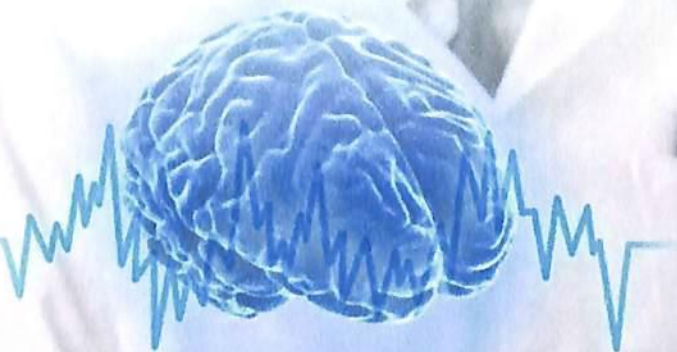


**ПАРДАЕВ САИДКОСИМ НАРКУЛОВИЧ  
АБДУЛЛАЕВА НАРГИЗА НУРМАМАТОВНА  
ТОИРОВ ЭРКИН САНАТОВИЧ**

---

# **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**





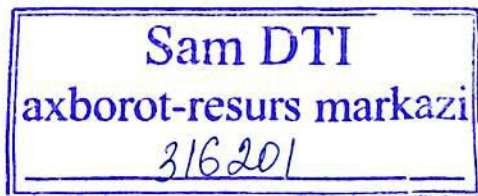
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПАРДАЕВ САИДКОСИМ НАРКУЛОВИЧ  
АБДУЛЛАЕВА НАРГИЗА НУРМАМАТОВНА  
ТОИРОВ ЭРКИН САНАТОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**

МОНОГРАФИЯ



Ташкент – 2020

КБК 54.102(Ўзб)  
УДК 541.57355

Диагностика и лечение невротических нарушений у больных хроническими заболеваниями суставов. Монография. Издательский дом "Навруз". Ташкент, 2020. – 108 с.

**Составители:**

**Пардаев С.Н.** – заведующий кафедрой Травматологии и ортопедии Самаркандского государственного медицинского института к.м.н.

**Абдуллаева Н.Н.** – д.м.н., профессор кафедры Неврологии и нейрохирургии Самаркандского государственного медицинского института;

**Тоиров Э.С.** – заведующий кафедрой Внутренние болезни №1 и фтизиатрии Самаркандского государственного медицинского института д.м.н., проф.;

**Рецензенты:**

**Аликулова Н.А.** – д.м.н., профессор кафедры неврологии Ташкентского Государственного института усовершенствования врачей.

**Ташкенбаева Э.Н.** - заведующая кафедрой Внутренние болезни №2 Самаркандского медицинского института, д.м.н.

*В монографии представлены современные данные о происхождении, факторах риска, механизмах развития и видах невротических нарушений при ревматических заболеваниях. Изложены новые подходы к диагностике, лечению и профилактике невротических нарушений. Монография рассчитана для врачей общей практики, ревматологов, терапевтов, клинических ординаторов и резидентов магистратуры.*

Данная монография рассмотрена и утверждена на заседании кафедры внутренние болезни №1 от "24" марта 2020 года, заседании научно-методической комиссии по терапии от №7 "4" июня 2020 года, Центральной научно-методической комиссии от "7" 14 июня 2020 года, Ученого Совета Самаркандского медицинского института от "24" июня 2019 года, протокол № 9.

ISBN 978-9943-6591-6-2

Секретарь Ученого Совета



С.С. Давлатов



## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДИССЕРТАЦИИ:

- АКТГ – адренокортикотропный гормон  
АС – анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)  
ИКЛ – инфракрасные лучи  
КТ – кальцитонин  
КФ – кислая фосфатаза  
МСК – манипуляционная способность кистей  
НН – невротические нарушения  
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты  
НФС – нарушение функциональной способности  
ОА – остеоартроз  
ПА – подагрический артрит  
ПНПН – пограничные нервно-психические нарушения  
ПсА – псориатический артрит  
ПТГ – паратиреоидный гормон  
РА – ревматоидный артрит  
РеА – реактивные артриты  
РФ – ревматоидный фактор  
РЗ – ревматические заболевания  
СН СА-серонегативные спондилоартриты  
СТГ – соматотропный гормон  
Т3 – трийодтиронин  
Т4 – тироксин  
ТТГ – тиреотропный гормон  
ХЗС – хронические заболевания суставов  
ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы  
ЩФ – щелочная фосфатаза

## **ДИГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**

**ВВЕДЕНИЕ.** Ревматические заболевания (РЗ) представляют одну из ведущих проблем современной медицины (Галушко Е. А., 2011; Балабанова Р. М., 2012; Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., 2015; Тоиров Э.С., Султонов И.И., 2017; Кабалык М.А., 2018). В последние годы отмечается рост заболеваемости ревматоидным артритом (РА), серонегативными спондилоартритами (СНСА) и дистрофическими заболеваниями суставов и инвалидности среди лиц трудоспособного возраста (Насонов Е.Л., Насонова В.А., 2010; Петрунько И.Л., Меньшикова Л.В., 2010; Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., 2017;). По статистическим данным среди всех причин первичной инвалидности среди населения Узбекистана около 14,2% составили больные ревматическими заболеваниями, из которых 6,1% - лица до 50 лет (Ахмедов Х.С., 2016; Исаков Э.З., Матхошимов Н.С., 2017; Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С., 2019).

РЗ характеризуются развитием аутоиммунных процессов против антигенов почти всех органов и тканей организма, чему нередко сопутствует образование антител с органоспецифическими свойствами. Потенциальными мишенями для иммунной агрессии могут быть самые разные антигены нервной и эндокринной системы (Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л., 2013; Ермакова Ю.А., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Демидова Н.В., 2015). Проведенные последние годы исследования доказали общность и взаимосвязь нервной, эндокринной и иммунной систем, что способствовало развитию нового направления современной медицины – нейроиммуноэндокринологии (Кузнецова П.А., Маслянский А.Л., Лапин С.В., Ткаченко О.Ю., Мазуров В.И., 2017). Существует определенный параллелизм в деятельности этих систем: распознавание образов, хранение информации, извлечение её из памяти, а также общность лигандов и рецепторов. Иммунные клетки содержат рецепторы регуляторных пептидов – субстанции Р, энкефалинов, эноморфина, пролактина, АКТГ, соматотропина, а также – нейротрансмиттеров – норадреналина, ацетилхолина, дофамина, гистамина (Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф., 2017; Насонов Е.Л., 2017). Продемонстрирован синтез нейропептидов в

иммунокомпетентных клетках, а в клетках нервной и эндокринной системы – лифокинов и монокинов (Новиков А.А., 2015; Шостак Н.А., 2017). Имеются факты, свидетельствующие о способности нейропептидов выполнять функции нейромедиаторов (Уланова Е.А., 2002).

Нервная и иммунная системы, помимо своих специфических, выполняют в комплексе с эндокринной системой общую функцию обеспечения гомеостаза организма. В реализации этой функции системы действуют как единая суперсистема, регулируемая нейромедиаторами, нейропептидами, гормонами, лимфокинами, по отношению к которым клетки этих систем имеют соответствующий рецепторный аппарат (Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф., 2017).

При РЗ наряду с основными проявлениями присутствуют и разнообразные неврологические, невротические и эндокринные симптомы, обусловленные иммунными расстройствами (Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Герасимов А.Н., и др., 2017). С клинической точки зрения хроническое течение РЗ и утрата трудоспособности больных приводит к нарушению привычного для них образа жизни, смене круга жизненных интересов и формированию невротических нарушений (Насонов Е.Л., 2016; 2017; 2019).

Невротические расстройства сопровождаются нарушением пластичности нервной системы - способности ее регулировать все структурно-функциональные организации и адаптационные процессы (Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П., 2015;), что в свою очередь приводит к глубоким изменениям иммунологического гомеостаза, гормонального баланса и всех видов обмена.

Ревматоидный артрит (РА) и остеоартроз (ОА) представляют одну из ведущих проблем современной медицины (Насонов Е.Л., Александрова Е.Н., Новиков А.А., 2015; Олюнин Ю.А., Никишина Н.Ю., 2016; Галушко Е.А, Насонов Е.Л., 2018) что обусловлено увеличением числа заболеваемости и случаев инвалидности среди пациентов (Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др., 2015; Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., 2015; Сафаров У.Б., Ахмедов Я.А., Тоиров Э.С., Алимухамедов У.А., 2019; Исаков Э.З., Матхошимов Н.С., 2019).

Как известно, хронические заболевания любой этиологии сопровождаются нарушениями обычного образа жизни пациентов и изменениями их основных психологических качеств. Появляются



разнообразные невротические расстройства (астения, тревога, нарушение сна, страх, депрессия) составляющие основу нарушений «комплаентности» к терапии (выполнения пациентом рекомендаций врача в ходе лечения) (Knittle K., Maes S., Gucht V., 2010; Грехов Р.А., 2013; Осипенко М.Ф., Ливзан М.А., Бикбулатова Е.А., 2014; Гаспарян А.А., Меньшикова И.В., Каневская М.З., 2016; Щербаков Г.И., 2018). Особенно при ревматических заболеваниях как РА и ОА врачи первичного звена (также часто специалисты центров) не достаточно часто учитывают особенности психологических качеств пациентов, не обращают внимание на невротические расстройства. Во всех этапах наблюдения и лечения пациентов проведение психотерапевтических мер очень часто остается вне поля зрения лечащих врачей. В то же время Павлова Е.В. (2009), Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф. (2009), Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. (2009), Knittle K.P., Gucht V. De., Hurkmans E.J. (2011) Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., (2017) считают, что низкая приверженность к лечебной и реабилитационной терапии при хронических ревматических заболеваниях в значительной степени связана с недостаточной оценкой характерологических качеств больных и степени выраженности невротических нарушений.

Изменение нервной и эндокринной системы при РЗ изучается довольно давно. Однако до настоящего времени изучению взаимосвязи изменений регуляторных систем при хронических воспалительных и дистрофических заболеваниях суставов уделено недостаточное внимание. Нарушение функции каждой системы изучалось отдельно и независимо друг от друга. Особенно, в нашей Республике выполненных работ в этой области единичны. Недостаточное понимание межсистемных изменений регуляторных механизмов является причиной появления однонаправленных и потому неэффективных методов терапии больных. Все это требует разработки новых подходов к изучению взаимоотношений нервной и эндокринной систем и включения в схему терапии больных комплексных методов по одновременному улучшению клинической картины заболевания и состояния регулирующих систем.

## ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ (Обзор литературы)

Воспалительные и дистрофические заболевания суставов во всем мире рассматриваются как одна из наиболее значимых медико-социальных проблем (Насонов Е.Л., Лиля А.М., Галушко Е.А., Амирджанова В.Н., 2015; Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., 2015; Кольцова Е.Н., Лукина Г.В., Шмидт Е.И. *и др.*, 2019).

В различных городах Узбекистана распространенность заболеваний суставов среди населения составляет от 5,8% до 12% (Ахмедов Х.С., 2016; Исаков Э.З., Матхошимов Н.С., 2017; Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С., 2019).

Одним из наиболее часто встречающихся и тяжелых форм РЗ является РА, при котором в результате иммуновоспалительного процесса в суставах развиваются эрозивно-деструктивные изменения. Заболевание характеризуется прогрессирующим течением с вовлечением в патологический процесс, в первую очередь, мелких суставов кистей и стоп, а затем других крупных и мелких суставов (Сычев В.Г., 2010; Лисицына Т.А., Велтишев Д.Ю., Герасимов А.Н. *и др.*, 2013; Синяченко О.В., Пасиешвили Л.М., 2016; Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., 2017).

Болезнь имеет большое социальное значение вследствие ее широкого распространения. РА составляет 10,0% всех РЗ, частота ее ежегодного нового возникновения - 0,02%, встречаемость в популяции - 0,6 - 1,3%, у близких родственников - 3-5% (Каратеев А.Е., 2019; Кабалык М.А., 2019).

У больных РА средняя продолжительность жизни сокращается на 3-7 лет и показатель выживаемости больных приравнивается к выживаемости больных с лимфогранулематозом, инсулинозависимым сахарным диабетом и выраженным атеросклеротическим поражением коронарных артерий (Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., 2015; Кольцова Е.Н., Лукина Г.В., Шмидт Е.И. *и др.*, 2019).

По частоте среди РЗ первое место (60%) занимает остеоартроз (ОА), распространенность которого коррелирует с возрастом, достигая максимальных показателей в возрастной группе старше 45 лет. При ОА в патологический процесс вовлекаются гиалиновый хрящ, субхондриальная кость, синовиальная оболочка,

внутриуставные связки, суставная капсула и прилежащие к суставу мышцы и сухожилия (Лучихина Л.В., Мендель О.И., Мендель В., Голухов Г.Н., 2017; Лиля А.М., Алексеева Л.И., Тельшев К.А., 2019).

В последние годы большое внимание клиницистов, микробиологов, иммунологов уделяется изучению серонегативных спондилоартритов, основными формами которых являются анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Рейтера, реактивные артриты и псориатический артрит. Общими признаками всех этих хронических суставных воспалительных процессов является преимущественно моно-, олигоартикулярное поражение нижних конечностей, частое вовлечение илеосакральных сочленений и позвоночника, серонегативность, семейная предрасположенность, ассоциация с антигеном HLA-B27. При этих заболеваниях также характерны внесуставные проявления со стороны глаз, кожи, кишечника, урогениталии, связанные, как правило, с различными инфекционными факторами (З. Г. Давлетгильдеева и др., 2016 ).

Серонегативные спондилоартриты имеют довольно широкое распространение, однако по сравнению с РА и ОА, распознаются труднее. Ошибочные первичные диагнозы при спондилоартропатиях ставятся у 72% больных и, особенно у женщин – 94%, что подтверждает необходимость углубленного исследования этих заболеваний (Ж.А. Абжамилова, 2017).

Псориаз и псориатическое поражение суставов также встречается повсеместно. Распространенность псориаза в популяции составляет 1-3%, артрита среди больных псориазом - 7-47%. Столь широкий разброс этого показателя связан со многими факторами, но решающее значение имеет выбор диагностических критериев и контингента больных (Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л., 2018)

Свойство общей и органной реактивности молодого организма обуславливает универсальную способность суставов вовлекаться в патологический процесс и неревматической природы. По представлениям реактивные артриты – это заболевания, развивающиеся на фоне инфекции или вскоре после стихания ее основных проявлений. Острые случаи РеА распознаются довольно легко. Но диагностика хронического РеА, как исхода первичного процесса, бывает порой чрезвычайно затруднительной. Практический врач может принять его за наиболее часто



встречающиеся спондилоартриты – ПсА, АС или даже за РА (Клинические рекомендации по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева) «Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России». 2014).

Суставной синдром может быть доминирующим и в клинике подагры - хронического заболевания, обусловленного нарушением пуринового обмена, приводящим к повышению уровня мочевой кислоты в крови и отложением уратов в тканях (Т.С.Солиев и др., 1995; И.М.Болкарев, 2000). В большинстве стран мира подагра является актуальной медико-социальной проблемой в связи с широкой распространенностью, поражением преимущественно мужчин среднего возраста, прогрессирующим характером течения заболевания, высокой частотой осложнений.

По данным эпидемиологических исследований имеет место истинное увеличение распространенности болезни как в странах с высоким экономическим уровнем жизни, так и в последнее время в регионах, в которых ранее подагра считалась редким заболеванием. В настоящее время известно, что клинические проявления подагры не ограничиваются поражением опорно-двигательного аппарата и почек. Общепринято мнение разных авторов рассматривать подагру как серьезную первично- хроническую системную патологию, протекающую с постоянным образованием и накоплением микрофузных депозитов в различных органах и тканях организма. Особенностью подагры является частое сочетание с такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, метаболический синдром, сахарный диабет II типа, для которых характерен высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Итак, при заболеваниях суставов различной этиологии несмотря на многочисленные дифференциально-диагностические программы, диагностика характера поражений является крайне затруднительной как на ранних, так и поздних стадиях заболевания. Это создает определенные трудности при назначении дифференцированной терапии, эффективность которой не только обуславливает улучшение общего состояния больных и показателей суставного синдрома, но и предупреждает большие потери в связи с временной нетрудоспособностью и инвалидностью (Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л., 2018;).

В настоящее время в связи с большой актуальностью во всем

мире, хронические заболевания суставов изучаются в довольно широком плане. В частности установлено, что независимо от этиологических факторов, в патогенезе воспалительных и дистрофических поражений разворачиваются два взаимосвязанных процесса: активация и пролиферация иммунокомпетентных клеток (лимфоцитов и макрофагов). Это сопровождается выработкой аутоантител и выделением медиаторов воспаления. В конечном итоге нарушения иммуногомеостаза при воспалительных заболеваниях приводят к образованию агрессивной грануляционной ткани (паннус), разрушению хряща, субхондриальной кости, а при дегенеративных заболеваниях – остеосклерозу, перестройке костной структуры и развитию остеофитов (Наумов А.В., Ховасова Н.О., Мороз В.И. и др., 2019).

Развитие остеопороза, общего патологического процесса дистрофических и воспалительных заболеваний, обусловлено нарушением баланса между иммунными факторами: интерлейкинами 1 и 6, гранулоцитарно-макрофагальной колониестимулирующим фактором, фактором некроза опухоли  $\alpha$  (факторы костной резорбции) и фактором трансформирующего роста  $\beta$ , инсулиноподобным фактором роста 1 и 2, соматомедином С (факторы костеобразования) (Мустафин Р.Н., Хуснутдинова Э.К., 2015).

По современным представлениям, иммунная система является сенсорным органом и имеет множественные интегральные связи с гипоталамусом, центральной и вегетативной нервной системой, эндокринными железами, и через них с окружающим миром. Последние данные с очевидностью доказывают, что иммунные клетки способны экспрессировать рецепторы ко всем сигнальным молекулам (интерлейкинам, нейротрансмиттерам, пептидным и стероидным гормонам, цитокинам), опосредствующие воздействие нервной, эндокринной и иммунной системы (Акарачкова Е.С., Соловьева А.Д., 2008).

В настоящее время доказано, что пептидные гормоны – гормон роста (СТГ) и пролактин являются сигнальными молекулами иммунитета и имеют рецепторы к интерлейкинам, эритропоэтину, гранулоцитарно-макрофагальному колониестимулирующему фактору. Поэтому, повышение секреции СТГ в молодом возрасте и снижение с возрастом сопровождается выраженными изменениями



иммунной системы. Повышение пролактина при беременности также приводит к снижению реакции иммунной защиты (Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., 2008). Связь регулирующих систем также прослеживается на примере АКТГ и кортизола – в ключевых гормонах реакции-стресс, повышенные секреции которых тормозят образование интерлейкина-1 в макрофагах, тем самым угнетая иммунный ответ (Зелтынь А.Е., 2010).

Таким образом, общность основных структур нервной, эндокринной и иммунной систем является фактором совместного функционирования этих систем. Однако, до сих пор в литературе у больных хроническими заболеваниями суставов выяснение механизмов взаимодействия регуляторных систем не получило достаточного освещения, хотя этот аспект позволяет не только раскрыть новые стороны патогенеза заболеваний, но и является чрезвычайно полезным при дифференциальной диагностике и оценке тяжести каждого заболевания. Результаты исследований также могут быть полезными для контроля за эффективностью лечебных мероприятий и прогнозирования исходов заболеваний.

Как было указано основными формами ревматических заболеваний являются ревматоидный артрит, остеоартроз, псориатический артрит, реактивные артриты.

❖ **Ревматоидный артрит (РА)** – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, приводящее к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни пациентов. Большинство исследователей склоняется в пользу многофакторной этиологии болезни, развитие которой обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов.

Распространённость РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2%. Соотношение женщин к мужчинам - 3:1. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст - 40–55 лет.

РА вызывает стойкую потерю нетрудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни и приводит к существенному сокращению продолжительности их жизни, как за счет высокой частоты развития кардиоваскулярной патологии,

тяжелых инфекций, онкологических заболеваний, так и характерных для РА осложнений, связанных с системным иммуновоспалительным процессом - ревматоидный васкулит, амилоидоз, интерстициальная болезнь легких и др.

Типичным для РА является симметричное поражение II-IV пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кистей, лучезапястных суставов, а также II-V плюснефаланговых суставов стоп. Диагностически важными клиническими особенностями являются отсутствие изменений цвета кожи над воспалёнными суставами, развитие тендосиновитов сгибателей или разгибателей пальцев кистей и формирование амиотрофий, типичных деформаций кистей, так называемая «ревматоидная кисть».

Различают следующие клинические стадии РА: Очень ранняя стадия: длительность болезни < 6 месяцев; Ранняя стадия: длительность болезни 6 месяцев – 1 год; Развернутая стадия: длительность болезни > 1 года при наличии типичной симптоматики РА; Поздняя стадия: длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкция и анкилоз суставов (III-IV рентгенологическая стадия).

Начальные проявления РА: миалгии и артралгии, повышение температуры, усталость, недомогание, снижение аппетита, похудание. С начала болезни доминирует стойкая полиартралгия – суставной синдром. У большинства пациентов характерно медленное развитие – в течение недель и месяцев. Примерно у 20% пациентов развитие РА внезапное, острое начало с неуклонным прогрессированием. У каждого четвертого пациента заболевание может начинаться с моноартрита.

При осмотре характерно увеличение объема сустава за счет выпота в полость сустава, отека и пролиферации синовиальной оболочки. Кожа над суставом теплая, околосуставные ткани мягкие, наблюдается ограничение объема движений (из-за боли), боль при пальпации сустава, атрофия мышц. На поздних стадиях характерна деформация суставов, подвывихи, анкилозы (ульнарная девиация, ”плавник моржа”, симптом “пуговичной петли”, ”лебединая шея”, “паукообразная кисть”). Изменения проксимальных суставов кистей – «визитная карточка» РА. Суставы исключения при РА: дистальные межфаланговые, первый пястно- фаланговый, пятый проксимальный межфаланговый.





### «Ревматоидная кисть»

Внесуставные проявления РА: общие: слабость, недомогание, похудание, субфебрильная температура. На коже обнаруживаются ревматоидные узелки, утолщение и гипертрофия кожи, васкулит, сетчатое ливедо, микроинфаркты в области ногтевого ложа. Со стороны сердечнососудистой системы могут обнаруживаться перикардит, раннее развитие атеросклероза, поражение гранулематозное клапанов сердца (редко), васкулит, синдром Рейно, дыхательной системы: облитерирующий бронхиолит, чаще бессимптомные, «сухие» плевриты с образованием плевральных спаек, синдром Каплана – ревматоидные узелки в легких, мочевыделительной системы: амилоидоз и гломерулонефрит. Частое присоединение вторичной инфекции мочевыделительной системы.

Особые формы РА: синдром Фелти - симптомо комплекс, включающий нейтропению, спленомегалию, гепатомегалию и высокий риск инфекционных осложнений;

Болезнь Стилла - заболевание, характеризующееся рецидивирующей фебрильной лихорадкой, артритом и макулопапулезной сыпью, высокой лабораторной активностью и серонегативностью по РФ у детей.

Осложнения РА: асептический остеонекроз, остеопороз (системный), туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов), генерализованная амиотрофия (кахексия), вторичный амилоидоз, вторичный артроз, подвывихв атланта-аксиальном суставе, в т.ч. с миелопатией, нестабильностью шейного отдела позвоночника.

При анализе крови исследуют СОЭ, ревматоидный фактор, количество тромбоцитов. Наиболее прогрессивным анализом является титр антител к циклическому цитруллин-содержащему пептиду - АЦЦП. Специфичность этого показателя составляет около 90 %.

Критериями неблагоприятного прогноза РА являются: вовлечение новых суставов при последующем обострении, системный характер болезни, персистирующая активность болезни при отсутствии ремиссии более года, стойкое увеличение СОЭ, ранние (до четырёх месяцев) рентгенологические изменения со стороны поражённых суставов - быстрое прогрессирование деструктивных изменений, носительство антигенов HLA-DR4, плохая переносимость базисных препаратов.

❖ **Псориатический артрит** - это хроническое системное прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом, относится к группе серонегативных спондилоартропатий, сопровождающихся синовитом различной степени выраженности, включающим пролиферацию синовиальной оболочки в сочетании с суставным выпотом. Характерная клиника для псориатического артрита формируется за счет развития эрозивного артрита, костной резорбции, множественных энтезитов и спондилоартрита. Распространенность псориаза в популяции составляет от 2% до 8%, а псориатического артрита у больных псориазом колеблется от 13,5% до 47%. Псориатический артрит развивается в возрасте 20–50 лет, с равной частотой как у мужчин, так и у женщин.

По данным современной литературы современное течение псориатического артрита характеризуется торпидным, резистентным к проводимой терапии течением, с формированием инвалидизирующих форм, с утратой трудоспособности в 30% случаев.

В настоящее время в патогенезе как псориаза, так и псориатического артрита ведущая роль отводится иммунной системе и генетической предрасположенности. Так, основным феноменом является формирование сложной сети взаимодействий иммунокомпетентных клеток, кератиноцитов, клеток синовиальной оболочки и цитокинов, относящихся к наиболее значимым маркерам нарушения процессов иммунорегуляции при воспалительных заболеваниях. При псориатическом артрите, как и при других спондилоартритах, наблюдаются разнообразные



изменения профиля про- и противовоспалительных цитокинов, которые образуют регуляторную сеть и, оказывая плейотропное действие, участвуют в патогенетических механизмах данного вида артрита, являясь индукторами воспаления и тканевой деструкции.

Генетическая детерминанта псориатического артрита, по данным отечественных и зарубежных исследователей, чаще всего определяется комплексом антигенов гистосовместимости и его определенными гаплотипами. Кроме того, при псориатическом поражении суставов большое значение придается антигенам В27, В38, DR7, DR4, Сw6 и другим. Считается, что наличие антигена В38 ассоциируется с быстрым прогрессированием костно-хрящевой деструкции уже в ранний период развития заболевания, антигены В17 и Сw6 являются прогностическим фактором ограниченного числа пораженных суставов, антигенная структура В57 - множественного количества суставов, DR4 ассоциируется с деструктивным полиартритом.

Полиморфизм псориатических изменений кожи в сочетании с разнообразными формами поражения суставов, позвоночника и зачастую внутренних органов явился причиной разнообразной терминологии, встречающейся в научной литературе: псориатическая артропатия, псориатический артрит с системными и внесуставными проявлениями, псориатическая болезнь и др. Однако при постановке диагноза следует помнить, что по МКБ-10 данная патология определяется как псориатический артрит (L 40.5).

Выделяют следующие клинико-анатомические варианты суставного синдрома псориатического артрита:

- ✓ дистальный;
- ✓ моноолигоартрический;
- ✓ остеолитический;
- ✓ спондилоартритический.

Степень активности псориатического артрита характеризуется следующими номинациями:

✓ минимальная - характеризуется незначительными болями при движении. Утренняя скованность либо отсутствует, либо не превышает 30 минут. Температура тела соответствует физиологическим показателям, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) не более 20 мм/час;

✓ умеренная - характеризуется болевым синдромом как в покое, так и при движении. Утренняя скованность достигает 3

часов, кроме того, в области суставов возможен умеренный экссудативный отек. Температура тела субфебрильная, СОЭ до 40 мм/час, возможен лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг;

✓ максимальная - характеризуется сильными болями в покое и при движении. Утренняя скованность превышает 3 часа. В области периартикулярных тканей отмечается стойкий отек. Температура фебрильная, выявляется значительное превышение биохимических лабораторных показателей.

Клинико-анатомический вариант поражения суставов устанавливается по преобладанию одного из симптомокомплексов в клинической картине заболевания. Так, например, при дистальном варианте будут преобладать изолированные поражения дистальных межфаланговых суставов. Асимметричное поражение будет наблюдаться при олигоартрической локализации процесса. Характерная локализация - это крупные суставы, чаще всего коленные. При полиартрическом варианте процесс будет носить симметричный характер и поражаться будут как крупные, так и мелкие суставы. Для остеолитического варианта псориатического поражения суставов будет характерна костная резорбция: внутрисуставная, акральный остеолит, истинная костная атрофия. Для спондилоартрического варианта характерно развитие сакроилеита и анкилозирующего спондилоартрита.

Помимо типичных форм, существуют атипичные варианты течения острого псориатического артрита:

✓ ревматоидноподобная форма, характеризуется поражением мелких суставов кистей, лучезапястных суставов и длительным течением;

✓ псевдофлегманозная форма, проявляется моноартритом с резко выраженным воспалительным процессом в области сустава и окружающих тканей, сопровождается высокой температурной реакцией, ознобом, лейкоцитозом, увеличением СОЭ;

✓ подострая форма моноартрита типичной локализации с незначительной болью;

✓ первичное поражение сухожилий, суставных сумок, чаще всего ахиллобурсит.

При псориатическом артрите могут регистрироваться различные коморбидные состояния. Наиболее часто наблюдаются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение и сахарный диабет.

Для диагностики псориатического артрита актуальными являются биохимические исследования крови и рентгенологические исследования суставов и позвоночника. Рентгенологические изменения при псориатическом артрите будут представлены следующими изменениями:

- ✓ неравномерное сужение суставной щели;
- ✓ истончение, нечеткость, частичное или полное разрушение замыкающих пластинок;
- ✓ краевая деструкция в виде узур;
- ✓ остеопороз эпиметафизов;
- ✓ периостальные наслоения в области метафизов, вывихи и подвывихи;
- ✓ анкилозы;
- ✓ повышение интенсивности и потеря структуры периартикулярных мягких тканей;
- ✓ остеолиз эпифизов мелких костей.

Для того чтобы выставить диагноз «псориатический артрит», актуальными диагностическими критериями можно считать следующие:

- ✓ псориатические высыпания на коже;
- ✓ псориаз ногтевых пластинок;
- ✓ псориаз кожи у близких родственников;
- ✓ артрит трех суставов одного и того же пальца кистей;
- ✓ подвывих пальцев рук;
- ✓ асимметричный хронический артрит;
- ✓ параартикулярные явления;
- ✓ сосискообразная конфигурация пальцев стоп и кистей;
- ✓ параллелизм течения кожного и суставного синдромов;
- ✓ боль и утренняя скованность в позвоночнике, сохраняется на протяжении не менее трех месяцев;
- ✓ серонегативность по ревматоидному фактору;
- ✓ акральный остеолиз;
- ✓ анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей и/или межфаланговых суставов стоп;
- ✓ рентгенологические признаки сакроилеита;
- ✓ синдесмофиты или паравертебральные оссификаты.

Критерии исключения псориатического артрита:

- ✓ отсутствие псориаза;
- ✓ серопозитивность по ревматоидному фактору;

Sam DTI  
axborot-resurs markazi



- ✓ ревматоидные узелки;
- ✓ тофусы;
- ✓ тесная связь суставного синдрома с урогенитальной и кишечной инфекцией.

❖ **Остеоартроз (ОА)** - гетерогенная группа заболеваний, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц. По распространенности ОА занимает первое место среди других ревматических болезней, при этом его частота значительно увеличивается с возрастом. Так, в возрасте до 45 лет заболевание встречается у 3–5 % людей, от 45 до 64 лет - у 30 % и старше 65 лет - у 60–70 %.

При ОА происходит поражение, главным образом, наиболее нагруженных суставов нижних конечностей – тазобедренного и коленного. На верхних конечностях наиболее часто поражаются дистальные и проксимальные межфаланговые суставы. Артроз обычно начинается с поражения одного сустава, со временем в процесс вовлекаются и другие симметричные суставы. У некоторых больных наблюдается множественное поражение суставов – полиостеоартроз.

Различают 3 стадии артроза. При первой стадии изменяется только биохимический состав синовиальной оболочки, которая за счёт диффузии питает другие компоненты сустава. Сустав теряет способность противостоять привычной для него нагрузке, перегрузка сустава приводит к воспалению и болевому синдрому. Во второй стадии заболевания разрушается суставной хрящ, мениски, в суставной площадке костей образуются краевые разрастания – остеофиты. Признаками третьей стадии или тяжелого артроза является выраженная костная деформация опорной площадки сустава, которая изменяет ось конечности. Несостоятельность, укорочение связок сустава приводит к патологической подвижности сустава, резкому ограничению естественных движений. Мышцы, которые осуществляют движения в суставе, ослаблены, наблюдается нарушение функции мышц за счёт нарушения рефлекторной нейротрофической регуляции. Изменяется амплитуда сокращения мышцы, изменяются нормальные точки прикрепления мышечно-сухожильного комплекса. Это сопровождается укорочением или растяжением

мышцы, снижением способности к полноценному сокращению. Трофические нарушения при заболевании сустава касаются не только мышц, но и всех тканей конечности.

Клиническая картина остеоартроза 1. Боли в суставах. Механические боли – возникают при нагрузке на сустав, беспокоят больше к вечеру, стихают после ночного отдыха. Стартовые боли – возникают при начале движения (ходьбы, нагрузки), затем быстро исчезают; 2. Утренняя скованность (тугоподвижность) сустава, длящаяся не больше 30 минут и быстро исчезающая после нескольких движений в суставе; 3. «Заклинивание» сустава». Это обычно внезапная резкая боль, блокирующая движения в суставе. Возникает в результате ущемления между суставными поверхностями отломка хрящевой ткани (суставной «мышцы»); 4. Деформация сустава за счет костных разрастаний и изменений околосуставных тканей; 5. «Хруст» в суставах при движении; 6. Ограничение объема движений в суставе при присоединении реактивного синовита (воспаления синовиальной оболочки).

В целом, клиническая картина ОА включает основные симптомы: «механический» характер боли, утренняя скованность не более 30 мин, ограничение объема движений, снижение функциональных возможностей сустава. Основные признаки клинической картины остеоартроза — это болезненные точки и плотные утолщения по краю суставной щели, крепитация, умеренные признаки воспаления, ограниченные болезненные движения, ощущения напряженности в суставе, нестабильность.

Рентгенологические признаки ОА складывается из признаков, отражающих дистрофические изменения в суставных хрящах (сужение суставной щели) и в костной ткани (уплощение и деформация суставных поверхностей, кистовидные образования), нестабильность суставов (подвывихи, искривления оси конечностей), реактивные компенсаторно-приспособительные процессы (краевые костные разрастания, субхондральный остеосклероз). Ранний симптом - краевые костные разрастания (остеофиты), следствие активной пролиферации периферических отделов суставного хряща. Они проявляются вначале заострением краев суставных поверхностей, а затем, нарастая, образуют массивные костные шипы и губы. Краевые остеофиты, как правило, раньше обнаруживаются со стороны суставных впадин.



❖ **Реактивный артрит (РеА)** - воспалительное заболевание суставов, которое развивается одновременно или после инфекции в другом участке тела. Инфекция, вызывающая развитие реактивного артрита, обычно поражает носоглотку, мочевыводящие пути и половые органы, желудочно-кишечного тракт. Артрит развивается через 2-4 недель после возникновения инфекции.

Болезнь поражает людей в возрасте от 20 до 40 лет. Мужчины в девять раз чаще женщин заболевают реактивным артритом, связанным с инфекциями, передающимися половым путем (хламидиоз или гонорея), в то время как при пищевых отравлениях РеА одинаково часто встречается у мужчин и у женщин.

РеА не связан с распространением инфекции по организму и её попаданием в сустав. При этом инфекция играет роль только пускового фактора, самого микроба - возбудителя в суставах нет, артрит - это реакция организма на микроб. Предполагают, что воспаление сустава развивается из-за того, что микроорганизмы содержат вещества (антигены), которые похожи на антигены тканей организма. Иммунная система «путает» антигены сустава и микроорганизмов, в результате она атакует и микробы, и сустав. В суставе развивается асептическое воспаление, которое и причиняет проблемы.

Причины реактивного артрита: инфекции мочеполовой системы или инфекции желудочно-кишечного тракта. Чаще всего реактивный артрит связан с микроорганизмами, называемыми хламидиями. Обычно хламидии передаются при половых контактах. Часто инфекция не имеет никаких симптомов, а самые частые симптомы (если они присутствуют) - боли или неприятные ощущения при мочеиспускании и выделения из полового члена или влагалища.

РеА могут вызывать бактерии, поражающие желудочно-кишечный тракт: сальмонеллы, шигеллы, иерсинии и кампилобактерии. Симптомами поражения желудочно-кишечного тракта являются нарушение стула (жидкий стул). Инфицирование происходит из-за приёма неправильно приготовленной пищи, при контакте с инфицированными людьми или фекалиями (микроорганизма должен попасть в желудочно-кишечный тракт).



РеА развивается далеко не у всех людей после перенесённой инфекции, чаще болезнь развивается у людей, имеющих ген - HLA В 27.

Симптомы РеА могут быть разнообразными. Различают три классических симптома реактивного артрита: воспаление суставов (артрит - боли в суставах, их покраснение, отёк, суставы горячие, подвижность ограничены), воспаление глаз (конъюнктивит - покраснение глаз, чувство жжения в глазах, слезотечение) и воспаление мочевыводящих путей (уретрит - боль, жжение или рези при мочеиспускании; простатит - боли или неприятные ощущения в промежности, неприятные ощущения при мочеиспускании и при дефекации, во время которой могут отмечаться незначительные выделения из мочеиспускательного канала, цистит - частое мочеиспускание, непреодолимые позывы и ощущение жжения или болезненность в нижней части живота во время мочеиспускания, частое мочеиспускание ночью).

Артрит начинается остро, повышается температура, ухудшается общее самочувствие. Обычно воспаляются при реактивном артрите: коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы стоп, часто пациенты отмечают боль в пятках. Вовлеченные в процесс суставы обычно поражаются асимметрично, то есть, одна или другая сторона тела поражается больше. Воспаление ведет к скованности (затруднение движений в суставах после сна), болезненности, отечности, теплоте и покраснению вовлеченных суставов. Для реактивных артритов характерно «осевое» поражение суставов кистей и стоп (что придает пальцам внешний вид «сосисек»). Артрит чаще начинается с одного сустава, и далее в течение 1-2 недель патологический процесс распространяется на другие суставы. Суставы припухают. Боли очень сильные, ограничивается функция суставов. Часто отмечаются боли в позвоночнике.

Кроме того, на коже ладоней рук и/или подошв ног могут образовываться крошечные, заполненные жидкостью пузырьки, которые иногда наполняются кровью. Пораженная кожа может шелушиться и напоминать псориаз.

В ротовой полости могут образоваться изъязвления на твердом, мягком небе, языке. Они могут быть не замечены пациентом, так как часто безболезненны.

В большинстве случаев симптомы конъюнктивита и уретрита выражены очень слабо и воспалены лишь 1-2 сустава. У некоторых пациентов, однако, реактивным артрит может быть острым и тяжёлым, ограничивать их физическую активность.

Диагностические признаки:

- ✓ развитие заболевания у лиц молодого возраста (до 30-40 лет), преимущественно мужчин;
- ✓ хронологическая связь с урогенитальной или кишечной инфекцией (во время или спустя 2-6 нед);
- ✓ негнойный артрит с выраженной асимметрией и предпочтительной локализацией в суставах нижних конечностей с частым вовлечением в процесс сухожильно-связочного аппарата и бурс (ахиллобурсит, подпяточный бурсит и т. д.);
- ✓ внесуставные проявления (поражение кожи, ротовой полости, половых органов);
- ✓ серонегативность (отсутствие в сыворотке крови ревматоидного фактора);
- ✓ частая ассоциация артрита с наличием у больных антигена HLA-B27;
- ✓ частое вовлечение в воспалительный процесс крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника;
- ✓ выявление бактериологическими, серологическими и иммунологическими методами микроорганизмов, ответственных за развитие реактивного артрита или их антигенов.

## **1.2. Психосоматические и психологические аспекты хронических заболеваний суставов**

Роль психологических факторов в развитии хронических заболеваний и влияние хронического патологического процесса на психологию больных отмечено многими исследователями (Коршунов Н.И., Речкина Е.В., Филатова Ю.С., Яльцева Н.В., 2018).

Известно, что хроническое течение заболеваний очень часто приводит к появлению нервно-психических расстройств. А изменения психических процессов и личностных особенностей, в свою очередь, усугубляют течение основного заболевания и являются частой причиной неудовлетворительных результатов проводимой терапии (Abad V.C., Sarinas P., Guilleminault C., 2008).

Хотя хронические заболевания суставов не относятся к психосоматическим заболеваниям (бронхиальная астма, нейродермит, гипертоническая и язвенная болезни), игнорирование психологических аспектов этих заболеваний по мнению Яльцева Н.В. (2010) приводит к неудовлетворительным результатам лечения и увеличению числа инвалидов.

Среди заболеваний суставов наиболее изучены психологические аспекты РА и АС. В литературе имеется целый ряд публикаций, в которых развитие заболевания связывается с определенными личностными особенностями больных и дается характеристика соответствующего типа личности. При этом большинство авторов подчеркивают, что больным РА свойственны такие черты, как непреклонность, морализм, высокая требовательность, взыскательность, душевная ранимость, застенчивость, чрезмерная услужливость (Ang D.C., Choi H., Kroenke K., Wolfe F., 2005). Отмечено также, что эти пациенты заметно ограничены в выражении эмоций, особенно тревоги и гнева, испытывают серьезные трудности в установлении межличностных контактов (Aschbacher K., Roeske S.K., von Känel R. et al., 2010).

Встречаются и противоположные данные. Так, Vale T. L. et al., (2006) не выявили существенных различий в уровне тревоги, способности выражения гнева как у больных РА и ОА, так и в контрольной группе. В некоторых исследованиях даже отмечено, что больные РА склонны к физической активности, проявлению интереса к соревновательным видам спорта, доминированию в семье, соблюдению общепринятых норм поведения, подавлению эмоции в стрессовых ситуациях (Bertsias G.K., Ioannidis J.P.A., Aringer M et al. 2010).

Обсуждая вышеуказанные данные, необходимо отметить, что методологическая основа приведенных выше публикаций не лишена недостатков. Так, в большинстве работ отсутствуют данные контрольных групп, в других - нет корреляционной связи между психологическими особенностями больных и клиническими формами заболеваний, степенью активности патологического процесса, длительностью его течения. Во многих исследованиях не используются надежные объективные методики оценки психического статуса. Поэтому, данные упомянутых выше работ не позволяют судить, являются ли некоторые особенности личности



предопределяющими в развитии РА, либо они есть реакция на болезнь.

Касаясь вопроса о построении исследований по изучению психологии больных РА, ряд авторов Bingham B., Ajit S.K., Blake D.R., Samad T.A. (2009) указывает на необходимость строгого учета не только клинических данных, (длительность течения РА, частота ремиссий и обострений, степень активности заболевания, выраженность функциональной недостаточности суставов, характер проводимой терапии и т.д.), но и тщательного анализа социально-демографических показателей обследованных, адекватного подбора групп сравнения и использования стандартизованных методик.

По мнению Campbell R.C.J, Batley M., Hammond A., et al. (2012) наиболее адекватным контролем для больных РА могут служить данные больных с другими хроническими соматическими заболеваниями. При использовании данных этой категории больных, одновременно исключается эффект госпитализации и роль самого хронического процесса. Возможен и другой подход к изучению особенностей психики при РЗ, а именно сопоставление психологических параметров больных с различной давностью заболевания. Использование указанного подхода позволило показать, что существенные различия в психологических характеристиках больных начальными проявлениями РА, ПсА и здоровых лиц, как правило, отсутствуют, а прогрессирование заболеваний приводит к появлению психопатологических симптомов (Ertenli I., Ozer S., Kiraz S. et al., 2012).

В литературе широко обсуждается роль психотравмирующих ситуаций в развитии РЗ. Основываясь на клинических наблюдениях, Fuller-Thomson E, Shaked Y. (2009) пришли к мнению о существовании связи между началом РА, его обострениями и психодинамическими конфликтами. По данным Garip Y., Eser F., Aktekin L.A., Bodur H. (2011) такую связь удается проследить в 30-87% случаев Halaris A. (2009) выявили, что психологический стресс оказывает влияние на обострение РА и АС в 80% случаев и, каждый третий больной называл стресс непосредственной причиной развития болезни Nagoon E. Raison Ch. L., Miller A. H. (2012) указывает, что у больных РА и ПсА стресс предшествует заболеваниям достоверно чаще, чем у больных с трофическими язвами нижних конечностей, возникшими на фоне

варикозного расширения вен. В соответствии с публикациями Hassett A.L., Clauw D.J. (2010), наиболее частыми предрасполагающими факторами РЗ являются такие тяжелые стрессы и жизненные потрясения, как потеря близких, семейные конфликты, неожиданное ухудшение финансового положения. Hauley S. (2011) также указывает, что у больных РА достоверно чаще, чем при деформирующем остеоартрозе и у здоровых лиц, заболеванию предшествуют потеря близких, а в детстве больных имеют место частые и серьезные психологические проблемы.

Роль психотравмирующих факторов неоспорима в развитии псориаса и псориатического артрита. По данным Hennessy M.B., Paik K.D., Caraway J. D., Schiml P. A. (2011) связь заболевания с острым нервно-психическим потрясением, отрицательными эмоциями, нервным перенапряжением отмечают более чем 50% больных. В 70% случаев первое проявление симптомов псориаса связано с определенными стрессовыми ситуациями: семейными проблемами, нагрузками на работе, травмой и болезнью (Hewlett S., Chalder T., Choy E. et al., 2011).

Janssen D.G.A., Caniato R.N., Verster J.C., Vaune B.T. (2010), анализируя клиническое течение РА в зависимости от этиологического фактора, указывают, что при наличии связи с психодинамическим конфликтом, как правило, заболевание начинается внезапно, быстро прогрессирует, но редко выявляется у родственников больных. РФ в сыворотке крови обычно не определяется. Напротив, в «неконфликтной группе», когда роль психологического стресса в развитии РА проследить не удастся, заболевание характеризуется постепенным началом, медленным прогрессированием, наследственной предрасположенностью, относительно частым выявлением РФ. Косвенным подтверждением роли стрессовых воздействий в развитии РА, могут служить и результаты психофизиологических исследований, согласно которым искусственно индуцированный стресс вызывает у больных РА большой прирост электромиографической и электродермальной активности в области пораженных суставов по сравнению с таковым у здоровых лиц (Karpouzas G.A., Dolatabadi S., Moran R. et al. 2012). Восстановление исходного уровня указанных показателей при РА протекает медленнее, чем в контрольной группе (Katon W.J., 2011).

Работы в области психонейроиммунологии свидетельствуют,



что тяжелые стрессовые воздействия у больных АС, РА и ПсА сопровождаются подавлением иммуннокомпетентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в иммунном статусе (Kekow J, Moots R, Khandker R. et al., 2011). Современное понимание социальных и психобиологических факторов при иммунных заболеваниях и всеобъемлющее представление о проблемах стресса дано в работах Kojima M. (2012).

Однако результаты не всех исследований по указанному вопросу однородны. Многие исследования содержат и противоположные аргументы. Так, согласно результатам более крупных контролируемых исследований Lee H.C., Tsai Y.F., Luo S.F., Tsay P.K. (2010), содержащих анамнестические данные больных РЗ, по сравнению с практически здоровыми лицами и больными с абдоминальными грыжами, не выявлены существенные различия в частоте стрессовых ситуаций перед началом заболеваний.

В других контролируемых исследованиях (Loftis J.M., Huckans M., Morasco B.J. 2010) частота жизненных потрясений за год до начала заболевания в группе женщин, страдающих РА, не была достоверно выше, чем в контроле (пациентки с различными гинекологическими, терапевтическими заболеваниями, общемедицинская популяция, состоящая из средних и младших медицинских сестер). Также, Luyster F.S., Chasens E. R., Wasko M. Ch. M., Dunbar-Jacob J. (2011) при сравнении данных анкетирования больных РА, практически здоровых лиц и пациентов первичной депрессией отметили, что у последних, частота жизненных важнейших событий за год до появления первых симптомов заболевания была достоверно выше, чем в других группах, в то время как указанный показатель у больных РА и здоровых лиц не различался.

Таким образом, анализ имеющихся публикаций свидетельствует, что до настоящего времени отсутствует единство взглядов на роль стресса в развитии РА. Противоречия во взглядах исследователей во многом обусловлены, по-видимому, различными подходами к указанному вопросу. Можно предполагать, что тщательное построение исследования, включая правильное формирование групп сравнения, четкое определение причин самого стресса позволит более определенно ответить на поставленный



вопрос.

Влияние хронических заболеваний на психологический и эмоциональный статус больных общепризнано (Knittle K., Maes S., Gucht V., 2010; Грехов Р.А., 2013; Осипенко М.Ф., Ливзан М.А., Бикбулатова Е.А., 2014; Гаспарян А.А., Меньшикова И.В., Каневская М.З., 2016; Щербаков Г.И., 2018). При РЗ показано, что неуклонно прогрессирующий характер заболевания приводит к формированию у пациентов астении, тревоги, депрессии. Последняя формируется по данным литературы в 40-80 % случаев.

По мнению ряда исследователей в развитии депрессивных состояний при РЗ играют роль такие факторы, как боль, нарушение функции суставов, ухудшение материального положения, утрата социальных контактов, сексуальные проблемы. Наибольший вклад в формирование депрессии при РА вносят функциональная недостаточность суставов, затем в порядке значимости-степень социальной изоляции, длительность заболевания, финансовые трудности. Показано также, что психопатологическая симптоматика более отчетлива при тяжелых формах заболевания и имеет склонность к прогрессированию с увеличением ее длительности.

Вместе с тем какой-либо зависимости между частотой выявления психоэмоциональных нарушений, с одной стороны, и полом, возрастом, степенью активности заболевания, с другой – отчетливо не выявлялось (Т. J. Ligh et al., 1992).

Sh.Hirosata et al., (1991) сообщили о возможности развития психоорганического синдрома у больных РЗ, длительно принимающих кортикостероиды.

Представляют интерес исследования, согласно которым выраженность болевых ощущений в области суставов не всегда соответствует степени органических изменений опорно-двигательного аппарата и активности заболевания, но коррелирует с личностными особенностями больных (Е.А.Уланова и др., 2000). Тщательный анализ соотношения интенсивности суставных болей и параметров психологического статуса пациентов позволяет условно выявить две группы больных РА (S.Newmann et al., 1992). У больных первой группы, степень психопатологических изменений прямо пропорциональна выраженности болей в суставах и отчетливо снижается в процессе терапии с уменьшением болевого синдрома. У больных второй группы определяется явное

несоответствие между сравнительно низкой интенсивностью болей, с одной стороны, и значительной выраженностью психоэмоциональных нарушений, с другой. У больных с таким парадоксальным соотношением между интенсивностью боли и степенью психопатологических изменений, эффективность лечения, как правило, существенно ниже, чем в первой группе.

О тесной связи между болью и психологическими факторами позволяют косвенно судить и результаты обследования больных ювенильным РА (D.Erlandson et al., 1990). Так, болевые ощущения у пациентов старших возрастных групп выражены в большей степени, чем у больных младших групп.

Таким образом, результаты указанных работ позволяют считать, что у больных РА имеется определенная взаимосвязь психологических факторов и параметров боли. Дальнейшие исследования в этом направлении должны включать тщательную оценку болевого синдрома. В этих целях предложено использовать шкалу боли, стандартизованные анкеты, методику видеозаписи поведения больных при выполнении ими стандартных упражнений (Л.А.Журавлева, М.Н.Овсянников, 1998; И.С.Салихова, Ш.Я.Закирходжаева, 2004).

Результаты исследований по изучению частоты возникновения психопатологических изменений в зависимости от иммунологической характеристики заболевания не лишены противоречий. Так, в соответствии с сообщениями С. W. Duff (1994) тревога, снижение социальной адаптации при серопозитивной форме РА выявляется значительно чаще, чем при серонегативной. Напротив, по данным Ю.А.Александровский и др., (2003) у больных психоэмоциональные нарушения встречаются независимо от иммунологической характеристики РА. Не исключено, что столь противоречивые результаты исследований связаны, как показывает анализ этих работ, с недостаточным учетом авторами тяжести заболевания, различными подходами к трактовке психопатологических изменений и форм заболевания.

Следует отметить, что Н.В.Пизова и др., (2003) при оценке изменений психики и степени их выраженности у больных РА опираются не только на клинические впечатления, но и на данные объективных психологических тестов, в частности ММРІ – психологического анкетного справочника Миннесотского Университета. Как следует из работ этих исследователей, профиль



личности больных РА, по сравнению с таковым здоровых лиц, существенно повышен по шкалам невротической триады. Вместе с тем целесообразность использования теста ММРІ при РА признают не все исследователи. По мнению М.И.Савельева (1995), Е.А.Уланова и др., (2000), Е.А.Уланова (2001) подъем профиля личности по шкалам ипохондрии, истерии и депрессии у больных РА неизбежен, ибо подавляющее большинство утверждений, имеющих отношение к этим шкалам, так или иначе связаны с ведущими признаками самого заболевания (боль, скованность суставов, ограничение движения, утомляемость, нарушение сна) и, следовательно, результаты тестирования по этим утверждениям свидетельствуют не столько в пользу психопатологических изменений, сколько отражают тяжесть основных клинических проявлений РА.

В числе факторов, оказывающих существенное влияние на формирование при РА психопатологических изменений, особенно депрессии, большинство авторов называют возникающее у больных нарушение в сексуальной сфере. По данным Н.И.Коршунов, Е.В.Речкина, (2005) указанные нарушения являются для пациентов с РА наиболее значимыми наряду с болью и ограничением двигательной активности. Согласно результатам анонимного анкетирования женщин, страдающих РА (Е.А.Уланова, 2000), у большинства больных (у каждой второй), из числа ответивших, имелись сексуальные нарушения в виде снижения либидо и интенсивности оргазма. По данным В.П.Зайцев и др., (2003) среди мужчин, больных РА, у одной трети отмечались периоды импотенции, у половины периоды снижения сексуальной мотивации. Выраженность сексуальных нарушений нарастает с повышением активности заболевания, величины суставного индекса и особенно отчетливо, при вовлечении в патологический процесс коленных и тазобедренных суставов. К снижению сексуальной активности нередко приводит и применение некоторых лекарственных препаратов (кортикостероидов и транквилизаторов) (Е.А.Уланова, И.В.Григорьева, 2005).

Таким образом, из вышеуказанных публикаций следует, что у больных хроническими заболеваниями суставов изучение психологических, психопатологических и соматопсихических проблем имеет важное теоретическое и практическое значение. Однако, до сих пор, в литературе не в полном объеме освещены



вопросы состояния высшей нервной системы у больных хроническими заболеваниями суставов. Имеющиеся работы сосредоточены только на негативных жизненных ситуациях больных и почти все исследования проведены в активной фазе заболевания. Не во всех исследованиях изучение личностных особенностей, характера, психологических качеств больных интерпретируются с клиническими показателями и пограничными нервно-психическими нарушениями. Также, не во всех исследованиях психологические тесты приближены к жизненным условиям больных, что является частой причиной неточностей, противоречий и диагностических ошибок. По данным А.А.Абдувалиева (2004), Ш.О.Ташбаев и др., (2004), Н.А.Хабибова и др., (2004), для диагностики нервно-психических нарушений при соматических заболеваниях необходимо широкое использование психологических методов исследования. Своевременное выявление невротических расстройств позволяет разрешить многие противоречия по рассмотренным выше вопросам и выработать основные направления улучшения результатов лечения и реабилитации больных.

В обзорной статье Грехова Р.А. и др. (2013) рассматриваются научные работы, направленные на изучение психологических аспектов ревматоидного артрита (РА), опубликованные за последние 5 лет. Приводятся данные о влиянии заболевания на повседневную жизнь и психоэмоциональное состояние пациентов, их межличностные и социальные взаимоотношения, рассматриваются альтернативные психологические методы лечения РА. Обзор появившихся за последние годы публикаций свидетельствует о постоянно растущем интересе исследователей к психологическим аспектам РА и тенденции к улучшению психологической реабилитации больных РА.

В работе Лисициной Т.А. (2014) на большой группе больных показана значимость стрессовых факторов и детских психических травм в провокации дебюта и обострений как РА, СКВ, так и расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС). Установлено, что у большинства больных РА и СКВ хроническая депрессия предшествует развитию РЗ. На основе сравнительного анализа структуры ПР и тяжести РЗ продемонстрирована значимость ранней диагностики РТДС при РА и СКВ. Установлена положительная связь между большой депрессией и воспалительной

активностью РА и СКВ, уровнем провоспалительных цитокинов при РА, что косвенно подтверждает роль хронического аутоиммунного воспаления в патогенезе депрессии.

В работе Абрамкина А.А. (2020) в России в ретроспективно-проспективном пятилетнем исследовании установлено значимое негативное влияние хронических стрессовых факторов и ПР на эффективность терапии пациентов с РА. Показано, что адекватная по дозе и длительности ПФТ ПР улучшает приверженность пациентов лечению и эффективность терапии РА БПВП и ГИБП, способствуя достижению ремиссии РА. Разработан алгоритм ведения больных РА с ПР, а также апробирована мультидисциплинарная партнерская модель помощи этим пациентам.

В работе Цыган А.В. (2013) представлены результаты сравнительного анализа психосоматического статуса больных ревматоидным артритом и подагрой. Показано, что у всех больных ревматоидным артритом снижается уровень качества жизни вне зависимости от проводимой медикаментозной терапии. Признаков депрессии у больных ревматоидным артритом и подагрой не обнаружено. У больных ревматоидным артритом отмечен повышенный уровень тревоги, наиболее выраженный при наличии высокой степени лабораторной активности, III–IV рентгенологических стадий; ограничения непрофессиональной, профессиональной деятельности и самообслуживания (III–IV функциональные классы). Больные подагрой позитивно оценивают общее состояние здоровья и физическое функционирование. Высокий уровень жизнелюбия, уверенность в себе, позитивность самооценки, выявленные у больных подагрой, указывают на неадекватность оценки тяжести заболевания и, как следствие, низкую приверженность к лечению, что коррелирует с гиперурикемией. Ключевые слова: психосоматическая характеристика, ревматоидный артрит, подагра, тревога, депрессия, качество жизни, amitриптилин, гиперурикемией

При РА установлено, что каждому клинико-иммунологическому варианту болезни соответствует своя организация биоритмологической деятельности головного мозга (Коршунов Н.И. и др., 2015) Выделено девять электроэнцефалографических синдромов, сформированных на основе компонентного анализа, и установлена сопряженность

каждого из них с соматическими и психическими изменениями. По мнению автора связь социально-психологических, психических, нейрофизиологических и соматических изменений у больных РА реальна, что позволяет рассматривать эту патологию как психосоматическое заболевание, а биопсихосоциальную модель болезни – как наиболее оптимальную с практической точки зрения.



## ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

Под наблюдением находились 380 больных: 168 - РА, 78 - ОА, 63 - РеА, 31 - ПА, 25 - АС и 15 - ПсА (табл.1). Диагноз РА был установлен по критериям Американской ревматологической ассоциации (1997), ОА, ПсА - Института ревматологии РАМН (1989), АС и ПА - по Римским критериям (1977). При установлении и формулировке диагноза учитывались рекомендации по номенклатуре и классификации заболеваний, предложенные Институтом ревматологии РАМН (1999).

**Таблица 1.**  
**Распределение больных в зависимости от пола и возраста**

Больные:	Пол больных:		Возраст больных, лет:		
	мужчины	женщины	до 30	31-50	св. 50
РА	55	113	47	77	44
АС	19	6	7	13	5
ПсА	11	4	3	5	7
РеА	38	25	44	16	3
ОА	29	49	1	28	49
ПА	26	5	1	13	17
Всего	178	202	103	152	125

Среди всех обследованных женщины составили 53,2%, мужчины - 46,8%. РА и ОА чаще было диагностировано у лиц женского пола, РеА, ПсА, ПА и АС - мужского пола.

В возрасте 16-30 лет было 27,1%, 31-50 лет - 40,0%, свыше 50 лет - 32,9% больных. Реактивные артриты наиболее часто выявлены у лиц молодого возраста, РА и АС - среднего возраста, ОА, ПсА - старшего возраста. ПА выявлялся у лиц среднего и старшего возраста в одинаковой степени.

У 33,9% больных давность заболевания составила до 1 года, у 31,3 % - 1-5 лет и у 34,7 - свыше 5 лет (табл. 2). При РеА у большинства больных (79,4%) давность заболевания была от 15 дней до 3 месяцев, а при других заболеваниях преобладали больные с давностью заболевания свыше 5 лет.

Таблица 2.

## Распределение больных в зависимости от давности заболевания

Больные	Давность заболевания		
	до 1 года	1-5 лет	Свыше 5 лет
РА	39	64	65
АС	6	8	11
ПсА	2	5	8
РеА	58	5	-
ОА	20	25	33
ПА	4	12	15
Всего	129	119	132

Контрольная группа состояла из 40 здоровых людей (16-мужчин, 24-женщин) в возрасте 16-60 лет (в среднем  $33,6 \pm 2,02$  лет). Среди обследованных контрольной группы в возрасте до 30 лет было 20, 31-50 лет – 14, свыше 50 лет – 6 человек.

Обследование больных проводилось с использованием общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных методов. Из количественных показателей суставного синдрома определялись: индекс боли (в баллах), продолжительность утренней скованности (в минутах), суставной индекс (в баллах), тест П.Ли (в баллах) и манипуляционная способность кистей (в %). Проводился общий клинический анализ крови. Исследовалось содержание в крови показателей «острой фазы»: ДФА-реакции (в ед.оп.п.), фибриногена (в ммоль/л), серомукоида (в ммоль/л), сиаловых кислот (в ммоль/л). Также определялся уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК, метод селективной преципитации комплексов антиген-антитело в 3,75% полиэтиленгликоля 6000 по Haskova), иммуноглобулинов класса А,М,С (метод иммунодиффузии в агаре по Манчини 1978), Т,В,0 лимфоцитов (метод роозеткообразования с эритроцитами барана, Е-РОК, В-РОК) и наличие ревматоидного фактора (РФ, реакция агглютинации с латексом).

Средний возраст больных РА составил –  $42,1 \pm 1,3$  лет, продолжительность заболевания –  $6,5 \pm 0,5$  лет. У 162 (96,4%) больных РА диагностирована суставная, у 6(3,5%) – суставно-висцеральная форма заболевания. Висцеральные проявления выражались в виде поражения сердца и кроветворной системы.

Больные системными поражениями сердца с развитием нарушения кровообращения, с тяжелыми поражениями почек, печени не были включены в группу обследования.

Моно- и олигоартрит был обнаружен – у 14(8,3%), полиартрит – у 154(91,7%) больных. У 136(81,0%) больных установлено медленно прогрессирующее, у 32(19,0%) – быстро прогрессирующее течение заболевания. Низкая активность патологического процесса была диагностирована у 44(26,2%), средняя – у 73(43,5%), высокая у 51(30,4%) больных. Серопозитивная форма заболевания была у 140(83,3%), серонегативная – у 28(16,7%) больных. I рентгенологическая стадия РА установлена у 4(2,4%), II стадия – у 71(42,3%), III стадия – у 63(37,5%), IV стадия – у 30(17,9%) больных. Функциональная способность у 34(20,2%) больных была сохранена. У 64(38,1%) установлена первая, у 55(32,7%) – вторая, у 15(8,9%) – третья степень нарушения функциональной способности.

У 18 больных АС выявлена центральная, у 5 – периферическая, у 2 – ризомиелическая форма заболевания. Двухсторонний сакроилеит был диагностирован у всех больных. Средний возраст больных составил  $37,8 \pm 2,2$  лет, продолжительность заболевания –  $5,7 \pm 0,9$  лет. Низкая активность патологического процесса была установлена у 3, средняя – у 15, высокая у 7 больных. II рентгенологическая стадия заболевания была установлена у 15, III – IV – у 10 больных. У всех больных функциональная способность позвоночника и суставов была нарушена. У 15 больных была обнаружена первая, у 7 – вторая и у 3 – третья степень функциональной недостаточности.

Среди больных псориатическим поражением суставов у 5 больных была обнаружена артропатическая, у 10 – артритическая форма заболевания. У всех больных было выявлено поражение кожи папулезно-бляшечными высыпаниями. Высыпания локализовались на туловище, ягодицах, на верхних и нижних конечностях, на волосистой части головы. Бляшки имели инфильтраты у основания и «трещины» на локтевых и коленных сгибах, кистях и стопах с повреждением ногтевых пластин. Средний возраст больных псориатическим поражением суставов составил –  $44,2 \pm 3,2$  лет, продолжительность псориаза –  $7,8 \pm 1,8$  лет,



продолжительность поражения суставов —  $3,2 \pm 0,2$  лет.

При артропатической форме заболевания поражение суставов напоминало клинику остеоартроза. Больные жаловались на боли в коленных, тазобедренных суставах, в поясничном отделе позвоночника и пояснично-крестцовом сочленении. Боли возникали при движении и усиливались к вечеру. Движения в суставах сопровождалось хрустом. Была характерна миалгия скелетных мышц. При внешнем осмотре контуры суставов не были изменены, а при рентгенографии обнаруживались признаки остеопороза и остеосклероза.

Поражение суставов при артритической форме псориаза было смешанным. Отмечалось поражение проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, пястнофаланговых и плюснефаланговых, лучезапястных, голеностопных суставов. Характер поражения суставов было экссудативно-пролиферативным. У больных артритом с недлительным течением была выражена отечность и легкое покраснение суставов. С течением времени в суставах превалировали пролиферативные явления. Из-за повышенного разрушения костей и суставного хряща кисти казались удлинненными за счет эпифизов и диафизов (обезображивающий артрит). Поражение суставов сопровождалось тяжелым поражением кожи. Кроме псориазических бляшек, отмечались усиление мацерации и шелушения кожи. От кожи исходил специфический запах, напоминающий запах плохо обработанной кожи. При рентгенологическом исследовании выявлялись признаки остеопороза, сужение и исчезновение суставной щели и разрушения эпифизарных концов.

Средний возраст больных реактивными артритам составил  $26,0 \pm 1,3$  лет, продолжительность заболевания —  $4,1 \pm 0,07$  месяцев. Диагноз РеА был выявлен когда суставной синдром возникал в тесной хронологической связи с инфекцией. У 23 больных с РеА в развитии суставного синдрома предшествовала кишечная инфекция: острый гастродуоденит, энтерит, энтероколит или обострение хронического энтероколита. У 21 больного провоцирующими факторами суставного синдрома служили инфекция мочеполового тракта: острые или хронические уретриты, циститы, пиелиты. У 19 больных суставной синдром возникал

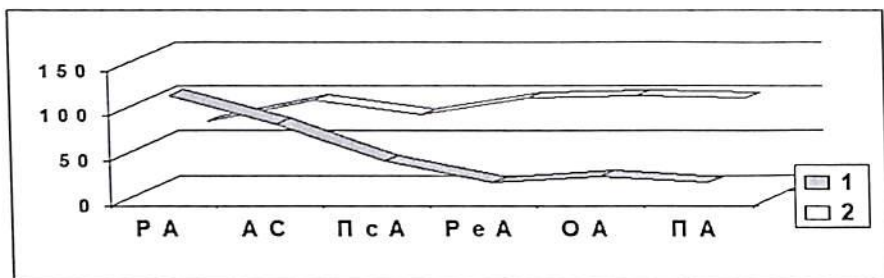
после носоглоточной инфекции. При установлении диагноза РеА были использованы методические рекомендации С.М.Сидельниковой (1998).

У больных РеА превалировало моно- и олигоартикулярное поражение суставов нижних конечностей (у 51 больного). Наиболее часто поражались голеностопные суставы (у 36 больных). Талалгии были обнаружены у 31 больного.

Средний возраст больных ОА составил  $53,4 \pm 1,5$  лет, продолжительность заболевания –  $5,4 \pm 0,6$  лет. У 29 больных был диагностирован моноостеоартроз, у 47- олигоостеоартроз и у 2- полиостеоартроз. II рентгенологическая стадия заболевания установлена у 29, III - IV – у 49 больных. При остеоартрозе наиболее часто поражались коленные и тазобедренные суставы (у 63 больных). Реактивный синовит был выявлен у 29 больных. У 26 больных функциональная способность суставов была сохранена, у 44 была установлена I, у 8 – II и III степень функциональной недостаточности суставов.

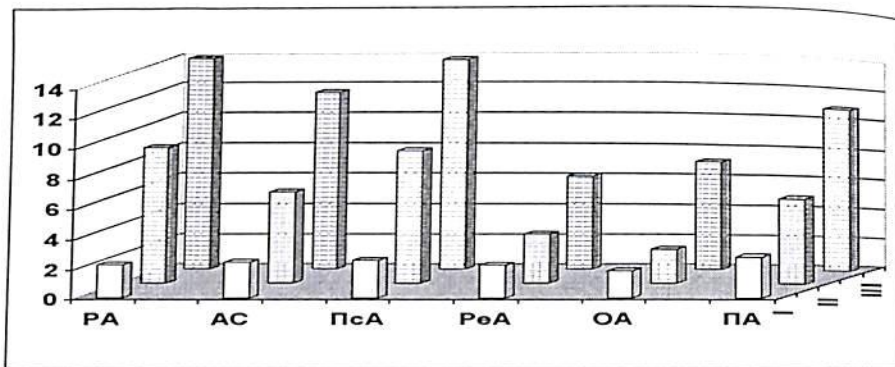
Все больные ПА обращались по поводу обострения артрита. Возраст больных колебался от 30 до 68 лет (в среднем -  $50,6 \pm 1,6$  лет), продолжительность заболевания - от 3 месяцев до 33 лет (в среднем -  $9,4 \pm 1,7$  лет). Поражение плюснефалангового сустава большого пальца стопы было обнаружено у 25, суставов стопы - у 14, голеностопных и коленных - у 12 больных. У 5 больных поражение суставов имело моноартикулярный характер, у 26 – олигоартрикулярный. Тофусы были обнаружены у 8 больных. У 24 больных ПА был выявлен метаболический вариант заболевания. У 15 больных была обнаружена I, у 8 – II степень функциональной недостаточности суставов.

В наших исследованиях, в начальной стадии РА в патологический процесс чаще вовлекались проксимальные межфаланговые, пястно-фаланговые суставы кистей, межфаланговые, плюснефаланговые суставы стоп и лучезапястные суставы. Почти у всех больных начало РА было полиартикулярным, с симметричным поражением мелких или средних суставов. Поэтому, по сравнению с другими больными, манипуляционная способность кистей больше страдала у больных РА (рис.1).



**Рис. 1. Изменение продолжительности утренней скованности (1, мин) и манипуляционной способности кистей (2, %) у больных РЗ**

Как известно, ценным симптомом в отношении диагностики РА и АС, является продолжительность утренней скованности в суставах и позвоночнике. У этих больных продолжительность утренней скованности в суставах в среднем составила  $118,5 \pm 6,4$  и  $183,0 \pm 13,4$  мин. Утренняя скованность малой продолжительности также была характерна и для больных ОА, PsA, ПА и ReA.



**Рис. 2. Показатели болевого (I) и суставного (II) индексов и теста П.Ли (III) у больных РЗ**

Суставной индекс при PsA не отличался статистической достоверностью от показателя у больных РА (рис.2). Однако, у больных с артропатической формой заболевания, суставной индекс был ниже, чем при артритической форме. Несмотря на разный патологический процесс при ОА, ПА и ReA чаще поражались суставы нижних конечностей (при ОА – коленные, ReA – голеностопные, ПА – суставы стопы и плюснефаланговый сустав



первого пальца). Из-за моно- или олигоартикулярного поражения суставов показатель суставного индекса у этих больных был достоверно ниже, чем у больных РА и ПсА. Аналогичные суставному индексу изменения претерпевали и показатели теста П. Ли, отражающие качество движений.

Самым распространенным симптомом у больных явилась боль в суставах. Интенсивность болевого индекса была наиболее выражена у больных ПА. В начале подагрического приступа боль в суставах была более сильной, но кратковременной. Нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин или вольтарен в дозе 100-125 мг/сут) в течение сравнительно короткого времени (6-12 часов) купировали боль. С увеличением длительности заболевания боль становилась постоянной, менее интенсивной, но более резистентной к действию лекарственных препаратов.

Болевой индекс при РеА и ПсА не отличался статистической достоверностью. Однако, при реактивных артритах боль, сопровождая экссудативные явления в суставах, появлялась за короткий период (в течении суток). А при псориатическом поражении суставов интенсивность боли нарастала медленно и постепенно (дни, недели месяцы). При этих заболеваниях боль в суставах сопровождалась интёзопатиями - болезненностью в местах прикрепления сухожилий к кости. Болеутоляющие и противовоспалительные средства, в отличии от ПсА, при РеА сравнительно быстро (4-8 часов) купировали боль.

## **2.1. Методы изучения основных признаков характера больных**

При определении личностных качеств обследованных был использован тестовый метод Кеттеля (Р.С.Немов 1998). Этот метод предназначен для оценки степени развития 20 типичных черт личности. Оценка дается по результатам анализа ответов на 187 вопросов. Исследуемый должен прочесть каждое суждение и выбрать один из трех ответов на него. Ответы даются сразу же после формулировки суждений. Выбранные ответы сравниваются с ключевыми ответами. По результатам сравнения выводится оценка степени развития признаков личности (таблица 3).

Таблица 3.

## Основные черты характера и их содержание

№	Черты характера	Содержание
1	2	3
1.	Экстраверсия	Общительность, открытость, оптимизм, готовность идти на контакты с людьми, повышенный интерес к тому, что происходит вокруг.
	Интроверсия	Неразговорчивость, замкнутость, пессимизм, нежелание идти на контакты с людьми, отсутствие интереса к внешнему миру и погруженность в себя
2.	Выдержанность	Стойкость, смелость, настойчивость, умение преодолевать трудности, не отвлекаться, забывать неудачи.
	Эмоционально неустойчивость	Неумение справляться с жизненными трудностями, забывать неудачи, отсутствие выдержки, боязнь.
3.	Инициативность	Умение собраться, готовность к риску, желание руководить людьми, склонность к принятию решения.
	Пассивность	Боязнь рисковать, неумение собраться, неспособность быстро принимать решение.
4.	Взвешенность поступков	Склонность к планированию действий, серьезность, склонность к размышлениям, постоянство.
	Импульсивность поведения	Импульсивность поведения: стремление действовать под властью чувств, нежелание заранее планировать свои действие, неосторожность,

		непостоянство.
5.	Дисциплинированность	Стремление соблюдать этикет, любовь к порядку, пунктуальность, обязательность.
	Недисциплинированность	Нарушение принятого этикета, необязательность, склонность опаздывать, делать дела не вовремя, терпимость к беспорядку.
6.	Смелость	Стремление быть на виду, отсутствие боязни людей и сложных ситуаций, умение управлять собой, энергичность.
	Нерешительность	Боязнь быть на виду, стремление избегать сложных ситуаций, неумение владеть собой, слабость.
7.	Рациональность	Склонность к занятиям, требующим серьезных размышлений, рассудочность.
	Эмоциональность	Склонность к занятиям, не требующим серьезных размышлений и возбуждающим чувства, податливость эмоциям.
8.	Спокойствие	Умение быстро успокаиваться, низкая тревожность, отсутствие сомнений в себе, открытость для критики.
	Беспокойность	Неумение быстро успокаиваться, повышенная тревожность, сомнения, неадекватная реакция на неудачи и критику, неспособность управлять своими чувствами, повышенная нервозность.
9.	Аккуратность	Стремление все готовить заранее, во всем поддерживать порядок, все делать тщательно,



		доводить до конца, не отклоняться от намеченного плана.
	Неаккуратность	Отсутствие привычки все готовить заранее, следовать намеченному плану, доводить до конца, склонность заводить беспорядок, привычка жить в беспорядке.
10.	Уверенность в себе	невозмутимость, отсутствие страха, умение ориентироваться в обстановке, скрывать свои чувства.
	Неуверенность в себе	неумение ориентироваться в обстановке, скрывать свои чувства, склонность к проявлениям необоснованных страхов, к эмоциям.

Необходимо отметить, учитывая пол, возраст, профессию и образ жизни обследуемых некоторые вопросы были адаптированы, большинство тестов социального характера замещены вопросами самооценки личности, предложенными НИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (1986).

В наших исследованиях среди здоровых людей лица с экставертным характером составили 50,0%, интравертным - 35,0%. У 15,0% обследованных контрольной группы не удалось найти основного характерологического радикала. Эти лица были включены в группу амбовертных.

Среди здоровых лиц преобладали следующие личностные качества: инициативность (50,0%), взвешенность (55,0%), дисциплинированность (60,0%), смелость (47,5,0%), рациональность (47,5%), спокойствие (62,5%), аккуратность (65,0%) и уверенность в себе (52,5%). 35,0% обследованных контрольной группы обладали выдержкой, способностью преодолевать трудности, не отвлекаться и быстро забывать неудачи.

Здоровым лицам также были присущи следующие качества нижней шкалы: пассивность (у 42,5%), импульсивность (у 27,5%),

недисциплинированность (у 27,5%), нерешительность (у 42,5%), эмоциональность (у 37,5%), беспокойность (у 30,0%), неаккуратность (у 20,0%) и неуверенность в себе (у 32,5%). Среди здоровых лиц с отсутствием основного радикала по этим характерологическим признакам («средние») оказались от 7,5 до 17,5% людей.

## 2.2. Методы оценки невротических нарушений

Невротические нарушения были изучены по специально разработанным методическим рекомендациям НИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (1986, 1991). При помощи этих рекомендаций можно внедрят в соматической клинике психологических и психиатрических исследований, позволяющих анализировать и дифференцировать невротические нарушения и оценить степень их выраженности.

Рекомендации предназначены медикам соматического профиля, методы исследования адаптированы и удобны для практического применения. Методические рекомендации также предназначены для научных сотрудников, изучающих с различными исследовательскими целями больных.

Пособие содержит 6 разделов. В первом разделе дается характеристика невротическим расстройствам. Рекомендации второго раздела дают возможность выяснить социальные и медицинские причины пограничных состояний и оценить их особенности течения. Третий раздел посвящен психологической диагностике и психологическим исследованиям нарушений. В четвертом разделе приводятся клинико-диагностические признаки невротических расстройств. При этом, характеризуются симптомы астенических, аффективных, навязчивых, истерических, ипохондрических и вегетативных расстройств. Указываются пути отбора главных признаков нарушений и методы их объединения в синдромы. Пятый раздел посвящен изучению динамики этих нарушений и оценке действия проведенной терапии. В шестом разделе указываются пути оценки признаков нарушений и синдромов.

Каждый симптом оценивается по 6 бальной системе: 0 - отсутствие признака, 1-2б - легкая, 3-4б - средняя и 5-6б - тяжелая степень выраженности. Затем, по обобщенной шкале дается оценка

выраженности синдрома.

После выяснения вопроса, к какому синдрому относится этот признак, оценивалась степень тяжести симптома. Например, выраженность «раздражительности» (признак эмоциональных нарушений) по предложенной шкале оценивалась следующим образом: 1-2 б - раздражительность возникает редко, обычно в связи с конкретной эмоционально значимой ситуацией. Больной иногда выглядит раздраженным и хмурым, но чаще наличие раздражительности выявляется только при расспросе, отсутствует фиксация на ней. 3-4 б - раздражительность возникает при действии не только эмоционально значимых, но и индифферентных раздражителей (яркий свет, громкий разговор и т.д). Больной внешне выглядит напряженным, с трудом сдерживает аффект гнева. Больного можно привлечь к сотрудничеству. 5-6 б - раздражительность, возникающая по малейшему поводу, прямые нападения на объект, возбуждение, не ограничиваясь этим объектом, может приобрести общий характер. Больного трудно привлечь к сотрудничеству. Самооценка снижена и обстановку оценивает как возмутительную.

В наших исследованиях «карта изучения невротических нарушений» была составлена с участием психиатров и невропатологов (профессор А.Х.Имамов, А.М.Асланов). При помощи этой карты НН были диагностированы у 27,5% обследованных контрольной группы (табл.4).

**Таблица 4.**

**Распространение НН среди лиц практически здоровых лиц**

Признаки (1) и выраженность (2) невротических расстройств		Возраст обследованных, лет			
		До 30	31-50	св.50	
1		2			
Вегетативные: нарушение сна, лабильность АД, пульса, головокружение, потливость, диспепсия	1-2б.	1	1	0	
	3-4б.	0	1	1	
Астенические: немотивированная физическая и психическая утомляемость, раздражительная слабость, рассеянность	1-2б.	2	0	1	
	3-4б.	0	1	0	



Эмоциональные: неустойчивость и понижение настроения, снижение жизненного тонуса	1-2б.	0	1	2
Ипохондрические: «многословие», фиксированность внимания на несущественные вещи, преувеличение происходящих событий	1-2б.	0	1	0
Истерические: стремление вызвать внимание окружающих, демонстративность действий	1-2б.	0	1	0

Вегетативные и астенические нарушения были выявлены у 10,0%, эмоциональные – у 7,5%, ипохондрические и истерические – у 2,5% обследованных. У 17,5% доноров эти нарушения были диагностированы по отдельности и у 10,0% - сочетались по два вида нарушений.

По критериям Ю.А. Александровского (1986,1993) имеющиеся расстройства только у 3 лиц были оценены как средней, а у остальных - легкой степени выраженности. Наши данные в отношении распространения невротических нарушений среди здоровых лиц соответствуют данным литературы (Л.В.Ким и др., 1996; А.Б.Смулевич, 1997; Б.Н.Пивень 1997).

Распространенность НН определялась возрастом обследованных. Средний возраст лиц контрольной группы с невротическими расстройствами оказался достоверно выше, чем у доноров без НН ( $41,82 \pm 3,49$  и  $29,76 \pm 2,20$ ;  $P < 0,05$ ). Если в возрасте до 30 лет невротические нарушения диагностировались у 15,0%, 31-50 лет – у 28,6%, то среди лиц свыше 50 лет – у 66,7% обследованных.

Таким образом, у здоровых лиц невротические нарушения лишены органических причин и характеризуются легкой выраженностью. Диагностика этих нарушений осуществляется только при помощи специальных психологических тестов и вопросов. Частоту этих расстройств определяют возраст и личностные особенности.

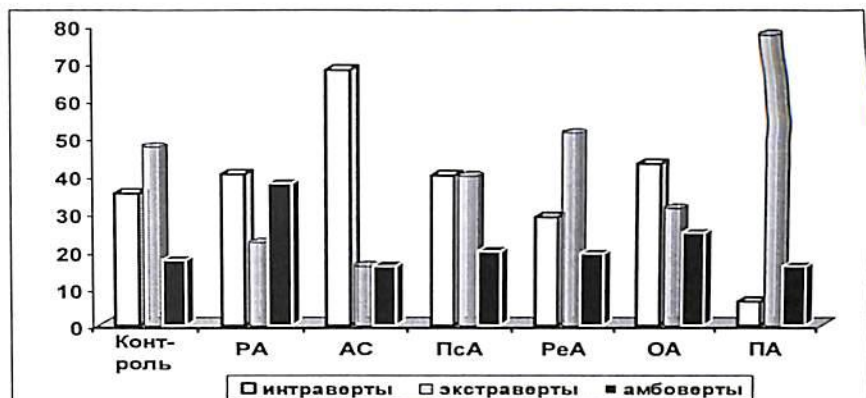
### ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ

Хроническое течение заболеваний очень часто приводит к нарушению обычного образа жизни больных и появлению невротических расстройств (нарушение сна, астения, тревога, страх и депрессия). Однако при артритах и артрозах не всегда обращается внимание на наличие у больных признаков невротических расстройств, и проведение психотерапевтических мер очень часто остается вне поля зрения лечащих врачей. В то же время низкая лечебная и реабилитационная эффективность при многих заболеваниях суставов в значительной степени связана с недостаточной оценкой характерологических качеств и невротических нарушений у больных.

#### 3.1. Особенности характерологических качеств больных

В наших исследованиях при использовании адаптированных критериев Кеттеля и вопросов самооценки среди больных воспалительными и дистрофическими заболеваниями суставов экстравертные признаки характера были обнаружены у 33,2%, интравертные – у 37,1% обследованных. Лицам с экстравертными чертами характера были свойственны оптимизм, общительность, открытость и готовность вступать в контакт. В отличие от экстравертов, больные с интравертным типом отличались неразговорчивостью, замкнутостью и погруженностью в себя. Лица с интравертными характерологическими качествами также обладали несколько пессимистическими взглядами, и очень часто, отмечалось снижение их интереса к происходящим событиям и внешнему миру.

Тип личности у 27,4% больных отличался неустойчивостью и лабильностью с отсутствием основного характерологического радикала. Больные с такими личностными признаками были включены в группу амбовертных. При сравнении с контрольной группой, число больных с интравертным и амбовертным характером оказалось соответственно в 1,1 и 1,8 раза больше, а экстравертным – в 1,5 раза меньше.



**Рис. 3. Распределение больных (%) по основным характерологическим признакам**

Более детальный анализ наших наблюдений показал, что среди больных РА преобладают лица с интра - и амбовертным типом личности (рис.3).

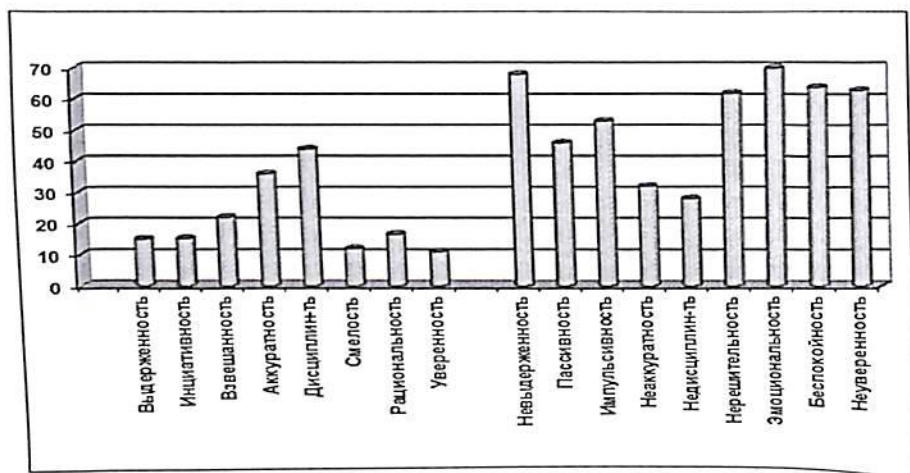
При сравнении с группой здоровых лиц число пациентов с экстравертным типом характера оказалось в 2,1 раза меньше, а с амбовертным типом - в 2,2 раза больше.

Среди больных РА с экстравертным типом преобладали мужчины (58,3%), а среди амбо - и интравертов – женщины (63,9 и 84,6%). При низкой и средней степени активности РА больные с интра - и амбовертным характером составили 63,6 и 72,6%, при высокой активности – 88,2%. Увеличение возраста больных РА, продолжительности заболевания, усугубление рентгенологических изменений, функциональной недостаточности суставов, а также потеря трудоспособности сопровождалась ростом числа больных с интра - и амбовертными характерологическими признаками.

Среди больных АС и ОА, как и в группе больных РА лиц с амбовертным типом характера было больше, чем среди здоровых лиц. А при РеА преобладали больные с экстравертным типом личности. Следовательно, хроническое течение заболеваний суставов (РА, АС и ОА) способствуют формированию у больных интра - и амбовертных характерных качеств. У больных с реактивными артритам, когда заболевание имеет непродолжительное течение, характерологические качества больных мало отличаются от контингента здоровых лиц.



В отличие от других поражений суставов среди больных ПА преобладали лица с экстравертным типом характера. Это было обусловлено большим числом среди них мужчин, лиц с высшим образованием и высоким уровнем их социального статуса.



**Рис. 4. Частота характерологических признаков (%) среди больных РА**

Результаты тестирования больных РА по другим характерологическим признакам верхней и нижней шкалы представлены на рис. 4.

Как следует из представленного рисунка, наряду с интра- и амбовертным характером 69,9% больных РА оказались склонны к занятиям, не требующим серьезных размышлений (эмоциональность). 65,4% больных не умели справляться с жизненными трудностями и забывать неудачи (эмоциональная неустойчивость), 54,2% - не хотели заранее планировать свои действия (импульсивность поведения). Очень часто больные (63,5%) отмечали необоснованных страхов (63,5%, неуверенность в себе), неумение быстро успокаиваться и неспособность управлять своими чувствами (беспокойность, 64,7%). 60,9% больных стремились избегать сложных ситуаций и отметили боязнь быть на виду у людей (нерешительность). По сравнению со здоровыми лицами среди больных РА лиц с вышеуказанными характерологическими признаками было в среднем 2-3 раза больше. Увеличение числа больных РА с характерологическими

признаками нижней шкалы является психологической реакцией больных на болезнь и ее последствия.

При анкетировании большая часть больных АС, как и при РА, оказались беспокойными, эмоционально неустойчивыми, импульсивными, неуверенными в себе и нерешительными (табл.5). Значительное число больных также указывали, что они боятся рисковать, не умеют во время собираться и не могут быстро принять решение (пассивность). Среди больных АС число лиц с вышеуказанными качествами характера оказалось в 3-4 раза больше, чем среди здоровых лиц.

У больных АС увеличение возраста больных, продолжительности заболевания, увеличение степени функциональной недостаточности суставов сопровождалось увеличением числа больных с низкими шкалами характерологических качеств. Это, в свою очередь, указывает на роль соматического фактора в формировании личностных качеств больных.

В наших исследованиях, среди больных ПсА преобладали лица, имеющие такие психологические качества как беспокойность, эмоциональность, эмоциональная неустойчивость и неуверенность в себе. Наряду с этим, при ПсА, на вопросы самооценки не смогли дать ответа большинства больных. Среди больных ПсА, число пациентов с характерологическими признаками верхней шкалы было меньше, чем среди лиц контрольной группы.

Таблица 5.

**Распределение больных по личностным признакам (%)**

Характерологические признаки	Больные					Контрольная группа
	АС	ПсА	РеА	ПА	ОА	
1. Выдержанность	20,0	26,6	28,6	54,8	20,5	35,0
Невыдержанность	72,0	66,7	54,0	32,3	61,5	55,0
2. Инициативность	16,0	40,0	38,1	64,5	28,2	50,0
Пассивность	80,0	33,3	38,1	9,7	52,6	42,5
3. Взвешенность	16,0	26,7	42,9	29,0	29,5	55,0
Импульсивность	76,0	53,3	41,3	58,1	55,1	27,5
4. Аккуратность	32,0	40,0	44,1	51,6	31,1	65,0
Неаккуратность	52,0	33,3	14,3	32,3	33,3	20,0
5. Дисциплинированность	32,0	53,3	46,0	45,2	42,3	60,0

Недисциплинированность	36,0	40,0	15,9	35,5	57,9	27,5
6.Смелость	16,0	33,3	36,5	67,7	25,6	45,0
Нерешительность	72,0	53,3	34,9	6,5	60,3	42,5
7.Рациональность	16,0	33,3	27,0	38,7	23,1	47,5
Эмоциональность	76,0	60,0	60,3	54,8	66,7	37,5
8.Спокойность	8,0	33,3	13,3	38,7	24,4	55,0
Беспокойность	88,0	66,7	42,9	58,1	62,8	30,0
9.Уверенность	8,0	26,7	36,5	71,0	26,9	52,5
Неуверенность	76,0	53,3	33,3	9,7	56,4	32,5

Вышеуказанные нами данные свидетельствуют о наличии некоторой степени психологической дезадаптации больных псориазом, что является результатом нарушения межличностных отношений и определенной социальной изоляции больных. Это также связано с тем, что в развитии этого дерматоза значительную роль играют эмоциональные факторы. Длительное течение заболевания, неэффективность методов терапии, постоянный зуд кожи и косметические проблемы создают чувства дискомфорта и вынуждают больных ограничивать контакт с людьми.

Психологическое исследование характерологических качеств при РеА не показало существенных различий личностных качеств больных по сравнению со здоровыми лицами. Только, по шкалам импульсивности, эмоциональности и беспокойности больные РеА превосходили данные контрольной группы. Острое начало суставного синдрома явилось основной причиной учащения среди больных вышеуказанных психологических качеств, так как, суставной синдром при РеА в первые дни заболевания сопровождается некоторым страхом больных в отношении исхода их болезни.

Среди больных ОА, как показывают наши исследования, большинства оказались эмоциональными, беспокойными, эмоционально неустойчивыми, нерешительными и неуверенными в себе. В группе больных ОА, по сравнению с лицами контрольной группы пациентов с неопределенными характерологическими качествами также было больше. Это обусловлено более старшим возрастом больных, высокой частотой сопутствующих заболеваний и более низкими социальными показателями.

По социальным и индивидуальным шкалам исследования



больные ПА отличались от других больных. При ПА большинство больных умело ориентировались в обстановке и проявляли уверенность в себе. Также, у больных чаще отмечалось стремление быть на виду и отсутствие боязни (смелость), склонность быстро принимать решение и умение руководить (инициативность). Однако, по сравнению с лицами контрольной группы, больные ПА были несколько недисциплинированными и неаккуратными, хотя среди них лиц с другими психологическими качествами нижней шкалы было намного меньше.

Психологические черты больных подагрой не ассоциировались с полом, возрастной категорией, показателями продолжительности заболевания, частотой обострения и сопутствующими заболеваниями внутренних органов. Следовательно, при подагре личностные качества больных, сформированные под влиянием социальных факторов, мало изменяются под действием патологического процесса.

Как известно, на формирование психологических качеств людей влияют как социальные (образование, профессия, место проживания и т.д), так и личностные факторы (возраст, пол, вредные привычки). Поэтому мы далеки от мысли о характерологической специфичности заболеваний суставов. В тоже время необходимо отметить, что по некоторым признакам характера больные ХЗС отличаются от здоровых лиц. Так, больные РА и АС сравнительно мало контактируют, недостаточно решительны, склонны к длительным переживаниям и не уверены в себе, а с подагрическим артритом отличаются раздражительностью, резкостью, прямолинейностью и решительностью. Они стремятся к лидерству, нетерпимы к чужому мнению и проявляют склонность к отрицанию или преуменьшению болезни. Больные ОА достаточно общительны, доверчивы и склонны к слезам, но часто высказывают критические замечания относительно назначаемых им процедур и нередко забывают выполнять назначения врачей.

Таким образом, приведенные нами данные свидетельствуют о достаточно большой разнообразности характерологических качеств больных и сложности их происхождения. При этом необходимо отметить, что в формировании основных характерологических качеств у больных (интра-и амбовертность, пассивность, эмоциональность, неуверенность в себе) важную роль играют такие факторы, как тяжесть клинических проявлений заболевания, его

длительность, пол, возраст больных и их социально-трудовой уровень. Тяжесть соматической патологии, будучи одним из факторов психологической дезадаптации, также может играть значительную роль в развитии невротических расстройств.

### 3.2. Характеристика невротической симптоматики при ревматоидном артрите

Как показали наши исследования, при хронических заболеваниях суставов выявление невротических расстройств представляет определенные трудности. Это прежде всего связано с тем, что на фоне суставного синдрома жалобы невротического характера не привлекают достаточного внимания лечащих врачей, а такие признаки как утомляемость, раздражительность, плохой сон часто оцениваются как симптомы основного заболевания. Кроме того, некоторые больные воспринимают вопросы анкеты как унижающие их достоинство и с трудом делятся со своими внутренними переживаниями. Это обстоятельство требует определенной коррекции вопросов самооценки и методов психологического анализа, тщательного исследования соматического и жизненного анамнеза и беседы с родственниками больных.

По нашим данным невротические нарушения обнаружены у 72,6% больных РА: у 22,6% - легкой, у 35,1% – средней и у 14,9% - выраженной степени (по критериям Ю.А.Александровского, 1993). У 8,0% больных были выявлены признаки одного вида нарушений, у 92,0 - два и более двух видов нарушений. Среди больных с невротическими расстройствами мужчины составили 33,6%, женщины – 66,4%. При низкой активности патологического процесса невротические расстройства были диагностированы у 56,8% больных, а при средней и высокой степени – у 73,9 и 84,3% больных.

Самыми распространенными видами нарушений явились астенические и вегетативные расстройства, частота которых составила 60,7 и 63,1%. Это соответствует данным психологического анализа больных ревматизмом, системной склеродермией и системной красной волчанкой (С.Н.Асланова, 1997; С.С.Якушин, 2001; С.А.Харченко и др., 2001; И.В.Дряженкова, 2001).



У всех больных вегетативные расстройства протекали на фоне нарушений сна. При этом было отмечено удлинение продолжительности засыпания, уменьшение глубины и длительности ночного сна, быстрое пробуждения и сонливость днем. У них также были выявлены лабильность АД, пульса, головокружение, потливость, диспепсия, снижение либидо и расстройства менструального цикла. Астенические расстройства характеризовались повышенной физической и психической утомляемостью, постоянным чувством усталости, раздражительной слабостью, рассеянностью, боязливостью и склонностью к перепроверке собственных действий.

Наряду с астеническими и вегетативными расстройствами, у 24,4% больных были диагностированы эмоциональные, у 12,5% - ипохондрические, у 9,5% - истерические и у 4,8% - навязчивые формы невротических нарушений. Частыми симптомами эмоциональных расстройств явились неустойчивость настроения, подавленность и снижение жизненного тонуса. Больные с ипохондрическими нарушениями чаще задавали вопросов об исходе их болезни, отмечались нозофобия, фиксированность на своем здоровье, преувеличение степени боли и тяжести соматического состояния. Навязчивые расстройства протекали в виде навязчивости страхов, мыслей, сомнений, закрепления несуществующих побочных действий лекарств. Больные с истерическими нарушениями стремились вызвать сочувствие, отмечалось склонность к демонстративности жалоб, и нередко наблюдались истерический тремор конечностей и подергивание мышц.

У больных РА с интравертными и амбовертными характерологическими качествами, по сравнению с экстравертными частота невротических нарушений была выше. Среди больных РА с невротическими нарушениями интра- амбо и экстравертные психологические качества были обнаружены соответственно у 45,1; 38,5 и 15,6% больных.

Частота невротических расстройств также определялась возрастом больных и продолжительностью заболевания. Среди лиц молодого возраста в дебюте заболевания признаки НН были слабовыраженными и скудными. При этом, частота невротических расстройств в группе больных до 30 лет составила 59,6%. С увеличением возраста больных происходило повышение частоты



невротических расстройств: среди больных в возрасте 31-50 и выше 50 лет невротические расстройства были диагностированы у 71,4 и 88,6% пациентов. При продолжительности заболевания до 1 года невротические нарушения были обнаружены у 53,8%, 1-5 лет - у 64,1%, выше 5 лет - у 92,3% больных. Средний возраст больных и длительность заболевания при невротических расстройствах ( $44,2 \pm 1,4$  и  $7,0 \pm 0,6$  лет) были достоверно выше, чем у больных без НН ( $35,2 \pm 1,4$  и  $3,3 \pm 0,6$  лет,  $P_1 < 0,05$ ;  $P_2 < 0,05$ ).

Истерические расстройства в основном были выявлены у больных молодого возраста (средний возраст  $31,2 \pm 3,0$  лет), эмоциональные, астенические и вегетативные нарушения - среднего возраста ( $41,2 \pm 125$  лет), а ипохондрические и навязчивые нарушения - старшего возраста ( $55,4 \pm 3,8$  лет). Средняя продолжительность заболевания у больных с навязчивыми расстройствами ( $12,4 \pm 3,1$  лет) оказалась в среднем 2,5 раза больше, чем у больных с другими видами нарушений. Следовательно, одной из главных причин появления НН более тяжелой категории у больных РА является увеличение продолжительности заболевания и возраста больных.

В возникновении НН особое значение имеет реакция больных на изменение функциональной способности суставов. Среди пациентов с сохраненной функциональной способностью суставов эти нарушения были выявлены у 47,1% обследованных. Утяжеление степени функциональной недостаточности суставов сопровождалось увеличением частоты невротических нарушений. У больных с I, II и III степенью функциональной недостаточности суставов частота пограничных нервно-психических нарушений составила соответственно: 70,3; 83,6 и 100,0%. Следовательно, частота невротических нарушений находится в прямой корреляции со степенью снижения функциональной способности суставов ( $r=0,92$ ). Этим обусловлена и высокая степень расстройств в группе инвалидов ( $r=0,99$ ).

Изменения невротического статуса у больных РА наступали не только как проявления патологического процесса, но и нередко представляли собой болезненную психологическую реакцию на факт заболевания, на возникшую беспомощность и зависимость от окружающих. Так, у 21,7% больных в развитии и клиническом формировании невротических нарушений сыграло роль событие раннего наступления инвалидности, у 20,8% - конфликты

семейного характера. Среди женщин особое место занимали многодетность, повторные беременности и роды (20,3%). У 15,9% больных ведущую мотивировку НН составляли мысли о материальных трудностях.

У больных РА с невротическими нарушениями показатели болевого, суставного индекса и теста П.Ли были достоверно выше, чем у больных без этих нарушений ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,02$ ) и нарастали по мере повышения степени невротической симптоматики. При РА продолжительность утренней скованности суставов оказалась в прямой, показатель манипуляционной способности кистей – в противоположной зависимости от выраженности невротических проявлений (рис.5). Следовательно, невротические нарушения имеют прямое отношение к основному фактору заболевания – функциональной способности суставов. Поэтому при определении функционального состояния больного в целом, необходимым условием является анализ его невротического состояния. Оценка степени невротических нарушений, наряду с количественными показателями суставного синдрома также может служить критерием, определяющим качество жизни больных.

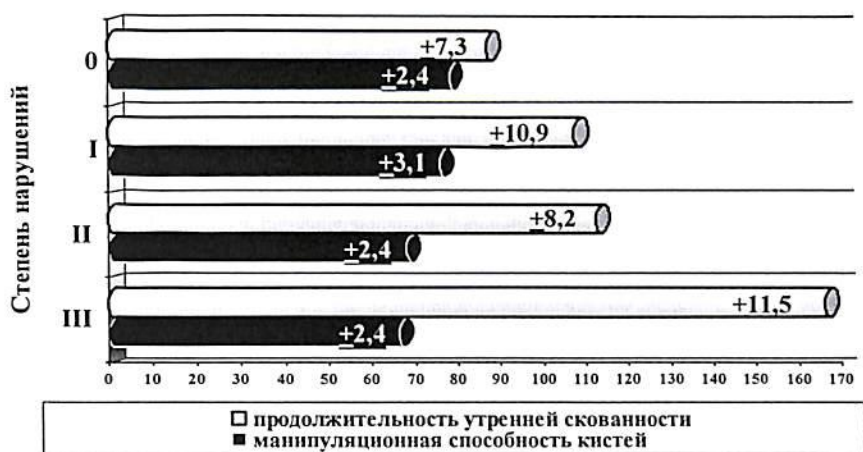
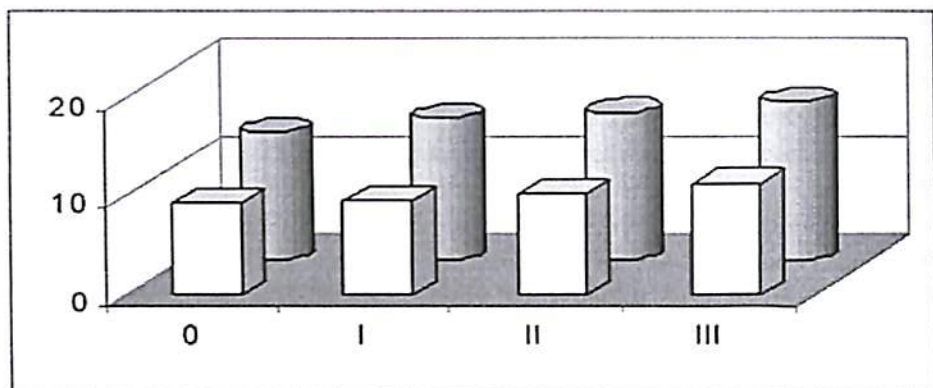


Рис. 5. Изменение показателей суставного синдрома у больных РА с различной степенью невротических нарушений



**Рис. 6. Взаимосвязь содержания ЦИК (ед. x 10, 1 ряд) и IgG (г/л, 2 ряд) с невротическими симптомами различной выраженности**

Присоединение признаков невротических расстройств у больных РА сопровождалось с изменениями ряда иммунных показателей. Результаты этих исследований представлены в рис. 6.

У больных РА степень повышения ЦИК ( $r=0,96$ ) и иммуноглобулина G ( $r=0,98$ ) имела прямую корреляцию со степенью невротических нарушений, что указывало на зависимость иммунных и нервных нарушений друг от друга.

Таким образом, при РА наблюдаются различные симптомы соматоневротических расстройств. Увеличение возраста больных, продолжительности заболевания, повышение степени активности патологического процесса и функциональной недостаточности суставов являются основными соматическими факторами, определяющими частоту и степень развития невротических нарушений. В возникновение этих нарушений также значение имеют и социальные факторы: инвалидность, разлад в семейных отношениях, ухудшение материальной обеспеченности, частые беременности и роды, многодетность. Интравертность, неуверенность в себе, и эмоциональная устойчивость являются фоновыми особенностями характера при формировании невротической симптоматики.

У больных молодого возраста или в начале заболевания преобладают истерические, астенические и вегетативные расстройства легкой степени выраженности. С увеличением



возраста больных и по мере утяжеления соматического состояния невротические синдромы осложняются **выраженными** вегетативными, эмоциональными, ипохондрическими и навязчивыми расстройствами.

Усиление процессов нервно-психологической дезадаптации у больных РА сопровождается снижением манипуляционной способности кистей и увеличением показателей продолжительности утренней скованности суставов, индекса П.Ли, болевого и суставного индекса. Наряду с этим, у больных РА с невротическими расстройствами, по сравнению с больными без невротических расстройств увеличивается содержание циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулина G. Взаимосвязанность невротических нарушений с клинико-лабораторными показателями заболевания обуславливают более тяжелое течение РА и обосновывают включения в схему комплексного лечения больных методов по улучшению невротического состояния больных.

### **3.3. Особенности невротических нарушений у больных серонегативными спондилоартритами**

В наших исследованиях симптомы соматоневротических нарушений наиболее часто были обнаружены при псориазическом поражении суставов - у 11 из 15 больных (73,3%). Среди больных АС невротические нарушения были диагностированы у 18 (из 25 больных, 72,0%), а среди больных РеА – у 15 (из 63 больных, 17,5%).

Распространение невротических нарушений у больных серонегативными спондилоартритами в зависимости от клинических показателей представлена в табл. 6.

Как следует из табл. 6., при АС и ПсА увеличение возраста больных и продолжительности заболевания, повышение степени активности патологического процесса и функциональной недостаточности суставов являются основными факторами развития симптомов невротических нарушений.

Таблица 6.

## Распространение НН (%) среди больных СНСА

Показатели		Больные		
		АС	ПсА	РеА
Возраст больных	До 30 лет	42,9	-	18,2
	31-50 лет	76,9	50,0	37,5
	Св. 50 лет	100,0	100,0	33,3
Давность заболевания	До 1 года	66,7	-	24,1
	1-5 лет	75,0	71,4	20,0
	Св. 5 лет	76,9	75,0	-
Активность патологического процесса	Низкая	60,0	66,7	23,1
	Средняя	75,0	70,0	12,5
	Высокая	75,0	100,0	44,4
Нарушение функциональной способности больного	0 степень	50,0	33,3	29,8
	I степень	62,5	100,0	6,3
	II степень	100,0	100,0	-
	III степень	100,0	-	-

Средний возраст больных АС и ПсА с НН ( $41,1 \pm 2,5$  и  $49,5 \pm 2,9$  лет) достоверно выше чем у больных без невротических расстройств ( $29,0 \pm 2,6$  и  $29,8 \pm 3,6$  лет,  $P < 0,02$ ). Продолжительность заболевания у больных АС и ПсА с невротическими нарушениями ( $6,8 \pm 1,5$  и  $7,5 \pm 2,1$  лет) также оказалась в 1,6 и 1,5 раза больше, чем у больных без невротических нарушений.

Частыми формами невротических нарушений у больных с хроническими формами серонегативных спондилоартритов явились астеновегетативные и эмоциональные расстройства. Частота астеновегетативных нарушений при АС составила 60,0%, при ПсА - 66,7%, эмоциональных расстройств - 32,0 и 46,7%.

Редкими формами невротических нарушений при АС явились истерические и навязчивые расстройства, частота которых среди больных составила по 4,0%. А при ПсА расстройства навязчивого типа были диагностированы у 6,7% больных.

Показатели возраста больных и продолжительности заболевания также определяли частоту конкретного вида расстройств. Так, у больных АС и ПсА увеличение возраста и продолжительности заболевания сопровождалось увеличением частоты астеновегетативных, эмоциональных и ипохондрических нарушений (в среднем  $r_{1,2} = 0,45$  и  $r_{1,2} = 0,65$ ). Распространенность

невротических нарушений среди больных АС и ПсА также имели прямую корреляцию со степенью воспалительной активности, функциональной недостаточностью суставов и инвалидностью (в среднем  $r_{1,2,3}=0,54$  и  $r_{1,2,3}=0,74$ ). Следовательно, соматический фактор является один из ведущих факторов невротизации больных АС и ПсА.

У больных РеА, в отличие от других поражений суставов, характер невротических нарушений не имела коррелятивной связи с показателями возраста больных и степени воспалительной активности. При РеА из-за сравнительно непродолжительной длительности нозологического фактора выраженность и частота нервно-психических нарушений мало отличаются от лиц контрольной группы. Также, у основного числа больных невротические нарушения были слабой выраженности. При РеА сравнительно тяжелые невротические расстройства - аффективного, ипохондрического и навязчивого круга были выявлены лишь 2-8% больных. Среди больных с различными психологическими качествами распространенность невротических нарушений оказалась равномерной.

Таким образом, среди больных АС и ПсА распространенность соматоневротических нарушений выше, чем при РеА. У основного числа больных выявляются невротические нарушения средней и выраженной степени. Увеличение возраста больных, продолжительности заболевания, повышение степени активности патологического процесса и функциональной недостаточности суставов являются основными соматическими факторами развития невротических нарушений.

Взаимосвязь невротических нарушений и показателей суставного синдрома отражена в табл.7.

**Таблица 7.**

**Взаимосвязь показателей суставного синдрома и НН у  
больных СНСА**

Показатели	Больные	Степень невротических нарушений			
		0	I	II	III
Утренняя скованность, мин	АС	72,8± 8,9	100,0± 0,0*	106,0± 9,8*	111,7± 13,8*
	ПсА	23,3± 9,4	-	17,5± 10,4*	60,7± 13,9*



	РеА	20,5± 2,1	26,7± 9,5	20,0± 10,4	-
Болевой индекс, б	АС	2,1± 0,1	2,3± 0,3	2,5± 0,3	2,5± 0,2*
	ПсА	2,1± 0,1	-	2,2± 0,02	2,4± 0,1*
	РеА	2,2± 0,1	2,4± 0,2	2,5± 0,2	-
Суставной индекс, б	АС	5,3± 0,6	5,0 ± 0,0	5,8± 0,7	8,0± 1,4**
	ПсА	4,8± 1,8	-	8,3± 0,3**	9,7± 1,6**
	РеА	3,3± 0,2	3,6± 0,4	3,7± 0,3	-
Индекс П. Ли, б	АС	9,9 ± 1,4	9,0± 0,3	11,4± 1,3	15,3± 2,0 *
	ПсА	4,7± 0,9	-	17,0± 1,5**	17,0± 1,9**
	РеА	6,0± 0,3	6,8± 1,0	7,0± 0,9	-

По данным таблицы у больных АС и ПсА с признаками НН продолжительность утренней скованности в суставах, интенсивность болевого индекса, показатели суставного индекса, индекса П. Ли выше, чем у больных без невротических нарушений ( $P < 0,05$ ). Ухудшение показателей суставного синдрома сопровождаются повышением степени выраженности невротических расстройств.

Учитывая роль иммунных нарушений в патогенезе серонегативных спондилоартритов мы также заинтересовались изучением взаимосвязи лабораторных показателей иммунитета и степенью невротических нарушений у больных (табл.8).

Таблица 8.

**Взаимосвязь показателей иммунитета и НН у больных СНСА**

Показатели	Больные	Степень невротических нарушений			
		0	I	II	III
ЦИК	АС	83,8± 5,0	90,5± 14,0	95,0± 4,1	105,8± 6,7*
	ПсА	100,5± 5,9	-	106,2± 11,8	116,5± 3,4*

	РеА	92,2± 1,7	98,5± 6,5	99,2± 3,1*	-
Ig A	АС	2,4± 0,3	3,2± 0,0	2,5± 0,1	2,4± 0,1
	ПсА	2,6± 0,2	-	2,3± 0,1	2,8± 0,2
	РеА	2,3± 0,03	2,5± 0,1	2,3± 0,1	-
Ig M	АС	1,8± 0,2	1,5± 0,1	2,0± 0,1	1,6± 0,2
	ПсА	1,8± 0,2	-	1,9± 0,2*	1,9± 0,2
	РеА	1,8± 0,04	2,0± 0,1	2,0± 0,1	-
IgG	АС	10,3± 1,0	13,9± 0,4	13,3± 1,0	14,4± 1,3*
	ПсА	13,5± 1,7	-	15,8± 1,1	15,9± 1,2*
	РеА	10,5± 0,3	10,7± 0,4	12,1 ± 0,8*	-
Т-лимфоциты	АС	40,2± 1,4	39,0± 4,0	38,9± 1,2	38,5± 1,3
	ПсА	37,3± 2,9	-	44,0± 3,2	35,8± 1,6
	РеА	42,0± 0,7	44,3± 1,3	41,8± 1,1	-
В-лимфоциты	АС	18,0± 2,2	20,0± 4,0	18,7± 1,5	17,2± 2,6
	ПсА	18,5± 2,4	-	11,7± 0,3	16,4± 2,5
	РеА	15,3± 0,8	15,0± 2,5	18,5± 1,8	-
0-лимфоциты	АС	41,8± 2,1	41,0± 0,0	43,9± 1,0	44,3± 2,2
	ПсА	44,3± 2,7	-	44,7± 2,9	47,4± 3,5
	РеА	42,9±0, 8	43,3±0,8	39,7±1, 5	-

У больных АС и ПсА с невротическими нарушениями уровень ЦИК, иммуноглобулина G и количество 0-лимфоцитов оказался выше, чем у больных без невротических нарушений. Тяжесть невротических расстройств имела прямой коррелятивной связи с вышеуказанными показателями иммунитета. Особенно выраженные сдвиги лабораторных показателей «иммунитета» при этом наблюдается у больных при наличии нескольких симптомов невротических нарушений (эмоциональных, астенических, вегетативных и ипохондрических). Это еще раз доказывает взаимосвязанности патологических механизмов нервной и иммунной системы в возникновении, развитии хронических заболеваний суставов. При серонегативных спондилоартритах, как и у больных РА, степень иммунной реакции может стать критерием тяжести невротических расстройств.

Резюмируя результаты изучения невротических нарушений при серонегативных спондилоартритах, следует подчеркнуть высокую их распространенность у больных анкилозирующим спондилоартритом и псориатическим артритом. Наименьшая частота невротических нарушений наблюдается при реактивных артритах.

Неврологические расстройства у больных АС и ПсА, в основном, характеризуются признаками астенических, вегетативных и эмоциональных нарушений. Нами отмечена зависимость невротических нарушений от возраста больных, срока давности заболевания, степени активности патологического процесса и нарушения функциональной способности больных.

Выявленные невротические нарушения при хронических формах серонегативных спондилоартритов имеют прямую зависимость с количественными показателями суставного синдрома и лабораторными показателями иммунитета. Дисбаланс иммунологических параметров особенно четко прослеживается при выраженных невротических расстройствах. Это дает нам право утверждать, что взаимодействие нервной и иммунной системы, осуществляемое по принципу взаимной регуляции, определяет риск расстройства функции одной регуляторной системы при нарушениях функции других систем.



### 3.4. Структура невротических нарушений у больных остеоартрозом и подагрическим артритом

Частота невротических нарушений среди больных остеоартрозом составляет 71,8%. При ОА характер и симптомы невротических нарушений не отличаются у больных с хроническими воспалительными заболеваниями суставов (рис.7).

Среди больных ОА с невротическими расстройствами преобладают женщины (64,5%) и лица старше 50 лет (76,8%). Продолжительность заболевания при развитии НН оказалась больше ( $6,4 \pm 0,6$  лет), чем у лиц без невротических проявлений ( $4,6 \pm 0,4$  лет,  $P < 0,05$ ). Частота невротических нарушений имеет прямую корреляционную связь с количеством пораженных суставов ( $r=0,78$ ) и со степенью их функциональной недостаточности ( $r=0,83$ ).

Развитие реактивного синовита при ОА способствует увеличению частоты невротических нарушений ( $r=0,66$  и  $0,74$ ).

Среди больных ОА с невротическими нарушениями у 92,8% были диагностируются признаки более двух видов расстройств. Симптомы астеновегетативных расстройств обнаруживаются у 58,9% больных. Признаки эмоциональных, навязчивых и ипохондрических расстройств – у 23,1, 10,3 и 7,7% больных.

Больные ОА не предъявляют жалоб истерического характера. Они не пытаются усугублять тяжесть своего состояния. Как и при хронических воспалительных заболеваниях суставов, пациенты ОА с интра- и амбовертными характерологическими признаками (89,7 и 85,7%) по сравнению с лицами экстравертами личностными (41,7%) качествами чаще предъявляют жалоб невротического характера.

Следовательно, при ОА дистрофические изменения в суставах протекают с нарушениями адаптационных способностей нервной системы. При этом, у больных ОА очень часто обнаруживаются астенические и вегетативные нарушения. Вышеуказанные невротические нарушения, как показали наши исследования, наиболее характерны для лиц старшего и пожилого возраста. Поэтому, при лечении больных ОА необходимым условием является оценка адаптационных особенностей нервной системы и выраженности невротических нарушений.

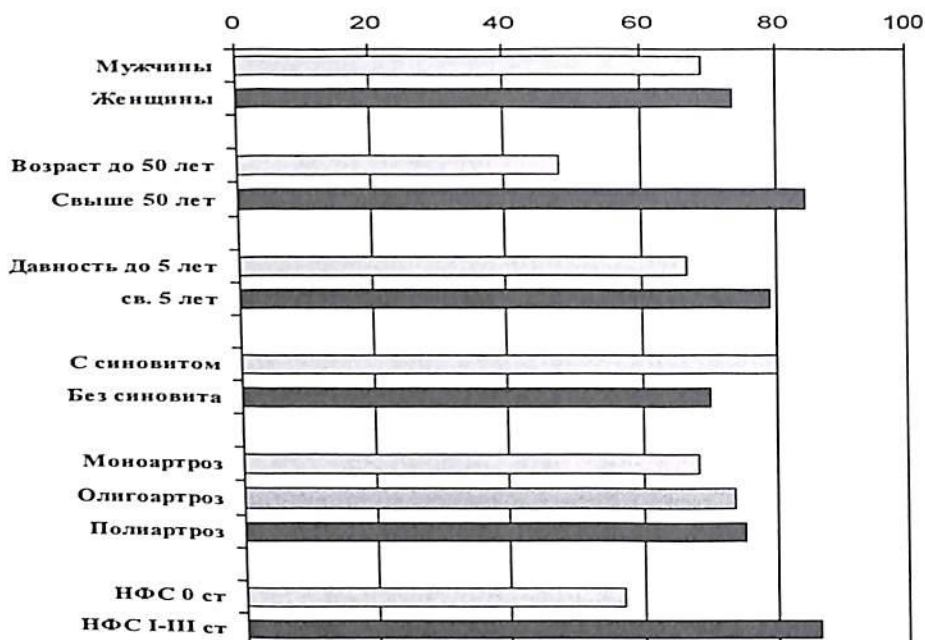


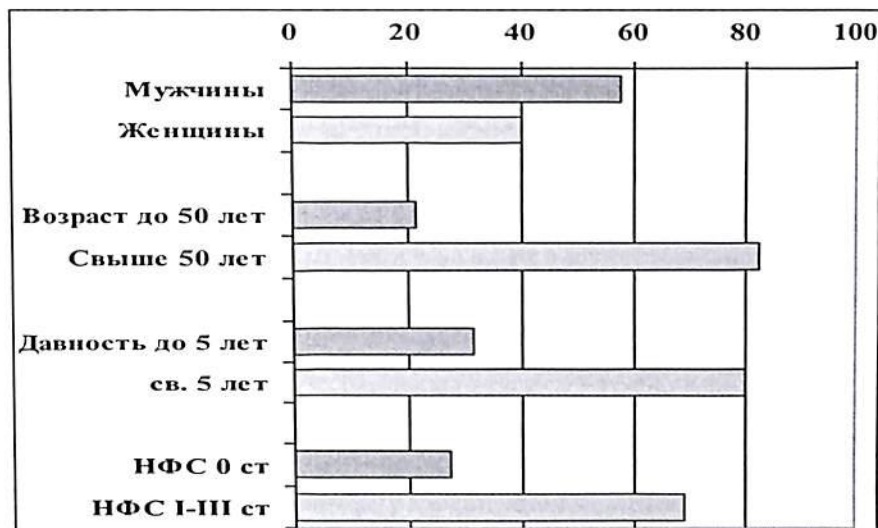
Рис. 7. Частота НН среди больных ОА (%)

При ПА частота невротических нарушений оказалась меньше, чем у больных с другими хроническими заболеваниями суставов и составила 54,8%. Важной особенностью невротических нарушений у больных ПА явилась то что, эти расстройства в основном протекали в виде легких нарушений и у 35,3% больных были обнаружены расстройства одного круга. Также, у 76,5% больных ПА развитие невротических расстройств происходило на фоне экстравертных характерологических качеств.

Взаимозависимость невротических нарушений и клинических показателей заболевания у больных ПА отражена на рис. 8.

Как следует из рис. 3.6, у больных ПА частота невротических расстройств имеет прямую коррелятивную связь с возрастом больных, продолжительностью заболевания и степенью функциональной недостаточности суставов ( $r_{1,2,3} = 0,42; 0,44; 0,58$ ). Однако, при ПА степень коррелятивной связи оказалась ниже, чем у больных с другими хроническими заболеваниями суставов. Следовательно, при ПА, помимо клинических показателей, в возникновении невротических нарушений большое значение имеют

и социальные факторы. Наиболее значимые социальные факторы как занятость полезной работой, высокий социальный и материальный статус, уровень образованности, устойчивость брачно-семейных отношений у больных ПА на наш взгляд отвлекают больных от болезненных чувств и препятствуют развитию невротических нарушений.



**Рис. 8. Распространение невротических нарушений среди больных ПА (%)**

В наших исследованиях у больных ОА и подагрой при наличии невротических нарушений, по сравнению с больными без невротических нарушений были характерны более высокие показатели болевого индекса, суставного индекса и индекса П. Ли (табл.9). Однако у больных с НН изменения манипуляционной способности кистей и продолжительности утренней скованности суставов не имели достоверных различий. Также, изменения болевого, суставного индекса и теста П.Ли не находились в прямой зависимости от степени НН.



Таблица 9.

**Взаимосвязь показателей суставного и НН синдрома у  
больных ОА и ПА**

Показатели	Больные	Степень невротических нарушений			
		0	I	II	III
Утренняя скованность, мин.	ОА	27,5±16,1	25,0±12,4	30,0±9,4	30,0±19,8
	ПА	18,1±5,1	-	22,5±15,0	27,0±8,5
Болевой индекс, б	ОА	1,3±0,1	1,7±0,1	1,8±0,1	2,1±0,1*
	ПА	2,9±0,1	3,0±0,0	3,0±0,0	2,6±0,1
Суставной индекс, б	ОА	2,2±0,2	2,4±0,3	2,3±0,2	2,3±0,3
	ПА	4,2±0,4	5,8±1,1	10,0±2,0	7,0±0,8
Индекс П.Ли, б	ОА	6,1±0,6	6,8±0,6	8,0±0,6	8,0±1,0
	ПА	9,2±0,8	12,0±1,8	17,3±2,4	10,6±1,3

Следует отметить, что у больных ОА и ПА не установлена взаимосвязь между невротическими нарушениями и лабораторными показателями активности воспалительного процесса. При этих заболеваниях содержание ЦИК, основного класса иммуноглобулинов и процентное соотношение лимфоцитарных популяций также не имели корреляционной связи со степенью невротических нарушений.

Итак, при ОА и ПА, как и у больных с артритами внутренняя картина заболевания характеризуется наличием невротических нарушений, в основном, представленные признаками вегетативных, астенических и эмоциональных расстройств. Однако степень невротических нарушений при дистрофических заболеваниях суставов не имеет прямой корреляционной связи с количественными показателями суставного синдрома, изменениями биохимических показателей активности воспаления и иммунологического статуса. Если у больных ОА несоответствие большинства лабораторных показателей с невротическими нарушениями повышает роль сопутствующих заболеваний, то при ПА более высокие социальные показатели в преморбиде заболевания позволяют больным не «идти в болезнь».

Таким образом, при РА, серонегативных спондилоартритах, ОА и ПА психологические качества больных отличаются многообразием характерологических признаков. Среди больных РА

превалируют лица с амбовертным, среди АС, ОА – интравертным, а среди ПА, РеА – экстравертным типом характера. При ПсА – экстра-и амбовертные черты встречаются в одинаковой степени. Психологические признаки, выражающиеся интра-и амбовертностью, эмоциональной неустойчивостью и неуверенностью в себе являются преморбидным фоном для развития невротических расстройств.

Среди больных ХЗС наиболее часто выявляются астенические и вегетативные расстройства. Выраженность этих нарушений взаимосвязаны с продолжительностью заболевания, степенью воспалительной активности и функциональной недостаточности суставов. Ухудшение показателей качества жизни – повышение степени недостаточности функциональной способности больного, ограничение повседневной активности, межличностных контактов и социального статуса приводят к появлению ипохондрических, навязчивых и эмоциональных расстройств.

Кроме соматического фактора в происхождении невротических расстройств значение имеют социальный статус больных, т.к., невротическая симптоматика более выражена у больных пожилого возраста, инвалидов и мало обеспеченных. Более высокий уровень образования, материальная обеспеченность, занятость общественной или частной работой, наличие благополучной семьи являются факторами, уменьшающими невротические нарушения. Соматические и социальные факторы являются взаимосвязанными цепями в развитии невротических нарушений, так как ухудшение соматического состояния больных сопровождается ухудшением их социального статуса.

У больных РА и серонегативными спондилоартритами отчетливо прослеживается взаимосвязь невротических нарушений с показателями суставного синдрома, лабораторными данными и иммунными нарушениями. Это дает нам право утвердить, что при хронических воспалительных заболеваниях суставов расстройства регулирующих систем взаимодействуют как единый блок. Все это указывает на необходимость дальнейшего проведения углубленных метаболических и гормональных исследований с учетом сдвигов в личностном реагировании на факт заболевания и характера невротической симптоматики.

Возникновение НН у больных является одной из основных причин недостаточности последовательного выполнения

врачебных рекомендаций, касающихся расширения объема активности, физических упражнений, длительного приема базисных и других лекарственных средств. Это, в свою очередь, определяет низкую эффективность терапевтических мероприятий и ускоряет прогрессирование заболевания, тем самым формируя замкнутый порочный круг. Поэтому один из условий успешного лечения является устранение невротических нарушений у больных.



## **ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПСИХОКОРРЕГИРУЮЩИХ МЕТОДОВ**

Взаимосвязь клинико-лабораторных показателей и неврологических расстройств при ХЗС обуславливает внесение в комплексную схему лечения больных также методов по устранению невротических нарушений. Однако в настоящее время как в ревматологии, так и многих других соматических заболеваниях нет единого подхода к лечению невротических проявлений. Это в свою очередь является одной из причин неэффективности проведенного лечения. Учитывая вышеизложенное, нами при лечении больных артритами и артрозами были применены различные методы психокоррекции. Выбор метода исходил из тяжести невротических нарушений. Изучению клинико-лабораторной эффективности психокорректирующих методов посвящена следующая часть нашей работы.

### **4.1. Характеристика методов лечения по улучшению невротических нарушений**

В наших исследованиях подбор метода психокоррекции был обусловлен, с одной стороны, соматическим состоянием больных, с другой - свойствами психотерапевтических методов и особенностями их интеракции с противовоспалительными препаратами.

При невротических нарушениях легкой степени комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии (электросон, воротник по Щербаку, массаж воротниковой зоны, дарсонвализация), иглорефлексотерапии и лечебной физкультуры. Немедикаментозные методы психотерапии было назначено у 68 (17,9%) больных (у 31 - РА, у 3 - АС, у 11- РеА, у 19- ОА и у 4 - ПА).

При невротических расстройствах средней степени были рекомендованы седативные средства: новопассит (по 1 чайной ложке 3-4 раза в день), экстракт пустырника (по 10-15 капель 3-4 раза в день), глицин (10-20 мг/сут), корвалдин, корвалол (20-25

капель 3-4 раза в день), настойка пиона (20-25 капель 3-4 раза в день). Седативная терапия была проведена у 84 (22,1%) больных (48 - РА, 7-АС, 5 - ПсА, 3 - РеА, 17 - ОА, 4 - ПА).

Лечение невротических нарушений выраженной степени (у 33 больных, 8,6%) проводилось ноотропами (пирацетам, аминалон, кавинтон) и антидепрессантами (амитриптилин 25 мг/сут). После предварительной консультации с неврологами и их специального разрешения часть больных с выраженными НН также получали транквилизаторы (феназепам 10 мг/сут). Курс психотропного лечения составил 10-12 дней.

Во время лечения седативными средствами побочные действия препаратов не наблюдались. При назначении феназепама (у 8 больных) наблюдались слабость, дневная сонливость, амитриптилина (у 3 больных) - сухость во рту и легкое головокружение. Однако, эти негативные явления были скоротечными и не требовали применения дополнительных лечебных мер.

Психокорректирующее лечение в основном было назначено тяжелой категории больных. Среди больных РА, получивших этот вид терапии, высокая степень активности патологического процесса была диагностирована у 38(32,8%) больных. Также, у 39 (33,3%) больных была установлена I и II группа инвалиды и у 58 (50,0%) - нарушения функциональной способности II и III степени. У 34(29,3%) больных длительность заболевания была свыше 10 лет. В группе больных серонегативными спондилоартритами и дистрофическими поражениями суставов, принимавшие седативное лечение также преобладали пациенты с более продолжительным течением заболевания, и поздними рентгенологическими признаками.

В процессе лечения больные проходили рациональную психотерапию, во время проведения которой получали информацию о сущности их болезни, особенностях ее течения и возможностях терапии. Давались конкретные советы по длительному систематическому медикаментозному лечению, диете, выполнению врачебных рекомендаций и особенно, по лечебной физкультуре. Беседы проводились индивидуально или при присутствии родственников.

Курс стационарного лечения при применении психокорректирующих методов продолжался  $14,0 \pm 0,3$ ,

традиционных методов -  $13,2 \pm 0,4$  дней ( $P \geq 0,05$ ). Следовательно, проведение психокорректирующей терапии не способствует удлинению сроков стационарного лечения больных.

#### **4.2. Изменение клинико-лабораторных показателей под влиянием психокорректирующих методов**

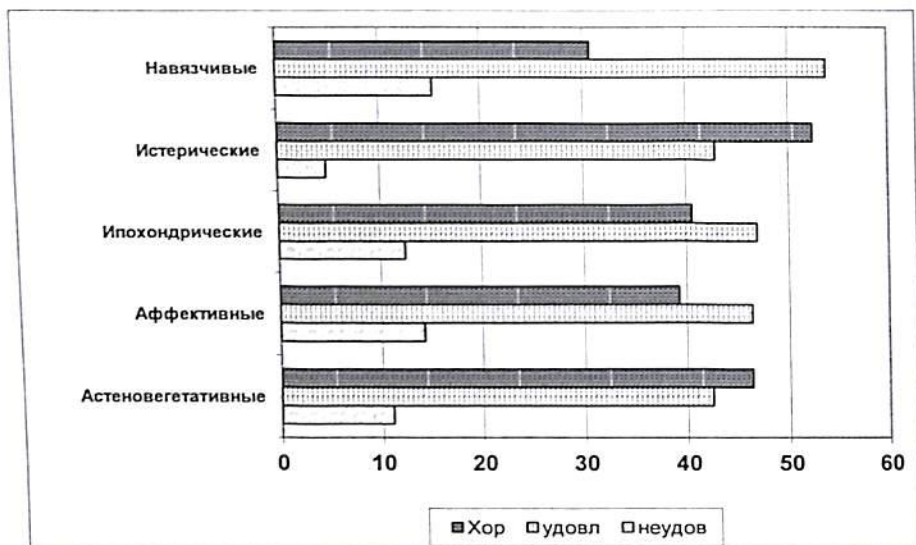
Как показали наши исследования, у больных с артритами и артрозами назначение успокоительных и седативных методов лечения, в первую очередь, способствуют улучшению общего состояния и снижению невротической напряженности. Вначале лечения наблюдались ослабление признаков астеновегетативных и эмоциональных нарушений. На третий и четвертый день лечения было отмечено улучшение сна (у 161 больного - 72,9%): уменьшение времени засыпания, удлинение продолжительности и увеличение глубины ночного сна. На пятый-шестой день (176 больных, 79,6%) повышалось настроение пациентов, снижалось чувство усталости, раздражительности и раздражительной слабости. У 153 (69,2%) больных отмечалось уменьшение головных болей, головокружения, потливости и диспепсии.

С 6-7 дня больные стали несколько активными, у них уменьшались признаки навязчивых и ипохондрических нарушений. У 31 (63,3%) больных отмечалось снижение степени фиксации внимания на своем здоровье, боязливости, преувеличение боли и тяжести состояния, у 10 (52,6%) – навязчивости страхов, мыслей и сомнений в результатах лечения. С 9-10 дня из 155 больных, получивших седативные и психотропные препараты, у 113 (72,9%) исключалась необходимость в назначении такого лечения.

У больных старшего возраста, получивших психокорректирующую терапию, положительные изменения невротического состояния происходили к 7-9 дням терапии. На первый план выступали отчетливая редукция повышенной раздражительности и эмоциональной лабильности. Больные успокаивались и у них улучшился сон. Под влиянием психокорректирующего лечения у больных исчезли неприятные ощущения в области сердца, боли в мышцах. У большинства больных довольно быстро сузился круг невротических нарушений, стала менее выраженной симптоматика, заметно сгладились астенические и вегетативные расстройства. Ослабление нозофобии



происходило медленнее и стабилизация наблюдалась к 10-12 дню лечения.



**Рис. 9. Результаты лечения невротических нарушений**

После курса лечения из всех больных (205 человек, 62,3%) с невротическими нарушениями у 111(54,1%) больных наблюдалась полная, у 77(37,6%) - частичная редукция симптоматики, а у 17(8,3%) больных не улучшалась симптоматика невротических расстройств. В процессе лечения хорошие результаты были получены у больных с астеническими, вегетативными, эмоциональными нарушениями легкой степени выраженности, удовлетворительные – при невротических нарушениях средней и выраженной степени, а неудовлетворительные – при одновременном сочетании нескольких признаков эмоциональных, ипохондрических, вегетативных расстройств средней и выраженной степени.

Таким образом, на основании клинического исследования невротических нарушений у больных воспалительными и дистрофическими заболеваниями суставов под влиянием психокорректирующего лечения можно заключить, что применение этого вида лечения должно быть необходимой частью общей

терапии больных. Выбор вида терапии, при этом, должен исходить от степени тяжести невротических нарушений. При невротических нарушениях легкой степени часть комплексной терапии должны составить немедикаментозные методы, средней степени – седативные средства, а при выраженной степени – психотропные препараты (ноотропы, транквилизаторы, антидепрессанты). Психотропные препараты должны назначаться в малых дозах и коротких курсах.

У больных воспалительными и дистрофическими заболеваниями суставов проведенное комплексное лечение с применением психокорректирующих методов наряду с улучшением невротической симптоматики приводило и к положительной динамике ряда клинико-лабораторных показателей. Так, у больных РА после курса лечения отмечалось снижение продолжительности утренней скованности (в среднем 2,5 раза), интенсивности болевого и суставного индекса (в среднем 2,3 и 2,4 раза), показателя теста П.Ли (в среднем 1,9 раза) и увеличение манипуляционной способности кистей (в среднем 1,5 раза).

Анализ динамических изменений показателей суставного синдрома в зависимости от вида психокорректирующего лечения показало, что дифференцированное применение методов психотерапии в зависимости от степени выраженности невротических симптоматики приводит к равномерному улучшению большинства суставных показателей (табл.10).

У больных с легкой, средней и выраженной степенью невротических нарушений степень снижения продолжительности утренней скованности составила 2,6, 2,9 и 2,8 раза, болевого индекса – 1,9, 2,2 и 2,1 раза, суставного индекса – 2,3, 2,2 и 1,8 раза, индекса П.Ли – 2,3, 2,2 и 1,9 раза. У этих же больных после курса лечения степень повышения манипуляционной способности кистей составила – 1,2, 1,4 и 1,3 раза. Следовательно, выбранный нами дифференцированный подход к лечению невротических нарушений у больных РА оправдывает свое применение.

Таблица 10.

## Динамика показателей суставного синдрома в зависимости от вида психокорректирующей терапии у больных РА

Показатели	Психокорректирующее лечение			Контрольная группа
	I группа	II группа	III группа	
Утренняя скованность, мин.	$\frac{108,8 \pm 11,3}{41,8 \pm 4,8^*}$	$\frac{113,0 \pm 8,7}{38,5 \pm 3,0^{**}}$	$\frac{165,0 \pm 12,0}{59,8 \pm 5,3^{**}}$	$\frac{94,1 \pm 10,1}{51,5 \pm 7,5^{**}}$
Болевой индекс, б.	$\frac{2,1 \pm 0,1}{1,1 \pm 0,1^*}$	$\frac{2,2 \pm 0,1}{1,0 \pm 0,1^*}$	$\frac{2,5 \pm 0,1}{1,2 \pm 0,1^{**}}$	$\frac{2,1 \pm 0,1}{1,2 \pm 0,1^*}$
Суставной индекс, б.	$\frac{8,3 \pm 0,7}{3,6 \pm 0,3^{**}}$	$\frac{9,8 \pm 0,6}{4,5 \pm 0,3^{**}}$	$\frac{10,9 \pm 0,7}{6,1 \pm 0,6^*}$	$\frac{7,7 \pm 0,6}{4,5 \pm 0,5^*}$
Индекс П. Ли, б.	$\frac{12,2 \pm 1,1}{5,4 \pm 0,6^{**}}$	$\frac{14,8 \pm 0,8}{6,6 \pm 0,5^{**}}$	$\frac{17,5 \pm 0,8}{9,4 \pm 0,6^{**}}$	$\frac{12,7 \pm 0,8}{8,5 \pm 0,7^*}$
Манипуляционная способность кистей, %	$\frac{75,6 \pm 3,2}{93,7 \pm 2,0^*}$	$\frac{66,6 \pm 2,5}{90,2 \pm 1,7^*}$	$\frac{66,2 \pm 2,5}{87,2 \pm 2,0^*}$	$\frac{77,7 \pm 2,9}{92,1 \pm 2,0^*}$

Примечание: \* (здесь и в табл.7.3; 7.4; 7.5 и 7.6) - по сравнению с данными у больных до стационарного лечения (\*- $P < 0,05$ ; \*\*-  $P < 0,02$ ).

Курс комплексного лечения с применением психокорректирующей терапии способствовал уменьшению большинства показателей суставного синдрома также у больных серонегативными спондилоартритами и дистрофическими поражениями суставов. После лечения психокорректирующими методами у больных АС интенсивность болевого индекса снизилась с  $2,2 \pm 0,1$  до  $1,2 \pm 0,1$  б, у больных ПсА – с  $2,1 \pm 0,1$  до  $0,7 \pm 0,04$  б, у больных РеА - с  $2,2 \pm 0,2$  до  $0,5 \pm 0,03$  б ( $P < 0,05$ ), суставного индекса соответственно с  $5,9 \pm 0,3$ ,  $8,3 \pm 0,4$  и  $3,5 \pm 0,2$  б до  $2,3 \pm 0,2$ ,  $4,0 \pm 0,2$  и  $1,3 \pm 0,1$  б ( $P < 0,05$ ), показатели теста П.Ли с  $12,4 \pm 1,0$ ,  $14,4 \pm 0,1$  и  $7,0 \pm 0,4$  б до  $6,9 \pm 0,5$ ,  $7,4 \pm 0,3$  и  $3,2 \pm 0,2$  б ( $P < 0,05$ ). После курса лечения психотерапии достоверное снижение степени боли (с  $1,8 \pm 0,4$  до  $0,9 \pm 0,3$  и с  $2,9 \pm 0,05$  до  $0,9 \pm 0,1$  б,  $P < 0,05$ ), суставного индекса (с  $2,3 \pm 0,2$  до  $1,5 \pm 0,2$  и  $5,3 \pm 0,8$  до  $2,2 \pm 0,4$  б,  $P < 0,05$ ) и индекса П.Ли (с  $7,4 \pm 0,6$  до  $3,9 \pm 0,4$  и  $10,7 \pm 1,0$  и  $4,8 \pm 0,5$  б,  $P < 0,02$ ) также наблюдалось у больных ОА и ПА.

У больных РА, серонегативными спондилоартритами и дистрофическими поражениями суставов традиционные методы лечения тоже способствовали улучшению большинство



показателей суставного синдрома, однако их степень была ниже, чем при применении психокорректирующих методов.

Следовательно, присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов в сравнительно короткие сроки способствует улучшению показателей суставного синдрома: степени боли, припухлости и функциональной недостаточности суставов. Это связано с болеутоляющим и седативным действием психокорректирующих методов. Препаратами выбора при лечении невротических расстройств средней и выраженной степени являются седативные и психотропные средства. Комплексное применение психокорректирующего и противовоспалительного лечения также подавляет развитие ситуационных психогенных реакций на противовоспалительные препараты, в частности на ГКС и базисные средства. Этот эффект психотерапевтических методов открывает перспективы их широкого применения при лечении хронических поражений суставов.

В наших исследованиях комплексное применение противовоспалительных средств с методами, улучшающим состояние нервной системы у больных РА способствовало уменьшению большинства лабораторных признаков вторичного иммунодефицита (табл.11). В конце курса немедикаментозными психокорректирующими методами содержание ЦИК уменьшилось в 1,20, седативными средствами – в 1,24 и психотропными препаратами – в 1,26 раза ( $P < 0,02$ ). А степень снижения содержания ЦИК у больных РА контрольной группы была недостоверной (1,15 раза,  $P > 0,05$ ).

**Таблица 11.**

**Влияние дифференцированной психокорректирующей терапии на иммунологические показатели у больных РА**

Показатели	Норма	Психокорректирующее лечение			Контрольная группа
		I группа	II группа	III группа	
ЦИК, ед	59,3±3,8	<u>99,8±2,6</u>	<u>102,9±2,2</u>	<u>112,0±2,1</u>	<u>92,3±3,7</u>
		83,5±2,9*	83,1±1,8*	88,9±1,6*	80,0±3,3
IgA, г/л	1,7±0,06	<u>2,5±0,1</u>	<u>2,5±0,1</u>	<u>2,8±0,1</u>	<u>2,3±0,1</u>
		1,8±0,1*	1,9±0,1*	2,0±0,1*	1,9±0,1*
IgM, г/л	1,4±0,03	<u>1,6±0,04</u>	<u>1,8±0,1</u>	<u>1,9±0,1</u>	<u>1,7±0,1</u>
		1,2±0,08*	1,3±0,04*	1,5±0,1*	1,4±0,1*
IgG, г/л	9,7±0,2	<u>14,7±1,0</u>	<u>14,6±0,5</u>	<u>16,0±0,4</u>	<u>13,0±1,0</u>
		11,8±1,0*	11,0±0,3*	13,0±0,4*	11,0±1,0

Т-лимф., %	50,2±1,2	<u>46,3±1,8</u> 52,2±1,8*	<u>44,1±1,0</u> 51,6±1,1*	<u>43,3±1,1</u> 49,1±1,0*	<u>46,0±1,1</u> 52,0±1,3*
В-лимф., %	11,7±0,6	<u>12,2±0,7</u> 11,4±0,8	<u>13,4±0,7</u> 11,9±0,9	<u>14,0±0,7</u> 12,8±0,7	<u>12,8±1,0</u> 12,0±1,2
О-лимф., %	37,9±1,2	<u>41,5±1,7</u> 35,6±1,8*	<u>42,4±1,0</u> 36,6±1,1*	<u>41,6±1,5</u> 37,8±0,8*	<u>41,0±1,8</u> 36,4±1,8

При применении психотерапевтических методов у больных I, II и III группы также отмечалось достоверное снижение содержания основного класса иммуноглобулинов ( $0,05 < P < 0,02$ ), что свидетельствовало о снижении иммунологической агрессии организма. У больных контрольной группы степень снижения иммуноглобулина G также была статистически недостоверной ( $P > 0,05$ ).

Комплексное лечение больных РА также способствовало устранению Т-лимфопении и избыточного содержания 0-лимфоцитов. При сравнении с данными здоровых лиц после такого лечения у больных РА количество Т, В и 0-лимфоцитов не имели статистического отличия. Положительные иммунологические сдвиги после психокорректирующей терапии были наблюдаемы и у больных серонегативными спондилоартритами и дистрофическими поражениями суставов.

Значит, применение комплексного лечения с включением психокорректирующих методов у больных воспалительными и дистрофическими заболеваниями суставов способствует усилению иммунокорректирующего эффекта противовоспалительных средств. После такой терапии у больных наблюдается снижение ЦИК, иммуноглобулинов и улучшается процентное соотношение лимфоцитов. Это на наш взгляд связано с улучшением нервной регуляции функции иммунной системы.

У больных РА на фоне применения психокорректирующих и противовоспалительных методов терапии наблюдалось улучшение ряда показателей кальций-фосфорного метаболизма (табл. 12).

После курса лечения наблюдалось снижение активности кислой и щелочной фосфатазы, уровня ПТГ и повышение КТ в крови. При этом степень снижения фосфатазной активности оказалась достоверной во всех группах больных.

Таблица 12.

**Влияние дифференцированной терапии на показатели  
кальций-фосфорного баланса**

Показатели	Норма	Психокорректирующее лечение			Контроль ная группа
		I группа	II группа	III группа	
P, ммоль/л	1,4±0,1	<u>1,3±0,03</u> 1,4±0,02*	<u>1,3±0,02</u> 1,3±0,01	<u>1,1±0,04</u> 1,3±0,03*	<u>1,3±0,03</u> 1,3±0,04
Ca, ммоль/л	2,6±0,2	<u>2,6±0,06</u> 2,6±0,06	<u>2,5±0,05</u> 2,6±0,03	<u>2,3±0,06</u> 2,4±0,03*	<u>2,6±0,05</u> 2,5±0,02
ЩФ, Ед/л	44,6±3, 2	<u>80,8±2,8</u> 62,5±2,5*	<u>73,9±3,2</u> 58,0±2,3 *	<u>78,5±2,7</u> 59,3±1,9*	<u>66,7±3,3</u> 55,4±2,4 *
КФ, Ед/л	5,6±0,4	<u>7,1±0,3</u> 5,0±0,2*	<u>7,1±0,2</u> 5,3±0,2*	<u>8,4±0,3</u> 6,1±0,2*	<u>6,8±0,3</u> 5,2±0,3*
ПТГ, пг/мл	59,3±3, 3	<u>75,6±3,0</u> 66,9±2,6	<u>74,1±3,1</u> 67,0±2,7	<u>69,6±4,1</u> 63,6±3,6	<u>71,5±4,8</u> 63,7±5,1
КТ, пг/мл	12,6±1, 2	<u>10,7±0,7</u> 11,8±0,7	<u>11,3±1,0</u> 12,4±0,8	<u>7,5±0,4</u> 8,9±0,6	<u>9,8±0,5</u> 11,0±0,6

Применение комплексного противовоспалительного и психотропного лечения приводило к снижению активности кислой и щелочной фосфатазы и уменьшению дисбаланса между уровнем кальцийрегулирующих гормонов и у больных серонегативными спондилоартритами. Вероятно, такой эффект противовоспалительных и психотропных средств был связан с усилением противовоспалительной активности противоревматических препаратов, уменьшением скорости остеопороза и ослаблением костной деструкции.

У больных ОА и ПА после курса лечения обоими методами наблюдалось снижение активности щелочной и кислой фосфатазы, а изменения других показателей (общего кальция, неорганического фосфора, кальцийрегулирующих гормонов) не подтвердились статистической достоверностью. Следовательно, у больных ОА и ПА стационарный курс лечения не способствует улучшению показателей кальций - фосфорного метаболизма до оптимальной степени. Это обосновывает проведение повторных курсов при последующих этапах лечения больных и установление постоянного контроля за больными в катамнезе.



Таким образом, комплексное лечение больных с применением противовоспалительных и психокорректирующих методов приводит к достоверному улучшению невротического статуса больных и повышению их физической активности, что приводит к улучшению качества их жизни. Невротические методы лечения потенцирует болеутоляющее, противовоспалительное и иммунокорректирующее действие основных лекарственных средств. Это способствует уменьшению продолжительности приема этих препаратов.

#### 4.3. Влияние психокорректирующего лечения на гормональный спектр крови больных

В наших наблюдениях применение психокорректирующего лечения способствовало улучшению работы эндокринных желез и усилению метаболизма гормонов в периферических тканях. Так, после курса лечения во всех группах больных РА происходило повышение содержания АКТГ и кортизола. Уровень этих гормонов после применения немедикаментозных методов психокоррекции и седативных средств не отличался от данных здоровых лиц (табл.13).

Таблица 13.

#### Изменение уровня гормонов в зависимости от терапии

Гормоны	Норма	Психокорректирующее лечение			Контроль ная группа
		I группа	II группа	III группа	
АКТГ, нг/мл	60,5±5,2	<u>48,9±1,4</u>	<u>50,0±1,8</u>	<u>36,0±2,4</u>	<u>49,6±1,8</u>
		53,5±2,1	53,8±2,0	41,3±3,0*	49,5±2,7
Кортизол, нмоль/л	576,2±58,4	<u>522,2±8,4</u>	<u>534,0±16,0</u>	<u>477,0±40,3</u>	<u>505,0±19,4</u>
		560,2±15	562,0±13,8	535,8±10,5*	540,5±11,5
ТТГ, мЕд/л	2,5±0,2	<u>1,9±0,06</u>	<u>2,0±0,10</u>	<u>1,7±0,1</u>	<u>2,0±0,1</u>
		2,1±0,10*	2,2±0,10	2,0±0,1*	2,1±0,1
Т3, нмоль/л	1,7±0,1	<u>2,2±0,06</u>	<u>2,1±0,10</u>	<u>2,2±0,1</u>	<u>1,9±0,3</u>
	0,1	1,9±0,06	2,0±0,10	1,9±0,04*	1,9±0,03
Т4, нмоль/л	109,2±9,6	<u>162,7±6,0</u>	<u>166,0±11,9</u>	<u>192,0±9,5</u>	<u>142,0±3,7</u>
		143,7±7,4	145,0±9,6*	160,0±7,3*	133,0±8,0

В группе больных, получивших медикаментозное психотропное лечение, степень повышения АКТГ и кортизола была выше, чем у больных других групп, но ниже чем в норме.

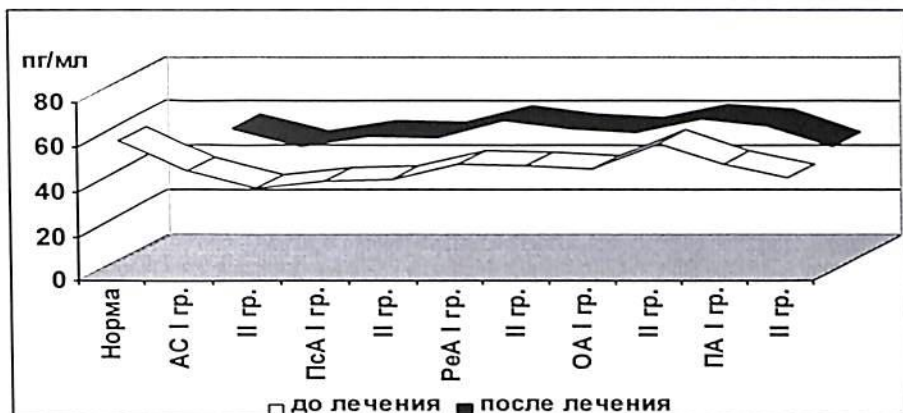


Рис. 10. Изменение содержания АКТГ после терапии с (I гр) и без (II) применения психокорректирующих методов

Следовательно, у больных РА после комплексного противовоспалительного лечения с применением психокорректирующих методов повышается базальный уровень АКТГ и кортизола. При этом, у больных с легкой и средней степени невротических нарушений устраняется дефицит АКТГ и кортизола, а у больных с выраженными невротическими нарушениями все еще сохраняется недостаточность этих гормонов.



Рис. 11. Изменение кортизола под влиянием психокорректирующих методов (I гр) и без них (II)

Улучшение гормонального спектра крови у больных РА после такого лечения является следствием снижения невротической напряженности больных и уменьшения реакции гипофиза и коры надпочечников на хронический стресс.

После сочетанного курса терапии с применением противовоспалительного и психокорректирующего лечения у больных АС, ПсА и РеА наблюдалось повышение содержания АКТГ и кортизола и уровень этих гормонов не отличалось от данных практически здоровых лиц (рис 10 и 11).

Традиционные методы терапии также способствовали повышению содержания этих гормонов. Однако, после традиционного лечения у больных АС и ПсА содержание АКТГ и кортизола все еще было ниже, чем в норме.

После курса стационарного лечения степень повышения АКТГ и кортизола у больных с дистрофическими заболеваниями суставов также не подтвердилась статистической достоверностью.

Под влиянием комплексной противовоспалительной и психокорректирующей терапии у больных РА наблюдалось снижение содержания трийодтиронина и тироксина. Степень снижения тироксина при этом была достоверно выше, чем трийодтиронина. Повышение тиреоидных гормонов способствовало снижению уровня ТТГ. При этом, у больных легкой и средней степени невротических нарушений содержание ТТГ не отличалось статистической достоверностью от данных здоровых лиц. Однако, после лечения во всех группах больных содержание Т3 и Т4 все еще было выше, чем в норме. Особенно, повышенные показатели этих гормонов были обнаружены у больных РА с выраженными невротическими нарушениями.

Итак, психокорректирующая терапия при легкой и средней степени невротических нарушений эффективно снимает невротическую напряженность организма, что имеет свое отражение в улучшении функционального состояния системы АКТГ-кортизол и ТТГ-тиреоидные гормоны. Однако, при выраженных невротических нарушениях степень снижения выраженности невротических нарушений еще недостаточна для полного устранения гормонального дисбаланса. Сохранение относительной недостаточности системы АКТГ-кортизол у больных РА также обусловлена развитием вторичной недостаточности коры надпочечников за счет длительной



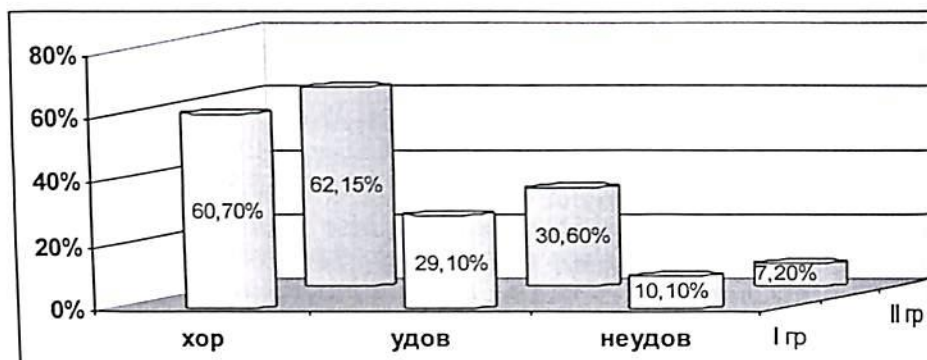
кортикостероидной терапии.

После психокорректирующей терапии у больных АС и ПсА было отмечено снижение содержания трийодтиронина (с  $2,0 \pm 0,1$  до  $1,7 \pm 0,1$  и с  $2,1 \pm 0,1$  до  $1,7 \pm 0,1$  нмоль/л;  $P < 0,05$ ) и тироксина (с  $152,6 \pm 13,3$  до  $122,0 \pm 7,1$  и с  $139,3 \pm 15,6$  до  $112,6 \pm 15,0$  нмоль/л;  $P < 0,05$ ) и повышение ТТГ (с  $1,9 \pm 0,1$  до  $2,1 \pm 0,1$ ,  $1,8 \pm 0,2$  до  $2,3 \pm 0,03$  мЕд/л;  $P < 0,05$ ), что было связано со снижением реакции тиреоидной системы на воспаление, хронический стресс и увеличением метаболизма и взаимопревращений тиреоидных гормонов.

У больных АС и ПсА после традиционной терапии содержание трийодтиронина и тироксина снижалось в 1,03, 1,23 и 1,20, 1,12 раза и составило соответственно -  $1,8 \pm 0,03$ ,  $1,7 \pm 0,09$  и  $131,0 \pm 17,1$ ,  $129,0 \pm 7,1$  нмоль/л. Однако, у этих больных перед выпиской уровень тироксина все еще было выше, чем у здоровых лиц. Традиционная терапия у больных АС и ПсА также не сопровождалась достоверным повышением ТТГ.

У больных дистрофическими заболеваниями суставов после курса лечения психокорректирующими и традиционными методами наблюдалось повышение уровня ТТГ. При статистическом анализе степень повышения ТТГ у больных ОА и ПА оказалась в равной степени (в 1,1 раза) и уровень этого гормона после лечения составило  $2,5 \pm 0,03$ ;  $2,4 \pm 0,06$  и  $2,4 \pm 0,1$ ;  $2,5 \pm 0,06$  мЕд/л. Содержание ТТГ при этом статистически не отличалось от данных практически здоровых лиц. После лечения обоими методами у больных ОА и ПА снижение содержания тироксина и трийодтиронина также оказалось в равной степени. Следовательно, у больных с дистрофическими заболеваниями суставов после комплексного лечения с применением психокорректирующих методов и традиционной терапии не нарушается работа системы гипофиз-щитовидная железа и спектр тиреоидных гормонов находится на стабильном уровне.

Улучшение общего состояния больных, уменьшение невротической симптоматики и клинико-лабораторных показателей заболевания после комплексной терапии с применением психокорректирующих методов отразилось на результатах общего лечения больных (рис.12).



**Рис.12. Оценка результатов традиционного (I гр) и психокорректирующего (II гр) лечения**

Так, после курса психокорректирующей терапии у 7,2% больных результат лечения был оценен как неудовлетворительный, у 30,6% - удовлетворительный и у 62,2% - положительный. А после традиционной терапии эти результаты были получены соответственно у 10,1, 29,1 и 60,8% больных. Следовательно, по сравнению с традиционными методами применение психокорректирующих способов оказывает высокую клиническую эффективность.

Таким образом, применение психотропного лечения у больных воспалительными и дистрофическими заболеваниями суставов является средством патогенетической терапии, эффект которой в первую очередь, сопряжен с улучшением невротического состояния больных. Снижение невротической напряженности больных, в свою очередь, создает благоприятную обстановку для продолжения их дальнейшего лечения.

Психокорректирующие методы также могут усиливать болеутоляющее, противовоспалительное, иммунокорректирующее действие основных методов лечения, вследствие чего в сравнительно короткие сроки и более эффективно улучшаются показатели суставного синдрома, снижается степень воспалительной активности и вторичного иммунодефицита. Снижение воспалительной активности приводит к снижению активности кислой и щелочной фосфатазы, степени дисбаланса кальцийрегулирующих гормонов, что сопровождается улучшением метаболических процессов в костной ткани.

Улучшение невротического состояния и снижение степени невротической напряженности у больных способствует снижению напряженности в работе эндокринных желез и вследствие чего, улучшается выработка АКТГ, кортизола, ТТГ и улучшается метаболизм тиреоидных гормонов. Если учесть тот факт, что этот вид терапии в основном назначался относительно тяжелой категории больных, и результаты лечения оказались не хуже чем у больных контрольной группы, то важность применения психокорректирующих методов становится еще более значимой. Высокая клиническая эффективность, отсутствие побочных эффектов, хорошее сочетание с противовоспалительными препаратами дает основание широкому применению этих методов в лечении многих заболеваний ревматической и неревматической этиологии.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль нервных, гуморальных и метаболических факторов в развитии ХЗС отмечена во многих исследованиях. Однако при заболеваниях суставов воспалительной и дистрофической природы изучению взаимосвязи вышеуказанных факторов уделено недостаточное внимание. Вместе с тем, изучение межсистемных изменений регуляторных механизмов имеет большое значение, как при выяснении новых звеньев патогенеза артритов и артрозов, так и при разработке перспективных методов лечения больных.

Целью настоящей работы явилось изучение взаимосвязи невротических, эндокринных и метаболических нарушений у больных ревматоидным артритом, серонегативными спондилоартритами и дистрофическими заболеваниями суставов и оценить возможность новых методов в комплексной терапии больных.

Нами впервые при использовании критериев Кеттеля и института НИИ психиатрии было установлено, что характер патологического процесса и состояние опорно-двигательной системы во многом определяет психологический статус больных и происходящее у них невротические нарушения. Так, по сравнению со здоровыми лицами среди больных РА, АС и ОА преобладают лица с интравертными характерологическими качествами. Во время обострения суставного синдрома большинство больных становятся эмоциональными, невыдержанными, нерешительными, беспокойными и неуверенными в себе. Увеличение возраста больных, продолжительности заболевания, усугубление рентгенологических изменений, функциональной недостаточности суставов, а также потеря трудоспособности являются основными факторами роста характерологических признаков нижней шкалы.

Психологическая амбиверность наиболее выражена среди больных псориатическим поражением суставов. Большинство больных с трудом делятся своими внутренними переживаниями, не хотят отвечать на вопросы самооценки и стремятся оставаться неприметными. Это является результатом нарушения межличностных отношений и некоторой социальной изоляцией больных. Длительное течение заболевания, косметические проблемы, постоянный зуд кожи создают чувство дискомфорта, и вынуждают больных ограничивать контакт с людьми.

Характерологические качества больных подагрой отличаются от пациентов с другими заболеваниями суставов. Большинство больных проявляют экстравертные качества: уверенность в себе, стремление быть на виду, склонность быстро принимать решение и руководить. Однако, больные ПА оказываются несколько недисциплинированными и неаккуратными. Черты характера у них не ассоциируются соматическими показателями заболевания. Следовательно, при подагре личностные качества больных, сформированные под влиянием социальных факторов, мало изменяются под действием патологического процесса.

Обобщая данные о характерологических особенностях обследованных необходимо отметить, что больные РА и АС сравнительно мало контактируют, недостаточно решительны, склонны к длительным переживаниям и не уверены в себе, а с подагрическим артритом отличаются раздражительностью, резкостью, прямолинейностью и решительностью. Они стремятся к лидерству, нетерпимы к чужому мнению и проявляют склонность к отрицанию или преуменьшению болезни. Больные ОА становятся достаточно общительными, доверчивыми и склонными к слезам, но часто высказывают критические замечания относительно назначаемых им процедур и нередко забывают выполнять назначения врачей.

В формировании основных характерологических качеств важную роль играют такие взаимосвязанные факторы, как тяжесть клинических проявлений заболевания, его длительность, пол, возраст больных и их социально-трудовой уровень. При утяжелении клинической картины заболевания (увеличение продолжительности, повышение степени активности патологического процесса, тяжесть суставного синдрома) большая часть больных становятся неразговорчивыми, эмоционально лабильными и больше погружаются в «свою болезнь». Это в свою очередь, является фоном для развития невротических нарушений.

Проведенный анализ в группах больных с артритами и артрозами способствовал у 62,9% больных диагностировать различные степени и виды невротических нарушений. По критериям Ю.А.Александровского (1986, 1991) имеющиеся расстройства, у 34,3% больных соответствуют нарушениям слабой степени, у 44,7% - средней и у 20,9% - выраженной степени. Среди пациентов псориатическим поражением суставов НН были



обнаружены у 73,3%, РА – у 72,6%, АС – у 72,0%, ОА – у 71,8%, ПА – у 54,8% и РеА – у 17,5% обследованных.

При артритах и артрозах наиболее часто встречаются признаки астенических и вегетативных нарушений (47,4 и 54,2%). У ряда больных астеноневротическая симптоматика сочетается с признаками эмоциональных (20,7%), ипохондрических (11,3%), истерических (7,1%) и навязчивых (5,0%) нарушений.

При хронических воспалительных заболеваниях суставов степень воспалительной реакции определяет выраженность невротических нарушений. Среди больных РА невротические расстройства чаще обнаруживаются при средней и высокой степени активности патологического процесса (75,9 и 86,1%). Это связано с тем, что активность воспаления в суставах сопровождается болью, ограничением движения и снижением способности к самообслуживанию (факторы качества жизни больных).

У больных молодого возраста (до 30 лет) и в начале заболевания признаки НН слабовыраженные и скудные. У них часто обнаруживаются астеновегетативные и истерические расстройства. Увеличение возраста больных и длительности заболевания способствуют повышению частоты и выраженности НН. Астеновегетативные и эмоциональные нарушения в основном диагностируются у больных в возрасте 30-50 лет, а число больных с ипохондрическими и навязчивыми нарушениями повышаются после 50 лет. Частота невротических нарушений также находится в прямой корреляции со степенью снижения функциональной способности суставов. Этим и обусловлено высокая степень НН среди инвалидов.

Возраст больных, продолжительность заболевания, степень активности воспаления и функциональной недостаточности суставов являются основными определяющими факторами НН у больных АС, ПсА и ОА. При этих заболеваниях увеличение возраста больных и продолжительности заболевания сопровождается повышением частоты астеновегетативных, эмоциональных и ипохондрических нарушений. Кроме этих факторов при ОА, реактивный синовит и сопутствующая патология внутренних органов также приводили к увеличению частоты невротических нарушений.

Среди больных ПА частота НН оказалась меньше, чем у больных с другими хроническими заболеваниями суставов. У



больных РА, в основном диагностировались расстройства легкой выраженности и один вид расстройств (35,3%). Занятость больных работой, благополучный социальный уровень, степень образования, устойчивость брачно-семейных отношений не позволяли больным «идти в болезнь».

У больных РА продолжительность утренней скованности в суставах, интенсивность болевого индекса, число пораженных суставов, индекс П.Ли оказались в прямой, степень манипуляционной способности кистей – в обратной пропорции со степенью невротических нарушений. Ухудшение показателей суставного синдрома имело прямую коррелятивную связь со степенью невротических расстройств и у больных АС и ПсА. Ухудшение показателей суставного синдрома и функциональной способности всегда сопровождается ухудшением невротического состояния больных.

При хронических воспалительных заболеваниях суставов содержание ЦИК и иммуноглобулина G в крови имеют прямую коррелятивную связь со степенью НН, и их высокие показатели регистрируются у больных с выраженными невротическими расстройствами. При выраженных НН также отмечается достоверное снижение количества Т-лимфоцитов. Это указывает на тесную взаимосвязь невротических и иммунных нарушений у больных.

В наших дальнейших исследованиях по изучению метаболических и гормональных изменений было установлено, что общим для воспалительных и дистрофических поражений суставов является высокая активностью кислой фосфатазы - маркера костной резорбции. При хронических воспалительных заболеваниях суставов - при РА и АС, наряду с повышением КФ, происходит существенное снижение уровни фосфора, КТ и повышение активности ЩФ и ПТГ. Это свидетельствует о повышении обоих фаз костного ремоделирования с превалированием процессов катаболизма.

Уровень кальция в плазме считается одним из стабильных показателей и сохраняется в пределах 2,2-2,8 ммоль/л. По нашим данным, у больных РА, АС и ПсА нормальная и высокая концентрация кальция соответствует больным молодого и среднего возраста (оптимальный период развития заболеваний) и продолжительности заболевания от 1 до 5 лет (период

манифестации заболеваний). А низкая концентрация кальция характерна для больных старшего возраста с более продолжительным сроком, когда заболевания характеризуется тяжелым и осложненным течением. У больных с гипокальциемией высокая активность патологического процесса диагностируется также чаще, чем у больных с нормальным и высоким уровнем кальция.

Степень гипокальциемии имеет прямую корреляцию с выраженностью невротических нарушений ( $r=-0,21$ ). У больных с невротическими расстройствами также наблюдается снижение содержания фосфора, КТ и повышение активности КФ. Эти взаимосвязанные изменения кальций-фосфорного метаболизма и невротического состояния у больных свидетельствуют об усугублении НН при ухудшении обмена веществ в костной ткани.

У больных РА, по сравнению с группой здоровых лиц, содержание ТТГ оказалось ниже, трийодтиронина и тироксина выше. При этом содержание ТТГ находилось в противоположной, уровень гормонов щитовидной железы – в прямой зависимости от степени активности РА. Подобные гормональные сдвиги также были обнаружены у больных с анкилозирующим спондилоартритом и псориатическим поражением суставов. А при дистрофических заболеваниях суставов содержание тиреоидных гормонов находилось на относительно стабильном уровне. Следовательно, уровень тироксина и трийодтиронина является индикатором реакции организма на иммунное воспаление, и их повышение является следствием реакции щитовидной железы на хроническое воспаление.

Наличие невротических нарушений у больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов способствуют изменениям спектра тиреоидных гормонов в крови. При этом, у больных с легкой и средней степенью невротических нарушений сохраняется стабильность секреции этих гормонов. А при выраженных нарушениях наблюдается снижение базальной секреции ТТГ и повышение уровня тироксина, что свидетельствует о переходе системы гипофиз-щитовидная железа в неустойчивый режим работы. По нашим данным, неустойчивость работы тиреоидной системы приводит к неспособности организма приостановить иммунопатологические процессы и снижению адаптационно-гомеостатических свойств.



В настоящее время доказано, что АКТГ и кортизол способствуют угнетению всех звеньев воспалительного процесса. А другой гормон гипофиза – СТГ считается антагонистом АКТГ и кортизола, т.к. под действием СТГ усиливается пролиферация клеток, образование коллагеновых волокон и формирование грануляционной ткани и несколько задерживается дифференцировка лейкоцитов, фибробластов и клеток регенерирующего эпителия (Т.Н.Королькова, Т.А.Курганова, 1997).

У больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов отмечается нестабильность функциональной активности системы АКТГ-кортизол и дисбаланс между противо- и провоспалительными факторами. Это проявляется снижением в крови базального уровня АКТГ и кортизола и незначительным повышением СТГ. Гормональный дисбаланс особенно характерен для больных старше 50 лет, с продолжительностью заболевания более 5 лет и низким содержанием кальция.

У больных РА с низкой активностью патологического процесса содержание АКТГ, СТГ не отличалось от данных здоровых лиц и лишь содержание кортизола оказалось ниже, чем в норме. У больных со средней и высокой активностью РА уровень АКТГ оказался ниже, СТГ – выше, чем в норме. Это дало нам основание считать, что у больных РА АКТГ может нормально выделяться и функционировать у молодых больных при низкой активности патологического процесса и непродолжительном течении заболевания. У больных со средней и высокой активностью РА снижается содержание АКТГ и наблюдается дисбаланс между содержанием АКТГ и кортизола. Отсутствие корреляции между содержанием АКТГ и уровнем кортизола не исключает ослабление функциональной активности коры надпочечников.

Выявленные изменения, касающиеся снижения уровня кортизола при РА, соответствуют данным литературы (З.В.Хетагурова, И.Н.Тотаров, 2001). А несоответствие содержания кортизола со степенью активности заболевания, как показали наши исследования, связано с наличием невротических расстройств у больных. Так, у больных РА, серонегативными спондилоартритами и дистрофическими заболеваниями суставов при легкой и средней степени невротических нарушений содержание АКТГ и кортизола оказалось незначительно выше, чем у больных без НН. А у больных с выраженными нарушениями содержание АКТГ и кортизола



оказалось достоверно ниже, чем у больных без невротических нарушений. Незначительное повышение базального уровня АКТГ и кортизола при НН легкой и средней степени можно рассматривать как реакцию приспособительную, а низкий уровень этих гормонов при выраженных невротических расстройствах указывает на снижение функциональной активности гипофиза и коры надпочечников. Таким образом, невротические нарушения выраженной степени, и особенно, эмоциональные, ипохондрические нарушения и сочетание нескольких признаков НН способствуют снижению работы системы АКТГ-кортизол.

Сложность патогенетических механизмов хронических заболеваний суставов и роль изменений нервной, эндокринной и иммунной системы в этих механизмах обуславливает проведение комплексного лечения больных. Существующие методы терапии хронических заболеваний суставов нуждаются в усовершенствовании, необходимы новые подходы в лечении, основанные на патогенетических принципах, нужно разработать конкретные критерии контроля за адекватностью лечения с учетом особенности взаимосвязи нервно-эндокринных нарушений. В этом плане перспективным является метод комплексной терапии больных с включением препаратов улучшающих работу нервной системы. Исходя из этого, нами при лечении больных с ХЗС, наряду с противовоспалительной и базисной терапией были применены различные методы физиотерапии, лечебной физкультуры и психокорректирующей терапии.

По нашим данным, у больных воспалительными и дистрофическими заболеваниями суставов тяжесть суставного синдрома, степень гормонального дисбаланса, иммунологических и биохимических изменений имеют непосредственную взаимосвязь со степенью невротических расстройств. Такая взаимосвязь, в свою очередь, обуславливает внесение в схему лечения больных дополнительных методов, способствующих устранению невротических нарушений. В решении этой задачи нами были применены медикаментозные и немедикаментозные методы психокоррекции. При этом необходимо отметить, что нами впервые при хронических заболеваниях суставов был выбран дифференцированный подход к лечению НН зависящий от их степени выраженности.

При НН легкой степени в комплекс лечебных мероприятий

были включены общеукрепляющие препараты, сеансы иглорефлексотерапии и процедуры лечебной физкультуры и физиотерапии. При невротических расстройствах средней степени были рекомендованы седативные средства: новопассит (по 15 мл. 3-4 раза в день), экстракт пустырника (по 15-20 капель 3-4 раза в день), корвалдин (20-25 капель 3-4 раза в день) и настойка пиона (20-25 капель 3-4 раза в день). При неэффективности седативной терапии (в течении 3-4 дней) у больных со средней степенью невротических нарушений были применены психотропные средства. Наряду с этим, психотропные медикаментозные средства – нейролептики (хлорпромазин), транквилизаторы (феназепам), антидепрессанты (амитриптилин) назначались при выраженных невротических расстройствах. Психотропные препараты были рекомендованы в малых лечебных дозах и коротких курсах (не более 10-12 дней).

Курс общего лечения больных при назначении психокорректирующих методов продолжался  $14,3 \pm 1,3$  дня, что практически не отличалось от продолжительности лечения больных без невротических нарушений ( $13,7 \pm 1,2$  дня). Общая эффективность лечения после применения психологических методов оказалась хорошей у 55,8%, удовлетворительной – у 33,5% и неудовлетворительной – у 4,7% больных, а при традиционной терапии эти результаты были получены соответственно – у 59,8, 30,9 и 13,1% больных. При этом необходимо отметить, что психокорректирующие методы в основном были назначены тяжелой категории больных, т.к. в этой группе преобладали больные старшего возраста, с более продолжительным течением заболевания, тяжелой степенью функциональной недостаточности суставов и инвалиды. Среди больных РА и серонегативными спондилоартритами, получивших этот вид терапии, чаще была диагностирована высокая и средняя степень активности патологического процесса.

После курса психокорректирующего лечения наибольшее число хороших результатов были получены у больных РеА, ПА и РА с низкой степенью активности патологического процесса, удовлетворительные – у больных АС, ПсА, ОА и РА со средней степенью воспалительной активности, неудовлетворительные – у больных РА с высокой степенью активности патологического процесса. По типу нарушений, положительные результаты



психокоррекции были получены у больных с астеническими, вегетативными, истерическими нарушениями, неудовлетворительные - при эмоциональных, навязчивых, ипохондрических и сочетанных расстройствах. По выраженности невротической симптоматики, наибольшее количество положительных результатов были получены среди больных с легкой, удовлетворительные результаты - среди больных со средней, а неудовлетворительные - среди больных с выраженными НН.

Назначение психокорректирующего лечения в первую очередь сопровождалось улучшением невротического статуса больных, одним из начальных положительных признаков которого явилось улучшение сна (на 1-2 й день лечения): уменьшение времени засыпания, увеличение глубины и продолжительности ночного сна. Улучшение продолжительности и качества сна, на наш взгляд, способствовало повышению настроения, снижению усталости, раздражительности и раздражительной слабости (2-3 й день). На 3-4 й день лечения отмечались уменьшение головных болей, головокружения, потливости и диспепсии. К этому сроку лечения уменьшались чувство боли и неприятных ощущений в области сердца, число сердечных сокращений, степень артериальной гипотонии, и почти у всех больных отмечалось повышение аппетита. С 6-7 дня больные стали несколько активными, у них уменьшались признаки боязливости, навязчивости и склонности к перепроверке действий. К 7-8 дню лечения снизилась степень фиксации внимания на своем здоровье, демонстрация жалоб и тремор конечностей. С 9-10 дня у большинства больных исключалась необходимость в назначении психокорректирующего лечения.

У больных старшего возраста, получивших психокорректирующую терапию, положительные изменения в невротическом состоянии происходили более медленно, начиная с 4-5 дня терапии. На первый план выступали отчетливая редукция повышенной раздражительности и аффективной лабильности. В ходе такой терапии больные успокаивались, что сопровождалось улучшением сна. Под влиянием психокорректирующего лечения с 6-7 дня у больных ослабевали признаки вегетативных нарушений: неприятные ощущения в области сердца, боли в мышцах, чувство нехватки воздуха и головокружение. Наряду с улучшением



вегетативной симптоматики у большинства больных сузился круг астенической симптоматики и стали менее выраженными навязчивые расстройства. Ослабление элементов нозофобии происходили постепенно и их полная стабилизация наблюдалась к 10-12 дню лечения. По нашим данным улучшение невротического состояния больных создает благоприятный фон для проведения других лечебных мероприятий. Это прежде всего сопровождается желанием больных расширить объем движений, убеждением необходимости продолжения дальнейшего лечения, что является одним из главных преимуществ этой терапии.

Улучшение невротического состояния при артритах всегда сопровождается с улучшением суставного синдрома: продолжительности утренней скованности, интенсивности болевого теста, показателя теста П.Ли, суставного индекса и манипуляционной способности кистей. Достоверное снижение степени боли, суставного индекса и индекса П.Ли после лечения также наблюдается у больных ОА и ПА. Это связано с усилением болеутоляющего действия основных групп препаратов после присоединения к ним психокорректирующих методов. При назначении психокорректирующего лечения также подавляется развитие ситуационных реакций на противовоспалительные препараты, в частности на ГКС.

По данным А.М.Вейна (1990), К.С.Мэдден, Д.Т.Ливнат (1991), О.А.Малишевой, В.С.Ширинской (1999) при лечении НН у больных различными заболеваниями внутренних органов характеру иммунологических изменений не уделяется должного внимания, хотя взаимосвязь иммунной и нервной систем общепризнанна. Комплексное применение противовоспалительных и психокорректирующих методов у больных с артритами уменьшению многих лабораторных признаков вторичного иммунодефицита: гиперпродукции ЦИК и иммуноглобулина G.

На фоне применения психокорректирующих и противовоспалительных методов терапии наблюдается улучшение большинства показателей кальций-фосфорного метаболизма: снижение активности кислой и щелочной фосфатазы и увеличение содержания кальция в крови. После курса комплексного лечения больных также наблюдалось тенденция к снижению уровня ПТГ и повышению КТ. Вероятней всего, такой эффект психотропных средств связан с усилением противовоспалительной активности

основных препаратов, увеличением всасывания кальция и уменьшением скорости остеопороза и костной деструкции.

У больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов психостимулирующая терапия легкой и средней степени НН эффективно снимает невротическую напряженность организма, что имеет свое отражение в улучшении функционального состояния системы АКТГ-кортизол и ТТГ-тиреоидные гормоны. При выраженных НН применение курса медикаментозных психокорректирующих средств также способствует снижению невротической напряженности организма, однако, степень улучшения невротических нарушений еще недостаточна для полного устранения гормонального дисбаланса. Сохранение недостаточности системы АКТГ-кортизол у больных РА и АС также обусловлено развитием вторичной недостаточности коры надпочечников.

На основании клинического исследования эффективности психокорректирующего лечения можно заключить, что психологические и соматические факторы при РА и серонегативных спондилоартритах являются взаимосвязанными и применение психокорректирующего лечения должно быть необходимой частью общего лечения больных. Выбор вида терапии при этом должен исходить из степени тяжести невротических нарушений. Психотропная терапия также потенцирует болеутоляющее, противовоспалительное и иммунокорректирующее действие основных лекарственных средств. Это способствует уменьшению продолжительности приема этих препаратов.

Таким образом, хронические воспалительные и дистрофические заболевания суставов - ревматоидный артрит, остеоартроз, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит как тяжелые соматические заболевания оказывают интенсивное психотравмирующее - стрессовое воздействие, прежде всего продолжительным и упорным течением, вероятностью развития функциональной недостаточности суставов и стойкой утраты трудоспособности больного. У большинства этих больных при детальном обследовании удастся обнаружить изменения психологических качеств и психо-эмоциональные нарушения, укладывающиеся в рамки невротических нарушений и проявляющиеся вегетативной, астенической, эмоциональной, ипохондрической и навязчивой симптоматикой. Невротические

нарушения связаны с сутью самого заболевания. Продолжительность заболевания, степень активности патологического процесса и выраженность суставного синдрома имеют прямую корреляцию с тяжестью невротической симптоматики. Невротические нарушения сопровождаются дисбалансом гормонального фона, иммунного гомеостаза системы и кальций-фосфорного метаболизма.

Противовоспалительная терапия заболеваний суставов при наличии НН у больных, как правило, недостаточно эффективна и требует разработки новых подходов к их лечению. Включение в схему лечения больных общеукрепляющих, физиотерапевтических, седативных, психотропных средств наряду со снижением невротической напряженности, приводит к значительному улучшению соматического статуса и повышению иммунологической резистентности организма. Комплексное лечение больных с применением психотерапевтических и противовоспалительных методов также стимулирует работу системы АКТГ-кортизол, устраняет стрессовую реакцию щитовидной железы и способствует улучшению метаболизма кальцийрегулирующих гормонов. Высокая клиническая эффективность, отсутствие побочных эффектов, хорошее сочетание с противовоспалительными препаратами дают основание для широкого применения этих методов в лечебной практике.



## ВЫВОДЫ

1. Личностные качества больных ХЗС отличаются многообразием: среди больных АС и ОА преобладают лица с интравертным, РА - амбовертным, ПА – экстравертным признаком характера, а среди больных ПсА одинаково часто встречаются экстра- и амбоверты. Интра-и амбовертность, эмоциональность, импульсивность и неуверенность в себе являются фоном для развития невротических расстройств.

2. Клиническое течение ревматоидного артрита, серонегативных спондилоартритов, остеоартроза и подагрического артрита у 52,4% больных сопровождается симптомами астеновегетативного, у 20,5% - эмоционального, у 11,1% - ипохондрического и у 4,7% -навязчивого синдромов.

3. Невротические нарушения являются прогностическими критериями тяжести артритов и артрозов и обусловлены как соматическими (длительность заболевания, активность процесса, нарушение функциональной способности больного), так и социальными факторами (возраст больного, ограничение повседневной активности, межличностных контактов и снижение социального статуса).

4. У больных РА, АС и ПсА с легкой и средней степенью невротических расстройств содержание АКТГ и кортизола в крови не претерпевает глубоких изменений, а при выраженных нарушениях происходит снижение базального уровня этих гормонов. Тяжесть невротических нарушений имеет прямую корреляцию с уровнем тиреоидных гормонов, ЦИК и иммуноглобулина G. Степень взаимосвязи невротических, гормональных и иммунных нарушений при хронических воспалительных заболеваниях суставов определяет степень тяжести патологического процесса.

5. Сочетанное применение психокорректирующей и противовоспалительной терапии является патогенетически обоснованным в силу позитивного влияния на общее состояние больных, клинические проявления суставного синдрома и гормоностимулирующего действия.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Для оценки личностных качеств и НН при воспалительных и дистрофических заболеваниях суставов рекомендуется применение адаптационных вариантов психологических исследований. Выявление НН обуславливает применение комбинированной противоревматической и психокорректирующей терапии.

2. Методами выбора при лечении НН являются немедикаментозные (беседа, общеукрепляющие препараты, методы физиотерапии) и медикаментозные (седативные средства, транквилизаторы, ноотропы, антидепрессанты) психокорректирующие способы. Медикаментозное лечение должно проводиться низкими дозами препаратов в коротких курсах (8-10 дней).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдувалиев А.А. Индивидуально типологические особенности больных подагрой. // Актуальные проблемы ревматологии: тез. конф. - Ташкент. 2004. с. 3-4.
2. Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С. Особенности течения ревматоидного артрита в зависимости от полиморфизма С3435Т гена MDR1. // O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2019. №1. стр. 101-105.
3. Абжамилова Ж.А. Анкилозирующий спондилит (литературный обзор). Вестник Ошского государственного университета. 2017. №3. стр. 10-17
4. Абрамкин А.А. Особенности течения ревматоидного артрита в зависимости от динамики коморбидных психических расстройств (пятилетнее ретроспективно-проспективное исследование). Автореферат дисс. к.м.н. Москва 2020. 38 стр.
5. Акарачкова Е.С., Соловьева А.Д. Хроническая боль и депрессия: антидепрессанты в терапии хронической боли. // Consilium Medicum. - 2008. - Т. 10. - №. 2. - С. 67-70.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. // <http://www.nmc-radix.com>. 2005. С.7.
7. Ахмедов Х.С. Особенности состояния иммунного статуса при ревматоидном артрите в зависимости от климато-географических и экологических зон Узбекистана. // Научно-практическая ревматология. 2016. №54(2). стр.183-186.
8. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в России в 2012–2013 гг. // Научно-практическая ревматология. 2015. №53(2). стр.120–124.
9. Балабанова Р. М. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. / Р. М. Балабанова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2012. — № 3. — С. 10–12.
10. Бройтигам В., Кристман П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР Медицина. 1999. -375 с.
11. Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра. // Псих. Расстройства в общей медицине. - 2008. - № 2.- С.34-37.



12. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике. // -Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. № 11(5). стр.17-22.

13. Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Распространенность ревматических заболеваний в России. //Альманах клинической медицины. 2018. №46(1). Стр.32–39. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-1-32-39.

14. Галушко Е. А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Галушко. — М., 2011. — 47 с.

15. Гаспарян А.А., Меньшикова И.В., Каневская М.З. Коморбидность при ревматоидном артрите: особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний. // Клиническая медицина. 2016. 94(10). стр.745-753.

16. Грехов Р.А., Харченко С.А. Психологические аспекты ревматоидного артрита (тематический обзор литературы). //Журнал медицинская психология в России. 2013. №3(20). стр. 28-25.

17. Ермакова Ю.А., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Демидова Н.В. Динамика активности болезни, функционального статуса и рентгенологических изменений при раннем ревматоидном артрите: результаты 5-летнего наблюдения в рамках российской программы «РАДИКАЛ». // Научно-практическая ревматология. 2015. №53(1). стр. 17–23.

18. Журавлева Л.А. Овсянников М.Н. Объективизация психологических изменений у больных РА и первичным ДОА. Сб.науч.трудов – Ярославль, 1998. С 49-51.

19. Зайцева Т.В., Багирова Г.Г. Особенности качества жизни больных РА, имеющих сопутствующий ОА. // Научно-практ. ревмат.: Тез. III съезда ревматол. 2001. №3. С. 41.

20. Зелтынь А.Е. Роль психической травмы в структуре и динамике расстройств тревожно-депрессивного спектра при ревматоидном артрите: Дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2010. - 165 с.

21. Исаков Э.З., Матхошимов Н.С. Анализ динамики первичной инвалидности трудоспособного населения Ферганской области за 2011-20177 гг. //Ўзбекистон тиббиёт журналы. 2019. №4. стр.11-13.

22. Кабалык М.А. Распространенность остеоартрита в России: региональные аспекты динамики статистических показателей за

2011-2016 гг. Научно – практическая ревматология. 2018; (56) №4. Стр. 416-422.

23. Каратеев А.Е. Проблема скелетно-мышечной боли: что интересно практикующему доктору? Данные опроса 846 российских врачей. Современная ревматология. 2019; 13(2). Стр. 126–129.

24. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Современные принципы ведения больных с ревматоидным артритом. // Ревматология. 2017. №17. стр. 92-100.

25. Клинические рекомендации по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита (Болезнь Бехтерева). «Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России». 2014. 21 С.

26. Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. Метаболический синдром при ревматоидном артрите. // Науч-практич ревматол 2013. №51(3). стр. 302–312.

27. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Научно-практическая ревматология. 2018; 56(1):60-69.

28. Коршунов Н.И., Курыгин А.Г., Речкина Е.В. и др. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Научно-практическая ревматология. 2015; 53(5): 469–71.

29. Коршунов Н.И., Речкина Е.В. Ревматоидный артрит: семья и болезнь. // Тер. арх. 2000. №5. С.29-32.

30. Коршунов Н.И., Речкина Е.В., Филатова Ю.С., Яльцева Н.В. Остеоартрит и депрессия. Научно – практическая ревматология. 2018; (56) №1. Стр. 93-98.

31. Кузнецова П.А., Маслянский А.Л., Лапин С.В., Ткаченко О.Ю., Мазуров В.И. Антитела к гетерогенному ядерному рибонуклеопротеину В1 (РА33) при ревматоидном артрите и системной склеродермии. // Научно-практическая ревматология. 2017. №55(2). стр. 159–163.

32. Лиля А.М., Алексева Л.И., Тельшев К.А. Современные подходы к фенотипированию остеоартрита. Современная ревматология. 2019; 13(2):4–8.

33. Лисицына Т.А. Психические расстройства у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Автореферат дисс. д.м.н. Москва 2014. 45 стр.

34. Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Герасимов А.Н., и др. Выраженность усталости и ее связь с депрессией, болью и воспалительной активностью при ревматоидном артрите// Терапевтический архив. 2013. №5. стр. 8-15. Лучихина Л.В., Мендель О.И., Мендель В., Голухов Г.Н. Остеоартрит и возраст. Роль старения в этиологии и патогенезе заболевания. Современная ревматология. 2017; (11) №4. Стр. 4-11.

36. Мустафин Р.Н., Хуснутдинова Э.К. Молекулярные механизмы развития остеоартроза. Лечебное дело. 2015; № 3. Стр 86-92.

37. Насонов Е.Л. Перспективы фармакотерапии ревматоидного артрита: новые возможности и рекомендации. //Терапевтический архив. 2016. №6. стр. 4-10

38. Насонов Е.Л. Проблемы иммунопатологии ревматоидного артрита: эволюция болезни. //Научно- практическая ревматология. 2017. №55(3). стр. 277-294.

39. Насонов Е.Л., Александрова Е.Н., Новиков А.А. Аутоиммунные ревматические заболевания: итоги и перспективы научных исследований. //Научно-практическая ревматология. 2015. №53(3). стр. 230–236

40. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России»– 2014. //Научно-практическая ревматология. 2015. №52(5). стр. 477–494.

41. Насонов Е.Л. Новые направления фармакотерапии иммуновоспалительных ревматических заболеваний. //Терапевтический архив. 2019. №8. стр. 98-104.

42. Наумов А.В., Ховасова Н.О., Мороз В.И. и др. Клиническое значение и возможности терапии остеоартрита у больных старческой астенией. Терапевтический архив. 2019; 91 (12): 135–141. DOI: 10.26442/00403660.2019.12.000487.

43. Немов Р.С. Практическая психология. М. ВЛАДОС. 1998. 452 с.



44. Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. Коморбидность у больных ревматоидным артритом. // Научно-практическая ревматология. 2015. №53(2). стр.149–154.
45. Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. Коморбидность у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2015. №53(2). стр.149–154.
46. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л. Факторы риска остеопороза у мужчин 40 лет и старше: результаты программы «Остеоскрининг-Россия». Современная ревматология. 2018;12(3):76–81.
47. Новиков А.А. Многопараметрический анализ лабораторных биомаркеров в диагностике ревматоидного артрита. Автореферат. дисс. д.б.н. Москва. 2015. 36 С.
48. Олюнин Ю.А., Никишина Н.Ю. Ревматоидный артрит. Современные алгоритмы лечения. // Русский медицинский журнал. 2016. №26. стр. 1765-1771.
49. Осипенко М.Ф., Ливзан М.А., Бикбулатова Е.А. "Комплаентность" пациента как один из факторов, определяющих эффективность эрадикационной терапии. // Терапевтический архив (архив до 2018 г.). 2014. №86(2). стр: 27-29.
50. Особенности современного течения реактивных артритов у детей / З. Г. Давлетгильдеева, Д. О. Карибаева, А. С. Каматаев и др. // Молодой ученый. 2016. № 6 (110). С. 278-280
51. Павлова Е.В. Смысловая саморегуляция в структуре психосоматического синдрома при ревматоидном артрите. // Известия Уральского федерального университета. 2009. № 1-2(62). стр. 78-84
52. Петрунько И.Л., Меньшикова Л.В. Остеоартроз: финансовые затраты на одного больного. // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 6. С.163-165;
53. Пизова Н.В., Спиринов Н.Н., Рукавишников А.А. Особенности личности больных с системными ревматическими заболеваниями. // Ж.невр и псих. 2003. №12. С.47-49.
54. Пизова Н.В., Шилкина Н.П., Спиринов Н.Н. Иммунные повреждения нервной системы при некоторых формах ревматических заболеваний. // Ж.невр. и псих. 2005. №2. С.73-77.
55. Психологические аспекты ревматоидного артрита (тематический обзор литературы) / Р.А. Грехов, С.А. Харченко, Г.П. Сулейманова [и др.] // Медицинская психология в России:

электрон. науч. журн. – 2013. – N 3 (20) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

56. Ревматоид артрит касаллигининг клиникаси, диагностикаси ва замонавий даволаш принциплари. Тиббиёт институтлари ревматология мутахассислиги магистрантлари ва клиник ординаторлари учун ўқув-услубий кўлланма. Тузувчилар Э.С. Тоиров, И.И. Султонов. Самарқанд 2017. 29 б.

57. Ревматология. Национальное руководство. //Под редакцией академика РАМН Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2008;

58. Савельева М.И. Личность больных ревматоидным артритом и эффект лечения. Новости медицины и фармации. Москва 1994. №2. С.58

59. Савельева М.И. Ревматоидный артрит: психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ярославль. 1995. 17с..

60. Сафаров У.Б., Ахмедов Я.А., Тоиров Э.С., Алимухамедов У.А. Клинико-лабораторные особенности дебюта и равернутой стадии РА. // "Достижения науки и образования". 2019. № 12 (53). стр.99-103.

61. Сычев В.Г. Эпидемиология и профилактика ревматоидного артрита в условиях Западной Сибири. Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. Москва 2010.

62. Ташбаев Ш.О., Холматов Д.Н., Абдурахманов И.Т. Состояние вегетативной нервной системы в ювенильном хроническом артрите. //Актуальные проблемы ревматологии: Тез. конф. Ташкент. 2004. с. 143-144

63. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом. //Клин.мед.2001. №1. С.47-49.

64. Уланова Е.А. Суставной и мышечный синдромы ревматоидного артрита: клинико-физиологические особенности вегетативных и болевых нарушений, диагностика и лечение. // Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. Москва 2002 г.

65. Уланова Е.А., Григорьев И.В. Механизмы формирования утренней скованности при ревматоидном артрите: роль сегментарных вегетативных нарушений. //Тер. арх.2005. №4. С.72-74.

66. Уланова Е.А., Григорьев И.В., Новикова И.А. Тревожные расстройства как психологические особенности личности больных

ревматоидным артритом. // Тер. арх. 2000. №12. С.41-43.

67. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с реактивным артритом. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Союз педиатров России. 2015. 19 С.

68. Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф. Этиопатогенетические факторы периферической нейропатической боли при ревматоидном артрите. // Журнал неврологии и психиатрии. 2017. №8. стр. 67-71.

69. Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф. Полиневропатия при ревматоидном артрите: значение в патогенезе болевого синдрома. // Русский медицинский журнал. 2017. №7. стр. 470-473.

70. Цыган А.В. Психосоматическая характеристика больных ревматоидным артритом и подагрой. Вестник военно-медицинская академии. 2013. 4(44). С.78-86

71. Шостак Н.А. Миалгии: подходы к дифференциальной диагностике, лечение. // Современная ревматология. 2013. №3. стр. 21-24.

72. Щербаков Г.И. Особенности психологических нарушений у пациентов с анемией при анкилозирующем спондилите. Учебное пособие для терапевтов, ревматологов. Ставрополь. «Логос». 2018.

73. Яльцева Н. В. Ревматические заболевания с коморбидной депрессией: диагностика и терапия: Дис. ... докт. мед. наук. - Ярославль, 2009 г. - 264 с.

74. Abad V.C., Sarinas P., Guillemainault C. Sleep and rheumatologic disorders. // Sleep Med. Rev. - 2008. - Vol. 12.- P.211-228

75. Ang D.C., Choi H., Kroenke K., Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. // J Rheumatology. - 2005. - Vol. 32. - P. 1013-1019.

76. Aschbacher K., Roepke S.K., von Känel R. et al. Persistent versus transient depressive symptoms in relation to platelet hyperactivation: a longitudinal analysis of dementia caregivers. // J Affect Disord.- 2009. - Vol. 116. - N. 1-2. - P. 80-87.

77. Bale T. L. Stress sensitivity and the development of affective disorders. // Horm Behav. - 2006. - Vol. 50. - N. 4. - P. 529-533.

78. Bertsias G.K., Ioannidis J.P.A., Aringer M et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the



EULAR standing committee for clinical affairs. // *Ann Rheum Dis.* - 2010. - Vol. 69. - P. 2074-2082

79. Bingham B., Ajit S.K., Blake D.R., Samad T.A. The molecular basis of pain and its clinical implications in rheumatology. *Nature clinical practice. // Rheumatology.* - 2009. - Vol. 5. - N. 1. - P. 28-37.

80. Campbell R.C.J, Batley M., Hammond A., et al. The impact of disease activity, pain, disability and treatments on fatigue in established rheumatoid arthritis. // *Clin Rheumatol.* - 2012. - Vol. 31. - N. 4. - P. 717-722.

81. Duff G.W. Cytokines and acute phase proteins in rheumatoid arthritis. *Scand. J. Rheumatol.* 1994. Vol 23. Suppl 1. P.9-19.

82. Erlandson D., Weafer m., Jackson J., Partridge R. School problems in children with juvenile arthritis (JA). *J. Rheumatol.*, 1993, 13, № 5, 975-975.

83. Ertenli I., Ozer S., Kiraz S. et al. Infliximab, a TNF- $\alpha$  antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on depression, anxiety and quality of life level. // *Rheumatol Int.* - 2012. - Vol. 32. - N. 2. - P. 323-330.

84. Fuller-Thomson E, Shaked Y. Factors associated with depression and suicidal ideation among individuals with arthritis or rheumatism: findings from a representative community survey. // *Arthritis Rheum.* - 2009. - Vol. 61. - N. 7. - P. 944-950.

85. Garip Y., Eser F., Aktekin L.A., Bodur H. Fatigue in rheumatoid arthritis: association with severity of pain, disease activity and functional status. // *Acta Rheumatol Port.* - 2011. - Vol. 36. - P. 364-369.

86. Halaris A. Comorbidity between depression and cardiovascular disease. // *Int Angiol.* - 2009. - Vol. 28. - P. 92-99.

87. Haroon E. Raison Ch. L., Miller A. H. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior. // *Neuropsychopharmacology REVIEWS.* - 2012. - Vol. 37. - P.137-162.

88. Hassett A.L., Clauw D.J. The role of stress in rheumatic diseases. // *Arthritis Research & Therapy.* - 2010. - Vol. 12. - P. 123.

89. Hayley S. Toward an anti-inflammatory strategy for depression. // *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* - 2011. - Vol. 5. - P. 19.

90. Hennessy M.B, Paik K.D., Caraway J. D., Schiml P. A. Proinflammatory Activity and the Sensitization of Depressive-Like Behavior during Maternal Separation. // *Behav Neurosci.* - 2011. - Vol. 125. - N. 3. - P. 426-433.

91. Hewlett S., Chalder T., Choy E. et al. Fatigue in rheumatoid arthritis: time for a conceptual model. // *Rheumatology*. - 2011. - Vol. 50. - P. 1004-1008.

92. Hirohata Sh., Iwamoto S., Miyamoto T., Sugiyama H., Nakano K., Inokuma Sh. A patient with systemic lupus erythematosus presenting both central nervous system lupus and steroid induced psychosis. *J. rheumatol.*, 1997, 15, № 4, 706-710.

93. Janssen D.G.A., Caniato R.N., Verster J.C., Baune B.T. A psychoneuroimmunological review on cytokines involved in antidepressant treatment response. // *Hum. Psychopharmacol Clin Exp*. - 2010. - Vol. 25. - P. 201-215.

94. Karpouzas G.A., Dolatabadi S., Moran R. et al. Correlates and predictors of disability in "vulnerable" United States Hispanics with rheumatoid arthritis. // *Arthritis Care Res (Hoboken)*. - 2012. - Vol. 64. - N. 9. - P. 1274-1281.

95. Katon W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. // *Dialogues in clinical neuroscience*. - 2011. - Vol. 13. - N. 1. - P. 7-23.

96. Kekow J, Moots R, Khandker R. et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. // *Rheumatology*. - 2011. - Vol. 50. - P. 401-409.

97. Knittle K., Maes S., Gucht V. Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis: Examining the Role of Self-Regulation with a Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. // *Arthritis Care & Research*. 2010. Vol. 62. № 10. P. 1460-1472.

98. Knittle K.P., Gucht V. De., Hurkmans E.J. Effect of Self-Efficacy and Physical Activity Goal Achievement on Arthritis Pain and Quality of Life in Patients With Rheumatoid Arthritis. // *Arthritis Care & Research*. 2011. Vol. 63. № 11. P. 1613-1619.

99. Kojima M. Epidemiologic studies of psychosocial factors associated with quality of life among patients with chronic diseases in Japan. // *J Epidemiol*. - 2012. - Vol. 22. - N. 1. - P. 7-11.

100. Lee H.C., Tsai Y.F., Luo S.F., Tsay P.K. Predictors of disability in Taiwanese patients with rheumatoid arthritis. // *J Clin Nurs*. - 2010. - Vol. 19. - N. 21-22. - P. 2989-2996.

101. Ligh T.J., Hindma Ch.I., Birel H.A., Wright V. Comparison of leap in osteoarthritic patients and age are matchel healthy controls.

Ann. rheum. Dis., 1996, 47, № 1, 40-42.

102. Loftis J.M., Huckans M., Morasco B.J. Neuroimmune mechanisms of cytokine-induced depression: current theories and novel treatment strategies. // Neurobiol Dis. - 2010. - Vol. 37. - N. 3. - P. 519-533.

103. Luyster F.S., Chasens E. R., Wasko M. Ch. M., Dunbar-Jacob J. Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. // J Clin Sleep Med. - 2011. - Vol. 7. - N. 1. - P. 49-55.

104. Nelemans P.J., de Bie R.A., de Vet H.C., Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic binigh low-black pain. Cochrane Review, latest version 12 jule 1999.

105. Newman S., Fitzpatrick R., Lamb R., Shiplly M., Factors precipitating depressed mood in rheumatoid arthritis. Brit. J. rheumatol, 1996, 26, № Suppl, 2, 121-121.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы. Особенности диагностики невротических нарушений при заболеваниях суставов.....	7
1.2. Психосоматические и психологические аспекты хронических заболеваний суставов .....	22
Глава 2. Материалы и методы исследования .....	33
2.1. Изучение основных признаков характера больных.....	39
2.2. Методы оценки невротиических нарушений .....	43
Глава 3. Клинические особенности невротиических нарушений при хронических заболеваниях суставов.....	46
3.1. Особенности характерологических качеств больных .....	46
3.2. Характеристика невротиической симптоматики при ревматоидном артрите.....	52
3.3. Особенности невротиических нарушений у больных серонегативными спондилоартритами .....	57
3.4. Структура невротиических нарушений у больных остеоартрозом и подагрическим артритом .....	63
Глава 4. Эффективность комплексной лечебной тактики с применением методов по улучшению невротиического состояния больных.....	68
4.1. Характеристика психокорректирующих методов лечения .....	68
4.2. Изменение клинико-лабораторных показателей под влиянием психокорректирующих методов .....	71
4.3. Влияние психокорректирующего лечения на гормональный спектр крови больных .....	78
Заключение .....	84
Список литературы .....	98

**КБК 54.102(Ў36)**  
**УДК 541.57355**

**Диагностика и лечение невротических нарушений у больных хроническими заболеваниями суставов. Монография. Издательский дом “Навруз”. Ташкент, 2020. – 108 с.**

**Редактор: Нафиса Рустамова**  
**Корректор: Нигора Тожикулова**  
**Тех.редактор: Абдурахимов Шохжахон**

**Издательский дом “Навруз”. Ташкент – 2019**

**ISBN 978-9943-6591-6-2**

**Лицензия: № АІ № 170.29.12.2009**

**Подписано в печать 24.10.2020 г.**  
**Формат бумаги 60x84 <sup>1/16</sup>. Бумага офсетная. Объем 4,7 п.л.**  
**Отпечатано офсетным способом. Тираж 50 экз. Заказ № 22/10.**

---

**Отпечатано в типографии СамГИИЯ.**  
**Адрес: г. Самарканд, ул. Бустонсарой, д. 93.**

ISBN 978-9943-6591-6-2



9 789943 659162