

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

А.Э. ТОИРОВ, К.Р. АБДУШУКУРОВА, Э.С. ТОИРОВ, Л.Х. ТАШИНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

РЕВМАТОИД АРТРИТИ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ВА ПАРАКЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

А.Э. ТОИРОВ, К.Р. АБДУШУКУРОВА, Э.С. ТОИРОВ, Л.Х. ТАШИНОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

EFFICIENCY OF TREATMENT OF CLINICAL AND PARACLINIC MANIFESTATIONS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

A.E. TOIROV, K.R. ABDUSHUKUROVA, E.S. TOIROV, L.Kh. TASHINOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ревматоид артрити (РА) касаллигида 168 беморнинг асаб холати ўрганилиб, 65,6% беморда: 22,6% - энгил, 31,7% - ўртача, 14,9% – оғир даражадаги асаб бузилишлари (АБ) аниқланган. Энг кўп – 61,3% астеновегетатив бузилишлар қайд этилган. Астеновегетатив симптомлар 24,4% беморларда эмоционал, 14,3% - ипохондрик, 9,5% - истерик ва 4,8% - бозланиб қолиш белгилари билан биргаликда кечган. Энгил даражадаги АБларида комплекс даволаш умумий қувват берувчи, физиотерапия ва жисмоний терапия машқлари, ўртача даражали АБларида – седатив воситалар (новопассит, седавит, глицин, адаптол), оғир даражадаги АБларида – антидепрессантлар қўлланилган. Даволаш курсидан (10-21 кун) кейин 66 (54,1%) беморда невротик симптомларнинг тўлиқ, 44 (36,1%) нафарида – қисман редукцияси кузатилган. 12 (9,8%) беморда невротик бузилишлар яхшиланмаган. Комплекс даво курсидан кейин 11,5% беморларда даво самараси қониқарсиз, 26,2% беморда – қониқарли ва 62,3% беморда – яхши сифатида баҳоланган. Назорат гуруҳида (АБ аниқланмаган 46 бемор) бу натижалар мос равишда 10,8, 37,0 и 52,2% ҳолатда аниқланган.

Калим сўзлар: ревматоид артрити, невротик ва асаб бузилишлари, психотерапия, даво самараси.

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 asteno-vegetative 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, glycine, 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. After the course of complex treatment in 11.5% of patients the result was assessed as unsatisfactory, 26.2% - satisfactory and 62.3% - positive. In the control group (46 patients without ND), these results were obtained respectively in 10.8, 37.0 and 52.2% of patients.

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

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;10;11;12;16]. Больные РА имеют очень мало шансов восстановить трудоспособность и возвратиться к работе и весьма низко оценивают качество своей жизни по всем его параметрам [3;9]. Многолетнее и длительное течение РА приводит к нарушению образа жизни больных, смене интересов, снижению социально-

го 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;6].

Для лечения психосоматических нарушений рекомендован ряд фармакологических и нефармакологических методов.

Распределение больных РА в зависимости от пола и возраста

Пол		Возраст, лет			Давность, годы			
Муж	Жен	16-30	31-50	50-75	0,5-1	1-5	5-10	10-15
55	113	47	77	44	21	54	45	48

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 [14;15].

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 работы явилось изучение клинической эффективности методов психотропного лечения (ПТЛ) в комплексной терапии больных ревматоидным артритом.

Материал 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 [13;14;15].

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, дик-

лофенак, 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, далагил 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 и обсуждение. 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 (табл.2).

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).

Таблица 2.

Сравнительная характеристика больных (до начало лечения)

Показатели	Степень невротических нарушений			
	0	I	II	III
Всего	46 (100,0%)	38 (100,0%)	59 (100,0%)	25 (100,0%)
Астеновегетативные нарушения	-	26 (68,4%)	55 (93,2%)	22 (88,0%)
Эмоциональные нарушения	-	4 (10,6%)	17 (28,8%)	20 (80,0%)
Ипохондрические нарушения	-	2 (5,3%)	9 (15,3%)	14 (56,0%)
Истерические нарушения	-	7 (18,4%)	4 (6,8%)	5 (20,0%)
Навязчивые нарушения	-	1 (2,6%)	1 (1,7%)	6 (24,0%)

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.

Таблица 3.

Динамика показателей суставного синдрома в зависимости от вида психокорректирующей терапии

Показатели	ПТЛ			Контрольная группа
	I группа	II группа	III группа	
Утренняя скованность, мин.	$108,8 \pm 11,3$ $41,8 \pm 4,8^{**}$	$113,0 \pm 8,7$ $38,5 \pm 3,0^{**}$	$165,0 \pm 12,0$ $59,8 \pm 5,3^{**}$	$94,1 \pm 10,1$ $51,5 \pm 7,5^{**}$
Болевой индекс, б.	$2,1 \pm 0,1$ $1,1 \pm 0,1^{*}$	$2,2 \pm 0,1$ $1,0 \pm 0,1^{*}$	$2,5 \pm 0,1$ $1,2 \pm 0,1^{**}$	$2,1 \pm 0,1$ $1,8 \pm 0,1$
Число болезненных суставов	$8,3 \pm 0,7$ $3,6 \pm 0,3^{**}$	$9,8 \pm 0,6$ $4,5 \pm 0,3^{**}$	$10,9 \pm 0,7$ $6,1 \pm 0,6^{*}$	$7,7 \pm 0,6$ $4,5 \pm 0,5^{*}$
Индекс П. Ли, б.	$12,2 \pm 1,1$ $5,4 \pm 0,6^{**}$	$14,8 \pm 0,8$ $6,6 \pm 0,5^{**}$	$17,5 \pm 0,8$ $9,4 \pm 0,6^{**}$	$12,7 \pm 0,8$ $8,5 \pm 0,7^{*}$
Манипуляционная способность кистей, %	$75,6 \pm 3,2$ $93,7 \pm 2,0^{*}$	$66,6 \pm 2,5$ $90,2 \pm 1,7^{*}$	$66,2 \pm 2,5$ $87,2 \pm 2,0^{*}$	$77,7 \pm 2,9$ $92,1 \pm 2,0^{*}$
Боль по ВАШ, мм	$68,8 \pm 6,1$ $31,8 \pm 3,2^{**}$	$72,3 \pm 5,1$ $36,2 \pm 3,7^{**}$	$79,0 \pm 7,1$ $44,5 \pm 4,2^{**}$	$65,1 \pm 6,2$ $51,5 \pm 7,5$
Оценка состояния больных по ВАШ, мм	$71,1 \pm 6,3$ $41,8 \pm 4,3^{*}$	$76,5 \pm 6,2$ $46,1 \pm 4,4^{*}$	$82,0 \pm 7,4$ $54,5 \pm 5,8^{*}$	$70,1 \pm 7,0$ $61,4 \pm 5,5$

Примечание: * - по сравнению с данными у больных до стационарного лечения (*-P<0,05; **- P<0,02). В числителе до, в знаменателе – после стационарного 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.

Комплексное лечение с применением ПТЛ привело к положительной динамике и ряда клинических показателей (табл.3).

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 резуль-

таты отмечали соответственно: у 52,2; 37,0 и 10,8% больных (табл.4). 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.

Таким образом, 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 психоэмоциональный 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.

Таблица 4.

Оценка результатов лечения по улучшению функционального состояния пациентов

Показатели	Степень невротических нарушений			
	0	I	II	III
Эффект лечения				
Хорошее	24 (52,2%)	26 (68,4%)	36 (61,0%)	14 (56,0%)
Удовлетворительное	17 (37,0%)	8 (21,1%)	17 (28,8%)	7 (28,0%)
Неудовлетворительное	5 (10,8%)	4 (10,5%)	6 (10,2%)	4 (16,0%)

Применение ПТЛ оправдано еще и тем, что до сих пор (к сожалению), вопросам реабилитации РА уделяется мало внимания. Редко используются протезы 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;6;10;15].

Литература:

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.
6. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации РА. Научно-практическая ревматология. 2008, 1, 5-16
7. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/ELUAR 2010 – шаг вперед к ранней диагностике. // Научно-практическая ревматология. 2011. №1. С.10-15.
8. Коршунов Н.И., Речкина Е.В., Яльцева Н.В. Оценка работы поликлиники больными РА. Ревматология. 2006. №4. С. 53-58
9. Насонов Е.Л. РА как общемедицинская проблема. Тер. архив. 2004, 5, 3-7
10. Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. Коморбидность у больных ревматоидным артритом. // Научно-практическая ревматология. 2015. №2 (53). С.149-154.
11. Распространенность ревматоидного артрита в России. / Е.А.Галушко, Ш.Ф.Эрдес и др. // Тер. архив. 2010. №5. С.9-14
12. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с.
13. Тоиров Э.С. и соавт. Диагностика и лечение пограничных нервно-психических нарушений у больных ревматическими заболеваниями. Э.С.

Тоиров, Т.С. Солиев, Х.А. Аминов. Методические рекомендации. Ташкент 2004. 21 С.

14. Тоиров Э.С., Имамов А.Х. Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом. Клиническая медицина. 2010. №1. С.49-53.
15. Ткаченко Е.В., Найденова Ю.Л. Нейропсихологические характеристики депрессии у пациентов ревматоидным артритом. // Международный неврологический журнал. 2015. №6 (76). С. 23-27.
16. Шукурова С.М., Ахунова М.Ф., Абдуллаев М.Ф. и др., Характеристика ревматологической патологии в Республике Таджикистан на стационарном этапе. // Научно-практическая ревматология. №5, 2014.- С. 530-534.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

А.Э. ТОИРОВ, К.Р. АБДУШУКУРОВА,
Э.С. ТОИРОВ, Л.Х. ТАШИНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

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. После курса комплексного лечения у 11,5% больных результат был оценен как неудовлетворительный, у 26,2% - удовлетворительный и у 62,3% - положительный. В контрольной группе (46 больных без НН) эти результаты были получены соответственно у 10,8, 37,0 и 52,2% больных.

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