

Суханова Марина Александровна

студентка

Бекеева Салтанат Куанышбаевна

студентка

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России
г. Челябинск, Челябинская область

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, СТРАДАЮЩИХ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

***Аннотация:** в статье рассмотрены встречаемость и виды цефалгий у пациентов, страдающих язвенным колитом, а также проведена оценка некоторых психосоциальных черт личности. Фенотип головной боли устанавливался с использованием критериев The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Уровни депрессии и тревоги оценивались по шкалам Цунга и Бека, стрессоустойчивость – с помощью опросника PSM-25 (Лемура-Тесье-Филлиона), копинг-стратегии – при помощи опросника Лазаруса и Фолкмана. Анализ полученных данных проводился с использованием лицензионного пакета прикладных статистических программ «Statistica for Windows», version 10. О достоверности различий показателей между группами судили по критериям Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Изучено 24 больных язвенным колитом. Встречаемость синдрома цефалгии составила 19 случаев (79,2%). Фенотип мигрени был выявлен у 7 (29,2%) пациентов, головной боли напряжения – 10 (41,7%) случаев, головной боли, связанной с артериальной гипертензией – в 2 (8,3%) случаях. Пациенты, страдающие язвенным колитом и головной болью, имели существенно более высокие уровни депрессии, а больные язвенным колитом и мигренью, помимо этого, имели более высокие уровни тревожности. Значимых различий среди больных язвенным колитом с различными видами цефалгии получено не было. Корреляционный анализ данных показателей выявил*

прямую корреляцию между уровнями стресса, депрессии, тревоги и интенсивностью цефалгии.

Ключевые слова: *цефалгия, язвенный колит, стресс, тревога, депрессия, копинг-поведение.*

Актуальность проблемы головной боли и язвенного колита (ЯК) обусловлена высокой распространенностью данных заболеваний и выраженной социально-бытовой дезадаптацией пациентов, страдающих ими. В среднем, ежегодно выявляют от 7 до 15 новых случаев ЯК на 100 000 населения, а заболеваемость составляет от 150 до 250 случаев на 100 000 населения [2]. Распространенность первичных цефалгий варьируется в общей популяции от 20 до 78% [7]. Головная боль является наиболее распространенной неврологической жалобой у пациентов, страдающих ЯК (56,9%), а среди пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника мигрень (М) встречается значимо чаще, чем у людей, не подверженных данной группе заболеваний [12; 13]. Необходимо отметить, что церебральный венозный тромбоз является редким, но разрушительным осложнением, которое встречается, по различным данным, у 0,5–7,5% пациентов с воспалительными кишечными заболеваниями и может проявляться изолированной головной болью длительностью от нескольких часов до нескольких дней, что также обуславливает необходимость раннего выявления неврологических симптомов у таких пациентов [3; 13]. По мнению ряда авторов, среди возможных причин возникновения цефалгий у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, могут присутствовать депрессия и тревога [2; 4–6; 8–11]. По некоторым данным, М также связывают с системной дисфункцией эндотелия, которая предлагается в качестве возможного патогенного фактора при воспалительных заболеваниях кишечника [12]. Ряд исследователей указывает на повышение проницаемости кишечника при воспалении, однако вопрос о роли проницаемости кишечника в возникновении М остается открытым [1; 4; 12].

Таким образом, *целью нашего исследования стало* изучение частоты встречаемости и вида головной боли среди больных ЯК.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты отделений гастроэнтерологии ЧОКБ №1 и ГКБ №8 г. Челябинска с установленным диагнозом ЯК за период с октября 2016 г. по март 2017 г., заполнившие информированное согласие на исследование. Детально изучались наличие и клинические характеристики цефалгии. Фенотип головной боли устанавливался с использованием критериев The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Интенсивность головной боли оценивалась по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Уровень депрессии и тревоги оценивался по шкалам Цунга и Бека, стрессоустойчивость с помощью опросника PSM-25 (Лемура-Тесье-Филлиона), копинг-стратегии – опросник Лазаруса и Фолкмана. Анализ полученных данных проводился с использованием лицензионного пакета прикладных статистических программ «Statistica for Windows», version 10. О достоверности различий показателей между группами судили по критериям Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни (P_{MW}).

Результаты. Изучено 24 больных ЯК: 11 (45,8%) мужчин, 13 (54,2%) женщин, медиана возраста – 22 года. Легкая степень тяжести ЯК выявлена у 7 (29,2%) человек, средняя степень – у 9 (37,5%), тяжелая степень зарегистрирована у 8 (33,3%) больных. Сочетание ЯК и синдрома цефалгии получено в 19 случаях (79,2%). Фенотип М был выявлен у 7 (29,2%) пациентов, из них 6 (85,7%) – женщин; головной боли напряжения (ГБН) – 10 (41,7%) случаев, доля женщин составила 50% (n=5); головной боли, связанной с артериальной гипертензией – 2 (8,3%) случая, среди них – все (100%) женщины (данные представлены на рисунке 1).



Рис. 1. Частота встречаемости фенотипов цефалгий среди больных язвенным колитом

С помощью рангового критерия Краскела-Уоллиса был отобран ряд показателей для дальнейшего сравнения (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1

Отбор показателей с использованием рангового критерия Краскела-Уоллиса

Показатель	ЯК без цефалгии, n = 5	ЯК с ГБН, n = 10	ЯК с М, n = 7	Значимость
Уровень депрессии	38,75 (31,87 и 42,5)	49,37 (44,06 и 56,87)	48,75 (41,25 и 52,5)	0,038
Уровень тревоги	7 (3,0 и 10,0)	9,0 (8,0 и 20,0)	11,0 (9,0 и 26,0)	0,048

Примечание: для характеристики выборки приведены последовательно медиана, 25 и 75 процентиля.

С учетом критерия Краскела-Уоллиса, дальнейший анализ проводился с оценкой степени тревоги и депрессии среди больных ЯК с головными болями фенотипов ГБН, М и пациентов без головной боли (данные представлены в таблице 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей уровня тревоги и депрессии среди больных ЯК и головными болями фенотипов ГБН, М и пациентов без головной боли.

Показатель	ЯК без цефалгии, n = 5	ЯК и головная боль напряжения, n = 10	ЯК и мигрень, n = 7
Возраст, годы	57 (46 и 63,5)	42,5 (37 и 50,5)*	46 (30 и 54)
Депрессия, баллы	38,8 (32 и 42,5)	49 (44 и 57)*	49 (41 и 52,5)**
Тревога, баллы	7 (3 и 10,0)	9 (8 и 20)	11 (9 и 26)**

Примечание: для характеристики выборки приведены последовательно медиана, 25 и 75 процентиля.

* достоверность между показателями групп ЯК без цефалгии и ЯК с ГБН

** достоверность между показателями групп ЯК без цефалгии и ЯК с М

Пациенты, страдающие ЯК и цефалгиями, имели существенно более высокие уровни депрессии, а больные ЯК и М оказались также и более тревожными.

Необходимо отметить, что значимых различий среди больных ЯК и различными видами цефалгии получено не было.

Корреляционный анализ данных показателей выявил прямую корреляцию между уровнями стресса, депрессии, тревоги и интенсивностью цефалгии (данные приведены в таблице 3).

Таблица 3

Корреляционный анализ показателей интенсивности цефалгии, депрессии, тревоги и восприятия событий стрессовыми у больных язвенным колитом

Показатели	Уровень депрессии, баллы	Уровень тревоги, баллы	Уровень стресса, баллы	Интенсивность цефалгии, баллы (ВАШ)
Интенсивность цефалгии, баллы (ВАШ)	0,423 P = 0,039	-0,476 P = 0,019	-0,486 P = 0,016	—
Уровень депрессии, баллы	—	0,649 P = 0,001	0,655 P = 0,001	0,423 P = 0,039
Уровень стресса, баллы	0,655 P = 0,001	0,866 P = 0,00	—	-0,476 P = 0,016

Наибольшая медиана восприятия событий как стрессовых выявлена среди больных ЯК и М и составила 112 баллов, среди больных ЯК с ГБН – 91 балл, и в группе с ЯК без ГБ – 66 баллов. При этом использование стратегий копинг-поведения между выделенными группами существенно не различалось. Выделяют восемь видов копинг-стратегий: конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительную переоценку. При адаптивных формах использования копинг-поведения наблюдаются положительные стороны каждого используемого копинга. Деадаптация наблюдается при высокой напряженности копинга, чрезмерного его использования. Так, при использовании конфронтационного копинга происходит предпринятие попыток разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, ориентированной на изменение ситуации, либо на формирование негативных эмоций. Однако в случае деадаптации не наблюдается достаточной целенаправленности для ее преодоления. При копинг-стратегии дистанцирования происходит снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций, но в случае деадаптации – недооценка значимости и возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций. Копинг-стратегия самоконтроля предполагает сдерживание эмоций, высокий контроль поведения, в результате чего возможно избежание эмоциогенных импульсивных поступков, преобладание рационального подхода, но при деадаптации – трудности выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с проблемной ситуацией. Копинг-стратегия поиска социальной поддержки связана с попыткой разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов: информационной, эмоциональной и действенной поддержки. В случае деадаптации возможно формирование зависимой позиции, чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим. Копинг-стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение. При деадаптации – необоснованная самокритика и принятие чрезмерной ответствен-

ности. Бегство-избегание – дезадаптивная стратегия: попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения (отрицания проблемы, фантазирования, отвлечения и т. п.). Использование стратегии имеет положительную сторону – быстрое снижение эмоционального напряжения в ситуации стресса, но в результате может иметь место накопление трудностей, краткосрочный эффект снижения эмоционального дискомфорта. Стратегия планирования решения проблемы, напротив, рассматривается большинством исследователей, как адаптивная: она способствует конструктивному разрешению трудностей за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения. Отрицательная сторона состоит в том, что при дезадаптации вероятна чрезмерная рациональность, недостаточная эмоциональность и интуитивность поведения. Наконец, положительная переоценка – стратегия, предполагающая попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, включения ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием, ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемы. В случае дезадаптации возможна недооценка личностью возможностей действенного разрешения проблемы.

Обсуждение. Среди пациентов нашей выборки частота встречаемости цефалгии составила около 80%, преобладали фенотипы первичной ГБ. Фенотип М выявлен среди 29,2% пациентов, ГБН – у 41,7% пациентов. Пациенты, страдающие ЯК и головной болью, имели существенно более высокие уровни депрессии, а больные ЯК и М оказались также и более тревожными. Надо заметить, значимых различий среди больных ЯК и различным видом цефалгии получено не было. Корреляционный анализ данных показателей выявил прямую корреляцию между уровнями стресса, депрессии, тревоги и интенсивностью цефалгии. Существенной разницы в использовании копинг-стратегий больными язвенным колитом в сочетании с различным видом цефалгии, а также без синдрома цефалгии получено не было.

Заключение. Цефалгии являются широко распространенными среди больных ЯК. Пациенты с сочетанной патологией имеют более высокие уровни депрессии и тревоги. Выявленные взаимосвязи указывают о необходимости мультидисциплинарного подхода к лечению больных ЯК с привлечением специалистов различных профилей, что может способствовать улучшению качества жизни больных.

Список литературы

1. Долгушина А.И. Особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных мигренью / А.И. Долгушина, М.И. Карпова, О.В. Сероусова, Е.Р. Олевская, А.В. Васильев, О.В. Науменко // Доказательная гастроэнтерология. – 2015. – Т. 4. – №3–4. – С. 15–20.
2. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина. – М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 754 с.
3. Карпова М.И. Головная боль: клиника, диагностика, лечение – учебное пособие для студентов медицинских вузов / М.И. Карпова, Ю.С. Шамуров, А.Ф. Василенко, В.В. Маркова // Министерство образования Российской Федерации, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия». – Челябинск, 2008. – 75 с.
4. Карпова М.И. Роль иммунной системы в прогрессировании головной боли напряжения и мигрени: Автореф. дис. докт. мед. наук. – Челябинск, 2011. – 46 с.
5. Карпова М.И. Уровень серотонина в сыворотке крови у больных с различными клиническими вариантами головной боли / М.И. Карпова, Ю.С. Шамуров, А.В. Зуева, Е.А. Мезенцева, В.В. Маркова // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92. – №3. – С. 341–344.
6. Карпова М.И. Факторы хронизации первичных головных болей / М.И. Карпова, Ю.С. Шамуров, А.В. Зуева // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – №9 (4). – С. 111–116.

7. Осипова В.В. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. – М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014.
8. Сероусова О.В. Клиническое значение тошноты при мигрени / О.В. Сероусова, М.И. Карпова, А.И. Долгушина, А.Ф. Василенко, В.В. Маркова, Д.Ш. Альтман // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – №1 (2). – С. 43–47.
9. Сероусова О.В. Копинг-стратегии, стресс и алекситимия у больных мигренью / О.В. Сероусова, М.И. Карпова, А.И. Долгушина, В.В. Маркова, А.В. Садырин, Д.Ш. Альтман // Уральский медицинский журнал. – 2015. – №2. – С. 57–61.
10. Сероусова О.В. Некоторые функции лимбической системы у больных эпизодической и хронической мигренью / О.В. Сероусова, М.И. Карпова, В.В. Маркова, А.В. Садырин, А.И. Долгушина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.science-education.ru/123-19759
11. Сероусова О.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у больных мигренью / О.В. Сероусова, А.И. Долгушина, М.И. Карпова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение. – 2016. – Т. 26. №5, S48. – С. 109.
12. Anne C. Breedveld, Jörgen M. P. Rovers, Jan P. W. Vermeiden, Ben J. M. Witteman, Marcel G. Smits, and Nicole M. de Roos, Saskia van Hemert. Front Neurol. Migraine Associated with Gastrointestinal Disorders: Review of the Literature and Clinical Implications. – 2014. – №5. – P. 241.
13. Dimitrova A.K., Ungaro R.C., Lebwohl B., Lewis S.K., Tennyson C.A., Green M.W., Babyatsky M.W., Green PH. Headache. 2013 Feb. – №53 (2):344–55. Epub 2012 Nov 5. Prevalence of migraine in patients with celiac disease and inflammatory bowel disease.