

М.А. Громова*, С.Е. Мясоедова, Е.Е. Мясоедова

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия», кафедра терапии и эндокринологии ИПО, г. Иваново

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Резюме

Одним из наиболее характерных проявлений РА является ХБС. Его особенности и взаимосвязь с наличием тревожно-депрессивных расстройств недостаточно изучены. В результате проведённого исследования установлено, что для больных РА характерна высокая интенсивность боли, которая коррелировала с оценкой больными общего состояния здоровья и существенно не зависела от объективных показателей активности РА. Боль и выраженность тревожно-депрессивных расстройств возрастали с увеличением функционального класса и рентгенологической стадии. Выявлены достоверные корреляционные связи между классом хронической боли по Ван-Корффу и уровнем депрессии.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, тревожно-депрессивные расстройства, ревматоидный артрит.

Abstract

One of the most characteristic manifestations of rheumatoid arthritis is a chronic pain syndrome. Its features and the relationship with the presence of anxiety and depressive disorders insufficiently studied. The study found that patients with rheumatoid arthritis is characterized by high intensity of pain, which related with the assessment of the patient general health and is not significantly dependent on objective indicators of rheumatoid arthritis activity. Pain severity, anxiety and depressive disorders increased with functional class and radiological stage. There were significant correlations between the class of chronic pain by Van-Korff and the level of depression.

Key words: chronic pain syndrome, anxiety and depressive disorders, rheumatoid arthritis.

РА — ревматоидный артрит, ХБС — хронический болевой синдром, КЖ — качество жизни, ФК — функциональный класс, ЧБС — число болезненных суставов, ЧПС — число припухших суставов, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, ВАШ — визуальная аналоговая шкала, ОСЗ — общее состояние здоровья по мнению пациента.

РА — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным воспалительным поражением внутренних органов [6]. Одним из наиболее характерных проявлений РА является ХБС, который возникает уже на ранних стадиях патологического процесса и приводит к существенным функциональным нарушениям, психологическим проблемам и социальным ограничениям, которые значительно ухудшают КЖ пациентов и вызывают социальную дезадаптацию в относительно молодом, трудоспособном возрасте [2, 3]. Несмотря на успехи в лечении РА, именно управление болью имеет наиболее высокий приоритет для пациентов с РА, что отметили 70% из них [8]. ХБС при РА в большинстве случаев имеет смешанный характер и часто представляет собой сочетание скелетно-мышечной (ноцицептивной), нейропатической и психогенной боли [4]. Болевой синдром в данном случае трансформируется из симптома, отражающего повреждение тканей или структур нервной системы, в самостоятельную форму болезни («боль-болезнь»), патогенез которой включает не только механизмы повышения возбудимости ноцицептивных нейронов, но и формирование особых патологических интеграций в структурах, осуществляющих регу-

ляцию болевой чувствительности и развитие психологических нарушений, искажающих конечное восприятие боли [5, 7]. Данные по распространённости психоэмоциональных нарушений среди пациентов с РА с хронической болью колеблются от 30 до 87% [4]. Особое значение придаётся тревожно-депрессивным состояниям, которые значительно утяжеляют течение заболевания, являются одной из причин ухудшения КЖ больных, в существенной степени нарушая адаптационные возможности и социальное функционирование, снижая приверженность лечению, участие в реабилитационных программах.

Цель исследования: выявить у больных РА особенности ХБС и оценить его взаимосвязь с наличием тревожно-депрессивных расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследован 101 пациент, в 92,1% — женщины, с достоверным РА (по критериям АКР, 1987) без сердечно-сосудистых заболеваний и другой тяжёлой сопутствующей патологии. Средний возраст больных составил $60,6 \pm 11,8$ года. Средняя продолжительность РА — $6,6 \pm$

* Контакты. E-mail: margarita-gromov@mail.ru. Телефон: (4932) 30-17-66

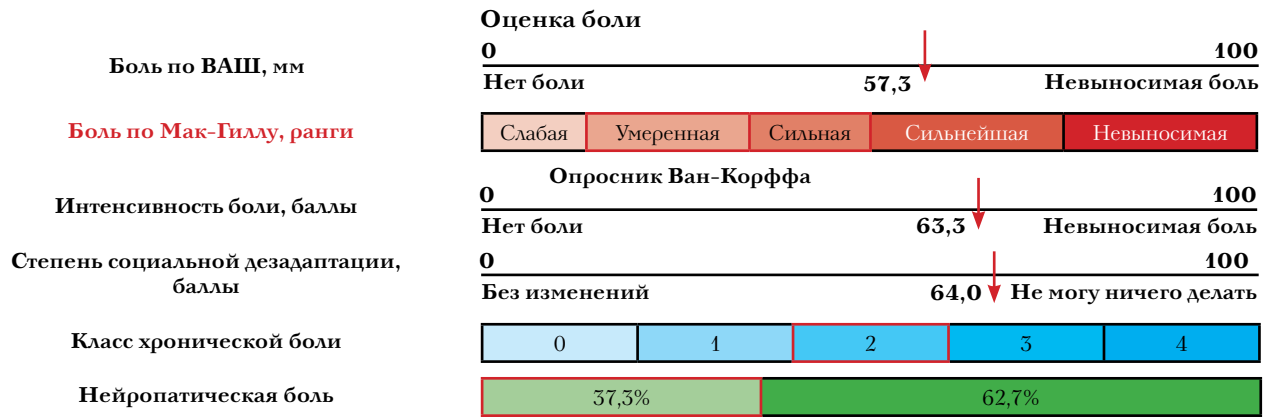


Рисунок 1. Характеристика боли по различным опросникам

8,8 года. У 32% пациентов отмечен ранний РА длительностью до 1 года. Серопозитивный вариант был у 67,3%, системные проявления — у 16,8% пациентов. У большинства больных наблюдалась 2–3 степень активности по DAS28 (Disease Activity Score 28 — индекс активности болезни), II–III ФК. В 97% случаев больные получали лечение базисными препаратами, из них 76% — метотрексат, в средней дозе $9,4 \pm 5,7$ мг. На момент обследования глюкокортикостероиды получали 37,6% пациентов, в средней дозе $4,1 \pm 6,7$ мг. В постоянном приёме нестероидных противовоспалительных препаратов нуждались 71,3% больных. Для оценки активности и тяжести заболевания вычислялся DAS28 в соответствии с рекомендациями EULAR (Европейская антиревматическая лига) — по формуле: $DAS28 = 0,56 \cdot \sqrt{ЧБС28} + 0,28 \cdot \sqrt{ЧПС28} + 0,70 \cdot \ln(COЭ) + 0,014 \cdot OCЗ$, где ЧБС28 — число болезненных суставов из 28 возможных (проксимальные межфаланговые — 10, пястно-фаланговые — 10, лучезапястные — 2, локтевые — 2, плечевые — 2, коленные — 2); ЧПС28 — число припухших суставов из 28 возможных. Способ оценки индекса: значение $DAS28 \leq 3,2$ соответствует минимальной степени активности РА, $3,2 < DAS28 \leq 5,1$ — средней, $DAS28 > 5,1$ — высокой. Для оценки выраженности ХБС использовались ВАШ, опросники Ван-Корффа (с оценкой интенсивности болевого синдрома, уровнем социальной дезадаптации, класса хронической боли), МакГилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire). Для коли-

чественной оценки степени выраженности нейропатической боли применяли опросник DN4 (диагностический опросник нейропатической боли). Оценка ФК осуществлялась с помощью анкеты оценки здоровья (HAQ) и функционального индекса (FDI). Диагноз фибромиалгии установлен согласно критериям ACR (1990). Для оценки и выявления психоэмоциональных расстройств применялись специальные психологические тесты и опросники: госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS), опросник CES-D (Center of Epidemiological Studies of USA-Depression), шкала оценки депрессии Бека. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики, непараметрического и корреляционного анализа в программе Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Интенсивность боли по ВАШ варьировала от 10 до 100 мм, в среднем составила $57,3 \pm 20,3$ мм (рис. 1). По опроснику Ван-Корффа боль у большинства пациентов соответствовала 2 классу, характеризовалась высокой интенсивностью (в среднем 63,3%), средним уровнем дезадаптации (63,8%) и лёгкой нетрудоспособностью (2,33 дня). По МакГилловскому болевому опроснику у 71% пациентов наблюдалась умеренная и сильная боль, 17% больных испытывали боль высоких рангов: сильную и

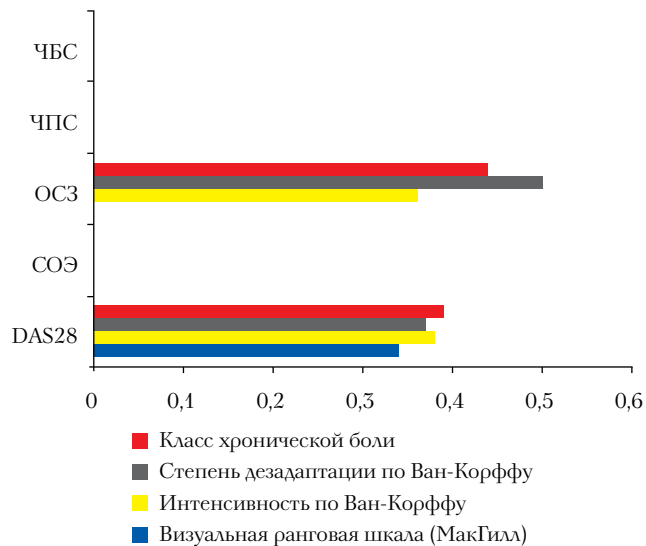


Рисунок 2. Тревожно-депрессивные расстройства у больных РА

сильнейшую. Нейропатический компонент боли по данным опросника DN 4 выявлен у 37,3% пациентов. При клиническом обследовании у 1 больной была выявлена вторичная фибромиалгия на фоне раннего серонегативного РА (длительность анамнеза 5 месяцев), с высокой активностью (DAS28 5,47). Выявлены локальная болезненность в области пальпации 18 болезненных точек, характерных для фибромиалгии, наличие сильной боли по всем используемым опросникам, а также сочетание этих симптомов с чувством постоянной тревоги на фоне нарушений сна. Характеристика тревожно-депрессивных расстройств представлена на рис. 2. По данным опросника CES-D, депрессивные расстройства были выявлены у 30% больных, большинство из которых имели лёгкую депрессию; пациенты с депрессией средней и тяжёлой степени встречались значительно реже. По данным теста Бека, пациенты испытывали депрессию в 36% случаев, у 2/3 из них отмечалась мягкая депрессия, 1/3 составили пациенты с мягко-умеренной и умеренно-сильной депрессией. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS у пациентов выявлена тревога в 58% и депрессия в 59% случаев: субклинически выраженные тревога и депрессия наблюдались соответственно у 37% и 32% больных, клинически выраженная тревога и депрессия у 22% и у 28% пациентов соответственно, что потребовало консультации психотерапевта (рис. 2). Для оценки вклада активности воспаления в интенсивность боли оценили взаимосвязь DAS28 и его составляющих с характеристиками боли по различным опросникам (рис. 3). Установлены корреляции DAS28 с различными параметрами болевого синдрома. В связи с этим проанализированы корреляционные связи различных компонентов DAS28 с параметрами болевого синдрома. Выяснилось, что выраженность боли не была связана с ЧБС, ЧПС и СОЭ — объективными данными активности артрита. В тоже время выявлены множественные корреляции между компонентом DAS28, субъективно оцениваемым пациентом, — ОСЗ с показателем визуальной ранговой шкалы опросника МакГилла ($r = 0,29$ $\rho = 0,01$) и характеристиками опросника Ван-Корффа — интенсивностью боли ($r = 0,36$ $\rho = 0,01$), степенью дезадаптации ($r = 0,5$ $\rho = 0,01$), классом хронической боли ($r = 0,44$ $\rho = 0,01$). При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная прямая зависимость между показателями опросников МакГилла, Ван-Корффа и уровнем тревоги ($r = 0,26$ $\rho = 0,01$) и депрессии ($r = 0,28$ $\rho = 0,01$) по шкале HADS, опроснику CES-D ($r = 0,4$ $\rho = 0,01$), тесту Бека ($r = 0,3$ $\rho = 0,027$). Отмечено, что у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами был выше индекс функциональной активности в опроснике HAQ, чаще встречался ФК III и поздние (III–IV) рентгенологические стадии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для больных РА характерна высокая интенсивность боли, средний уровень социальной дезадаптации и лёгкая степень нетрудоспособности, которые коррелировали с субъективной оценкой больными ОСЗ и существен-



$$DAS28 = 0,56 \cdot \sqrt{ЧБС28} + 0,28 \cdot \sqrt{ЧПС28} + 0,70 \cdot \ln(СОЭ) + 0,014 \cdot ОСЗ$$

Рисунок 3. Корреляции параметров ХБС с DAS28 и его компонентами

но не зависели от объективных показателей активности РА. Выявленность боли и тревожно-депрессивные расстройства не имели тесных связей с показателями активности, но возрастали с увеличением ФК и рентгенологической стадии. Выявлены достоверные корреляционные связи между классом хронической боли по Ван-Корффу и уровнем депрессии.

Ⓐ

Список литературы

1. Алексеев В.В., Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф. Болевой синдром при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. 2011. № 6. С. 32–35.
2. Амирджанова В.Н. Перспективы улучшения качества жизни больных ревматоидным артритом при применении полностью человеческих моноклональных антител к фактору некроза опухоли альфа // Научно-практическая ревматология. 2008. № 3. С. 49–53.
3. Андрианова И.А., Кричевская О.А. и др. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом (результаты 1 этапа многоцентрового исследования качества жизни при ревматоидном артрите — МИ-РАЖ // Научно-практическая ревматология. 2006. № 2. С. 11–17.
4. Лисенко Г.И., Ткаченко В.И. Психосоциальные аспекты хронической боли у больных ревматоидным артритом // Здоровье Украины. 2006. № 17. С. 2–3.
5. Морозова О.Г., Ярошевский А.А. Нейропатическая боль: взгляд невролога // Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции. Т. 4. 2-е изд., испр. и доп. Донецк: Заславский А.Ю., 2012. С. 347–365
6. Ревматология: клинические рекомендации. Под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 752 с.
7. Bouhassira D., Attal N., Alchaar H. et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) // Pain. 2005. Vol. 114. P. 29–36.
8. Heiberg G.T., Kvien T.K. Patient perspective in outcome assessments — perceptions or something more? // J. Rheumatol. 2003. Vol. 30. P. 873–876.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.