КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В ПЕРИОД АТАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Щёкотова А.П.¹, Третьякова Ю.И.¹, Шулькина С.Г.¹, Антипова А.А.¹, Булатова И.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, e-mail: al shchekotova@mail.ru

Цель исследования: оценить качество жизни (КЖ) и выраженность психоэмоциональных нарушений (ПСН) у больных язвенным колитом (ЯК). Изучить взаимосвязи показателей КЖ и ПЭН и их влияние на тяжесть атаки заболевания. Обследовано 100 пациентов с ЯК в фазе обострения. Средний возраст составил 34,35±11,47 года. В контрольную группу были включены 50 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. В работе использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Zigmond A.S. и Snaith R.P., 1983). В ходе проведенного исследования было установлено, что у пациентов с ЯК в период атаки заболевания резко снижено КЖ по кишечным и эмоциональным показателям, которые составили 36,87±8,17 и 38,24±11,59 балла по сравнению со значениями в контрольной группе (p=0,0000). При сравнительном анализе средних значений всех факторов в зависимости от тяжести атаки ЯК наиболее низкие показатели КЖ были получены при тяжелых формах заболевания. Субклиническая и клинически выраженная тревога была выявлена у 65% больных ЯК. Депрессивные расстройства встречались у 46% пациентов. У 80% больных ЯК выявлено наличие признаков вегетативной дисфункции в виде изменения вегетативного тонуса. Выраженность ПЭН и КЖ пациентов зависели от степени тяжести ЯК, протяженности эрозивно-язвенного процесса в кишечнике и уровня маркеров системного воспаления. У больных ЯК выявлены снижение качества жизни и психоэмоциональные нарушения, представленные тревогой, депрессией и нарушением вегетативного статуса. Анализ полученных данных свидетельствует о необходимости включения метода оценки качества жизни (IBDO) и опросников на выявление тревожно-депрессивных и вегетативных нарушений в комплексное обследование больных ЯК как при первичном осмотре, так и в динамике на фоне лечения.

Ключевые слова: язвенный колит, качество жизни, тревога, депрессия, вегетативные нарушения.

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOEMOTIONAL DISTURBANCES IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS IN THE PERIOD OF ATTACK OF DISEASE

Shchekotova A.P.¹, Tretyakova Yu.I.¹, Shulkina S.G.¹, Antipova A.A.¹, Bulatova I.A.¹

¹FSBEI HE Perm State Medical University named after academician E. Wagner, Health Ministry of Russia, Perm, e-mail: al shchekotova@mail.ru

Objective: to assess the quality of life and the severity of psychoemotional disorders (PED) in patients with ulcerative colitis (UC). To study the relationship between the quality of life and PED and their impact on the severity of the disease attack. 100 patients with UC in the acute phase were examined. The mean age was 34,35±11,47 years. The control group included 50 healthy individuals, comparable in gender and age. The hospital scale of anxiety and depression (Zigmond AS. and Snaith R.P., 1983), a scale for assessing the anxiety of C.D. Spielberger and Yu. L. Khanin and questionnaire of A.M. Wayne were used. In patients with UC in the period of the disease attack, the quality of life was sharply reduced by intestinal and emotional indices, which amounted to 36.87 ± 8.17 and 38.24 ± 11.59 points in comparison with the control group (p=0,0000). In a comparative analysis of the mean values of all factors, depending on the severity of the attack, the lowest quality of life values were obtained in severe forms of the disease. As a result of the study, subclinical and clinically expressed anxiety was detected in 65% of patients with UC. Depressive disorders occurred in 46% of patients. 80% of patients had vegetative disorders. The severity of PED and patients quality of life depended on the degree of severity of the UC, the extent of the erosive-ulcerative process in the colon, and the level of markers of systemic inflammation. In patients with UC a decrease of the quality of life and expressed psychoemotional disorders presented by anxiety, depression and vegetative dysfunction were revealed. The analysis of the obtained data testifies to the need to include the method of assessing the quality of life (IBDQ) and questionnaires to identify anxiety-depressive and vegetative disorders in a comprehensive examination of patients with UC both during primary examination and in dynamics during treatment.

Keywords: ulcerative colitis, the quality of life, anxiety, depression, vegetative disorders.

характеризующимся хроническим воспалением слизистой оболочки толстой кишки и чередующимися периодами активного заболевания и ремиссии [1]. Постоянно рецидивирующее течение болезни с прогрессирующим нарушением структуры и функций кишечника приводит к значительному снижению качества жизни (КЖ) больных, что ставит ЯК в ряд важных медико-социальных проблем и предусматривает поиск новых направлений в изучении этиопатогенетических механизмов болезни с целью совершенствования лечебно-профилактических мероприятий [2; 3].

При такой патологии, как ЯК, когда болезнь протекает длительно, главной целью лечения становится достижение достойного КЖ больного, а важным показателем здоровья оценка пациентом своего состояния [4]. Исследование КЖ у больных ЯК может приводить к повышению комплаентности, своевременности оценки влияния заболевания на физическое и психосоциальное благополучие пациента, повышению эффективности проводимой терапии в различные периоды болезни и может использоваться в разработке схем лечения и реабилитационных мероприятий, исходя из принципа персонифицированного подхода к больному [5; 6].

Одной из этиопатогенетических теорий развития ЯК является неврогенная теория, согласно которой нарушения работы вегетативной нервной системы (ВНС), а также эмоциональные триггеры играют значительную роль в возникновении ЯК или в провокации рецидива заболевания. Индивидуальная реакция на стресс с аномальным нейрогуморальным ответом может стать механизмом, запускающим болезнь [7]. По данным американских ученых, до 80% пациентов с ЯК во время рецидива страдают от тревоги и 60% – от депрессии. Во время ремиссии процент больных с тревогой составляет 29%, а с депрессией – до 35%. Механизмы, при которых аутоиммунное воспаление в кишечнике способствует развитию тревожно-депрессивных нарушений, остаются неизвестными [8].

Исследование пациентов с ЯК показало, что эндоскопически подтвержденное активное воспаление слизистой оболочки толстой кишки связано с большим психологическим стрессом. Симптомы ЯК ограничивают обычную повседневную деятельность пациента, включая работу и семейную жизнь. Тревога в большей степени оказывает негативное влияние на качество жизни больных ЯК [9].

А. Moradkhani и L.J. Beckman в своем исследовании выявили значительно более низкий уровень качества жизни у лиц, больных ЯК, которые сообщали о выраженном стрессе, большом числе предшествующих госпитализаций и рецидивов, отсутствии поддержки со стороны родственников и низком доходе [10].

Отсутствие достаточного количества исследований, посвященных КЖ и психоэмоциональным нарушениям у больных ЯК, особенно в период активного воспаления,

требует изучения [11].

Цель исследования — оценить качество жизни и выраженность психоэмоциональных нарушений (ПЭН) у больных язвенным колитом; изучить взаимосвязи показателей КЖ и ПЭН и их влияние на тяжесть атаки заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 больных ЯК в фазе активного воспаления и с впервые диагностированными формами заболевания. Средний возраст составил $34,35\pm11,47$ года, мужчин было 54, женщин -46 (54% и 46% соответственно). Средняя продолжительность болезни составила 7 лет. Диагноз ЯК и степень тяжести атаки (TA) были **установлены** основании данных клинических лабораторнона И инструментальных методов обследования, включающих рентгенологическое обследование толстой кишки с контрастированием, ректороманоскопию, колонофиброскопию с биопсией и патологогистологической оценкой с использованием клинических рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с ЯК [12]. Определяли индексы клинической и эндоскопической активности (ИКА и ИЭА; Rachmilewits B., 1989). Также оценивали лабораторные показатели системного воспаления: скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и уровень С-реактивного белка (СРБ). По степени тяжести атаки больные ЯК распределились следующим образом: легкая атака была диагностирована у 27 человек (27%), средняя – у 34 (34%) и тяжелая у 39 больных (39%).

Группу контроля составили 50 здоровых волонтеров, сопоставимых по полу и возрасту. Для оценки КЖ использовали специальный опросник для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) — Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ, Irvine E., 1993). Оценивали кишечные, системные, эмоциональные и социальные проявления. Также использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (ГШТД, Zigmond A.S. и Snaith R.P., 1983); шкалу для оценки реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Для выявления вегетативных нарушений применяли опросник А.М. Вейна.

Статистический анализ результатов осуществляли с применением программных пакетов Statistica 6.1. Описание количественных данных представляли в виде среднего арифметического (М) и среднего квадратичного отклонения (σ). Для оценки значимости различий независимых групп применяли параметрический t-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ проводили при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия считались значимыми при p<0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования было выявлено, что у пациентов с ЯК в период атаки заболевания резко снижено КЖ по кишечным и эмоциональным показателям, которые

составили $36,87\pm8,17$ и $38,24\pm11,59$ балла по сравнению с контрольной группой ($70\pm8,90$ и $84\pm10,40$ баллов соответственно; p=0,0000) (рис. 1). Значимых отличий по системным и социальным факторам не отмечалось. Также был снижен в 1,5 раза и общий результат, который составил у больных ЯК $149,59\pm9,9$ балла, тогда как в контрольной группе - $224,72\pm17,40$ балла (p=0,0000) (рис. 1; табл. 1).

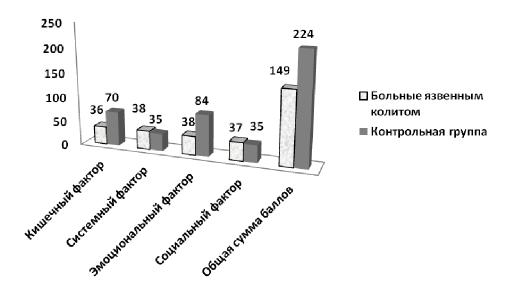


Рис. 1. Качество жизни (опросник ІВДО) у больных ЯК и в группе контроля

При сравнительном анализе средних значений всех факторов в зависимости от тяжести атаки ЯК наиболее низкие показатели КЖ были получены при тяжелых формах заболевания. При легкой и среднетяжелой атаке ЯК количество баллов по опроснику КЖ было значимо выше (табл. 1). По мере увеличения тяжести атаки ЯК уменьшалась и общая сумма баллов (ОСБ), которая при тяжелой форме составила 101,60±24,21, тогда как при обострении средней и легкой степени тяжести ОСБ в среднем достигала 142,63±10,80 и 168,86±17,04 соответственно; р=0,0000. Показатель ОСБ при атаке ЯК тяжелой степени был в 2,2 раза ниже, чем в группе контроля (р=0,0000). Надо отметить, что при тяжелой атаке заболевания были снижены все факторы (29,09±7,40; 23,20±7,78; 26,93±11,34; 22,93±8,70) по сравнению с контрольной группой (табл. 1). Причем резкое снижение наблюдалось в кишечной и эмоциональной сфере. Так, баллы по кишечному фактору были в 2,4 раза, а по эмоциональному фактору — в 3,2 раза ниже у больных ЯК с тяжелой атакой заболевания по сравнению с контрольной группой (табл. 1).

Таблица 1

Средние показатели КЖ в зависимости от тяжести атаки ЯК и в группе контроля,

Показатели				Контрольна	p
(баллы)	Тяжесть атаки (ТА) ЯК, n=100			я группа, n=50	
	Легкая	Средняя	Тяжелая	11-30	
Кишечный фактор	44,13±2,87	37,73±6,09	29,09±7,40	70,52±8,90	p ¹⁻² =0,0007 p ²⁻³ =0,001 p ¹⁻³ =0,0000 p ¹⁻⁴ =0,0000 p ²⁻⁴ =0,0000 p ³⁻⁴ =0,0000
Системный фактор	39,06±9,25	33,36±5,20	23,20±7,78	35,67±6,50	p ¹⁻² =0,02 p ²⁻³ =0,00007 p ¹⁻³ =0,00002 p ¹⁻⁴ =0,12 p ²⁻⁴ =0,61 p ³⁻⁴ =0,0006
Эмоциональ ный фактор	48,46±3,81	39,10±7,25	26,93±11,34	84,63±10,40	p ¹⁻² =0,00008 p ²⁻³ =0,0006 p ¹⁻³ =0,0000 p ¹⁻⁴ =0,0000 p ²⁻⁴ =0,0000 p ³⁻⁴ =0,0000
Социальный фактор	37,60±7,36	32,57±5,50	22,93±8,70	35,12±6,30	p ¹⁻² =0,02 p ²⁻³ =0,0004 p ¹⁻³ =0,00002 p ¹⁻⁴ =0,14 p ²⁻⁴ =0,26 p ³⁻⁴ =0,0007
Общая сумма баллов	168,86±17,0 4	142,63±10,80	101,60±24,2 1	224,72±17,4 0	p ¹⁻² =0,000005 p ²⁻³ =0,0000 p ¹⁻³ =0,0000 p ¹⁻⁴ =0,0000 p ²⁻⁴ =0,0000 p ³⁻⁴ =0,0000

Примечание: $p^{1-2; 2-3; 1-3; 1-4; 2-4; 3-4}$ - статистически значимые различия между группами.

В результате исследования по ГШТД клинически выраженная тревога была выявлена у 34 (34%), субклиническая — у 31 (31%) больных ЯК. У 35 (35%) пациентов не было выявлено симптомов тревоги. Клинически выраженная депрессия выявлена у 14 (14%), субклиническая — у 32 (32%) пациентов. У 54 (54%) больных ЯК количество баллов, свидетельствующих о наличии депрессии, было нормальным. При оценке уровней тревожности по шкале Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина у больных ЯК преобладал средний уровень ЛТ, выявленный у 55 пациентов (55%), у 44 (44%) — высокий уровень ЛТ; у 1 пациента (1%) количество баллов было нормальным. Низкий уровень РТ был констатирован у 31 (31%) пациента, средний — у 41 (41%) и высокий — у 28 (28%) больных. Согласно опроснику А.М. Вейна, у 86 (86%) пациентов с ЯК количество баллов превышало норму (>15 баллов), что свидетельствует о наличии синдрома вегетативной дисфункции (СВД). В контрольной группе у 50 (100%) человек не было выявлено тревожно-депрессивных и

^{1 -} группа ЯК с легкой ТА; 2 - группа ЯК со средней ТА; группа ЯК с тяжелой ТА;

^{4 -} контрольная группа.

вегетативных нарушений при анкетировании по ГШТД и опроснику А.М. Вейна. При оценке уровней ЛТ и РТ по опроснику Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина были выявлены низкие уровни тревожности у 100% обследованных лиц.

В ходе исследования была выявлена статистически значимая взаимосвязь между показателями КЖ и психоэмоциональными нарушениями (табл. 2). Выраженность психовегетативных нарушений и КЖ пациентов зависели от степени тяжести ЯК, протяженности эрозивно-язвенного процесса в кишечнике и уровня маркеров системного воспаления. То есть чем больше распространенность поражения, тяжелее течение ЯК и сильнее системное воспаление, тем более выражены симптомы вегетативной дисфункции, личностной тревожности и депрессии и ниже показатели качества жизни. В свою очередь психоэмоциональные нарушения отрицательно влияли на показатели КЖ. Так, была выявлена отрицательная значимая связь между кишечной функцией и баллами по опроснику А.М. Вейна (г = -0,6; р=0,0005). Системный фактор также отрицательно коррелировал с баллами по опроснику А.М. Вейна, симптомами депрессии по ГШТД и ЛТ по опроснику Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (г = -0,56; -0,45; -0,5; р=0,0004; 0,004; 0,004 соответственно). Также была выявлена отрицательная связь социального фактора с баллами по опросникам на выявление СВД и тревожно-депрессивных нарушений (г = -0,32; -0,42; -0,44; p=0,02; 0,008; 0,01 соответственно) (табл. 2).

Таблица 2 Результаты корреляционного анализа

Переменная 1	Переменная 2	n	Значение rs	Значение р
		в группе		
Кишечный фактор	Опросник А.М. Вейна	100	-0,6	0,0005
	Протяженность	100	-0,37	0,03
	поражения			
	СОЭ	100	-0,4	0,03
	СРБ	100	-0,4	0,03
Системный фактор	Опросник А.М. Вейна	100	-0,56	0,0004
	Депрессия	100	-0,45	0,004
	ЛТ	100	-0,5	0,004
	Протяженность	100	-0,35	0,03
	поражения			
	ИЭА	100	-0,3	0,04
Эмоциональный фактор	Опросник А.М. Вейна	100	-0,4	0,02
	Протяженность	100	-0,3	0,04
	поражения			
	ИКА	100	-0,32	0,04
	ТА ЯК	100	-0,3	0,04
Социальный фактор	Опросник А.М. Вейна	100	-0,32	0,02
	Депрессия	100	-0,42	0,008
	ЛТ	100	-0,44	0,01

	Протяженность	100	-0,3	0,04
	поражения			
	ИКА	100	-0,3	0,04
	ИЭА	100	-0,3	0,04
	ТА ЯК	100	-0,3	0,04
Общая сумма баллов	Опросник А.М. Вейна	100	-0,52	0,001
	Депрессия	100	-0,4	0,02
	ЛТ	100	-0,4	0,01
	Протяженность	100	-0,4	0,03
	поражения			
	ИЭА	100	-0,4	0,03
	ТА ЯК	100	-0,4	0,03
Вопросник Вейна	ТА ЯК	100	0,3	0,05
	Протяженность	100	0,3	0,041
	поражения			
Депрессия	ТА ЯК	100	0,3	0,04
	СРБ	100	0,45	0,001
ЛТ	ТА ЯК	100	0,3	0,04
	Протяженность	100	0,3	0,04
	поражения			
	СРБ	100	0,4	0,006
PT	СРБ	100	0,55	0,0000

Примечание: rs – коэффициент корреляции Спирмена; p – значимость корреляционных связей.

Проведенное исследование показало, что в период обострения ЯК страдают преимущественно кишечная и эмоциональная функция (по данным опросника КЖ), причем тяжелая атака сопровождается снижением КЖ по всем показателям (кишечным, системным, эмоциональным и социальным).

Расстройства тревожного и депрессивного характера и вегетативная дисфункция, обнаруженные в ходе исследования, свидетельствуют об участии нервной системы в патогенетических механизмах язвенного колита. Это подтверждает психосоматическую природу данной нозологии. Большая распространенность и тяжесть патологического процесса в кишечнике ассоциируется с более выраженными симптомами тревоги и депрессии, нарушениями вегетативного фона и низкими показателями качества жизни. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения метода оценки качества жизни (IBDQ) и опросников, диагностирующих тревожно-депрессивные и вегетативные нарушения, в комплексное обследование больных ЯК как при первичном осмотре, так и в динамике на фоне лечения. Это создает предпосылки для разработки новых терапевтических подходов у данной категории больных.

Выводы

1. Больные ЯК в период атаки заболевания демонстрируют резкое ухудшение КЖ по кишечным и эмоциональным показателям. Качество жизни снижается по мере усиления

тяжести атаки.

- 2. У больных ЯК выявлено повышение уровня реактивной и личностной тревожности, причем значения ЛТ были выше и составили 99%. Симптомы депрессии встречались реже и были отмечены у 46% пациентов. У 80% больных диагностирована вегетативная дисфункция.
- 3. Выявлена статистически значимая обратная корреляционная связь показателей качества жизни с психоэмоциональными расстройствами, а также с тяжестью атаки, клинической и эндоскопической картиной, острофазовыми показателями крови и протяженностью воспалительной инфильтрации в кишечнике.
- 4. Оценка КЖ и психоэмоционального состояния больных ЯК позволит корригировать выявленные нарушения путем назначения психотропных препаратов в дополнение к базисной терапии, что позволит улучшить не только эмоциональную составляющую заболевания, но и ускорить процесс наступления ремиссии.

Список литературы

- 1. Wei S., Chang T., Chao T. Management of ulcerative colitis in Taiwan: consensus guideline of the Taiwan Society of Inflammatory Bowel Disease // Intest Res. 2017. Vol. 15, № 3. P. 266–284.
- 2. Бойко Т.И., Стойкевич М.В., Колбасина Е.В. Состояние функции сосудистого эндотелия у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Современная гастроэнтерология. 2010. Т. 51, № 1. С. 5-10.
- 3. Vaizey C., Gibson P., Black C. Disease status, patient quality of life and healthcare resource use for ulcerative colitis in the UK: an observational study // Frontline Gastroenterol. -2014. Vol. 5, N_2 3. P. 183–189.
- 4. Князев О.В., Болдырева О.Н., Парфенов А.И. Качество жизни больных воспалительными заболеваниями кишечника // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. N 9. C. 18-23.
- 5. Белоус С.С., Головенко О.В., Халиф И.Л. Оценка качества жизни и психического статуса больных язвенным колитом в фазе ремиссии // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2013. N = 3. C. 25-32.
- 6. Targan S.R., Shanahan F., Karp L.C. Inflammatory bowel disease: from Bench to Beside. 2nd Edition. London: Kluwer. Academic. Publishers, 2003. 483 p.
- 7. Юхтин В.И. Неспецифический язвенный колит. Глава 4. URL: http://rudocs.exdat.com/docs/index-540319.html?page=5. 2012 (дата обращения: 17.12.2017).

- 8. Chen J., Winston J., Guptarak Yu. et al. Genesis of anxiety, depression, and ongoing abdominal discomfort in ulcerative colitis-like colon inflammation // Am J. Physiol. Regul. Integr Comp Physiol. − 2015. − Vol. 308, № 1. − P. R18−R27.
- 9. Bannaga A., Selinger C. Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced // Clin. Exp. Gastroenterol. -2015. $-N_{\odot}$ 8. -P. 111–117.
- 10. Moradkhani A., Beckman L.J. and Tabibian J.H. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors // Journal of Crohn's and Colitis. − 2013. Vol. 7, № 6. P. 467–473.
- 11. Метод оценки качества жизни в ведении больных язвенным колитом и болезнью Крона: практическое руководство для врачей / под ред. Григорьевой Г.А. М.: Форте Принт, 2012. 76 с.
- 12. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита / Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Халиф И.Л. и др. // Колопроктология. 2017. № 1 (59). С. 6-30.