний спондилоартрит обумовлює достовірно більш низькі, в порівнянні з контрольною групою, показники якості життя, що залежать як від фізичного, так і від психоемоційного стану пацієнтів. Наявність високої частоти ознак психічної дезадаптації та розвиток тривожно-депресивних розладів пов'язано з тривалістю, стадією і активністю анкілозивного спондилоартриту. У зв'язку з цим, у даній категорії пацієнтів актуальною є необхідність оптимізації лікувально-реабілітаційного процесу шляхом надання як медичної, так і соціально-психологічної допомоги.

**Ключові слова:** анкілозивний артрит, хронічний больовий синдром, якість життя, психічна дезадаптація

---

**Effect of chronic pain on quality of life and development of mental maladaptation in patients with ankylosing spondylitis**

**Blaginina I.**

Summary. According to the study, chronic pain in patients with ankylosing spondylitis results in significantly lower, compared with the control group, the quality of life that depend on both the physical and emotional condition of patients. The presence of a high frequency of signs of psychological maladjustment, and the development of anxiety-depressive disorder is associated with the duration, stage and activity of ankylosing spondylitis. Therefore, in these patients is urgent need to optimize therapeutic and rehabilitation process by providing both medical and psychosocial care.

**Key words:** ankylosing spondylitis, chronic pain, quality of life, psychological maladjustment

---