

## ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Г.Н. Кошукова, Н.П. Буглак, Т.Н. Пушкова,  
Д.А. Пижин, В.А. Фурсова

*ГУ "Крымский государственный медицинский университет  
им.С.И. Георгиевского" (Симферополь)*

### Введение

Ревматоидный артрит (РА) в настоящее время является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний суставов [1]. По данным государственной статистической отчетности (2007), в Украине зарегистрировано более 170 тыс. больных РА. Заболеваемость составляет 324,2 на 100 тыс. взрослого населения в год [2]. РА может развиваться в любом возрасте, но обычно пик заболеваемости регистрируется в возрасте 40-50 лет, т.е. страдает наиболее трудоспособная часть населения [1, 3-5]. Ввиду значительного распространения, тенденции к непрерывному прогрессированию, развитию нетрудоспособности у лиц среднего возраста, РА остается одной из важнейших социально-медицинской проблем во многих странах [2, 6, 7].

Многими авторами отмечено, что хронические заболевания, сопровождающиеся длительным болевым синдромом, способны влиять на психоэмоциональное состояние больных [8, 9, 10, 11]. Наиболее распространенными проявлениями влияния хронической боли на изменения психоэмоционального статуса являются такие клинически выраженные отклонения как: тревога, депрессия, апатия, усталость и астения, повышенная возбудимость, бессонница, раздражительность. 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 [8, 9, 10, 11].

Для оценки психопатологических коррелятов боли применяются специальные психологические тесты и опросники [11, 12]: субъективные тесты (анкеты, опросники или шкалы самооценки, которые заполняются пациентом); шкала самооценки личностной и реактивной тревоги Спилбергера; шкала самооценки тревоги Шихана; госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии; шкала самооценки депрессии Цунга; шкала оценки депрессии Бека и др. [11, 12]. В результате специальных исследований установлено, что психологические факторы всегда присутствуют при наличии боли независимо от сознания пациента или врача. Полученные результаты показали, что у больных с хроническим болевым синдромом вследствие РА присутствуют высокий уровень личностной и реактивной тревоги и субклинически выраженная депрессия [8, 10, 11]. С другой стороны, психоэмоциональные нарушения обычно в первичном звене оказания медицинской помощи игнорируются, несмотря на то, что их действие на процесс купирования боли достаточно значимый [8]. Другой причиной 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 [8]. Вегетативные нарушения обычно сопряжены с эмоционально-депрессивными расстройствами: тревогой, депрессией, смешанным тревожно-депрессивным расстройством, фобиями, истерией, ипохондрией. Однако лидером среди психопатологических синдромов, ассоциированных с вегетативной дисфункцией, является тревожность [4, 13].

В международных исследованиях установлено, что распространенность астении и депрессивных расстройств колеблется от 10% до 45%. [14-16]. Выраженные депрессивные расстройства чаще встречаются при тяжелых соматических заболеваниях, которые сопровождаются выраженным болевым

синдромом или приводят к инвалидности. Это в полной мере относится и к РА [8]. Распространенность депрессивных расстройств при РА практически такая же, как и при других хронических заболеваниях. В свою очередь, диагностика депрессий при РА может быть затруднена вследствие сходства симптомов обоих заболеваний [17].

**Целью** исследования явилось изучение психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом в зависимости от длительности течения заболевания и степени активности воспалительного процесса.

#### Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели нами была набрана группа из 398 больных РА (16 мужчин, 382 женщины), находящихся на амбулаторном лечении в КРУ "КБ им. Семашко". Средний возраст пациентов составил  $42,82 \pm 1,82$  года. Пациенты были разделены на группы в зависимости от длительности течения заболевания, степени активности процесса, проводимой терапии. Диагноз РА верифицировался по критериям Американского колледжа ревматологов (ACR) [18], отсутствовала сопутствующая клинически значимая патология, что позволяло расценивать группу пациентов как однородную. Контрольная группа была сформирована из здоровых доноров, сопоставимых с группой испытуемых по полу и возрасту ( $n=60$ ).

Всем пациентам, наряду с проведением стандартной клинико-лабораторной диагностики, проводилась оценка общей активности заболевания врачом и пациентом, включавшая продолжительность утренней скованности, число болезненных и припухших суставов, оценку пациентом болевых ощущений по 10 сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), оценку пациентом своих физических возможностей и определение СОЭ и уровня СРБ.

В исследование не включались больные с функциональными нарушениями 4 класса, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, злокачественными опухолями и др. заболеваниями, требующими активного лечения. Также не включались больные с синдромом Фелти, болезнью Стилла, синдромом Шегрена, вторичным амилоидозом, цитопениями.

Стадии РА оценивались на основании изменений, выявляемых на рентгеновских снимках суставов кистей и дистальных отделов стоп, в соответствии с критериями Steinbroker.

Для характеристики активности воспаления использовался индекс активности болезни DAS28, в котором оценивались болезненность и припухлость 28 суставов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), общая активность заболевания, определяемая врачом и пациентом по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Низкая активность соответствовала значениям индекса DAS28  $< 3,2$ , средняя -  $3,2 - 5,1$ , высокая -  $> 5,1$ .

Психоэмоциональное состояние у больных РА изучено путем оценки тревожности по Спилбергеру в модификации Ю.Л. Ханина и дифференцированного эмоционального состояния (САН).

Результаты подвергали традиционной статистической обработке "STATISTICA-6" с использованием t-критерия Стьюдента.

#### Полученные результаты и их обсуждение

При изучении тревожности на основании опросника Спилберга-Ханина давалась количественная характеристика личностной тревожности (ЛичТ) и реактивной тревожности (РеаТ). Оценка эмоционального состояния проводилась на основании данных опросника САН, оценивающего самочувствие, активность и настроение. Пациенты самостоятельно заполняли стандартные опросники перед назначением какого-либо лечения.

Результаты исследования тревожности у больных и здоровых лиц по опроснику Спилбергера-Ханина представлены в табл. 1. У больных РА показатели тревожности (реактивная тревожность -  $49,67 \pm 0,67$  баллов, личностная тревожность -  $55,37 \pm 0,36$  баллов) были существенно и статистически значимо ( $p < 0,001$ ) повышены в сравнении со здоровыми лицами в контроле (РеаТ -  $32,20 \pm 0,44$  баллов и ЛичТ -  $31,87 \pm 0,64$  баллов).

Таблица 1

#### Показатели тревожности у больных РА ( $M \pm m$ )

Показатели	Контрольная группа ( $n=60$ )	Больные РА ( $n=398$ )	Статистическая значимость различий ( $p$ )
РеаТ, баллы	$32,20 \pm 0,44$	$49,67 \pm 0,67$	$< 0,001$
ЛичТ, баллы	$31,87 \pm 0,64$	$55,37 \pm 0,36$	$< 0,001$

Поскольку реактивная тревожность выражает субъективные эмоциональные переживания (беспокойство, озабоченность) по поводу какой-либо ситуации, то выявленное нами высокое значение этого показателя указывало на выраженное психоэмоциональное напряжение пациентов. В свою очередь, личностная тревожность является относительно устойчивой индивидуальной характеристикой, навыком реагирования и восприятием достаточно широкого круга ситуаций. Поэтому существенное повышение значения этого показателя являлось свидетельством формирования устойчивой черты характера больных, проявляющейся постоянной тревожностью.

Если в контрольной группе оба вида тревожности количественно не различались между собой, т.е. равнозначно выражали психоэмоциональное состояние обследованных здоровых лиц, то больным РА характерно преобладание личностной тревожности над реактивной тревожностью ( $p < 0,001$ ). Это указывало на стойкое реагирование больных на свою болезнь в виде постоянной тревожности. Следует отметить, что признаки нарушения психоэмоционального состояния в виде тревожности установлены почти у всех (92,8%) больных РА. Кроме этого, выявленные расстройства тревожности имели различную степень выраженности: легкая степень была определена у 1,74% больных, умеренная - у 19,77% и тяжелая - у 78,49% больных РА. Все это свидетельствовало о значительном влиянии соматического заболевания на психоэмоциональный статус больных РА.

Реактивная и личностная тревожность у больных РА не зависела от длительности течения заболевания. Об этом говорят данные в табл. 2.

Таблица 2

**Показатели тревожности у больных РА в зависимости от длительности заболевания ( $M \pm m$ )**

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Длительность заболевания (n=398)		
		До 5 лет (n=127)	5-10 лет (n=173)	Более 10 лет (n=98)
РeaT, баллы	32,20±0,44	49,02±0,81 *	49,85±0,72 *	50,18±0,90 *
ЛичT, баллы	31,87±0,64	54,70±0,51 *	55,81±0,40 *	55,56±0,75 *

**Примечание.** \* - статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях  $p < 0,001$ ).

При любом сроке болезни показатели тревожности в одинаковой мере были нарушены и статистически значимо превышали значения в контрольной группе.

При анализе показателей тревожности в зависимости от активности воспалительного процесса выявлена четкая закономерность нарастания тревожности, как реактивной, так и личностной при увеличении активности воспаления (табл. 3).

Таблица 3

**Реактивная и личностная тревожность у больных РА в зависимости от активности воспалительного процесса ( $M \pm m$ )**

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Активность процесса по индексу DAS 28 (n=398)		
		Ремиссия (n=153)	Низкая (n=138)	Средняя (n=107)
РeaT, баллы	32,20±0,44	42,85±0,85 *	50,75±0,95 *#	54,70±1,16 *#♦
ЛичT, баллы	31,87±0,64	52,15±0,41 *	55,71±0,54 *#	57,85±0,72 *#♦

**Примечание.** \* - статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях  $p < 0,001$ ), # - в сравнении с ремиссией (во всех случаях  $p < 0,001$ ), ♦ - в сравнении с низкой степенью активности ( $p < 0,02 - 0,01$ ).

Так, реактивная тревожность при ремиссии составила 42,85±0,85 баллов, при низкой степени воспаления - 50,75±0,95 баллов ( $p < 0,001$  в сравнении с ремиссией) и при умеренной степени воспаления - 54,70±1,16 баллов ( $p < 0,001$  в сравнении с ремиссией и  $p < 0,01$  в сравнении с низкой степенью активности воспаления). Значение личностной тревожности при ремиссии составило 52,15±0,41 баллов, при низкой степени активности - 55,71±0,54 баллов ( $p < 0,001$  в сравнении с ремиссией) и средней степени активности воспаления - 57,85±0,72 баллов ( $p < 0,001$  в сравнении с ремиссией и  $p < 0,02$  в сравнении с низкой степенью активности воспаления).

Результаты исследования дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА и здоровых лиц представлены в табл. 4. У больных РА все показатели опросника САН были существенно ниже, чем в контрольной группе. Так, у больных самочувствие соответствовало 3,81±0,15 баллам (в контрольной группе - 5,42±0,24 баллов,  $p < 0,001$ ), активность - 3,67±0,13 баллам (в контрольной группе - 5,06±0,21 баллов,  $p < 0,001$ ) и настроение -

3,74±0,10 баллам (в контрольной группе - 5,13±0,18 баллов,  $p<0,001$ ). Значения показателей САН у больных РА были в 1,4-1,6 раз ниже, чем у здоровых лиц. Это говорило о существенном нарушении оперативного эмоционального реагирования больных и их недостаточной психической адаптации к болезни.

Таблица 4

#### Показатели дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА ( $M\pm m$ )

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Больные РА (n=398)	Статистическая значимость различий (p)
Самочувствие, баллы	5,42±0,24	3,81±0,15	<0,001
Активность, баллы	5,06±0,21	3,67±0,13	<0,001
Настроение, баллы	5,13±0,18	3,74±0,10	<0,001

Нами выявлена некоторая зависимость изменений показателей САН от длительности течения заболевания, что отражено в табл. 5.

Таблица 5

#### Показатели дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА в зависимости от длительности заболевания ( $M\pm m$ )

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Длительность заболевания (n=398)		
		До 5 лет (n=127)	5-10 лет (n=174)	Более 10 лет (n=98)
Самочувствие, баллы	5,42±0,24	4,03±0,19*	3,81±0,18*	3,12±0,22*##♦
Активность, баллы	5,06±0,21	3,84±0,20*	3,67±0,17*	3,24±0,21*#
Настроение, баллы	5,13±0,18	3,96±0,26*	3,74±0,24*	3,38±0,31*

**Примечание.** \* - статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях  $p<0,001$ ), # - в сравнении с длительностью болезни до 5 лет (# -  $p<0,05$ , ## -  $p<0,001$ ), ♦ - в сравнении с длительностью болезни 5-10 лет ( $p<0,05$ ).

При длительности заболевания до 5 лет самочувствие больных соответствовало 4,03±0,19 баллам, 5-10 лет - 3,81±0,18 баллам и более 10 лет - 3,12±0,22 баллам ( $p<0,001$  в сравнении с продолжительностью до 5 лет и  $p<0,05$  в сравнении с продолжительностью 5-10 лет). В свою очередь, активность больных при длительности болезни до 5 лет соответствовала 3,84±0,20 баллам, 5-10 лет - 3,67±0,17 баллам и более 10 лет - 3,24±0,21 баллам ( $p<0,05$  в сравнении с продолжительностью до 5 лет), а настроение - соответственно 3,96±0,26, 3,74±0,24 и 3,38±0,31 баллам. Следовательно, с увеличением продолжительности заболевания постепенно ухуд-

шались самочувствие, активность и настроение больных. При этом наиболее выражено ухудшалось самочувствие больных РА.

Увеличение активности воспалительного процесса также приводило к некоторому прогрессирующему ухудшению дифференцированного эмоционального состояния больных РА. Это заключение сделано нами на основе данных табл. 6.

Таблица 6

#### Показатели дифференцированного эмоционального состояния (САН) у больных РА в зависимости от активности воспалительного процесса ( $M\pm m$ )

Показатели	Контрольная группа (n=60)	Активность процесса по индексу DAS 28 (n=398)		
		Ремиссия (n=153)	Низкая (n=138)	Средняя (n=107)
Самочувствие, баллы	5,42±0,24	4,21±0,18*	3,61±0,21*#	3,27±0,22*#
Активность, баллы	5,06±0,21	3,72±0,17*	3,51±0,19*	3,19±0,22*
Настроение, баллы	5,13±0,18	4,07±0,22*	3,68±0,24*	3,14±0,27*#

**Примечание.** \* - статистически значимые различия в сравнении с контролем (во всех случаях  $p<0,001$ ), # - в сравнении с ремиссией ( $p<0,05-0,01$ ).

Так, при ремиссии самочувствие больных РА количественно выражалось 4,21±0,18 баллами, при низкой степени активности - 3,61±0,21 баллами ( $p<0,05$  в сравнении с ремиссией) и при средней степени активности воспаления - 3,27±0,22 баллами ( $p<0,002$  в сравнении с ремиссией). Активность - соответственно 3,72±0,17 баллами, 3,51±0,19 баллами и 3,19±0,22 баллами, настроение - соответственно 4,07±0,22 баллами, 3,68±0,24 баллами и 3,14±0,27 баллами ( $p<0,01$  в сравнении с ремиссией).

#### Выводы

1. Почти у всех (92,8%) больных РА выявлены признаки нарушения психоэмоционального состояния, что выражалось значительным ростом реактивной и личностной тревожности в сравнении со здоровыми лицами. Легкая степень расстройства тревожности определялась у 1,7%, умеренная - у 19,8% и тяжелая - у 78,5% больных РА. При этом установлено преобладание личностной тревожности над реактивной, что указывало на стойкое реагирование больных на свою болезнь в виде постоянной тревожности как уже сформированной черты характера.

2. Нарушения тревожности не зависели от длительности течения заболевания, но выявлена четкая закономерность нарастания тревожности, как реактивной, так и личностной при увеличении активности воспаления.

3. Также у больных РА были выявлены нарушения дифференцированного эмоционального состояния, которые выражались в существенном снижении самочувствия, активности и настроения пациентов в сравнении со здоровыми лицами.

4. Эти нарушения зависели от длительности течения заболевания и степени активности воспалительного процесса - с увеличением продолжительности заболевания и активности воспаления самочувствие, активность и настроение больных ухудшались.

#### Литература

1. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / [под ред. В.Н. Коваленко]. - Киев: Морион, 2001. - 272 с.
2. Коваленко В.Н. Ревматические заболевания: итоги пленума правления Ассоциации ревматологов Украины / В.Н. Коваленко // Здоровье Украины. - 2007. - № 21. - С.13-15.
3. Избранные лекции по клинической ревматологии: учебное пособие для слушателей институтов и факультетов последипломного образования / под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. - М.: Медицина, 2001. - 272 с.
4. Коваленко В.М. Ревматичні захворювання: сучасні тенденції / В.М. Коваленко // Український ревматологічний журнал. - 2009. - №3. - С.5-11.
5. Бремя ревматоидного артрита: медицинские и социальные проблемы / Н.В. Чичасова, С.А. Владимиров, Е.В. Иголкина, Г.Р. Имамединова // Научно-практическая ревматология. - 2009. - № 1. - С.4-10.
6. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT) / B.Combe, R.Landewe, C. Lucas [et al.] // Annals of the Rheumatic Disease. - 2007. - Vol.66 (1) - P.34-45.
7. Насонов Е.Л.: Ревматоидный артрит / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанова // Ревматология. Национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С.290-331.

8. Лысенко Г.И. Психоэмоциональные аспекты хронической боли у больных ревматоидным артритом / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко // Здоров'я України. - 2008. - № 10. - С. 66-67.

9. Лысенко Г.И. Проблема боли в общеврачебной практике: уч.-метод. пособие для семейных врачей / Г.И. Лысенко, В.И. Ткаченко. - Киев: Медкнига, 2007. - 196 с.

10. 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.

11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 432 с.

12. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, С.А. Лытаев. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. - 320 с.

13. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. - СПб., 2000. - 231 с.

14. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms / I. Rupp, H.C. Boshuizen, H.J. Dinant [et al.] // Scandinavian Journal of Rheumatology. - 2006. - Vol. 35, № 3. - P.175-181.

15. Dickens C. Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature With Meta-Analysis / C. Dickens, L. McGowan, D. Clark-Carter // Psychosomatic Medicine. - 2002. - Vol. 64. - P.52-60.

16. Covic T. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors / T. Covic, G. Tyson, D. Spencer, G. Howe // Journal of Psychosomatic Research. - 2009. - Vol. 60, № 5. - P.469-476.

17. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. - Вінниця: Консоль, 2005. - 32 с.

18. The American Rheumatism Association 1987 criteria for the classification of rheumatoid arthritis / F.C.Arnett, S.M.Edworthy, D.A.Bloch [et al.] // Arthr. Rheum. -1998. - Vol.27. - P.389-395.

## Резюме

**Кошукова Г.Н., Буглак Н.П., Пушкова Т.Н., Пижин Д.А., Фурсова В.А.** *Изменение психоэмоционального состояния больных ревматоидным артритом в зависимости от степени активности воспалительного процесса и длительности течения заболевания.*

Статья посвящена изучению психоэмоционального состояния у больных ревматоидным артритом (РА). У 92,8% больных РА выявлены различного рода нарушения психоэмоциональной сферы. Легкая степень расстройства тревожности определялась у 1,7%, умеренная - у 19,8% и тяжелая - у 78,5% больных РА. Установлено преобладание личностной тревожности над реактивной. Выявлена четкая закономерность нарастания тревожности при увеличении активности воспаления. У больных РА также были выявлены нарушения эмоционального состояния, которые выражались в существенном снижении самочувствия, активности и настроения пациентов в сравнении со здоровыми лицами и зависели от длительности течения заболевания и степени активности воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, психоэмоциональное состояние, воспаление.

## Резюме

**Кошукова Г.М., Буглак М.П., Пушкова Т.М., Пижин Д.О., Фурсова В.О.** *Зміна психоемоційного стану хворих на ревматоїдний артрит в залежності від ступеня активності запального процесу і тривалості перебігу захворювання.*

Стаття присвячена вивченню психоемоційного стану хворих на ревматоїдний артрит (РА). У 92,8% хворих на РА виявлені ознаки порушення психоемоційної сфери. Легкий ступінь розладу тривожності визначено у 1,7%, помірний - у 19,8% і важкий - у 78,5% хворих на РА. Встановлено перевагу особистісної тривожності над реактивною. Встановлено чітку закономірність нарощування тривожності при збільшенні активності запалення. У хворих на РА також були виявлені порушення емоційного стану, які виражалися у значному зниженні самопочуття, активності та настрою пацієнтів у порівнянні зі здоровими особами та залежали від тривалості перебігу захворювання та ступеня активності запального процесу.

**Ключові слова:** ревматоїдний артрит, психоемоційний стан, запалення.

## Summary

**Koshukova G.N., Buglak N.P., Pushkova T.N., Pigin D.A., Fursova V.A.** *Change of psychoemotional sphere in patients with rheumatoid arthritis depending on the duration of the disease and the degree of inflammatory activity.*

The article is devoted to the study of psychoemotional sphere in patients with rheumatoid arthritis (RA). In 92.8% of RA patients revealed signs of mental and emotional state. Light degree of anxiety disorders was determined at 1.7%, moderate - in 19.8% and heavy - in 78.5% of RA patients. The predominance of personal anxiety over reactive. Anxiety disorders are not dependent on the duration of the disease, but revealed a clear pattern of increase anxiety increases the activity of inflammation. RA patients were also found violations of the emotional state, which were expressed in a significantly reduced state of health, activity and mood in patients compared with healthy people and depended on the duration of the disease and the degree of inflammatory activity.

**Key words:** rheumatoid arthritis, psychoemotional sphere, inflammation.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. Ю.М.Колчин

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

**К.Н.Лебедь**

*ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"*

### Введение

Сочетание гастроэнтерологических заболеваний с хроническими заболеваниями легких, в том числе хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), приобретает в последнее время все большее значение. При подобном сочетании определяются клинические особенности течения двух заболеваний, что может осложнить ситуацию, обеспечить торпидность к лечению, усугубить прогноз [1,2].

Частое сочетание ХОЗЛ и неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) вызвано наличием общих звеньев патогенеза, таких как: нарушения в системе оксиданты-антиоксиданты и протеазы-антипротеазы [7]. Важными факторами так же являются: негативное влияние на гепатобилиарную систему хронического системного воспаления, гипоксии вызванной недостаточностью функции внешнего дыхания, влияние медикаментов применяемых для лечения ХОЗЛ [5,6]. В свою очередь патология печени влияет на течение ХОЗЛ вследствие относительной недостаточности  $\alpha_1$ -антитрипсина (ААТ), который синтезируется почти полностью в эндоплазматическом ретикулуме гепатоцитов [3]. Функциональная недостаточность ААТ может быть вызвана ухудшением синтезирующей функции печени при НАСГ, что, в сочетании с усиленной дезактивацией ААТ в результате влияния табачного дыма, ведет к значительному дисбалансу в протеазно-антипротеазном равновесии [3,4].

Согласно рекомендациям Американского торакального общества и Европейского респираторного общества ХОЗЛ определяется как заболевание, характеризующееся не полностью