5. Ростовщиков В.В., Иванчук Э.Г., Тараканова Е.А. Проблема панических расстройств: современные аспекты диагностики и фармакотерапии (обзор концепций). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2015;1:23-30.
6. Стал Стивен М. *Основы психофармакологии*. Теория и практика. Стивен М. Стал. Пер. с англ. Под ред. Криницкого Д. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.

СВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Спицина С.С.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия;

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Введение. Хронический болевой синдром является одним из наиболее характерных проявлений ревматоидного артрита (РА), в большинстве случаев представляет собой сочетание ноцицептивной, нейропатической и психогенной боли, возникает уже на ранних стадиях РА, приводит к существенным функциональным и психологическим нарушениям и социальным ограничениям, ухудшающим качество жизни в относительно молодом, трудоспособном возрасте [1]. Расстройства тревожно-депрессивного спектра являются одной из частых коморбидных патологий, превышая таковую в общей популяции в 7—15 раз [2]. Депрессивные расстройства снижают комплаентность, качество жизни и увеличивают расходы на лечение, влияют на течение РА и во многом определяют его прогноз.

Цель исследования. Оценить психологическое здоровье, степень утомляемости, тревоги и депрессии у больных РА, получающих базисные противовоспалительные препараты (БПВП), определить их связь с клинико-лабораторными проявлениями заболевания, включая выраженность болевого синдрома.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов, страдающих РА, из них 8 (26,7%) мужчин и 22 (73,3%) женщины, 86,7% больных с серопозитивностью, 60% — АЦЦП-позитивностью. Средний возраст больных составил $54,6 \pm 7,8$ года, длительность заболевания — от 0,5 до 15 лет, DAS28-CRP(4) — $5,4 \pm 0,6$ балла. Все пациенты (100%) получали БПВП (метотрексат), а также нестероидные противовоспалительные препараты, 25% — глюкокортикостероиды. С целью определения интенсивности болевого синдрома применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли и активности заболевания, оцениваемая пациентом и врачом. Для оценки качества жизни применялись опросники SF-36 и HAQ-DI, для оценки уровня тревоги и депрессии — опросник HADS, для оценки утомляемости — шкала FACIT-fatigue.

Результаты. Согласно опроснику SF-36 были оценены физический и психологический компоненты здоровья, которые оказались сниженными (в среднем 34,6 и 40,1 балла соответственно). В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование). Среди показателей качества жизни, характеризующих психологическое здоровье, были снижены жизнеспособность и социальное функционирование. Психологический компонент

здоровья имел слабые корреляционные связи с активностью заболевания ($r = -0,42$), числом болезненных и припухших суставов ($r = -0,29$ и $r = -0,33$ соответственно), ревматическим фактором ($r = -0,18$), рентгенологической стадией ($r = -0,12$); умеренные — с возрастом ($r = -0,64$), показателями ВАШ ($r = -0,62$), HAQ-DI ($r = -0,71$). У 20% больных РА была выявлена клинически выраженная тревога, у 40% — субклиническая. Выраженность тревоги по шкале HADS прямо коррелировала с возрастом ($r = +0,58$), активностью заболевания по DAS28-CRP(4) ($r = +0,69$), длительностью заболевания ($r = +0,61$), функциональным классом ($r = +0,47$). Результаты FACIT-fatigue составили от 28 до 39. Получена сильная отрицательная корреляция утомляемости с HAQ-DI ($r = -0,7$), умеренная — с DAS28-CRP(4) ($r = -0,57$), ВАШ боли ($r = -0,68$).

Заключение. Депрессивные нарушения при РА широко распространены (зарегистрированы у 60% пациентов). Возможно, это обусловлено тем, что они и РА имеют сходные причины и механизмы развития, им свойственна системность патогенетических и клинических проявлений, что обуславливает необходимость системного подхода к комплексному лечению. Показатели психологического компонента здоровья и уровня тревоги коррелировали с возрастом, активностью РА, его продолжительностью, функциональным классом. Наиболее выраженная усталость отмечается у пациентов, испытывающих наиболее сильную боль и имеющих высокую активность заболевания, выраженные ограничения в повседневной деятельности. Дальнейшее изучение предикторов, особенностей патогенеза и течения психических нарушений у больных РА, а также совершенствование психофармакологических и психотерапевтических стратегий поможет не только уменьшить вклад психических нарушений в общую картину болезни и повысить качество жизни пациентов, но и значительно улучшить прогноз этого тяжелого ревматического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В., Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф. Болевой синдром при ревматоидном артрите. *Научно-практическая ревматология*. 2011;6:32-35.
2. Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *International journal of clinical rheumatology*. 2011;6(6):617-623.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

Тумуров А.А., Дедаев С.И.

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Введение. Синдром запястного канала (СЗК) является наиболее распространенной формой компрессионной мононейропатии. Клиническая картина представлена парестезиями, болью и онемением в зоне иннервации срединного нерва на кисти [1]. Частота распространенности СЗК варьирует от 6,3 до 11,7% и зависит от критериев постановки диагноза [2]. Симптомы и жалобы могут варьировать