

УДК

К.І. ЧОПЕЙ

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, Ужгород

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НЕСПЕЦИФІЧНИМ ВИРАЗКОВИМ КОЛІТОМ

В роботі наведено результати проведених психологічних опитувань у пацієнтів з середньою ступінню важкості неспецифічного виразкового коліту фази загострення, які були виявлені за допомогою різних методик. Вивчено якість життя у хворих з НВК за допомогою анкет SF-36 та IBD-QoL.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, психологічні особливості, методика Спілберга, опитувальник MMPI, анкет SF-36 та IBD-QoL

Вступ. На сьогоднішній день запальні захворювання кишечника займають одне із лідируючих місць в структурі гастроентерологічної патології. Кількість хворих по даним різних авторів коливається від 4 до 15 осіб на 1000 населення в рік, раною інвалідизацією та смертністю від них. На сьогоднішній день загально визнано, що психосоматична детермінація відіграє важливу роль в етіопатогенезі неспецифічного виразкового коліту, так як різні відхилення в психічній сфері реєструються у 54-100% від всіх пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. Пацієнти з рецидивуючою формою НВК мають виражений комплекс психологічних розладів негативного характеру в аспекті загальної оцінки особового і реактивного компонентів тривожності. Проте, слід зазначити, що значимих відмінностей переважання в комплексі психологічних розладів особових особливостей пацієнтів, так само як і ситуаційній обумовленості виявлених змін, не встановлено.

Беручи до уваги важкість даної патології, а ряді випадків і інвалідизації внаслідок захворювання принципового значення набуває комплексна оцінка якості життя пацієнтів з неспецифічним виразковим колітом.

Метою нашої роботи було вивчити психосоматичні прояви і оцінити якість життя у пацієнтів з середньою ступеню важкості неспецифічного виразкового коліту за допомогою методики Спілберга-Ханіна, опитувальника MMPI, анкет SF-36 та IBD-QoL.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети нами було проведено комплексне, динамічне клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження хворих на неспецифічний виразковий коліт середньої ступені важкості. На першому етапі здійснювався скринінг хворих на НВК із бази даних. Дану базу склали 105 хворих з діагнозом НВК, підтвердженим на основі раніше проведених ендоскопічних та гістологічних обстежень. Індекс клінічної та активності у даних пацієнтів був > 4. У пацієнтів не було бути ніякої супутньої загальносоматичної патології (важкої патології крові, ендокринного, серцево-судинного, ниркового захворювання), а також психічної патології тощо.

Загально клінічне обстеження хворих включало детальне опитування і оцінку скарг, анамнеза захворювання і життя, наявність професійного впливу на розвиток захворювання, супутньої патології, даних об'єктивного обстеження. При наявності скарг оцінювали частоту стільця, його консистенцію, наявність патологічних домішок в калі, метеоризму, урчання і переливання в животі.

При оцінці больового абдомінального синдрому брали до уваги інтенсивність болей в навколо пупкової і обох клубових областях, зв'язок болю з актом дефекації, вираженість тенезмів; при аналізі астеносиндрому загальну слабкість та динаміку маси тіла.

Психологічне обстеження пацієнтів включало індивідуальну бесіду з метою виявлення першочерговості емоційно-стресової причини дебюта або загострення захворювання і психодіагностичне тестування за допомогою опитувальників, які давали кількісну оцінку досліджуваних ознак і статистичну обробку результатів.

Психодіагностичне тестування проводилося дворазово до початку і після закінчення лікування. Додатково, для визначення ефективності диференційної фармакотерапії проводили оцінку по методу Спілберга-Ханіна на 1, 7, 14, 21, 28 дні лікування. Опитувальник складається із 40 положень, в яких номера з 1 по 20 складають шкалу реактивної тривоги, номера з 21 по 40- шкалу особистісної тривоги. Бланки опитувальників заповнювалися пацієнтами самостійно згідно стандартним вимогам.

Одним із методів оцінки психосоматичного стану пацієнтів був Мінесотський багатомірний особистісний опитувальник (MMPI). Опитувальник складається з 71 запитання, 11 шкал, 3 із яких оціночні.

Опитувальник SF-36 включає 36 питань, які формують 8 шкал: фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, шкала болю і загального здоров'я, рольового емоційного функціонування, життєздатності, психологічного здоров'я, соціального функціонування.

Спеціальний опитувальник якості життя для хворих з запальними захворюваннями кишечника включає в себе 32 питання і формує 4 шкали:

Bowel (B), Systemic (S), Social functioning (SP), Emotion (E).

Systemic (S) – відображає степінь впливу загальної симптоматики на якість життя.

Bowel (B) – відображає степінь впливу місцевої (кишкової) симптоматики на якість життя.

Social functioning (SF) – соціальне функціонування означає соціальну адаптованість і задоволеність рівнем соціальної активності.

Emotion (E) – емоційне здоров'я характеризує наявність і вираженість негативних емоцій.

Таке дослідження дозволило об'єктивно оцінити хворим свій фізичний, психічний стан і соціальне функціонування, сексуальне життя та інше.

Результати досліджень та їх обговорення. При дослідженні психологічних особливостей у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК за методикою Спілберґера-Ханіна проведена комплексна оцінка вираженості показників реактивної (ситуаційної) і особової тривожності.

Встановлено, що у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК у фазі загострення мають місце помірно виражені показники як реактивної, так і особової тривожності, які в середньому склали 42,7 і 39,0 балів відповідно.

Отримані дані свідчать про те, що у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК має місце виражений комплекс психологічних розладів негативного характеру в аспекті загальної оцінки особового і реактивного компонентів тривожності. Проте, слід зазначити, що значимих відмінностей переважання в комплексі психологічних розладів особових особливостей пацієнтів, так само як і ситуаційної обумовленості виявлених змін, не встановлено.

При порівняльній оцінці психологічних проявів у хворих з рецидивуючою формою НВК, та у хворих синдромом подразненого кишечника (СПК) і особами контрольної групи виявлені статистично значимі відмінності вираженості показників реактивної і особової тривожності.

Показники особової тривожності у пацієнтів з діарейним варіантом СПК в середньому склали 50,7 балу, що відповідає високому рівню проявів тривожності. Виявлені значення показників у хворих з діарейним варіантом СПК значно перевищують відповідні значення у осіб контрольної групи, що склали 36,3 балу. Одночасно з цим у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК і осіб контрольної групи значимих відмінностей проявів особової тривожності не виявлено.

Показники ситуаційної тривожності у усіх пацієнтів з діарейним варіантом СПК при їх інтерпретації відносилися до помірної тривожності, і в середньому склали — 33,3 балу. У контрольній групі — 30,2 балу. Отже, прояви реактивної тривожності у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК при порівняльній оцінці показників, були значимішими, ніж в групі пацієнтів з СПК з переважанням діареї і групі здорових осіб.

Одночасно встановлено, що у пацієнтів з діарейним варіантом СПК по аналогії з пацієнтами з рецидивуючою формою НВК є виражений комплекс психологічних розладів негативного характеру. Проте у пацієнтів з СПК переважаюче значення мають особові особливості пацієнтів, тоді як ситуаційна обумовленість тривоги є менш значимою.

Отримані дані вказують на наявність гетерогенності психосоматичних проявів залежно від характеру патологічного процесу, що, у свою чергу, підкреслює важливість функціонального стану центральної нервової системи і безпосередній її взаємозв'язок з шлунково-кишковим трактом.

Таким чином, диференційований підхід до вивчення проявів особової і реактивної тривожності у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК і діарейним варіантом СПК дозволив виявити певні особливості психологічного реагування у осіб з різним характером патології товстої кишки, що, у свою чергу, визначило можливість непрямої оцінки міри впливу вираженості поразки товстої кишки на психологічні особливості пацієнтів.

Дослідження психологічного статусу по методу ММР1 дозволило виявити міру вираженості особових порушень і певні особливості соціально-психологічної дезадаптації у пацієнтів з середньою степінню важкості НВК.

Як випливає з даних, в цілому початково усі профілі особи у хворих НВК знаходяться у межах нормативного розкиду – в межах 20-70 стандартних одиниць, що свідчить про достатню психологічну збалансованість більшості обстежуваних і відсутності психопатологічних порушень. Проте, показники, що перевищують 50 балів за шкалою ММР1, виявили провідні особові тенденції, які визначають характерологічні риси, властиві цій групі хворих.

У обстеженій групі пацієнтів з рецидивуючою формою НВК простежується загальний стереотип, виражений, передусім, в негативному нахилі профілю, тобто переважанні показників по шкалах «невротичної» тріади. При цьому пік на другій і третій шкалах істотно перевищує величину першої шкали. Це, у свою чергу, дозволяє припускати наявність у пацієнтів з НВК схильності до зниженого настрою і використання невротичних механізмів психологічного захисту.

Психологічними проявами шкали 2(депресії), в даному випадку, являється пасивність, замкнутість, складність контакту з людьми.

Крім того, затвердження шкали зв'язане з показниками таких явищ, як внутрішня напруженість, невпевненість, тривога, понижений настрій, що створює додаткові умови виникнення хронічної фрустрованості. Іншими словами – передумови для хронізації емоційною стресованістю. Підйом профілю на третій шкалі виявив індивідуальну реакцію випробовуваного, емоційну значущість його соматичних відчуттів і підвищену увагу до

стану свого фізичного здоров'я. Усі проблеми, в даному випадку, вирішуються «відходом в хворобу».

Одночасно з підвищенням показників за шкалою «невротичної тріади» у пацієнтів з НВК реєструється підйом за шкалою 6 (паранойальності). Описаний тип особового профілю свідчить про те, що занижена самооцінка, песимістична оцінка перспективи, схильність до самозвинувачення, характерні для осіб з ізольованим піком профілю на другій шкалі більше виражені і стабільні і поєднуються з постійною внутрішньою напруженістю, тривогою і страхами. При цьому, психологічними відхиленнями, що найчастіше зустрічаються, є тривога і депресія.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, слід визнати, що психологічні особливості особового реагування, як певний стереотип поведінки, є свого роду способом адаптації в умовах специфічності патологічних змін. При цьому вони тісно пов'язані з певними формами соматичного реагування, тобто фізіологічними змінами, що лежать в основі психосоматичних розладів.

Дослідження показників якості життя за допомогою загального опитувача SF – 36 у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК дозволило провести інтегральну оцінку фізичного, емоційного і соціального функціонування в умовах загострення патологічного процесу. Використання спеціалізованого опитувальника IBD-QoL, у свою чергу дало можливість оцінити значимість впливу на якість життя у пацієнтів НВК чинників емоційної, фізичної дії, а також окремих клінічних аспектів системних і місцевих (кишкових) проявів захворювання.

В процесі проведеного нами дослідження було встановлено, що у пацієнтів з рецидивуючою формою НВК має місце значне зниження показників якості життя(SF – 36) по усім шкалам, в порівнянні з відповідними показниками у осіб контрольної групи. При цьому вираженість змін носить достовірний і досить виражений характер і знаходиться в межах від 20 до 55 балів. Найнижчі показники відмічені за шкалою ролевого фізичного функціонування – 13,3 балу, у зв'язку з чим у спостережуваної групи хворих відзначається значне обмеження здатності виконання фізичних навантажень, пов'язаних з основною діяльністю; а також по шкалах, що характеризують життєздатність і загальне здоров'я відповідають за оцінку сприйняття хворим свого здоров'я зараз – 27,3 і 49, 12 балу відповідно. При цьому пацієнти відмічають різке знесилення і енергії, відсутність спонукань і, одночасно, достатнього фізичного потенціалу, необхідних для адекватного виконання повсякденної роботи. При цьому свій стан вони безпосередньо зв'язують з наявністю патологічного процесу.

Помірне зниження показників якості життя у пацієнтів НВК було відмічене по шкалах, що хара-

ктеризують соціальні, ролеві емоційні, психологічні функції, а також шкалі больових відчуттів.

Низькі значення якості життя за шкалою соціального функціонування(53,7 балу) вказують на відсутність хорошої соціальної адаптації пацієнтів в умовах негативного впливу чинників емоційної і фізичної дії.

Зниження рівня показників ролевого емоційного функціонування(51,2 балу) вказує, у свою чергу на різкий негативний емоційний фон пацієнтів, що перешкоджає їх фізичній активності. При цьому характерною є нездатність пацієнтів виконувати основну роботу або іншу повсякденну діяльність в необхідному об'ємі і з належною якістю.

Низькі показники якості життя за шкалою що характеризує ментальне здоров'я(57,6 балу) вказують на різке зниження настрою пацієнтів, переважання в їх емоційній сфері негативних емоцій, негативних особових переживань, які, у свою чергу, значно обмежують повсякденну діяльність і є чинником посилення негативного сприйняття загального здоров'я.

Зниження показників якості життя у хворих НВК за шкалою болю, що в середньому склало 52,5 балу, вказує на помірний вплив інтенсивності больового синдрому у пацієнтів НВК відносно обмеження їх соціальної і фізичної активності.

При аналізі даних спеціалізованого опитувальника найменші зрушення показників якості життя у хворих з рецидивуючою формою НВК були зареєстровані по шкалах, що характеризують соціальне функціонування і вираженість системних проявів захворювання. Навпаки, більшою мірою негативні зміни торкнулися шкал емоційного здоров'я і шкали, що характеризує вираженість місцевої(кишковою) симптоматики.

Таким чином, будь-яка патологія з боку товстої кишки, незалежно від особливостей свого патогенетичного розвитку викликає значне зниження показників якості життя по усіх шкалах при порівнянні з особами контрольної групи. Проте структура зниження показників має свої специфічні особливості.

Описані закономірності тісно пов'язані з психосоматичними еквівалентами захворювання. При цьому характерні прояви іпохондрії, депресії можуть пояснювати найгірші сприйняття цими особами свого загального здоров'я і життєздатності, тоді як тривожно-фобична акцентуація і істеричні прояви найбільшою мірою пригніблюють ролеві функції.

Нами також проаналізовано вплив еглонілу (сульпіриду) на якість життя хворих з середньою ступінню важкості неспецифічного виразкового коліту

У групі пацієнтів що додатково отримували в якості психокорегуючої терапії еглоніл антидепресантний ефект був менш виражений. При цьому редукція депресивної симптоматики, бі-

льшою мірою забезпечувалася за рахунок анкіолітичного ефекту препарату, що виражалася зменшенні проявів тривоги до 5-7 дня лікування, почуття внутрішньої напруги і поліпшенні настрою. Найбільш суттєві зміни в хворих цієї групи відбувалися на 3-4 тижні курсового застосування препарату, за рахунок достовірного зменшення вираженості емоційно-гіперестетичного компонента синдрому (тривоги, підвищеної дратівливості, емоційної лабільності, порушення сну).

Встановлено, що в групі пацієнтів які додатково отримували еглоніл середній сумарний бал за шкалою Спілбергера-Ханіна до початку лікування склав – 43,5 балу, що відповідає помірно вираженим проявам реактивного компонента тривожності. Загальний розкид показників варіює від 37,2 до 48,3 до початку і від 32,8 до 39,5 балів після лікування.

При аналізі динаміки показників особової тривожності в групах пацієнтів, які додатково отримували психокорегуючу терапію, має місце загальна тенденція до регресії показників особової тривожності. При цьому вираженість проявів знизилася до моменту закінчення терапії в групі еглонілу на 18%.

Таким чином, додаткове застосування психокорегуючих засобів, в терапії НВК сприяє регресії особового і, більшою мірою, реактивного компонентів тривожності, що у свою чергу сприяє зменшенню хронізації емоційної стресованості і тим самим формуванню сприятливішого психологічного статусу пацієнтів.

Встановлено що вираженість соціально-психологічної дезадаптації у пацієнтів одержуючих комплексну терапію має виразну тенденцію до зниження, тоді як в групі хворих з використанням засобів базисної і симптоматичної терапії динаміка є більше згладженою.

Також слід зазначити, що застосування засобів психокорегуючої терапії супроводжуєть-

ся позитивною динамікою в ряді клінічних показників, що визначають характер перебігу захворювання. З приведених даних видно, що такий показник як індекс клінічної активності процесу (CAI) має виразну тенденцію до зниження в групах хворих, додатково приймаючих психокорегуючі препарати, тоді як в групі пацієнтів, які отримували тільки базисну і симптоматичну терапію, динаміка менш виражена.

Висновки. Не викликає сумнівів, що НВК являється яскравим прикладом психосоматичної патології, при якій ті або інші відхилення в психічній сфері реєструються в більшості випадків (98-100%) від всіх пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. Дані обставина зумовили необхідність досліджень, направлених на конкретизацію змін психологічного статусу, які пов'язані з особливостями клінічного перебігу захворювання та їх динаміку у хворих на НВК, на фоні лікування.

Доведено, що у пацієнтів хворих на НВК виявлена конфігурація особистісного профілю з ведучими шкалами гіпостенічного регістру (депресія, істерія), що характеризую невротичний тип розвитку особистості з формуванням тривожно-депресивного і істеричного варіантів дезадаптації, психологічними еквівалентами яких являються тривога та депресія.

В той же час, особистісний тип пацієнтів можна розглядати в аспекті психопатологічних акцентуацій з формуванням афективно-регідного варіанту дезадаптації та декомпенсації особистості.

Таким чином, застосування додаткової психокорегуючої терапії робить виразний позитивний клінічний ефект на протікання НВК. Відмітимо, що істотний ефект спостерігається в групі хворих, що мають спочатку виражений комплекс психологічних змін у вигляді різних варіантів тривоги і депресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Березанцев А. Ю. // Рос. психiatr, журн. — 2000. — № 6.-С. 11-18.
2. Вельтишев Д.Ю. Многоликий эглонил. // Русский медицинский журнал. — 2001. — №25 (144). — С. 1197-1201.
3. Вертелецкий В.В., Спесивцев В.Н., Васильев А.П., Найденов Ю.Н. Сочетание неспецифического язвенного колита, первичного склерозирующего холангита и герпетического дерматита Дюринга. Эффект лечения преднизолоном. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1995.-Т.5, N 3. — Прил.1.-С.48-49.
4. Волошин В.М., Копытин В.А., Сорокина Н.Я. Некоторые аспекты психофармакологической эффективности ксанакса в общесоматической практике. — М., 1998. — С.347-349.
5. A.J. Muir, L.E. Edwards, L.L. Sanders, R.R. Bollinger et al. A Prospective Evaluation of Health-Related Quality of Life After Ileal Pouch Anal Anastomosis for Ulcerative Colitis.// The Amer. J. of Gastroenterology. 2001.-Vol. 96,№5_s. 1480-1485.
6. Bollini P., et al. Обзор: Назначение более низких доз антидепрессантов при депрессии достаточно эффективно и реже сопровождается развитием побочных реакций. // Международный журнал медицинской практики. — 2000. — №7. — С. 15

Стаття надійшла до редакції

K. CHOPEY

PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Does not cause doubts, that ulcerative colitis (UC) appears the prime example of psychosomatic pathology, at which those or other rejections in a psychical sphere are registered in most cases (98-100%) from all patients which apply for medical help. This information cause a circumstance and necessity of researches, directed on the specification of changes of psychological status, which are related to the features of clinical motion of disease and their dynamics for patients on UC, on a background treatment.

It is well-proven that patients with UC have configuration of personality type with depression and hysteria, which characterizes the neurotic type of development of personality with forming anxiously depressed and hysterical variants of no adaptation, the psychological equivalents of which are an alarm and depression.

Key words: ulcerative colitis, psychological status, depression and hysteria