

---

Е.В. Яковлева, М.В. Зюзенков

## ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

---

E.V. Yakovleva, M.V. Zyuzenkov

## PSYCHOVEGETATIVE CORRELATIONS IN RHEUMATIC ARTHRITIS

---

*Минский государственный медицинский институт*

Ревматоидный артрит (РА) — системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, клинически проявляющееся преимущественно хроническим прогрессирующим эрозивным артритом. Несмотря на многочисленные публикации, посвященные проблеме РА, интерес к ней не ослабевает, что обусловлено высокой распространенностью, частым поражением лиц трудоспособного возраста, значительным процентом инвалидизации больных.

РА относится к группе классических психосоматических заболеваний, при которых соматическое всегда опосредовано психическим [4, 6, 11, 17]. Психосоматические взаимоотношения рассматриваются с учетом психовегетативных и психоэндокринных механизмов, ведущих к развитию заболевания [7, 8]. Углубленное изучение вопроса взаимосвязи между психическим и вегетативным подразумевает прежде всего исследование эмоционально-вегетативных соотношений [14].

При изучении вегетативной нервной системы (ВНС) у больных РА всеми авторами выявляется ее дисбаланс, однако сведения о его характере противоречивы. Чаще отмечают преобладание раздражения симпатического отдела вегетативной нервной системы [15]. Имеются сообщения и о снижении тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы, развитии астенического синдрома, а также вегетосенсорных полинейропатий, миелополинейропатий, энцефалопалинейропатий при РА [2, 10].

В работах по исследованию психоэмоционального статуса показано, что РА приводит к формированию у пациентов астении, тревоги, депрессии [9]. Однако в литературе не найдено работ по изучению психовегетативных соотношений при РА. Между тем выяснение характера взаимосвязи психических и вегетативных нарушений важно для понимания патогенеза заболевания и разработки адекватных лечебных мероприятий.

Неоднократное обращение исследователей к проблеме дисфункции ВНС при РА тем не менее не изменило терапевтической тактики, которая по-прежнему в основном направлена на лечение соматического процесса без учета функциональных расстройств.

Мы изучили выраженность и соотношение эмоциональных и вегетативных нарушений при РА, проанализировали связь психовегетативных нарушений с длительностью заболевания, степенью активности, рентгенологической стадией (R-стадией) и степенью функциональной недостаточности суставов (ФНС).

Обследован 51 больной определенным РА, а также 10 практически здоровых лиц в качестве контрольной группы. Среди больных было 46 женщин, 5 мужчин в возрасте 20—65 лет (в среднем  $46,67 \pm 1,36$  года). В контрольной группе — 9 женщин и 1 мужчина в возрасте 23—58 лет (в среднем  $40,20 \pm 3,91$  года). Длительность болезни колебалась от 6 месяцев до 28 лет (в среднем  $7,91 \pm 0,88$  года). Суставная форма РА имела у 42 больных, с системными проявлениями — у 5, в сочетании с остеоартрозом — у 4. Серопозитивный вариант заболевания встречался у 32 пациентов. I степень активности болезни отмечена у 3 больных, II—у 38, III—у 10. Больные РА имели следующие R-стадии (по Штернброкеру): I — у 7, II — у 24, III — у 16, IV — у 4.

У всех пациентов наблюдался медленно-прогрессирующий тип течения РА. С учетом ФНС опорно-двигательного аппарата больные распределились следующим образом: I степень — у 12, II — у 33, III — у 6. Инвалидами II группы являлись 15 человек, III группы — 11.

Психоэмоциональное состояние оценивалось с помощью теста Спилбергера для самооценки ситуативной (реактивной) и личностной (как устойчивой характеристики человека) тревожности [12]. Уровень алекситимии определялся с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), созданной G.J. Taylor и соавт. [1, 16].

Функциональное состояние ВНС изучали с помощью балльного анкетного вопросника и схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений [5], а также метода вариационной пульсометрии, исследовались вариабельность ритма сердца

(ВРС), на формирование которой вместе с нейрогуморальными факторами влияет активность различных отделов ВНС. Изучались следующие показатели ВРС: мода ( $M_0$ ), амплитуда моды ( $AM_0$ ), вариационный размах ( $\Delta X$ ), индекс напряжения (ИН). Кроме указанных общепринятых показателей для более углубленной оценки вегетативного тонуса вычисляли показатель адекватности регуляторных процессов (ПАРП), индекс вегетативного равновесия (ИВР), вегетативный показатель ритма (ВПР) [3, 13].

Данные анкетного вопросника ( $37,20 \pm 1,82$  балла) и схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений ( $36,43 \pm 1,51$  балла), приведенные в табл. 1,

Таблица 1

Показатели анкетных опросников в баллах ( $M \pm m$ )

| Группы     | Реактивная тревожность | Личностная тревожность | TAS                | Вегетативные проявления |                    |
|------------|------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
|            |                        |                        |                    | Анкета 1                | Анкета 2           |
| Больные РА | $51,41 \pm 1,30^*$     | $52,88 \pm 1,04^*$     | $76,26 \pm 1,13^*$ | $37,20 \pm 1,82^*$      | $36,43 \pm 1,51^*$ |
| Контроль   | $37,50 \pm 2,64$       | $40,10 \pm 1,31$       | $58,40 \pm 2,57$   | $14,40 \pm 1,42$        | $20,10 \pm 0,85$   |

\* Достоверность различий показателей по сравнению с контрольной группой ( $P < 0,001$ ).

свидетельствуют о значительных изменениях в вегетативной сфере у больных РА по сравнению с контрольной группой ( $14,40 \pm 1,42$  и  $20,10 \pm 0,85$  соответственно;  $P < 0,001$ ). Клинически вегетативные изменения были представлены в основном астеническими проявлениями (быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, общая слабость) и инсомническими (трудность засыпания, поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями, чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром).

При оценке показателей вариационной пульсометрии выявлены изменения вегетативного тонуса. Полученные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели вариационной пульсометрии ( $M \pm m$ )

| Показатель     | Группы обследованных |                   |
|----------------|----------------------|-------------------|
|                | больные РА           | контрольная       |
| $M_0$ , с      | $0,84 \pm 0,02$      | $0,88 \pm 0,03$   |
| $AM_0$ , %     | $50,59 \pm 1,95^*$   | $32,8 \pm 1,35$   |
| $\Delta X$ , с | $0,20 \pm 0,02^{**}$ | $0,26 \pm 0,01$   |
| ИН, усл. ед.   | $214,96 \pm 20,25^*$ | $73,85 \pm 1,75$  |
| ВПР, усл. ед.  | $8,15 \pm 0,58^*$    | $4,60 \pm 0,26$   |
| ИВР, усл. ед.  | $358,88 \pm 36,27^*$ | $128,31 \pm 1,67$ |
| ПАРП, усл. ед. | $60,02 \pm 2,92^*$   | $37,61 \pm 1,54$  |

Достоверность различий показателей по сравнению с уровнем в контрольной группе: \*  $P < 0,001$ ; \*\*  $P < 0,01$ .

Как видно из таблицы, у больных РА в отличие от контрольной группы отмечается достоверное увеличение таких показателей, как АМО ИН, ВПР, ИВР, ПАРП и уменьшение  $\Delta X$ , что в свою очередь свидетельствует о симпатикотонии с преимущественной активацией в сердечно-сосудистой системе, снижении активности автономного контура регуляции и активации более высоких уровней управления, т.е. о централизации управления.

Результаты психометрического исследования приведены в табл. 1. По данным теста Спилбергера, у больных выявлено достоверное повышение уровня тревожности (более 45 баллов) как личностной ( $52,88 \pm 1,04$  балла), так и реактивной ( $51,41 \pm 1,30$  балла) по сравнению с контрольной группой. При определении уровня алекситимии с помощью TAS установлено его достоверное повышение ( $76,26 \pm 1,13$  балла) в сравнении с контролем.

Данные психометрического тестирования могут свидетельствовать о повышении активности церебрального (надсегментарного) отдела ВНС.

В ходе работы анализировалась связь психоэмоциональных и вегетативных показателей друг с другом, а также зависимость психовегетативных нарушений от длительности РА.

Между показателями реактивной тревожности и индексом напряжения установлена прямая корреляционная связь средней силы ( $r = 0,52$ ;  $P < 0,05$ ), аналогичная связь существует между показателями уровня алекситимии и личностной тревожности ( $r = 0,58$ ;  $P < 0,05$ ).

Данные, полученные при исследовании взаимосвязи психовегетативных нарушений с длительностью болезни, свидетельствуют о наличии прямой корреляционной связи средней силы между длительностью РА и уровнем личностной тревожности ( $r = 0,58$ ;  $P < 0,05$ ), а также между длительностью страдания и уровнем алекситимии ( $r = 0,66$ ;  $P < 0,05$ ), в то время как между показателем реактивной тревожности и длительностью РА имеет место обратная корреляционная связь ( $r = - 0,50$ ;  $P < 0,05$ ). Полученные данные, очевидно, отражают трансформацию острых переживаний, обусловленных возникновением заболевания, в устойчивые характерологические особенности личности.

Анализ психовегетативных изменений в зависимости от степени активности процесса не выявил достоверных различий между показателями тревожности и алекситимии, в то же время при увеличении степени активности от I к III имело место достоверное снижение ИН.

При исследовании изменения психовегетативных показателей в зависимости от стадии рентгенологического процесса РА установлено достоверное снижение реактивной тревожности, ИН и увеличение показателей личностной тревожности, уровня алекситимии по мере прогрессирования костно-суставной деструкции.

При анализе взаимосвязи психоэмоциональных, вегетативных изменений со степенью ФНС выявлено лишь достоверное увеличение показателя алекситимии.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

При РА наблюдаются отчетливые психоэмоциональные и вегетативные нарушения, степень выраженности которых в значительной мере связана как с длительностью заболевания, так и с тяжестью процесса (степенью активности, степенью ФНС, R-стадией).

Исследование психовегетативных соотношений у больных РА выявило прямую корреляционную связь между реактивной тревожностью и ИН.

Выявленные психовегетативные изменения у больных РА требуют проведения соответствующего корригирующего лечения на фоне традиционной терапии РА.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод, пособие / Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева; Сост. Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская и др. — СПб., 1994. — 17 с.*
2. *Асланова С.Н. Поражение нервной системы при некоторых ревматических заболеваниях (клиника, иммунология, нейрофизиология и терапия): Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — Ташкент, 1999. — 40 с*
3. *Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. — М.:Наука, 1984. - 219 с.*

4. Бройтигам Вальтер, Кристиан Пауль, фон Рад Михаэль. Психосоматическая медицина. — М.: ГЭОТАР медицина, 1999. - 376 с.
5. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение /А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, О.В. Воробьева и др. —М.: МИА, 1998. -752 с.
6. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии: Более 700 понятий и дефиниций. - М.: КРОН-ПРЕСС, 1997. - 576 с.
7. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Спец. литература, 1996. — 454 с.
8. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб., 1994. — 245 с.
9. Никольская Е.А. // *Терапевт, архив.* — 1990. — Т. 62, № 10.-С. 109-117.
10. Новикова Е.Я. Состояние соматического и вегетативного отделов нервной системы при ревматоидном артрите: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Ярославль, 1987. — 15с.
11. Психосоматические расстройства (классификация, клиника, диагностика, лечение): Метод, рекомендации / БелГИ УВ; Сост. И.А. Байкова. — Мн., 1999. — 33 с.
12. Психология личности: тесты, опросники, методики /Н.В. Кириева, Н.В. Рябчикова. — М.: Геликон, 1995. — 220 с.
13. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца. - М., 1998.-200 с.
14. Сятковский В.А., Азарова Л.А., Сятковская Н.В., Василенко Л.П. И Мед. новости. — 1999. — № 4. — С. 3 — 8.
15. Умарова Л. С, Мельник В.Л. // Патология нервной системы: Межвуз. темат. сб., посвящ. 60-летию Великого Октября. —Актюбинск, 1977
16. Fernandez A., Sriram T. G., Rajkumar S., Chadrarsekar A.N. // *Psychother. Psychosom.* - 1989. - V. 51, N 1. - P. 45 - 50.
17. Lesser I. M//N. *Engl. J. Med.* - 1985. - V. 312, N 11. - P.690 - 692.

Поступила 08.06.2000