

УДК: 616.72-002.77+616.839

Оценка вегетативных изменений у больных ревматоидным артритом на основе применения опросника А.М. Вейна

Г.Н. Кошукова

*Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», Симферополь***Ключевые слова:** автономная нервная система, вегетативные расстройства, ревматоидный артрит

В настоящее время установлено, что хронические заболевания, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом, в том числе ревматоидный артрит (РА), способны вызывать существенные расстройства психического состояния больных. Данные по распространенности психоэмоциональных нарушений среди пациентов с хронической болью колеблются от 30 до 87%. Некоторые исследователи считают психоэмоциональные нарушения ведущим фактором в снижении работоспособности у больных с хронической болью и наиболее значимой мотивацией при обращении за медицинской помощью [1, 2, 3].

Одной из причин психоэмоциональных расстройств при РА являются нарушения деятельности вегетативной нервной системы (ВНС). Многочисленными исследованиями показано, что длительное воздействие патологического фактора приводит к напряжению, а затем и к истощению нервных центральных и периферических механизмов регуляции и управления, что вызывает нарушение вегетативного баланса и изменение психосоматического состояния личности [4,5,6].

Развитие вегетативных дисфункций (ВД) утяжеляет течение основного соматического заболевания. Считается, что вегетативные расстройства приводят к снижению порога чувствительности боли вследствие дисфункции высших вегетативных центров подкорки и изменения функционального состояния коры головного мозга. При этом снижение порога болевой чувствительности может приводить к тому, что обычная физиологическая импульсация, например, от сердца, воспринимается

как боль [7]. Установлено, что чем более выражены невротические расстройства больного, тем выше у него интенсивность кардиалгического синдрома, значительнее распространённость болезненности мягких тканей и вегетативных точек на левой половине грудной клетки, более выражены функциональные расстройства вообще и со стороны сердечно-сосудистой системы в частности [8].

Однако на первичном этапе оказания медицинской помощи проявления ВД игнорируются, несмотря на то, что их влияние на процесс купирования боли достаточно значимо [9], что требует тщательной детализации проявлений ВД с целью последующей коррекции.

Цель работы

Целью данной работы явилась оценка вегетативных изменений у больных РА на основе применения опросника А.М. Вейна.

Материал и методы:

Оценка вегетативных изменений по опроснику А.М. Вейна (1991) проведена у 410 больных РА и 62 практически здоровых лиц. Пациенты и здоровые лица самостоятельно заполняли опросник. На основе опросника А.М. Вейна определяли наличие и выраженность синдрома вегетативной дистонии (СВД) [10], а также устанавливали тип вегетативного статуса, т.е. симпатикотонию, ваготонию или эйтонию [11].

Частота встречаемости субъективных ощущений

Признаки вегетативной дистонии у больных РА (частота)

Показатели	Контрольная группа (n=62)		Больные РА (n=410)		Статистическая значимость различий (p)
	Абс.	%	Абс.	%	
1. Склонность при любом волнении:					
к покраснению лица	4	6.45	252	61.46	<0.001
к побледнению лица	1	1.61	29	7.07	<0.01
2. Онемение или похолодание:					
пальцев кистей, стоп	7	11.29	220	53.66	<0.001
целиком кистей, стоп	1	1.61	88	21.46	<0.001
3. Изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность):					
пальцев кистей, стоп	5	8.06	193	47.07	<0.001
целиком кистей, стоп	1	1.61	47	11.46	<0.001
4. Повышенная потливость	9	14.52	146	35.61	<0.001
5. Ощущения сердцебиения, «замирания», «остановки сердца»	14	22.58	249	60.73	<0.001
6. Ощущения затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание	8	12.90	190	46.34	<0.001
7. Нарушение функции пищеварения: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, боли	11	17.74	231	56.34	<0.001
8. Обмороки в душном помещении, при волнении, длительном пребывании в вертикальном положении	1	1.61	105	25.61	<0.001
9. Приступообразные головные боли	15	24.19	249	60.73	<0.001
10. Снижение работоспособности, быстрая утомляемость	16	25.81	357	87.07	<0.001
11. Нарушения сна:	8	12.9	292	71.22	<0.001
трудность засыпания	6	9.68	144	35.12	<0.001
поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями	4	6.45	208	50.73	<0.001
чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром	3	4.84	187	45.61	<0.001

больных РА, характерных для СВД, представлена в табл. 1. Из этой таблицы следует, что у больных РА склонность к покраснению лица была отмечена у 61.5% (в контрольной группе – 6.5%, $p < 0.001$), к приступообразные головные боли – 60.7% (в контрольной группе – 24.2%, $p < 0.001$), снижение работоспособности, быстрая утомляемость – 87.1% (в контрольной группе – 25.8%, $p < 0.001$) и нарушения

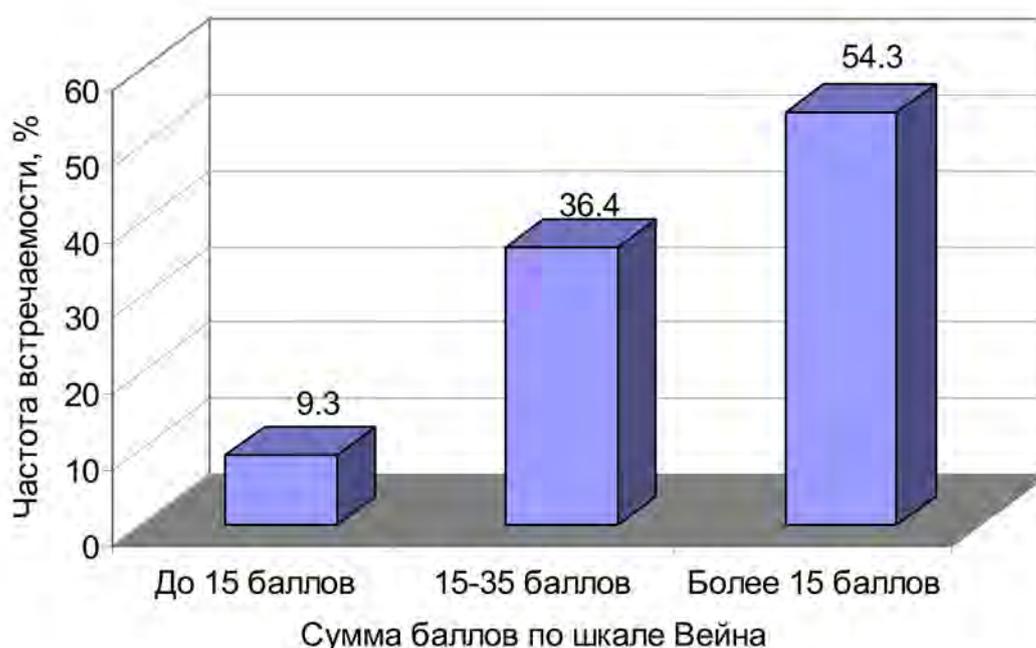


Рис. 1. Выраженность вегетативной дистонии по шкале А.М. Вейна у больных РА на амбулаторном этапе

Распределение типов вегетативного тонуса у больных РА

Тип тонуса ВНС	Контрольная группа (n=62)		Больные РА (n=410)		Статистическая значимость различий (p)
	Абс.	%	Абс.	%	
Эйтонический	37	59.68	23	5.71	<0.001
Ваготонический	7	11.29	41	10.00	>1.0
Симпатикотонический	18	29.03	346	84.29	<0.001

баллов соответственно) выявил статистически значимое преобладание вегетативных нарушений у женщин ($p < 0,001$).

Вегетативные расстройства у больных РА не зависели от длительности заболевания, хотя некоторая тенденция к росту количественного выражения СВД отмечалась: в первые 5 лет болезни ($n=129$) показатель СВД составил 33.69 ± 3.01 баллов, при длительности заболевания 5-10 лет ($n=178$) – 35.57 ± 1.79 баллов и при длительности болезни более 10 лет ($n=103$) – 37.41 ± 2.40 баллов. С другой стороны, вегетативные расстройства, при их количественном выражении, четко обуславливались активностью воспалительного процесса: при ремиссии ($n=155$) показатель СВД равнялся 26.86 ± 1.78 баллам, при низкой степени активности ($n=143$) – 36.14 ± 1.31 баллам и при средней степени активности воспаления ($n=112$) – 41.72 ± 1.68 баллам (все градации активности воспаления статистически значимо различались между собой).

Из табл. 2 вытекает, что при РА исходный эйтонический вариант вегетативного тонуса встречался у

23 (5.71%), ваготонический вариант – у 41 (10.0%) и симпатотонический вариант – у 346 (84.3%) больных. В контрольной группе эйтонический тип вегетативного статуса определен у 37 (59.7%), ваготонический тип – у 7 (11.3%) и симпатикотонический тип – у 18 (29.0%) человек. Различия между больными и здоровыми лицами по частоте встречаемости эйтонического и симпатотонического типов тонуса были статистически значимы ($p < 0.001$).

Следовательно, у больных РА преобладал симпатикотонический вариант, а у практически здоровых лиц – эйтонический вариант тонуса ВНС (рис. 2).

Анализ состояния вегетативного тонуса в зависимости от срока заболевания (табл. 3) позволил установить следующее. Эйтонический тип тонуса обычно определялся у больных со сроком болезни до 5 лет – в 14.3% случаев, что было достоверно чаще в сравнении с длительностью болезни 5-10 лет – 2.3% ($p < 0.001$) и более 10 лет – 1.8% ($p < 0.001$). Ваготонический тип тонуса чаще диагностировался у больных с длительностью болезни более 10 лет – в 18.2% случаев, что достоверно превышало ча-

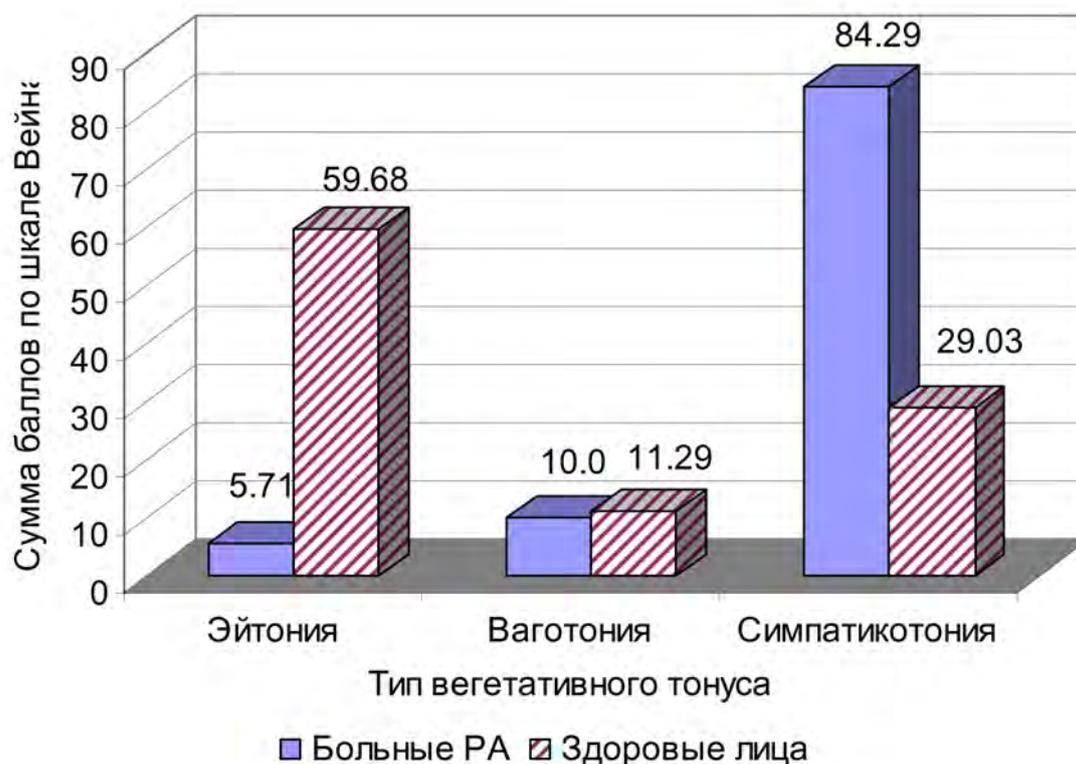


Рис. 2. Тонус вегетативной нервной системы у больных РА на амбулаторном этапе и у здоровых лиц

Табл. 3

Тонус вегетативной нервной системы у больных РА в зависимости от длительности болезни (частота, %)

Тип тонуса	Длительность заболевания (n=410)			Контрольная группа (n=62)
	До 5 лет (n=129)	5-10 лет (n=178)	Более 10 лет (n=103)	
Эйтонический	8 (14.29%) *	4 (2.33%) *#	2 (1.82%) *#	37 (59.68%)
Ваготонический	13 (2.38%) *	17 (9.30%) #	19 (18.18%) #•	7 (11.29%)
Симпатикотонический	107 (83.33%) *	157 (88.37%)*	82 (80.00%)*	18 (29.03%)

Примечание. * – статистические значимые различия в сравнении с контрольной группой ($p < 0.001$, кроме ваготонического типа у больных до 5 лет – $p < 0.05$), # – в сравнении со сроком болезни до 5 лет ($p < 0.001$, кроме ваготонического типа у больных 5-10 лет – $p < 0.01$), • – в сравнении со сроком болезни 5-10 лет ($p < 0.05$).

Табл. 4

Тонус вегетативной нервной системы у больных РА в зависимости от активности воспалительного процесса (частота, %)

Тип тонуса	Активность воспалительного процесса (n=410)			Контрольная группа (n=62)
	Ремиссия (n=155)	Низкая (n=143)	Средняя (n=112)	
Эйтонический	27 (17.14%) *	4 (2.90%) *##	0 (0%) *##•	37 (59.68%)
Ваготонический	4 (2.86%)	17 (11.59%) #	16 (13.89%) #	7 (11.29%)
Симпатикотонический	124 (80.00%)*	122 (85.51%)*	96 (86.11%)*	18 (29.03%)

Примечание. * – статистические значимые различия в сравнении с контрольной группой (во всех случаях $p < 0.001$), # – в сравнении с ремиссией (## – $p < 0.001$, # – $p < 0.005$), • – в сравнении с низкой степенью активности воспаления ($p < 0.05$).

стоту встречаемости такого тонуса у больных с длительностью болезни 5-10 лет – 9.3% ($p < 0.05$) и до 5 лет – 2.4% ($p < 0.001$).

Различия между частотой встречаемости ваготонического типа тонуса у больных с длительностью заболевания до 5 лет и 5-10 лет также были статистически значимыми ($p < 0.01$). Из табл. 3 следует, что при любом сроке заболевания симпатотонический тонус преобладал над другими видами тонуса, но его количество было минимальным при длительности болезни более 10 лет – 80.0% случаев, а максимальным – при длительности болезни 5-10 лет – 88.4% случаев.

В какой-то мере тонус вегетативной нервной системы у больных РА зависел от степени активности заболевания, что продемонстрировано в табл. 4. Так, эйтонический тип тонуса чаще встречался при ремиссии – в 17.1% случаев, чем при низкой степени активности – в 2.9% случаев ($p < 0.001$) и не встречался при средней активности воспаления ($p < 0.001$).

В свою очередь, при ремиссии редко встречался ваготонический тип тонуса – в 2.9% случаев, а при низкой и средней активности почти одинаково часто – в 11.6% ($p < 0.005$) и 13.9% ($p < 0.005$) случаев соответственно. Следовательно, удлинение сроков болезни и увеличение активности воспаления приводило к уменьшению нормального эйтонического тонуса и наращиванию ваготонического тонуса, что могло свидетельствовать о преобладании тормозных процессов и истощении компенсаторных механизмов нервной регуляции.

Таким образом, по результатам анкетного тестирования у 90.7% больных РА выявлен СВД, который

у более половины пациентов (54.3%) имел выраженный характер. Выраженность вегетативных расстройств зависела от активности воспалительного процесса – чем активнее воспаление, тем более выражены вегетативные нарушения. У 84.3% больных РА определен симпатикотонический вариант тонуса ВНС при минимальной (5.6%) встречаемости нормального эйтонического тонуса. Удлинение сроков болезни и увеличение активности воспаления приводило к увеличению частоты встречаемости ваготонического тонуса, что свидетельствовало о наращивании тормозных процессов в нервной системе и истощении компенсаторных механизмов нервной регуляции.

Литература

1. Лысенко Г.И. Проблема боли в общеврачебной практике: уч.-метод. пособие для семейных врачей / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко. – К.: Медкнига, 2007. – 196 с.
2. Клинические рекомендации. Ревматология / [под ред. Насонова Е.А.]. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2005. – 288 с.
3. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 7. – С. 3-11.
4. Баяевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний / Р.М. Баяевский, А.П. Берсенева. – М.: Медицина, 1997. – 27 с.
5. Губачев Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – А.: Медицина, 1981. – 214 с.
6. Luthrenoo W. Cardiovascular autonomic nervous system dysfunction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus / W. Luthrenoo, P. Ruitanaumpawan, A. Aramrattana [et al.] // Q. J. M. – 1999. – Vol. 92, № 2. – P.97-102.
7. Гордон И.Б. Церебральные и периферические вегетативные расстройства в клинической кардиологии / И.Б. Гордон, А.И. Гордон. – М.: Медицина, 1974. – 74 с.
8. Avila L.A. Somatization or psychosomatic symptoms? / L.A. Avila // Psychosomatics. – 2006. – Vol. 47, № 2. – P.163-166.

9. Лысенко Г.П. Психозоматические аспекты хронической боли у больных ревматоидным артритом / Г.П. Лысенко, В.П. Ткаченко // *Здоров'я України*. – 2008. – № 10. – С. 66-67.

10. Вейн А.М. *Заболевания вегетативной нервной системы* / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.А. Голубев [и др.]. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.

11. *Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика* / [под ред. А.М. Вейна]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.

Вивчення вегетативних змін у хворих на ревматоїдний артрит на ґрунті запитальника А.М. Вейну

Г.М. Кошукова

Наведено результати вивчення стану вегетативної нервової системи у хворих на ревматоїдний артрит, проведено порівняння отриманих результатів з показниками пацієнтів контрольної групи. У більшості хворих на ревматоїдний артрит виявлено синдром вегетативної дистонії (СВД). Встановлено залежність ступеня СВД від статі й віку пацієнтів, ступеня активності процесу і тривалості перебігу захворювання. Необхідно продовжити дослідження для виявлення можливих причин вегетативних дисфункцій і пошуку шляхів корекції виявлених порушень.

Ключові слова: автономна нервова система, вегетативні розлади, ревматоїдний артрит

Vegetative disorders study using A.M. Vein questionnaire in rheumatoid arthritis patients

GN Koshukova

The results of investigations of vegetative disorders in rheumatoid arthritis patients are reported and results were compared with those of control group. The majority of the patients demonstrated availability of the vegetative dystonia syndrome (VDS). A dependence of VSD scores from the gender, age of the patients, on process activity and duration of the disease were determined. Continuation of the conducted research is necessary to reveal possible reasons of vegetative dysfunctions and to investigate pathways of correction of the revealed abnormalities.

Key words: autonomic nervous system, vegetative disorders, rheumatoid arthritis