



Юдин В.А.¹(6845-4716), Один В.И.¹(2685-0746), Кувшинников А.В.¹(8391-2224)

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА ТИП «А» И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

¹ ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Академика Лебедева, д. 6, Россия

Резюме: Диагностика иммуноопосредованных ревматических заболеваний является многоэтапным и сложным процессом. Многими исследователями признано, что ревматоидный артрит имеет психосоматическую природу. Изучение психосоматического статуса является перспективным направлением на сегодняшний день в комплексной диагностике различных заболеваний. Данный раздел является важным для врача ревматолога. Он позволяет осуществлять поиск определенных психологических закономерностей в развитии данного заболевания. Было предложено множество концепций, пытающихся объяснить избирательность поражения органов и систем в результате неадекватного реагирования нервной системы на стрессовый фактор. Следует отметить, что этот важнейший вопрос психосоматической медицины остается до сих пор нерешенным. Одни концепции направлены на физиологические основы данного заболевания. Другие, напротив, уделяют большее внимание психологическому подходу, упуская из внимания заложенные природой физиологические основы организма. Данная односторонность подхода к рассматриваемой проблеме не допустима, так как эти системы взаимосвязаны. Уникальный труд американских кардиологов М. Фридмана и Р. Розенмана позволил объединить все эти факторы, добавив в свою модель функциональный ответ системы на воздействие специфической (психоэмоциональной) нагрузки. Данная концепция (1959) была разработана на основе многолетнего опыта работы с кардиологическими больными и названа ими «поведенческим фактором риска ИБС (тип «А»)). Она доказала свою эффективность и была успешно применена рядом отечественных и зарубежных ученых не только на кардиологических больных, но и на больных гастроэнтерологического, психологического и неврологического профилей. Данная работа является попыткой применения данной концепции на больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, поведенческий фактор риска ИБС (тип «А»), шкалы личностных качеств, психосоматическое заболевание, циркулирующие иммунные комплексы, социальный статус, инвалидность.

Yudin V.A.¹, Odin V.I.¹, Kuvshinnikov A.V.¹

BEHAVIORAL RISK OF FACTOR TYPE "A" AND ITS APPLICATION IN THE DIAGNOSTICS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

¹ S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense, St. Petersburg, 194044, Academica Lebedeva str., 6, Russia

Abstract. Diagnosis of immune-mediated rheumatic diseases is a multi-stage and complex process. Many researchers have recognized that rheumatoid arthritis is of a psychosomatic nature. The study of psychosomatic status is a promising direction today in the comprehensive diagnosis of various diseases. This section is multidimensional, which gives the rheumatologist a wide diagnostic field for the search for certain patterns in the development of the disease. Many concepts have been proposed that try to explain the selectivity of damage to organs and systems during periods of psychoemotional stress. It should be noted that this crucial issue of psychosomatic medicine is still unresolved. Some concepts are aimed at the physiological basis of this disease. Others, on the contrary, pay more attention to the psychological approach, losing sight of the physiological foundations of the body laid down by nature, his one-sided approach to the problem under consideration is not permissible, since these systems are interconnected. The unique work of American cardiologists M. Friedman and R. Rosenman made it possible to combine all these factors, adding to his model the functional response of the system to the impact of a specific (psychoemotional) load. This concept (1959) was developed on the basis of many years of experience working with cardiological patients and called them "a behavioral risk factor for coronary heart disease (type A)". It has proven its effectiveness and has been successfully applied by a number of domestic and foreign scientists not only on cardiological patients, but also on patients with gastroenterological, psychological and neurological profiles. This work is an attempt to apply this concept to patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: rheumatoid arthritis, behavioral risk factor for coronary heart disease (type "A"), personality traits scales, psychosomatic illness, circulating immune complexes, social status, disability.

Аутоиммунные заболевания относят к числу наиболее распространенных болезней человека, включающих в себя большое количество нозологических форм [2]. Стремительное прогрессирующие развитие иммунного ответа и, как правило, поздний этап диагностики позволяют отнести данную группу заболеваний к особо тяжелым. Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее распространённых в этой группе иммуновоспалительных ревматических заболеваний, поражающих трудоспособную категорию населения [4]. РА является социально значимым хроническим заболеванием, поскольку данная патология приводит к снижению качества жизни пациентов и ранней инвалидизации. Так, почти 50% больных РА становятся инвалидами в течение первых 5 лет заболевания, а 10% – в течение первых 2 лет болезни [3].

Психосоциальные факторы оказывают влияние не только на развитие РА, но и на развитие спондилоартропатий, системных коллагеновых сосудистых заболеваний, на их течение и исход [8]. В связи с этим в план изучения факторов риска ревматоидного артрита необходимо включать, наряду с другими, также психологические и поведенческие особенности больных, имеющих это заболевание. Эмоциональный стресс занимает одно из важных мест в патогенезе других широко распространенных заболеваний человека: ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, нарушения ритма сердца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ, ЯБДК), бронхиальной астмы, псориаза и экземы, бактериального эндокардита, сахарного диабета [5]. Тем не менее, поиск подобных поведенческих особенностей для других психосоматических заболеваний, остаётся перспективным направлением для выработки мероприятий первичной и вторичной их профилактики. Возможен и другой подход, состоящий в попытках приложения ранее выделенных для характеристики некоторых психосоматических заболеваний совокупностей личностных качеств к описанию других заболеваний, имеющих психосоматическую природу [4].

Учеными установлено, что наиболее частым видом психологических расстройств у ревматологических больных являются тревожно-депрессивные расстройства [1]. Данная проблема широко освещена и требует междисциплинарного подхода с участием ревматологов, психиатров, неврологов и медицинских психологов. Исследователями установлено, что ведущим фактором риска развития РА является



стрессовый фактор, а вопросы предрасположенности к данному заболеванию и открытие дополнительных психологических методик остаются до сих пор открытыми. Данное положение определяет необходимость дальнейшего изучения психоэмоциональных особенностей у больных РА с целью предотвращения воздействия негативных социально-психологических влияний, улучшения качества жизни пациентов [7].

Поведенческий типа «А» (ПТА) представляет собой комплекс поведенческих особенностей и личностных характеристик, которые проявляются у индивида лишь под воздействием психоэмоциональных нагрузок, которыми индивид отвечает на различные меняющиеся требования внешней среды. Впервые в научную практику данный термин ввели американские кардиологи Friedman M. и Rosenman R. (1959). В их трудах он получил название поведенческого типа «А» (ПТА). Ими же были выделены противоположный ему поведенческий тип «Б» (ПТБ) и «промежуточный» тип «АБ» (ПТАБ), который рассматривался как количественно меньшая выраженность того же качества, что и «тип А» [5]. Профессором Положенцевым С.Д. была разработана модель поведенческого фактора риска ИБС («тип А»), а также предложена «Шкала диагностики поведения типа «А», адаптированная к отечественным условиям. На её основе, в рамках данного исследования, был разработан перечень диагностических вопросов, ответы на которые в своей совокупности позволяют выделить девять субшкал психологической методики, являющихся ключевыми для понимания сущности феномена ПТА. Названия этих субшкал соответствуют названиям девяти составляющих ПТА качеств, выделенных С.Д. Положенцевым и Д.А. Рудневым (1990). В их числе повышенные: уровень притязаний (амбициозность), нетерпеливость, энергичность, агрессивность (враждебность), устойчивое ощущение нехватки времени, сдерживание эмоций, соревновательность в работе, увлечённость своей работой, специфика внешних проявлений поведения [6].

Были проведены исследования оценки поведенческих психологических и клинических данных у пациентов РА на разных сроках заболевания с применением ПТА. Из данных исследования были выявлены тенденции к развитию социально-негативных качеств, увеличение ПТА с ростом продолжительности заболевания, наличия признаков развития атеросклеротического процесса [7]. Данные выводы не позволяют дать достаточных данных о психоэмоциональном состоянии больного РА. Стало необходимо провести более широкое исследование с пациентами РА и оценить необходимость применения данной методики у ревматических больных.

Цель исследования: изучение возможности применения модели поведенческого типа «А» в комплексной диагностике ревматоидного артрита.

Материалы и методы. В период с сентября по декабрь 2019 года было обследовано 80 пациентов с диагнозом «ревматоидный артрит», находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике факультетской терапии им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и в городской клинической ревматологической больнице №25 (г. Санкт-Петербург).

В ходе исследования все пациенты были разделены на группы в зависимости от продолжительности РА. В первую группу вошли пациенты с длительностью РА от 1 месяца до 1 года ($n = 19$, средний возраст составил $62,3 \pm 11,4$ лет). Во вторую группу вошли пациенты, с продолжительностью РА от 1 года до 10 лет ($n = 28$, средний возраст составил $61,2 \pm 13,5$ лет). Третью группу составили больные, которые страдали РА от 10 лет и более ($n = 33$, средний возраст составил $62,1 \pm 11,0$). Женщины составили 81 % от общего количества обследованных. Продолжительность РА в первой группе составила в среднем 4 месяца, во второй группе – 4,9 лет, в третьей группе – 18,3 лет.

Диагностика ПТА была осуществлена с помощью структурированного интервью и заполнения протокола испытуемого. В качестве диагностики ПТА были использованы специальные опросники, адаптированные к больному ревматологическому профилю. Опросник состоит из 2 модулей: Шкала диагностики Поведенческого типа «А», состоящая из 86 вопросов и модуль дополнительной оценки 9 личностных качеств, наиболее характеризующих феномен ПТА.

Были проанализированы данные семейного анамнеза пациентов с РА, в которые вошли: семейное положение, стаж семейной жизни, удовлетворенность семейным положением и взаимоотношения в семье.

Исследована связь ПТА и наличия инвалидности у пациентов РА на разных сроках заболевания.

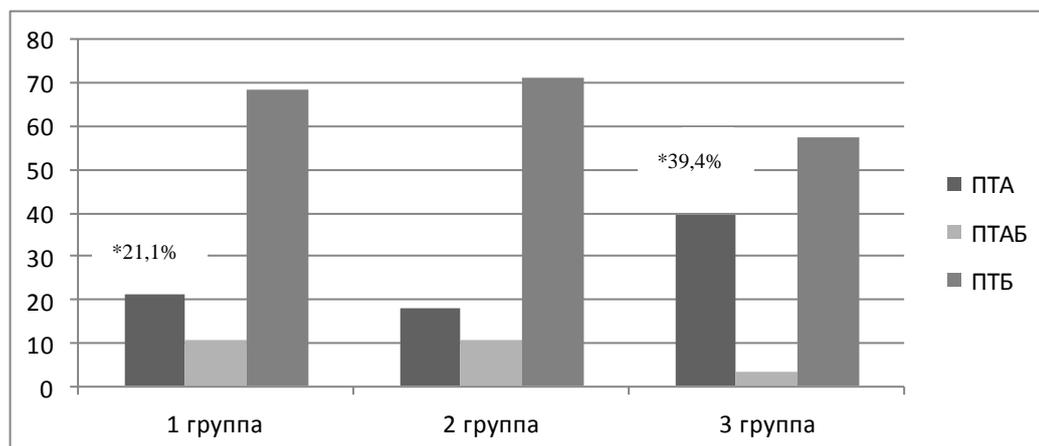
Полученные результаты были обработаны вариационно-статистическим методом с помощью программы STATISTICA 10. Использовались параметрические и непараметрические методы статистического анализа в случае отсутствия нормального распределения. Данные представлены в виде ($M \pm S.D.$). Достоверным считали значение $p < 0,05$.

Результаты. Исследовано 80 пациентов с РА, проходивших плановое лечение в ревматологической больнице №25 и в ревматологическом отделении клиники факультетской терапии Военно-медицинской академии. Пациенты получали курс адекватной терапии, соответствующей последним клиническим рекомендациям и подобранной индивидуально. В состав испытуемых вошли мужчины 15 человек (средний возраст составил $57,1 \pm 13,4$ года, медиана возраста составила 62 года), женщины 65 человек (средний возраст составил $63,0 \pm 9,5$ лет, медиана возраста составила 62 года). Средний возраст 80 больных РА составил $61,9 \pm 10,5$ года, медиана возраста составила 63 года. Были проанализированы данные пациентов, разделённых по группам в соответствии с продолжительностью заболевания.



При этом количество больных, среди обследованных лиц у которых был выявлен ПТА, составило 27,5 % (22 чел.) средний возраст $60,8 \pm 11,3$ лет, ПТАБ – 7,5% (6 чел.) средний возраст $54,1 \pm 12,5$ лет, ПТБ – 65% (52 чел.) средний возраст $63,3 \pm 9,7$ лет.

Установлено процентное соотношение поведенческих типов больных РА по трем рассмотренным группам больных. В первой группе больных численно преобладали лица с ПТБ. В целом по этой группе было отмечено следующее соотношение: ПТА – 21,1% (4 чел.), ПТАБ – 10,5 % (2 чел.), ПТБ – 68,4% (13 чел.). Во второй группе обследованных больных соотношение было аналогичным: ПТА – 17,9% (5 чел.), ПТАБ – 10,7% (3 чел.), ПТБ – 71,4% (20 чел.). А в третьей группе пациентов наблюдалось уже обратное соотношение: ПТА – 39,4% (13 чел.), ПТАБ – 3,1% (1 чел.), ПТБ – 57,5% (19 чел.). Количество больных с ПТА в третьей группе было больше, чем в первой и третьей соответственно (при $p < 0,05$).



Примечание: * – различия значимы по сравнению с 1 группой ($p < 0,05$).

Рис. 1. Выраженность типов поведения (по М. Фридману и Р. Розенману) в группах наблюдавшихся больных

Выраженность большинства психологических и поведенческих качеств, имеющих наибольшее значение для формирования «Поведенческого фактора риска ИБС «типА»), увеличивалась при росте продолжительности РА. Показатели нетерпеливости, враждебности и соревновательности в третьей группе больных РА были достоверно выше, чем в первой группе обследованных ($p < 0,05$). Тенденция роста показателей в группах наблюдалась для таких качеств (и соответствующих им субшкал) как: амбициозность, ощущение нехватки времени и специфики поведения.

Для трёх других качеств (субшкал), а именно: энергичность, сдержанность эмоций, увлечённость своей работой – можно констатировать тенденцию к аналогичному увеличению показателей, если рассматривать 1-ю и 3-ю группы обследованных, что также говорит об увеличении выраженности этих качеств на фоне роста давности заболевания. При этом показатели 2-й группы при рассмотрении этих качеств оказались наименьшими. Следует отметить, что данные три качества для нашего социума являются наиболее социально одобряемыми (из числа составляющих ПТА) в отличие от шести качеств, рассмотренных выше.

При оценке семейного анамнеза в 3 группе больных РА оказалось наибольшее число вдов и вдовцов (36,4%), при этом в первой группе данные пациенты полностью отсутствовали. Число расторгнутых браков также росло с увеличением продолжительности заболевания, так в 3-й группе данный показатель составил 15,1%. При корреляции числа расторгнутых браков с частотой ПТА отмечалась положительная корреляционная связь в третьей группе пациентов ($R_s = +0,257$, $p < 0,05$). Соответственно количество женатых и замужних пациентов в первой группе было максимальным (79,0%) и уменьшалось с увеличением продолжительности РА. При корреляции частоты вдовых пациентов с частотой ПТА отмечалась положительная корреляционная связь в третьей группе пациентов $R_s = +0,229$ ($p < 0,05$).

Взаимоотношения в семье были оценены по 4 оценкам (неудовлетворительные, удовлетворительные, хорошие, отличные). Самым благоприятным временем взаимоотношений оказался момент начала заболевания (первая группа пациентов с РА), с увеличением динамики заболевания число хороших взаимоотношений снижалось.

В исследуемых группах процент неудовлетворительных отношений в семье пациентов с РА в третьей группе составил 39%, против 21,4% во второй и 15,8% в первой группах больных РА ($p < 0,05$). Более того, у обследованных лиц частота неудовлетворительных отношений в семье имела прямую корреляционную связь с частотой ПТА ($R_s = +0,315$, $p < 0,05$).

Не менее важной оценкой в феномене ПТА явилась инвалидность пациента РА. Так в первой группе количество пациентов, имеющих группу инвалидности, составило 47,4%, а в третьей группе их число возросло в 1,5 раза (72,7%) ($p < 0,05$). Что существенно, у обследованных лиц была выявлена положительная корреляционная связь наличия инвалидности у пациента и частоты ПТА ($R_s = +0,249$, $p < 0,05$).



Таким образом, диагностическая модель ПТА в оценке заболевания РА показала себя информативной, доступной в методическом исполнении и более полной в качестве комплексной диагностической программы больных ревматоидического профиля.

Выводы:

1. ПТА диагностируется у пациентов на всех сроках заболевания РА и его частота возрастает с увеличением продолжительности болезни.
2. Характеристики семейного анамнеза, такие как «вдовость», «разведенный брак», «неудовлетворительные отношения в семье» тесно ассоциированы с продолжительностью РА и у пациентов 3-й группы прямо достоверно коррелируют с частотой ПТА.
3. Число пациентов, имеющих инвалидность, увеличивается с продолжительностью РА, и имеет достоверную прямую корреляционную связь с частотой поведенческого типа «А».
4. Комплексная диагностика РА, включающая определение поведенческого типа, позволяет осуществлять более полную оценку клинико-психологического состояния пациентов.

Литература:

1. Абрамкин, А.А. Факторы, влияющие на эффективность терапии у больных ревматоидным артритом: роль коморбидной психической и соматической патологии / А.А. Абрамкин, Т.А. Лисицына, Д.Ю. Вельтищев [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – Т.56. – №4. – С.439-448.
2. Дворовкин, А.Э. Распространенность и социальная значимость ревматоидного артрита, ассоциированного с аутоиммунным тиреоидитом / А.Э. Дворовкин, В.И. Один, О.В. Инамова [и др.] // Medline.ru. Российский биомедицинский журнал. – 2017. – Т.18, №1. – С.136-141.
3. Мазуров, В.И. Ревматология. Фармакотерапия без ошибок / В.И. Мазуров, С.Р. Авлохова, О.М. Лесняк. – СПб.: Е-нота, 2017. – 528 с.
4. Насонов, Е.Л. Проблемы ревматоидного артрита в XXI столетии / Е.Л. Насонов // Вестник Российской академии наук. – 2015. – Т.85. – №8. – С.744-754.
5. Положенцев, С.Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д.А. Руднев. – Л.: Наука, 1990. – 182 с.
6. Юдин, В.А. Особенности проявления психологических и поведенческих качеств у больных ревматоидным артритом в зависимости от длительности протекания у них заболевания / В.А. Юдин, В.И. Один, А.В. Кувшинников // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – Т.33. – №3. – С.134-138.
7. Grekhov, R.A. Psychosomatic Features, Compliance, and Complementary Therapies in Rheumatoid Arthritis / R.A. Grekhov, G.P. Suleimanova, A.S. Trofimenko // Journal Current Rheumatology Reviews. – 2019. – Vol.50(4). – P.1453-1458.
8. Eich, W. Psychosomatics in rheumatology / W. Eich, K. Blumenstiel, H. Lensche // Z. Rheumatol. – 2004. – №63(2). – P.113.