

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

Кулик М.С., Барзилович В.Д., Минченко А.П.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, г.Киев, Украина

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, стресс, психоэмоциональное состояние, психосоматика

Ревматоидный артрит (РА) и ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) являются системными аутоиммунными заболеваниями, имеющими важное медицинское и социальное значение в связи с развитием в юном и раннем трудоспособном возрасте, быстро формирующейся инвалидизацией и уменьшением продолжительности жизни больных [14,15]. Единого этиологического фактора и патофизиологического механизма развития заболевания не установлено. В последние годы мы наблюдаем тенденцию к объединению разных научных отраслей, так происходит интеграция медицины и психологии и на стыке сформировалось новое научное направление – психосоматика [5,16]. Сегодня под термином психосоматика подразумевают самые разные аспекты взаимоотношений души и тела или психической и физической составляющей. Эти взаимоотношения выделяются в два основных подхода – соматоцентрический и психоцентрический. Соматоцентрический (органоцентрический) подход исследует психотравмирующее влияние соматического заболевания на качество жизни пациента. В рамках соматоцентрического подхода обращается внимание на внутреннюю картину болезни. В рамках психоцентрического подхода изучается влияние стресса, психоэмоциональных факторов и личностных предикативных характеристик пациента на развитие и течение соматической симптоматики. В этой связи важно вспомнить о группе заболеваний, получивших название психосоматозы (психосоматические болезни в более узком смысле). Этот психологический термин подразумевает, что первично в основе заболевания лежит телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологическими изменениями и патологическими нарушениями в органах. Наличие той или иной предрасположенности влияет на выбор органа. К первоначальной семерке истинных психосоматозов относился и ревматоидный артрит.

Ревматоидный артрит (англ. rheumatoid arthritis) – системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – иммуноагрессивное деструктивно-воспалительное заболевание суставов, сопровождающееся экстраартикулярными проявлениями, приводящее к инвалидации больных, развивающееся у детей в возрасте до 16 лет [10,13]. Заболевание известно

с середины девятнадцатого столетия и описано M.V.Cornil еще в 1864 году. По распространенности ЮРА занимает первое место среди воспалительных заболеваний суставов, имеет отчетливую тенденцию к развитию ранней инвалидизации, характеризуется вовлечением в процесс у части детей жизненно важных органов (сердце, глаза, почки, печень и т.д.). Это ставит ЮРА в разряд исключительно актуальных заболеваний детской ревматологии. Распространенность ЮРА в различных регионах земного шара различна и колеблется от 0,1 до 0,8% в популяции [4,17].

Необходимо отметить, что единый или основной этиологический фактор ЮРА не установлен; это полиэтиологическое заболевание. Выделяют факторы, предрасполагающие к развитию ЮРА, и факторы, способствующие реализации ЮРА (при наличии предрасполагающих). Предрасполагающие к развитию ЮРА факторы обладают тропизмом к тканям суставов, способны длительно в них персистировать, вызывая иммунное воспаление. Обсуждается ряд артротропных вирусов, относящихся к группе “персистирующих”. Это ДНК- и РНК-содержащие вирусы (онкорнавирусы, ретровирусы и др.), способные замещать геномные участки на хромосомах, длительное время “бездействовать”, и в случае их инициации – осуществлять мутагенные функции. “Инициаторами” их действия могут быть частые заболевания, переохлаждение, инсоляция, прививки, травмы, неблагоприятные экологические факторы, хронические психоэмоциональные стрессы и др. [3,11]

Ювенильный ревматоидный артрит вместе со склеродермией, системной красной волчанкой, дерматомиозитом относится к группе аутоиммунных заболеваний. Их этиология до конца не изучена. Эти заболевания тесно связаны с социальными и психическими стрессами сложными причинно-следственными отношениями.

Психосоциальные влияния, взаимодействуя с факторами наследственной предрасположенности, особенностями личности, типом нейроэндокринных реакций, могут изменять клиническое течение данных заболеваний. Действие психосоциальных стрессов, провоцирующих внутренние конфликты и вызывающих адаптивную реакцию, может проявляться скрытно, под маской соматических расстройств, симптоматика которых схожа с симптоматикой органических заболеваний. В подобных случаях эмоциональные нарушения нередко не только не замечаются и

даже отрицаются пациентами, но и не диагностируются врачами.

При разных нарушениях влияние психических и соматических факторов различно. Психосоматические влияния наиболее четко прослеживаются при ревматоидном артрите, в связи с чем, при данном заболевании они наиболее хорошо изучены [1, 7].

Среди личностных особенностей больных данным заболеванием можно отметить следующие:

1) крайне критическое отношение к проявлению силы. Чувство, что на вас взваливают слишком много;

2) в детстве у этих пациентов, наблюдается определенный стиль воспитания, направленный на подавление выражений эмоций с акцентом на высокие моральные принципы, можно предположить, что постоянно, с детства подавляемое торможение агрессивных и сексуальных импульсов, а также наличие чрезмерно развитого Суперэго формирует малоадаптивный защитный психический механизм – репрессия. Этот защитный механизм предполагает сознательное вытеснение беспокоящего материала (негативных эмоций, в т.ч. тревоги, агрессии) в область подсознательного, что в свою очередь способствует возникновению и нарастанию ангедонии и депрессии. Преобладающими в психоэмоциональном состоянии становятся: ангедония – хронический дефицит чувства удовольствия, депрессия – целый комплекс ощущений и чувств, из которых для ревматоидного артрита наиболее характерны низкая самооценка и чувство вины, ощущение постоянного напряжения, т.к. механизм подавления препятствует свободному выходу психической энергии, нарастание внутренней, скрытой агрессивности или враждебности. Все эти негативные эмоциональные состояния при длительном существовании способны вызвать дисфункции в лимбической системе и других эмоциогенных зонах гипоталамуса, изменение активности в серотонинергической и допаминергической нейромедиаторных системах, что в свою очередь приводит к определенным сдвигам в иммунной системе, и вместе с обнаруженным у этих пациентов эмоционально зависимым напряжением в околосуставных мышцах (вследствие постоянно подавляемого психомоторного возбуждения) может служить психическим компонентом всего механизма развития ревматоидного артрита. Примечательно, что сами больные обычно не оценивают серьезно свои ощущения и ограничения, долгое время их деятельность остается активной, несмотря на ограничение движений [2, 6, 12].

Специфическую структуру “ревматической личности” описывали еще в 50-х годах XX века. Подчеркивалась роль первичной детской моторики, торможение которой рассматривается на сегодня более чем защитное. Вероятно этой первичной активности придавалось очень большое значение. Нельзя игнорировать обусловленное болезнью развитие личности и вытекающую из этого изоляцию и ограничение интересов областью обыденных жизненных потребностей.

В целом можно говорить об отсутствии или неудачном уравнивании в личности больного ЮРА полюсов мягкости и жесткости. Обычно тенденция к мягкости подавляется усилением моторной напряженности,

мышечными действиями, у женщин – “мужским протестом”. Отмечены предпочтение занятий на свежем воздухе и силовых видов спорта, тенденция к подавлению спонтанного выражения чувств, к их сдерживанию [8, 9].

У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких, как злоба или ярость.

Сильная потребность к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройством настроения.

Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная физическая работа).

Эти особенности характера представляются при ревматоидном артрите как нечто застывшее и преувеличенное. Пациенты с РА негибкие, плохо приспосабливаются к требованиям окружающего мира.

С психодинамических позиций это характерологически-невротическая недоработка конфликта в сфере агрессивности и честолюбия. Вышеупомянутые личностные особенности являются, кроме того, гиперкомпенсаторными защитными мерами против основополагающего конфликта. Сверхсовестливость, отказ от выражения своих чувств и жертвенность создают защитный барьер для возможного прорыва агрессивных импульсов и позволяют избавиться от враждебных чувств. Депрессивные проявления и склонность к самопожертвованию рассматриваются как защитные структуры против деструктивно переживаемого произвола. Часто описываются своеобразная терпимость, смирение с судьбой, оживленность, несмотря на ограниченную подвижность и боль. Психологические тесты-опросники подтверждают многие психодинамические предпосылки и личностные данные, с их помощью обнаруживаются выраженная скромность, покорность, уступчивость как свойства личности. Выявляются признаки сильного “сверх-Я”, т.е. большие совестливости, выдержаны, ответственны. В проективных тестах обнаруживается мало толкований двигательных актов по сравнению с контрольными группами.

Непредубежденному наблюдателю бросаются в глаза постоянно встречающиеся у больных ревматоидным артритом общие признаки, к которым относятся как первичные свойства характера, так и зависящие от болезни проявления. Впечатляет своеобразное, труднообъяснимое неизменное терпение. Больные с первичным хроническим полиартритом – это умудренные опытом пациенты, с которыми бывает мало хлопот, хотя именно у подобных больных следовало бы ожидать наибольших трудностей. Они скромны и нетребовательны, часто до безразличия. Почти никогда не выявляется явных признаков депрессии, несмотря на осознаваемую тяжесть своего заболевания и неблагоприятный прогноз. Их мир самовосприятия проявляет определенную ограниченность, обусловленную редукцией их сознания на своей телесной сфере.

К наиболее типичным психическим нарушениям относятся астеническая симптоматика, депрессивные явления с тревогой, страхами, идеями самообвинения, особый вариант синдрома дисморфофобии в связи с наличием дефектов внешности, стойкие нарушения сна, психопатоподобные расстройства и нередко явления психохорганического синдрома.

Экспериментальные исследования показали, что при хроническом суставном ревматизме отмечается повышенный тонус при раздражениях и отягощающих ситуациях по сравнению с показателями в контрольной группе. Очевидно, что больные суставным ревматизмом переносят свои реакции на мышечные реакции. У больных ревматоидным артритом обнаруживаются различные психические раздражители, что определяется в ходе интервью по поводу конфликта или во время проведения других психодиагностических методик. Доказано, что агрессивные чувства и конфликты у больных ревматоидным артритом приводят к повышенной электромиографической активности, которая определяется больше всего в пораженной области и в мышцах вокруг больных суставов. Мышечное напряжение действует дольше, чем действует раздражитель. Данные результаты исследований подтверждают психосоматические гипотезы. Но их следует оценивать критически, поскольку повышенное мышечное напряжение в области больного сустава можно рассматривать и как следствие патологического процесса в нем самом [18,19,20].

Нельзя отрицать и наличие порочного круга: болевой синдром, обусловленный возбуждением рецепторов в суставе, в его окружении или в околосуставных мышцах, приводит к рефлекторному ишемическому болезненному состоянию напряжения. Эмоционально повышенный мышечный тонус скелетных мышц или туловища обуславливает повышенную сенсомоторную возбудимость. При этом всегда возможно, что поражение сустава, микротравмы и аутоиммунный ответ могут оказывать усиливающее действие (первично или вторично) на ситуацию и психологически обусловленное повышение мышечного тонуса.

Исследователи отмечают, что эмоционально напряженные события оказывают влияние на течение заболевания, способны спровоцировать обострение заболевания. Психические нагрузки включают, прежде всего кризис в межличностных отношениях, смерть и утрату близких людей, проблемы личного авторитета и брака. Внешняя причина вызывает внутреннюю напряженную агрессию, которая подавляется больным. Разрешение агрессивных импульсов представляет собой комбинацию повышенного самоконтроля и “благодетельной” тирании над другими. Матери, страдающие ревматоидным артритом, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления у своих детей.

С соматоцентрических позиций, описывающих влияние соматического заболевания на психоэмоциональную сферу человека, сам факт наличия соматического заболевания и оценка больным уродующих последствий болезни нередко вызывает вполне предсказуемые “психологически понятные” реакции на болезнь, эти заболевания

нередко вызывают нарушения функционирования центральной нервной системы.

Каждый больной по-своему реагирует на имеющееся у него заболевание, поэтому разумно учитывать следующие особенности; психологическое воздействие хронической болезни, отношение к диагнозу – признание или недостаточное понимание, манеру общения и отношение к врачу. Отношение больных к побочным действиям лекарств тоже широко варьирует. У лиц с часто рецидивирующими заболеваниями нередко отмечается депрессия, утяжеляющая клиническую картину страдания по механизму порочного круга. Депрессия определяется у 39% пациентов. Кроме всего прочего, некоторые препараты также могут вызывать депрессию, в частности нестероидные противовоспалительные препараты, например такие как аспирин и индометацин. Глюкокортикоиды также могут вызывать депрессию, например, преднизолон в дозе более 30 мг/сут уже в начале лечения вызывает депрессию у 5% пациентов. При сопутствующей депрессии возрастала в 2.2 раза летальность [21,22].

Антидепрессанты эффективно подавляли сопутствующую депрессию, при этом селективные ингибиторы захвата серотонина переносились лучше, чем гетероциклические антидепрессанты.

Особенно труден подход к больным с тяжелыми функциональными дефектами, в данном случае необходимо уловить часто весьма зыбкую грань между реактивной депрессией, когда необходимо традиционное психиатрическое лечение, и дисфорическими эмоциональными реакциями, пусть резко выраженными, но соответствующими тяжести физического недуга. Дисфорические эмоциональные реакции являются расстройством настроения, своего рода констелляцией горя, утраты моральных сил и ощущения своей “вырванности” из жизни, душевного и физического упадка. Эти реакции плохо поддаются лечению антидепрессантами и психотерапии. Их динамика определяется в основном общим клиническим состоянием больного. Со временем при успешной реабилитации или привыкании больного к своему измененному статусу наступает улучшение. В реабилитационных клиниках часто диагностируют депрессию там, где ее нет, и, наоборот, не распознают, где она на самом деле имеет место.

Психотерапия (релаксация, биологически–обратная связь, когнитивно-поведенческая терапия) снижает выраженность боли, улучшает функциональное состояние.

Рецензент: д.мед.н., профессор О.В.Тяжка

ЛИТЕРАТУРА:

1. Атаманов А.А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия “психосоматическая тревога” [Текст] / А.А. Атаманов, В.А. Буйков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №4. – С. 16-20.
2. Амирджанова В.Н. Ревматоидный артрит и качество жизни больных: методология исследований, валидация инструментов, оценка эффективности терапии: Автореф. . дисс. док. мед. наук.– М., 2008.– 49 с.
3. Алексеева Е.И. Ювенильный ревматоидный артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения : рук-во для врачей, преподавателей,

науч.сотрудников [Текст] / Е.И.Алексеева, П.Ф.Литвицкий. – М.: Веди, 2007. – 267 с.

4. Андрианова И.А. Оценка функционального статуса и определение инвалидности при ревматоидном артрите [Текст] / И.А.Андрианова, О.М.Фоломеева, Ш.Эрдес // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №2. С. 51-55.

5. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение *Psychosomatic Medicine it's Principles and Applications* [Текст] / Ф. Александер. – Пер. с англ. С. Мозилевского. – Москва: Эксмо-Пресс. – 2008. – 256 с.

6. Барышева Ю.В. Качество жизни у женщин с ревматоидным артритом и остеопорозом в менопаузе [Текст] / Ю.В.Барышева, О.Б.Ершова, Н.Н.Белосельский // Остеопороз и остеопатии. – 2002. – №3. – С. 6-12.

7. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор, часть I) [Текст] / А.Ю. Березанцев // Росс. психиатр. журн. – 2001. – №4.

8. Бройтигам С.В. Психосоматическая медицина [Текст] / С.В.Бройтигам, П.Кристиан, М.Рад. – Пер. с нем. – Москва: ГЭОТАР Медицина, 2008. – С.251-262.

9. Винокур В.А. Психосоматические механизмы развития сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / В.А. Винокур. – М., 2002. – 55 с.

10. Баранова А.А. Клинические рекомендации. Педиатрия (Ювенильный ревматоидный артрит) [Текст] / А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа – 2005. – 88 с.

11. Беневоленская Л. И. Клинико-генетические аспекты ревматических болезней [Текст] / Л. И.Беневоленская, В.А.Мякоткин, М.Ондрашик, Б.Гемер. – М.: Медицина, 2010. – 354 с.

12. Каратаев Д.Е. Основные тенденции и вариабельность эволюции ревматоидного артрита: результаты многолетнего наблюдения [Текст] / Д.Е. Каратаев // Научно-практическая ревматология. – 2009. – №2. – С.134-155.

13. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации: ревматология [Текст] / Под. ред. Е.Л.Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2005. – 288 с.

14. Койлубаева Г.М. Стоимость ревматоидного артрита в условиях реальной клинической практики [Текст] / Г.М.Койлубаева, В.Н.Амирджанова, Д.В.Горячев // Тез. IV съезда ревматологов в России. М., 2005. – Т.3. – С.678.

15. Кремлева О.В. Ревматоидный артрит: влияние болезни на социальные аспекты качества жизни [Текст] / О.В.Кремлева, Г.Б.Колотова // Научно-практическая ревматология. – 2004. – №2. – С. 14-18.

16. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога [Текст] / И.Г.Малкина-Пых. – М.: ЭКСМО, 2008. – 992 с.

17. Насонова В.А. Медицинская и социальная значимость ревматических болезней в России и состояние специализированной помощи. Прогресс в лечении хронических воспалительных заболеваний суставов [Текст] / В.А. Насонова // Рус. мед. журн. – 2003.

18. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях [Текст] / А.Б.Смулевич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 456 с.

19. Соколова В.В. Клинико-иммунологические взаимосвязи у больных ранним ревматоидным артритом [Текст]: Автореф.дисс.к.м.н. – СПб., 2007. – 21 с.

20. Яхин К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [Текст] / К.К.Яхин, Д.М.Менделеевич // Казан. мед. журн. – 1978.

21. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis 2009 Update [Text] / *Arthritis Rheum.* – 2002. – Vol. 46. – P. 328-346.

22. O'Dell J.R. Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis [Text] / J.R.O'Dell // *N. Engl. J. Med.* 2004. – Vol. 350. – P. 2591-2602.

РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ. ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ

Кулик М.С., Барзилович В.Д., Мінченко А.П.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме: Ревматоїдний артрит – системне запально-деструктивне захворювання, етіологія якого досі невідома. Проте необхідно зазначити, що дослідження психологічного статусу у дітей, хворих на ревматоїдний артрит, засвідчує високий рівень тривоги і депресії ще до початку захворювання, що формує певний тип особистості, який потрібно враховувати під час лікування такого хворого.

Ключові слова: ювенильний ревматоїдний артрит, стрес, психоемоційний стан, психосоматика.

RHEUMATOID ARTRITIS. CHARACTERISTIC OF AETIOPATHOGENESIS

M.S.Kulyk, V.D. Barsilovich, A.P. Minchenko

National O.O.Bohomolets Medical University

Summary: Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic inflammatory disorder, the cause of rheumatoid arthritis is unknown. RA is not a psychosomatic disease in the strict sense; however, psychological factors must be adjudged to have a disease-modifying influence.

Keywords: rheumatoid arthritis, stress, psychosomatics.