

УДК: 616.85+616.72-002.2]-08

© Ребров Б.А., Благинина И.И., Реброва О.А., 2011

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Ребров Б.А., Благинина И.И., Реброва О.А.

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

Основным признаком, объединяющим ревматические заболевания, является хронический болевой синдром различной степени выраженности, локализующийся в суставах и позвоночнике [7, 10, 18].

В ревматологической практике при обследовании пациентов с болевым синдромом чаще всего оценивается интенсивность боли. С этой целью используются визуальные аналоговые шкалы (ВАШ) и многочисленные опросники, которые позволяют дать более полную характеристику болевого синдрома, обнаружить связь между выраженностью боли и нарушением функционального состояния больных [5]. Однако нередко интенсивность боли не отвечает клиническим и лабораторным признакам выраженности воспалительных и дегенеративных изменений. В связи с этим, изучение взаимосвязи между хронической болью и психоэмоциональными нарушениями по-прежнему привлекает внимание большого числа исследователей [1, 9, 12, 15].

В исследованиях ряда авторов отмечено, что у 30-50% больных с хроническим болевым синдромом могут развиваться психоэмоциональные нарушения – тревожные и/или депрессивные расстройства, которые, в свою очередь, усугубляют болевой синдром и, таким образом, снижают качество жизни пациентов [11, 16]. В развитии хронического болевого синдрома и депрессии наблюдается патогенетическая общность - гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и лимбико-ретикулярных систем, повышение активности глутамата, недостаточность ГАМК, нарушение взаимоотношения глутаматергических и моноаминергических путей, недостаточность серотонинергических и норадренергических систем мозга, нарушение метаболизма субстанции P и нейрокининов. Известно также, что тревожно-депрессивные состояния приводят к снижению порога болевой чувствительности (изменению восприятия боли), связанного с гиперэкспрессией субстанции P, способствуют нарастанию мышечного напряжения, что в совокупности увеличивает выраженность болевого синдрома [6, 8].

Таким образом, независимо от того, диагностируется депрессия в рамках хронического болевого синдрома или нет, сама по себе хроническая боль является критерием для назначения антидепрессантов [2, 14].

Противоболевой эффект антидепрессантов определяется потенцированием действия как экзогенных, так и эндогенных анальгезирующих

веществ, в основном опиоидных пептидов, а также стимуляцией антиноцицептивных нисходящих, в основном серотонинергических систем мозга [3]. При выборе антидепрессантов оправданным является назначение препаратов нового поколения, которые оказывают селективное действие и лишены побочных эффектов, характерных для классических антидепрессантов. К их числу относится сертралин (Золофт, Pfizer), принадлежащий к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и, благодаря уникальному спектру действия, одновременно влияющий на собственно депрессию, тревогу (без развития побочного седативного эффекта) и астению. В исследованиях последних лет показано, что наряду с улучшением настроения золофт уменьшает выраженность болевых ощущений (повышает порог болевой чувствительности) и вегетативных нарушений. На фоне приёма сертралина меняется само восприятие боли пациентами и отношение к ней, оно становится более рациональным, устраняется ее аффективная насыщенность. Происходит постепенное дистанцирование личности от болевых ощущений, что позволяет активизировать защитные механизмы и адаптационные возможности организма [4]. Не менее важным является также то, что он хорошо переносится больными и обладает высокой безопасностью при применении у больных с соматической патологией.

**Цель:** определить выраженность психоэмоциональных нарушений и оценить эффективность селективного ингибитора обратного захвата серотонина сертралина в комплексной терапии псориатического артрита.

**Материалы и методы.** Обследовано 36 больных с установленным, в соответствии с общепринятыми диагностическими критериями, диагнозом псориатический артрит (ПА) (14 мужчин и 22 женщины), возрастом от 31 до 58 лет (средний возраст  $43,2 \pm 1,3$  года), средней длительностью псориаза –  $15,8 \pm 1,0$  лет, давностью ПА –  $9,5 \pm 0,5$  лет. Развитие псориаза предшествовало появлению поражений опорно-двигательного аппарата у 32 (88,9%) больных, развитие обоих заболеваний было одновременным в 3 (8,3%) случаях, а в 1 (2,8%) случае проявления ПА возникли раньше, чем поражение кожи. Минимальная степень воспалительного процесса установлена в 8 (22,2%) случаях, умеренная – в 23 (63,9%), максимальная – в 5 (13,9%). Преобладала функциональная недостаточность суставов (ФНС) II степени – 85,1% (23 случая) наблюдений. Контрольная группа (КГ) включала 20 практически здоровых лиц, сопос-

тавимых по возрасту и полу с основной группой наблюдения.

Выраженность болевого синдрома оценивалась по ВАШ самими пациентами, что включало степень выраженности боли в суставах, позвоночнике, боль в покое и при движении, показатель собственного здоровья пациента (СЗП), длительность утренней скованности. Врачом проводился подсчёт числа болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС). Из маркеров воспалительного процесса определяли СОЭ и уровень С-реактивного белка (СРБ).

Психоэмоциональное состояние оценивалось по шкале самооценки тревоги Спилбергера [17]. Уровень тревожности интерпретировали следующим образом: менее 30 баллов - низкий, 30-45 баллов - умеренный, более 45 баллов - высокий. Также была использована шкала депрессии Гамильтона (ШДГ), результат тестирования по которой определяется путём суммирования баллов; 16-18 баллов у молодых и 18-20 у пожилых свидетельствует о наличии непсихотического депрессивного состояния, а более 18-20 баллов - о возможной психотической депрессии [13].

Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

**Результаты и их обсуждение.** При оценке выраженности болевого и суставного синдромов, утренней скованности у больных ПА получены следующие данные: ЧБС – 4,19±0,4, ЧПС – 2,42±0,27, боль в суставах – 59,4±2,7 мм, боль в позвоночнике – 66,0±2,8 мм, утренняя скованность – 64,0±2,3 мм, СЗП – 61,4±2,5 мм. Средние показатели СОЭ составили 31,1±1,34 мм/час, а

уровень СРБ – 7,72±0,43 МЕ/мл.

При изучении уровня тревожности по методике Спилбергера—Ханина у больных ПА показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности были значительно повышены (соответственно 35,2±1,6 и 42,2±1,5) по сравнению с КГ (17,6±1,4 и 26,1±1,1, соответственно), что имело статистически достоверную значимость (оба  $p < 0,001$ ). Нормативные значения РТ и ЛТ установлены у 14 (38,9%) и 5 (13,9%) пациентов, соответственно. Высокий уровень ситуативной и личностной тревожности наблюдался в 25% и 30,6% случаев. При оценке результатов тестирования по ШДГ средние значения у больных ПА были достоверно выше ( $p < 0,001$ ), чем в КГ - 15,9±1,1 и 6,45±0,89 баллов, соответственно. Депрессивные расстройства выявлены у 19 пациентов с ПА (52,8%); из них у 12 депрессия была непсихотической, а у 7 - психотической.

После первичного обследования пациенты, учитывая цель исследования, методом случайной выборки были разделены на две группы: 1 группа – 18 больных, которые на протяжении 3 месяцев наблюдения были пролечены по схеме - метотрексат в дозе 10-15 мг/нед., НПВС, доза которых соответствовала 100-150 мг диклофенака в сутки, кверцетин (1 г 3 раза в сутки) с целью устранения негативного влияния НПВС на пищеварительный тракт, препараты, содержащие витамины группы В (нейробион или неуробекс по 1 таблетке 3 раза в сутки), а также сертралин (золофт) в дозе 50 мг 1 раз в сутки; 2 группа – 18 пациентов, пролеченных по той же схеме, но без приёма сертралина. Эффективность лечения оценивали по динамике всех исследуемых показателей. Результаты представлены в таблице.

**Таблица.** Динамика показателей болевого синдрома и психоэмоционального состояния больных псо-риатическим артритом

Показатель	Группа исследования	До терапии	После терапии	W, p
ЧБС	1 группа	4,5±0,49	3,39±0,32	3,06; 0,002
	2 группа	3,89±0,64	3,39±0,53	2,19; 0,028
ЧПС	1 группа	2,67±0,36	1,72±0,27	2,8; 0,005
	2 группа	2,17±0,41	1,61±0,35	2,44; 0,014
Боль в суставах по ВАШ, мм	1 группа	60,7±3,95	50,6±3,68	3,46; <0,001
	2 группа	58,2±3,66	56,7±3,86	1,02; 0,31
Боль в позвоночнике по ВАШ, мм	1 группа	65,06±4,22	53,3±4,2	3,72; <0,001
	2 группа	66,9±3,9	63,9±4,0	1,7; 0,089
Утренняя скованность по ВАШ, мм	1 группа	66,0±3,55	54,3±3,5	3,62; <0,001
	2 группа	62,0±3,1	59,0±3,3	1,56; 0,12
СЗП по ВАШ, мм	1 группа	60,9±3,85	49,1±3,3	3,62; <0,001
	2 группа	61,9±3,38	58,8±3,7	2,1; 0,035
СОЭ, мм/ч	1 группа	31,0±1,9	25,2±1,38	3,55; <0,001
	2 группа	31,2±1,95	28,0±1,69	2,9; 0,004
СРБ, МЕ/мл	1 группа	7,59±0,56	6,12±0,35	3,5; <0,001
	2 группа	7,85±0,68	7,13±0,56	2,1; 0,029

В обеих группах обследованных на фоне проведенной терапии наблюдалась позитивная динамика. Однако в 1-й группе, в отношении большинства показателей динамика была высокодостоверной ( $p < 0,001$ ). Это касалось как показателей, отражающих функциональное состояние суставов и определяемых самим пациентом по ВАШ (боль в суставах, позвоночнике, утренняя скованность, СЗП), так и лабораторных показателей активности воспалительного процесса (СРБ и СОЭ). А во 2-й группе, несмотря на то,

что по данным лабораторного обследования (СОЭ, СРБ), подсчёта врачом ЧБС и ЧПС динамика была достоверной, сами больные не отмечали достаточного улучшения самочувствия. Это отражено в отсутствии достоверной позитивной динамики большинства показателей, определяемых самими пациентами по ВАШ (боль в суставах, боль в позвоночнике, выраженность утренней скованности).

В отношении показателей психоэмоционального состояния в 1-й группе достоверная

позитивная динамика выявлена по всем шкалам. РТ снизилась до  $30,83 \pm 1,89$  ( $W=2,8$ ,  $p=0,005$ ), ЛТ до  $-38,6 \pm 1,82$  ( $W=2,5$ ,  $p=0,012$ ), а показатели по ШДГ - до  $14,8 \pm 1,63$  ( $W=2,03$ ,  $p=0,043$ ) баллов. А во 2-й группе достоверной динамики по исследуемым шкалам не установлено (соответственно  $W=0,67$ ,  $p=0,5$ ;  $W=0,2$ ,  $p=0,84$ ;  $W=0,23$ ,  $p=0,82$ ).

**Выводы:** 1. Полученные результаты показали, что у большинства больных с хроническим болевым синдромом вследствие псориатического артрита повышена личностная и реактивная тревожность, а также присутствуют депрессивные расстройства непсихотического (33,3%) и психотического (19,4%) характера.

2. В группе, пролеченной с применением золофта, пациенты отмечали улучшение общего состояния (боль в суставах, боль в позвоночнике, выраженность утренней скованности, СЗП по ВАШ), что подтверждает важное влияние депрессии на субъективное восприятие тяжести заболевания.

3. Включение в комплексную терапию пациентов с псориатическим артритом селективного ингибитора обратного захвата серотонина сертралина способствует не только устранению тревожно-депрессивных и психовегетативных расстройств, но и более значительному снижению интенсивности болевых ощущений.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. **Белялов Ф.И.** Психические расстройства в практике терапевта / Ф.И. Белялов. - Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. - 296 с.
2. **Вейн А.М.** Неврологические маски депрессии / А.М. Вейн, О.В. Воробьева // Журнал неврологии и психиатрии. - 2000. - № 6. - С. 21-23.
3. **Вознесенская Т.Г.** Хроническая боль и депрессия / Т.Г. Вознесенская // Фарматека. - 2008. - № 6. - С. 10-15.
4. **Данилов А.Б.** Использование золофта в общей медицинской практике / А.Б. Данилов / Фарматека. - 2007. - № 0(3). - С. 19-22.
5. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. **Е.Л. Насонова**. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 288 с.
6. **Любан-Площа Б.** Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Площа, В. Пельдингер, Ф. Крегер. - СПб., 2000. - 287 с.
7. **Лысенко Г.И.** Проблема боли в общеврачебной практике / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко. - Киев: Медкнига, 2007. - 196 с.
8. **Смулевич А.Б.** Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей / А.Б. Смулевич. - СПб., 2001. - 256 с.
9. **Соловьева С.Л.** Депрессия в терапевтической клинике: патопсихологические, психотерапевтические и психо-фармакотерапевтические аспекты. Руководство для врачей / С.Л. Соловьева, Ю.П. Успенский, Е.В. Балуква. - СПб.: ИнформМед, 2008. - 204 с.
10. **Шухов В.С.** Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // РМЖ. - 2004. - Т.12, № 7. - С. 3-11.
11. Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination With Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients / **M.J. Bair, J. Wu, T.M. Damush et al.** // Psychosom. Med. - 2008. - Vol. 70(8). - P. 890-897.
12. **Gallagher R.M.** Managing pain and comorbid depression: a public health challenge / R.M. Gallagher, S. Verma // Int. Rev. Psychiatry. - 2000. - Vol. 12. - P. 103-114.
13. **Hamilton M.** Standardised assessment and recording of depressive symptoms / M. Hamilton // Psychiatr. Neurol. Neurochir. - 1969. - Vol. 72. - P. 201-205.
14. **Leo R.J.** Chronic pain and comorbid depression / R.J. Leo // Curr. Treat. Options Neurol. - 2005. - Vol. 7(5). - P. 403-412.
15. Low and therapeutic doses of antidepressants are associated with similar response in the context of multimodal treatment of pain / **Z.H. Bajwa, T.T. Simopoulos, J. Pal et al.** // Pain Physician. - 2009. - Vol. 12(5). - P. 893-900.
16. Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial / **K. Kroenke, M.J. Bair, T.M. Damush et al.** // JAMA - 2009. - Vol. 301(20). - P. 2099-2110.
17. **Spielberger C.D.** Manual for the State-Trait Anxiety Inventory / C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene. - Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970. - 38 p.
18. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment / **H. Breivik, B. Collett, V. Ventafridda et al.** // Eur. J. Pain. - 2006. - Vol. 10(4). - P. 287-333.

**Ребров Б.А., Благинина И.И., Реброва О.А.** Коррекция психоэмоциональных нарушений и хронического болевого синдрома у больных псориатическим артритом // Украинський медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 4. - С. 156-158.

Согласно результатам исследования, у пациентов с хроническим болевым синдромом вследствие псориатического артрита выявлена высокая частота встречаемости тревожных и депрессивных состояний. Комплексная терапия, включающая на фоне стандартного лечения селективный ингибитор обратного захвата серотонина сертралин, не только способствует устранению тревожно-депрессивных и психовегетативных расстройств, но и положительно воздействует на выраженность болевого синдрома у данной категории больных.

**Ключевые слова:** псориатический артрит, тревожность, болевой синдром

**Ребров Б.О., Благиніна І.І., Реброва О.О.** Корекція психоемоційних порушень і хронічного болювого синдрому у хворих на псоріатичний артрит // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 4. - С. 156-158.

Згідно з результатами дослідження, у пацієнтів з хронічним болювим синдромом внаслідок псоріатичного артриту виявлена висока частота зустрічаємості тривожних і депресивних станів. Комплексна терапія, що включає на тлі стандартного лікування селективний інгібітор зворотнього захвату серотоніну сертралін, не тільки сприяє усуненню тривожно-депресивних і психовегетативних розладів, а й позитивно впливає на вираженість болювого синдрому у даної категорії хворих.

**Ключові слова:** псоріатичний артрит, тривожність, болювий синдром

**Rebrov B.O., Blagynina I.I., Rebrova O.A.** Correction of emotional disorders and chronic pain syndrome in patients with psoriatic arthritis // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 4. - С. 156-158.

According to the study, patients with chronic pain due to psoriatic arthritis revealed a high incidence of anxiety and depressive states. Complex therapy, including against standard treatment selective serotonin reuptake inhibitor sertraline, not only helps to eliminate anxiety and depression and psycho-vegetative disorders, but also positively affects the severity of pain in these patients.

**Keywords:** psoriatic arthritis, anxiety, pain syndrome

Надійшла 14.06.2011 р.  
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак