

яичников у 1 и у 4 женщин показатели гормонов были в пределах нормы. Более 5 лет выявлено гиперпролактинемия у 6 пациенток, поликистоз яичников - у 6, повышение уровня тестостерона у 1 пациентки, и лишь у 4 женщин показатели гормонов были в норме.

В результате обследования было выявлено, что у 67 (58%) пациенток от общего числа получавших ПУВА-терапию (псорален ультрафиолетовое облучение зоны А) у 17 было нарушение менструального цикла (25%), у 38 (57%) - воспалительные заболевания органов малого таза, у 8 (12 %) - предменструальный синдром, у 6 (9%) - бесплодие и лишь 8 (12%) женщин были гинекологически здоровы.

Выводы: Исследования показали, что заболевание протекает хронически с периодами обострения и ремиссии, а также болеют женщины активно-

трудоспособного возраста. В результате тщательного обследования и анализа полученных результатов выявлено, что у женщин репродуктивного возраста, страдающих псориазом и получивших глюкокортикостероиды, цитостатики, ПУВА, УФО-терапию ведущее место занимают воспалительные заболевания органов малого таза, а также наблюдается нарушение гормонального статуса, что указывает на необходимость коррекции дисбаланса во время ремиссии основного кожного заболевания. С целью уменьшения побочных явлений от получаемой терапии основного заболевания и предупреждения осложнения со стороны репродуктивного здоровья, всем пациенткам, страдающим кожными заболеваниями и получавшим лечение, необходимо проконсультироваться с гинекологом для дальнейшего определения тактики ведения.

Литература

1. Агаронян Н.Г.Орджоникидзе Н. В. Анализ акушерских и перинатальных исходов при внутриутробной инфекции. Международный семинар «Инфекции в акушерстве и перинатологии», 1-й: Материалы. М 2007; 20- 21
2. Бабичев В.Н. Нейроэндокринный эффект половых гормонов. Успехи физиол. наук 2005;36: 1:54-67.
3. Баскаков В.П., Цвельев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозная болезнь Санкт-Петербург: Н_Л 2002; 452.
4. Дильман В.М. Эндокринологическая онкология. Л: Медицина 1983; 408.
5. Ковальский Г.В. Возрастные особенности структурного обеспечения функции яичников. Бюл. Экспер. Биол. 1984; 12: 759-761.
6. Пальцев М.А., Кветной И.М. Руководство по нейроиммуноэндокринологии. М: Медицина 2006; 384
7. Степанов М.Г., Савченко О.Н., Промина Ф.Н., Алтухов В.В. Гормональная регуляция репродуктивной функции у крыс при холодном стрессе на фоне хронической интоксикации толуолом. Пробл репрод 1991; 3:59-61.

*Ишанкулова Н.Н.,
Иргашева У.З.,
Таиров Э.С.*

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
Кафедра терапии №1 по подготовке ВОП (зав. - проф. Н.М. Камолов)
Самаркандского медицинского института (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

УДК: 616-002.77-08

Ревматоидный артрит (РА) принадлежит к числу тяжелых хронических заболеваний, который приносит физические страдания, ограничивает способность больных к передвижению и самообслуживанию, ухудшает качество жизни и нередко приводит к инвалидизации больных [3;4;5;6].

Ухудшению клиники РА способствуют возрастные изменения опорно-двигательного аппарата и физиологических функций организма: снижение барьерной и иммунной функции, синтеза витамина D, образования эндорфинов, уменьшение аэробной нагрузки, костной и мышечной массы при увеличении доли жировой ткани [2;4;5].

В то же время в проведенных ранее исследованиях не всегда имеет место изучение клинических особенностей РА у лиц пожилого и старческого возраста. Исходя из вышеуказанного, **целью нашей работы** явилось изучение клинических особенностей РА у больных пожилого и старшего.

Материал и методы. Под наблюдением

находились 88 больных: 63 (71,6%) женщин, 25 (28,4%) мужчин. Возраст больных составил от 16 до 73 лет ($42,1 \pm 1,3$), продолжительность заболевания - от 6 месяцев до 30 лет ($6,5 \pm 0,5$). Больные РА разделены на 2 группы: в первую группу вошли 40 больных (31 женщин, 9 мужчин) в возрасте от 16 до 59 лет ($34,2 \pm 3,2$), во вторую - 48 больных (32 - женщин, 16 - мужчин) в возрасте от 60 до 73 лет ($69,5 \pm 2,2$). По классификации возраста, предложенной ВОЗ, лица до 45 лет считаются молодыми, от

45 до 59 - зрелого возраста, 60-74 лет - пожилого, 75-89 - старческого, а более 90 лет - долгожителями. Последние возрастные категории встречаются в практике ревматолога относительно редко. Поэтому в представленном материале мы не делали разделения на пожилой и старческий возраст, объединив больных старше 60 лет в группу пожилых. По продолжительности заболевания ($5,9 \pm 0,8$ и $6,7 \pm 0,7$ лет) обе группы были сопоставимы.

При установлении и формулировке диагноза учитывались рекомендации по номенклатуре и классификации заболевания, предложенные ГУ Институт ревматологии РАМН [3]. Все больные подвергнуты клинико-лабораторному исследованию. Лабораторные исследования включали определение в крови показателей «воспаления», ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), иммуноглобулинов, гормонов гипофиза (АКТГ, ТТГ и СТГ) и щитовидной железы (трийодтиронин, тироксин, кальцитонин). Диагностика НН основывалась на рекомендациях, разработанных НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского [1]. Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета программ Statistica версии 6,0 для Windows.

Результаты и обсуждение. Нами было установлено, что с увеличением возраста чаще регистрируется высокая степень активности заболевания (по DAS 28), значительно ухудшаются рентгенологические признаки и функциональное состояние больных. Для больных пожилого возраста характерно более тяжелое и острое начало болезни (у 32 больных, 66,7%),

Из количественных показателей суставного синдрома отмечена прямая взаимосвязь между повышением болевой чувствительности больных

по типу ассиметричного олигоартрита с резким ограничением движений и общей скованности вплоть до полной обездвиженности. Характерны повышение температуры до $37,5-38^{\circ}\text{C}$ (у 19 больных, 40,0%), васкулиты (у 15 больных, 31,3%) и лимфоаденопатия (у 8 больных, 16,7%).

Чаще выявляются сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (у 22 больных, 45,8%), ишемическая болезнь сердца (у 20 больных, 41,6%), обструктивное заболевание легких (у 14 больных, 29,2%), гастродуодениты, колиты (у 13 больных, 27,1%), хронические инфекции мочеполовой системы (у 10 больных, 20,8%) и сахарный диабет (у 7 больных, 14,5%).

У больных РА молодого возраста в патологический процесс чаще вовлекались проксимальные межфаланговые, пястно-фаланговые суставы кистей, плюснефаланговые суставы стоп и лучезапястные суставы. Почти у всех больных начало РА было полиартрикулярным, с симметричным поражением мелких или средних суставов. Суставной синдром проявлялся постепенно: с нерезких болей и скованности в суставах, явлениями протомы (слабость в мышцах). Сопутствующие заболевания имели 12 больных (30,0%): хронический бронхит (у 6), хронический гастродуоденит (у 5), инфекции мочеполовой системы (у 3).

Таблица 1

ляционной способности кистей (в 1,13 раза) также были более выражены у больных старше 60 лет.

Проведенное исследование способствовало выявлению невротических нарушений у 64 (72,7%) больных: у 20 (22,7%) - слабой, у 31 (35,2%) - средней и у 13 (14,8%) - выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астенотеневые гивные нарушения (у

. Клиническая характеристика больных

Показатели		Группы больных	
		< 60 лет	> 60 лет
Активность по DAS 28	DAS 28 < 3,2	13(32,5%)	7(14,6%)
	3,2 < DAS 28 < 5,1	20(50,0%)	21(43,8%)
	DAS 28 > 5,1	7(17,5%)	20(41,7%)
Поражение суставов	Моно- и олигоартрит	14 (35,0%)	29(60,4%)
	Полиартрит	26 (65,0%)	19(39,6%)
Иммунологическая характеристика	РФ +	36 (90,0%)	45 (93,8%)
	РФ -	4(10,0%)	3 (6,3%)
Рентгенологическая стадия по Штейнброкеру	I стадия	4(10,0%)	
	II стадия	18 (45,0%)	10(20,8%)
	III стадия	12 (30,0%)	25 (52,1%)
	IV стадия	6(15,0%)	13 (27,1%)
Функциональный класс	I	15(37,5%)	4 (20,2%)
	II	13 (32,5%)	14 (29,2%)
	III	8 (20,0%)	23 (47,9%)
	IV	4(10,0%)	7 (14,6%)

увеличением их возраста. Продолжительность утренней скованности в суставах (в 1,27 раза), число болезненных суставов (в 1,33 раза), показатели функционального теста II. Ли (в 1,30 раза) и степень нарушения манипулятивно без протомальных признаков. Наиболее часто поражались крупные суставы - коленные, плечевые, голеностопные (у 29 больных, 60,4%). Суставной синдром протекал с развитием выраженного экссудативного компонента

54 больных - 61,4%)- У 23,9% больных астенотеневая симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,8% - ипохондрических, у 9,1% - истерических и у 4,5% - навязчивых нарушений. Клиника НН характеризовалась полиморфизмом и неопределенностью болевых ощущений, частыми изменениями локализации и продолжительности боли. В группе больных в возрасте до 60 лет НН были

выявлены у 60,0% больных, а в группе больных выше 60 лет - в 1,4 раза чаще (83,3%).

Таблица 2

Взаимосвязь показателей суставного синдрома с возрастом больных

Показатели	Группы больных	
	< 60 лет	> 60 лет
Утренняя скованность, мин.	88,7± 11,2	112,8±10,0*
Число болезненных суставов	14,5±1,0	17,2±1,2**
Число припухших суставов (макс 28)	9,1 ±0,8	8,2±1,0
Индекс П.Ли, б	16,6±1,5	21,8±1,8*
Манипуляционная способность кистей, %	75,6±3,2	66,5±2,5*
Боль по ВАШ, мм	61,8±4,1	76,3±5,1*

Примечание: *-P<0,05; **P<0,02

С увеличением возраста отмечалось снижение содержания тиреоидных гормонов: в группе больных старше 60 лет содержание ТТГ и трийодтиронина в среднем составило 1,7±0,1 мЕд/л и 2,0±0,12 нмоль/л, что достоверно ниже чем у больных до 60 лет (P<0,05 и P<0,02). Однако, уровень тироксина не всегда коррелирован с возрастом и не соответствовал уровню ТТГ и трийодтиронина составив соответственно: 163,2±10,7 и 169,3±11,4 нмоль/л - в первой и во второй группе больных (P>0,5). Обнаруженный нами нестабильный тип секреции гормонов также указывает о наличии хронического стресса, при котором нарушаются клеточные процессы взаимопревращения трийодтиронина и тироксина.

У больных старше 60 лет концентрации АКТГ составила 42,64±3,72 нг/л, кортизола - 474,9±40,9 нмоль/л, что в 1,3 и 1,2 раза ниже, чем в группе больных до 60 лет (P<0,05), что соответствует данным литературы. У больных с легкой и средней степенью НН отмечалась тенденция к повышению содержания АКТГ и кортизола (P>0,05), а при выраженных НН уровень этих гормонов оказался достоверно ниже, чем у больных без невротических расстройств (P<0,05). На наш взгляд снижение уровня АКТГ и кортизола при НН тяжелой степени обусловлено возрастом больных (старше 60 лет), приемом ГКС (в анамнезе и настоящее время) и наличием хронического стресса (ухудшение соматических факторов).

Таким образом, пожилой возраст является одним

из факторов неблагоприятного прогноза РА. С увеличением возраста суставной синдром имеет тяжелое течение и сочетается с большим количеством сопутствующих заболеваний. Отмечается нивелировка в половом соотношении, в то время в более молодом возрасте преобладают пациенты женского пола. У пожилых пациентов часто обнаруживаются невротические и психотические нарушения, которые характеризуется угнетенным, подавленным настроением, утратой прежних интересов, повышенной утомляемостью, слабостью, нарушением сна, аппетита, снижением активности.

У лиц старше 60 лет РА протекает на фоне понижения секреции ТТГ, трийодтиронина, АКТГ и кортизола, что наряду с побочными действиями многих медикаментов (иммунодепрессанты, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики), дефицитом и несбалансированностью питания, невротическими нарушениями (астения, нарушение сна, тревога, страх, депрессия) способствует развитию иммунодефицита. Поэтому важной составляющей частью лечебной программы у пожилых должны входить методы по восстановлению психо-эмоционального фона, физической способности и трудовых навыков, а также правильное питание. Особую роль для этого контингента больных играет гуманное отношение к ним медицинского персонала и особенно - родственников.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства. М. «М»1993. 400с.
2. Амирджанова В.Н. РА с позиций оценки качества жизни больных. Тер. архив.2007, т.79, 5, 9-15.
3. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации РА. Научно-практическая ревматология. 2008, 1, 5-16
4. Насонов Е.Л. РА как общемедицинская проблема. Тер. архив. 2004, 5,3-7
5. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение хронических заболеваний суставов и позвоночника. Тер. архив. 2000, 5, 5-8.
6. Пизова Н.В., Спирин Н.Н., Рукавишникова А.А. Особенности личности больных с системными ревматическими заболеваниями. Ж. нев и псих. 2003,47-49.