

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК: 616-002.77-08

Абдушукурова К.Р., Ташинова Л.Х.
**ЛЕЧЕНИЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО
АРТРИТА**

Кафедра внутренних болезней № 1
Самаркандский Государственный медицинский институт
Узбекистан

Abdushukurova K.R., Tashinova L.Kh.
**TREATMENT OF CLINICAL AND PARACLINIC MANIFESTATIONS OF
RHEUMATOID ARTHRITIS**

Department of Internal Medicine number 1
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

E-mail: abdushukurovakomila@mail.ru

Аннотация. При исследовании 168 больных ревматоидным артритом у 65,6% пациентов были выявлены невротические нарушения (НН): у 22,6% - слабой, у 31,7% - средней и у 14,9% - выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астеновегетативные нарушения - 61,3%. У 24,4% больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,3% - ипохондрических, у 9,5% - истерических и у 4,8% - навязчивых нарушений. При НН легкой степени комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии и лечебной физкультуры, средней степени - седативными средствами (новопассит, седавит, глицин, адаптол), выраженной степени - антидепрессантами. В конце лечения (10-21 день) из всех больных с НН у 66 (54,1%) наблюдалась полная, у 44 (36,1%) - значительная редукция симптоматики. У 12 (9,8%) больных не улучшалась симптоматика НН.

Annotation. In the study of 168 patients with rheumatoid arthritis, neurotic disorders (ND) were found in 65.6% of patients: 22.6% - weak, 31.7% - moderate and 14.9% - severe degree. The most frequently diagnosed astenovegetative disorders are 61.3%. In 24.4% of patients, asthenovegetative symptoms were combined with emotional symptoms, 14.3% had hypochondriacal symptoms, 9.5% had hysterical symptoms, and 4.8% had obsessive disorders. With ND of an easy degree, complex treatment was performed with the use of restorative drugs, physiotherapy and physiotherapy procedures, medium degree - with sedatives (novopassit, sedavit, glycin, adaptol), expressed degree - with antidepressants. At the end of treatment (10-

21 days) of all patients with ND in 66 (54.1%) was complete, 44 (36.1%) - a significant reduction in symptoms. In 12 (9.8%) patients, the symptomatology of ND did not improve.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, невротические нарушения, психотерапия, эффект лечения.

Key words: Rheumatoid arthritis, neurotic disorders, psychotherapy, treatment effect.

Введение

Среди заболеваний, распространенность которых в популяции характеризуется выраженным и устойчивым ростом, одно из ведущих мест занимает ревматоидный артрит (РА). Социальная значимость РА также определяется увеличивающимися показателями инвалидности и высокой «стоимостью» болезни [1;4]. Больные РА имеют очень мало шансов восстановить трудоспособность и возвратиться к работе и весьма низко оценивают качество своей жизни по всем его параметрам [2;3]. Многолетнее и длительное течение РА приводит к нарушению образа жизни больных, смене интересов, снижению социального и материального положения, а также к ухудшению межличностных взаимоотношений. Со временем больные все больше фиксируют внимание на себе и своих ощущениях. Формируется негативный взгляд на эффект противоревматических методов, появляется недоверие к врачебным рекомендациям, образуется круг невротических и психотических нарушений, что требует включения в стандарты лечения РА психологических методов лечения и реабилитации больных [5;].

Для лечения психосоматических нарушений рекомендован ряд фармакологических и нефармакологических методов. На стационарном этапе предпочтительно медикаментозное лечение: седативные средства, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики. Нефармакологические методы - аутогенная тренировка, гипносуггестивная психотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура эффективны на этапах реабилитации больных.

Однако, методы улучшения психологического статуса больных с другими терапевтическими заболеваниями, малопримемлемы у больных РА, которые существенным образом отличаются более длительным и тяжелым течением заболевания, выраженной дезадаптацией, нарушениями психологического статуса и значительным ухудшением качества жизни. Все это требует разработки новых подходов к лечению больных РА на основе анализа и учета клинко-психологических взаимоотношений, личностных характеристик, влияющих на адаптационные возможности больных.

Целью исследования - Изучение клинической эффективности методов психотропного лечения (ПТЛ) в комплексной терапии больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 168 больных РА (табл.1). Диагноз РА был установлен по критериям Американской ревматологической ассоциации (1997). При установлении и формулировке диагноза учитывались рекомендации по номенклатуре и классификации заболевания, предложенные ГУ Институт ревматологии РАМН.

Среди обследованных преобладали лица женского пола (67,2%), пациенты в возрасте 31-50 лет (45,8%) и продолжительностью заболевания от 5 до 15 лет (55,4%). Средний возраст больных РА составил – $41,7 \pm 1,2$ лет, продолжительность заболевания – $6,0 \pm 0,5$ лет.

Невротические нарушения (НН) были изучены по специально разработанным методическим рекомендациям НИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (1991) [1].

При проведении лечебных мероприятий предусмотрено снижение степени боли, активности патологического процесса, подбор длительно действующих базисных препаратов и проведение ПТЛ. Подбор суточной дозы НПВП осуществлялся в зависимости от степени активности патологического процесса. Были использованы ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2: вольтарен, ортофен, диклофенак, ибупрофен, индометацин, пироксикам и селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, нимесил и целебрекс. Гормональное лечение было назначено 60 больным: внутрь (преднизолон) – 19, парентерально – 23 больным. Внутриартикулярные инъекции (кеналог, флорестерон, дипроспан) получили 18 больных. Из базисных средств: плаквенил, делагил были назначены 59, сульфосалазин – 47, метотрексат – 32, циклофосфамид – 5 больным.

Для определения эффективности лечения использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли, с помощью которой оценивалась боль в наиболее пораженном суставе в покое, при движении, в положении стоя/сидя, спуске/подъеме по лестнице. Функциональные возможности оценивали по сумме баллов от 0 до 4 по способности умыться, одеться, спуститься/подняться по лестнице.

Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета программ Statistica версии 6,0 для Windows. Для всех анализов различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Проведенное исследование способствовало выявлению невротических нарушений у 122 (65,6%) больных: у 38 (22,6%) – слабой, у 59 (31,7%) – средней и у 25 (14,9%) – выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астеновегетативные нарушения (у 103 больных – 61,3%). У 24,4% больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,3% – ипохондрических, у 9,5% – истерических и у 4,8% – навязчивых нарушений.

ПТЛ проводилось в зависимости от вида и степени выраженности НН. При НН легкой степени (I группа) комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии

(электросон, воротник по Щербаку, дарсонвализация) и лечебной физкультуры. При расстройствах средней степени (II группа) были рекомендованы седативные средства: новопассит, седавит (по 10 мл 3-4 раза в день), глицин (10-20 мг/сут), адаптол (500 мг/сут). Лечение НН выраженной степени (III группа) проводилось антидепрессантами (амитриптилин 10-20 мг/сут). Антидепрессанты (в малых дозах и коротких курсах) были рекомендованы после предварительной консультации с невропатологами (при необходимости с психиатрами). В качестве дополнительной терапии применялись растительные средства с седативным (валериана, пустырник, зверобой) или активизирующим (женьшень, элеутерококк) действием. Курс лечения при применении седативных средств составил 10-12 дней, амитриптилина – 14-21 дней. Контрольную группу составили 46 больных РА, у которых не были отмечены невротические или психотические нарушения.

В процессе лечения неоднократно была проведена беседа с больными, в ходе которой они 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 и в присутствии родственников.

Важной составляющей частью лечебной программы НН является повышение физической активности и чувства независимости. В программу должны входить занятия по восстановлению психо-эмоционального состояния, физической способности, трудовых навыков и правильному питанию. Особую роль для этого контингента больных играет гуманное отношение к ним медицинского персонала и особенно – родственников.

У больных РА ПТЛ способствует уменьшению симптомов НН. В начале лечения ослабевают признаки астеновегетативных и эмоциональных нарушений. На 4-5-й день у основного числа больных с НН отмечалось уменьшение времени засыпания, удлинение продолжительности и увеличение глубины ночного сна. На 6-7-й день лечения - улучшалось настроение больных, снижалось чувство усталости, раздражительности и раздражительной слабости. Из вегетативных признаков отмечено уменьшение головных болей, головокружения, потливости и признаков диспепсии. К концу первой недели больные стали более активными, у них уменьшились признаки навязчивых и ипохондрических нарушений: снижение степени фиксации внимания на своем здоровье, боязливости, преувеличения боли и тяжести состояния, навязчивости страхов, мыслей и сомнений в результатах лечения.

Психокорректирующие методы эффективно влияют на изменение взглядов пациента на свои проблемы, семейные отношения, улучшают психологическую атмосферу между пациентом и окружающими, способствуют компенсации личностных особенностей и расширяют возможности социальной адаптации больных. После курса лечения у 66 (54,1%) больных НН наблюдалась полная, у 44 (36,1%) – значительная редукция симптоматики. У 12 (9,8%) больных не

улучшалась симптоматика НН. Положительные результаты были получены у больных с астеновегетативными, эмоциональными нарушениями легкой степени, удовлетворительные – при НН средней степени, неудовлетворительные – при НН выраженной степени.

У больных с легкой, средней и выраженной степенью невротических нарушений уровень снижения продолжительности утренней скованности составила 2,6, 2,9 и 2,8 раза (в контрольной группе - 1,8 раз), болевого индекса – 1,9, 2,2 и 2,1 раза (в контрольной группе -1,2 раза) и индекса П.Ли – 2,3, 2,2 и 1,9 раза (в контрольной группе -1,5 раз). В основной группе больных после курса лечения степень повышения манипуляционной способности кистей составила – 1,2, 1,4 и 1,3 раза, а в контрольной – 1,2 раза.

Эффективность ПТЛ также оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). По ВАШ определяли выраженность боли в пораженных суставах в покое и при движениях, оценку пациентом общего состояния своего здоровья. Отмечена позитивная динамика при выполнении больным обычных движений, что способствовало улучшению общего состояния больного в целом. Следовательно, выбранный дифференцированный подход к лечению невротических нарушений у больных РА оправдывает свое применение.

После курса комплексного лечения с применением ПТЛ 62,3% больных результат лечения оценили как положительный (хороший), 26,2% - как удовлетворительный и 11,5% - как неудовлетворительный, в контрольной группе эти результаты отмечали соответственно: у 52,2; 37,0 и 10,8% больных. При этом необходимо отметить, что ПТЛ в основном было назначено тяжелой категории (по соматическим показателям) больных. В этой группе по сравнению с лицами с контрольной группы преобладали больные с высокой степенью активности патологического процесса (определялась по DAS 28), лица с продолжительностью заболевания более 10 лет, пациенты с функциональным классом II, III, IV степени и инвалиды.

Выводы

Выбор лечения невротических нарушений у больных РА должен исходить от степени их выраженности. При НН легкой степени в комплексную терапию должны входить общеукрепляющие методы, средней степени – седативные средства, а при выраженной степени – транквилизаторы или антидепрессанты (в малых дозах и коротких курсах). Присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов, в первую очередь, способствует более быстрому снижению невротической напряженности и улучшению общего состояния больных, что создает благоприятный психо-эмоциональный фон для продолжения дальнейшего лечения. Методы ПТЛ оказывают болеутоляющее и седативное действие, и способствуют усилению анальгетического эффекта НПВП. Поэтому при их назначении, по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное улучшение ряда показателей суставного синдрома, и при этом, особенно ощутима динамика снижения боли и улучшения общего состояния больных по

ВАШ. Применение ПТЛ уменьшает клинику ситуационных психогенных реакций на противовоспалительные препараты, в частности, на ГКС. ПТЛ безопасно в отношении развития нежелательных явлений. Нами не отмечено изменение АД, пульса, частоты дыхания у больных, не было больных с развитием гастралгией, сердечных и головных болей. ПТЛ также обладает миорелаксирующим действием и улучшает двигательную активность, что открывает перспективы их широкого применения при лечении хронических поражений суставов.

Применение ПТЛ оправдано еще и тем, что до сих пор (к сожалению), вопросам реабилитации РА уделяется мало внимания. Редко используются ортезы для суставов и другие специальные приспособления, которые облегчают выполнение тех или иных функций: толстые ручки у столовых приборов, высокий стул, кровать, сидение для унитаза, дополнительные ручки в ванной комнате и т.д. [3;5].

Список литературы:

1. Абдуллаев Р.Б., Ходжаев Ш.О. Эпидемиологические особенности РЗ у женщин фертильного возраста проживающих в условиях экологического неблагополучия. // Актуальные проблемы ревматологии: тез. конф. - Ташкент. 2004. с. 5-6.

2. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства. М. «М»1993. 400с.

3. Амирджанова В.Н. РА с позиций оценки качества жизни больных. Тер. архив.2007, т.79, 5, 9-15.

4. Большакова Т.Ю., Галушко Е.А. Распространенность ревматических заболеваний по данным эпидемиологического исследования. // Научно-практическая ревматология. №2, 2008. - С. 2-8.

5. Грачев Ю.В. Пограничные, когнитивные и другие виды психических нарушений у больных с системными ревматическими заболеваниями. Учебное пособие. М. 2005. – 32 С.

УДК 616.12-008.331-073.97

**Авхадиева М.А., Коряков А.И., Жданова Т.В.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНДЕКСА СОКОЛОВА-ЛАЙОНА,
КОРНЕЛЬСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ И КОРНЕЛЬСКОГО
ПРОИЗВЕДЕНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1
СТЕПЕНИ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Avkhadieva M.A., Koryakov A.I., Zhdanova T.V.