

# Оглавление

Список сокращений . . . . .	5
Предисловие . . . . .	9
<b>Глава 1. Качество жизни с точки зрения современной медицины . . .</b>	<b>10</b>
<b>Глава 2. Методологические основы исследования качества жизни . .</b>	<b>15</b>
<b>Глава 3. Оценка качества жизни больных с различными ревматическими заболеваниями . . . . .</b>	<b>44</b>
3.1. Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом . . . . .	44
3.2. Оценка влияния заболевания на качество жизни больных ранним ревматоидным артритом . . . . .	60
3.3. Изучение качества жизни больных остеоартрозом . . . . .	64
3.4. Определение показателей качества жизни у пациентов с болью внизу спины . . . . .	78
3.5. Оценка качества жизни больных системной красной волчанкой и системной склеродермией . . . . .	89
3.6. Особенности качества жизни больных фибромиалгией . . . . .	100
<b>Глава 4. Качество жизни как критерий эффективности         лечения больных . . . . .</b>	<b>110</b>
4.1. Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом при различных видах лечения . . . . .	110
4.2. Динамика показателей качества жизни больных ревматоидным артритом при использовании различных методов медицинской реабилитации . . . . .	117

4.3. Изменение качества жизни больных остеоартрозом под влиянием различных методов лечения. . . . .	120
4.4. Оценка влияния лечебных мероприятий на качество жизни пациентов с болью в нижней части спины. . . . .	145
Заключения. . . . .	161
Приложения . . . . .	164
Список литературы . . . . .	214

---

## Глава 3

### Оценка качества жизни больных с различными ревматическими заболеваниями

#### 3.1. Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом

Метод оценки КЖ достаточно успешно используется в ревматологии, особенно у больных ревматоидным артритом (РА) [Новик А.А. и др., 1999, 2000].

Наиболее широко применяемым общим опросником для пациентов с данной нозологией является SF-36. Доказана его надежность и валидность для больных РА, определение же целесообразности применения этого инструмента в клинических испытаниях при РА требует длительного исследования [Tuttleman M. et al., 1997].

С помощью SF-36 у больных РА выявлено преимущественное снижение параметров физического здоровья: физического функционирования, ролевого физического функционирования и физической боли [Новик А.А. и др., 2001].

По наблюдениям М.М. Петровой и соавт. (2001), снижение КЖ больных РА определяется суставным синдромом и анемией, поражением легких, степенью активности, зависит от возраста и длительности болезни. Например, до лечения пациенты молодого возраста дают более высокую оценку по параметрам SF-36, чем пациенты старшего возраста, особенно по шкалам физического здоровья.

По данным Т. Ионовой и соавт. (1999), в процессе лечения противоревматическими средствами значительная динамика показателей КЖ наблюдается у больных РА старше 60 лет: через 1 мес. от начала лечения отмечалось улучшение компонентов психологического здоровья, через 3 и 6 мес. от начала лечения — устойчивое улучшение физического здоровья. В группе пациентов молодого возраста улучшение психологического здоровья происходило позже [Ionova T. et al., 1999]. Стандартная терапия

(базисная и симптоматическая) обеспечивала улучшение отдельных видов функционирования больного РА в различные сроки от начала лечения [Новик А.А., 2001].

Наиболее важной категорией «исхода» артритов является нетрудоспособность, следовательно, его оценка часто сводится к определению функционального состояния [Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., 1989; McFarlane A.C., Brooks P.M., 1997]. Согласно существующей классификации, о степени недостаточности функции суставов (НФС) судят по возможности или невозможности пациента работать и/или обслуживать себя в быту [Амирджанова В.Н. и др., 1990]. В ходе решения этого вопроса следует учитывать, что оценка, сделанная врачом, нередко отличается от оценки самого больного [Амирджанова В.Н. и др., 1989], поэтому были разработаны специальные опросники для оценки функционального статуса, которые учитывают симптомы, характерные для артрита [Ионова А.А. и др., 1999]. К этим опросникам относится НАQ, которая смогла найти применение в отечественных ревматологических исследованиях [Амирджанова В.Н. и др., 1990; Кузнецова В.М., Марасаев В.В., 2001], не получив пока широкой популярности в практической медицине. В настоящее время существует множество ее модификаций. К ним, в частности, относятся «Модифицированный опросник оценки здоровья» («Modified health assessment questionnaire» — МНАQ) и «Опросник оценки основных нарушений жизнедеятельности при ревматоидном артрите» («McMaster Toronto arthritis patient preference disability questionnaire») [Белова А.Н., Щепетова О.Н., 2002].

В 1989 г. В.Н. Амирджанова и соавт. предложили отечественную модификацию «Станфордской анкеты оценки здоровья» — МСАОЗ (Приложение 5), которую они апробировали у больных РА, продемонстрировав целесообразность ее применения для изучения функционального состояния этой категории больных, особенно при проведении экспертизы нетрудоспособности. Использование МСАОЗ также позволяло получить представление о некоторых психологических аспектах состояния больного и его резервных возможностях. Однако имеются данные [Tennant A. et al., 1996; Wolfe F., 2001], что оценка функционального статуса с помощью полной версии НАQ является более чувствительной. Были установлены высокие корреляции данных исследования функционального состояния, полученных с помощью этой анкеты, с рядом функциональных проб и объективных показателей, используемых в ревматологии для оценки состояния больных

(суставной индекс Ричи, индекс припухлости, сила сжатия кисти и др.), а также с характером и объемом проводимой терапии [Амирджанова В.Н. и др., 1990, 1991; Орлов В.А., Гиляревский С.Р., 1992; Nordenskiold U., Grimby G., 1997; Van-Den-Ende С.Н. et al., 1997].

Применение НАQ у больных РА позволило установить, что назначение нового лекарственного препарата более эффективно, если ему предшествовала исключительно терапия НПВП и отсутствовало лечение болезнью-модифицирующими антиревматическими препаратами [Fries J.F. et al., 1997].

Использование опросников НАQ и SF-36 в исследовании эффективности ремикейда, содержащего моноклональные антитела к фактору некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), позволило доказать положительное влияние этого препарата на КЖ больных РА [Насонов Е.Л., 2001].

Имеются данные М.М. Ward (1997) о том, что более частые визиты больных РА к ревматологу в течение года приводят к более значительному улучшению функционального состояния по НАQ.

Показатели МНАQ «предсказывают» смертность в течение 5 лет более эффективно, чем рентгенологические и лабораторные данные [Callahan L.F. et al., 1997].

В исследовании влияния РА на общее состояние здоровья с использованием опросников NHR и НАQ [Houssien D.A. et al., 1997] была обнаружена корреляция между показателями этих двух методик, а также между NHR и показателями активности заболевания, включая количество болезненных и опухших суставов, боль и продолжительность ранней утренней скованности. Больные РА имели высокие показатели NHR по пунктам: «боль», «физическая активность», «расстройство сна» и «эмоциональные реакции» — независимо от возраста и длительности заболевания.

Для оценки функционального статуса больных РА от 16 до 30 лет была предложена анкета из 17 пунктов «Краткий опросник оценки нетрудоспособности больных молодого возраста» («Young Adults Disability Inventory» — YADI), включающая 8 пунктов МНАQ. Оценки YADI продемонстрировали более высокую корреляцию с симптомами заболевания, чем показатели МНАQ. Добавление пунктов для оценки эмоционального состояния позволило выявить, что пациенты с более выраженными симптомами значительно чаще испытывают депрессию, чем их здоровые ровесники [Taal E. et al., 1997].

Анкета «Шкала оценки влияния артрита» (Приложение 7), разработанная R.F. Meenan и соавт. (1980) в соответствии с рекомендациями ВОЗ,

отражает все составляющие КЖ [Зайцева Т.В., Багирова Г.Г., 2000; Белова А.Н., Щепетова О.Н., 2002]. Т.В. Зайцевой (2001) у больных РА была установлена связь между степенью НФС и разделами опросника AIMS: «подвижность», «ловкость», «социальная роль», «повседневная активность», «боль», «депрессия» и «общий показатель состояния здоровья».

С помощью AIMS было выявлено, что больные РА, занимающиеся физическим трудом, находятся в худшем положении по сравнению с работниками умственного труда, что требует рационального трудоустройства в этой группе больных [Багирова Г.Г., Грязнов В.В., 1993].

Использование AIMS также показало, что 8-недельный амбулаторный реабилитационный курс с последующей длительной самореабилитацией больных дома под контролем медицинских сестер приводит к улучшению показателей по всем разделам опросника, и даже через год после завершения курса больные сохраняли улучшенный функциональный статус [Ropen R. et al., 1996].

Опросник AIMS2 для оценки КЖ больных РА, разработанный в 1990 г. в Бостоне (США), является укороченной версией AIMS [Новик А.А. и др., 1999]. Существует шведская версия AIMS2, надежность, валидность и чувствительность которой также были найдены удовлетворительными [Archenholtz B., Bjelle A., 1997]. По аналогии была предложена французская короткая версия AIMS2 — AIMS2-Short Form (AIMS2-SF), представленная в двухстраничном варианте и имеющая психометрические свойства, подобные тем, которые имеет AIMS2 [Guillemin F. et al., 1997]. Сравнение французских версий опросников AIMS2-SF и NHP обнаружило, что более чувствительна к изменениям AIMS2-SF, чем NHP, и что эти два инструмента не повторяют друг друга в оценке КЖ, а дополняют друг друга [Pouchot J. et al., 1996].

Потребность в разработке специфичного для больных РА опросника оценки КЖ привела к созданию «Опросника оценки качества жизни, связанного с влиянием ревматоидного артрита» («Rheumatoid Arthritis Quality of Life» — RAQoL), все этапы создания которого проводились одновременно в Нидерландах и Великобритании [De Jong Z. et al., 1997; Whalley D. et al., 1997]. Опросы с применением RAQoL показали, что РА имеет неблагоприятное воздействие на многие сферы жизни, включая настроение и эмоции, социальную жизнь, хобби, повседневные задачи, личные и социальные взаимоотношения и половые контакты [Whalley D. et al., 1997].

Отличные психометрические качества этого инструмента оказались ценными для измерения КЖ больных РА в клинических испытаниях и при наблюдении за больными в обычной клинической практике [De Jong Z. et al., 1997; Tijhuis G.J. et al., 2001].

В качестве индикатора состояния здоровья, который можно использовать при посещении амбулаторного больного РА, был предложен «Профиль оценки последствий болезни» («Disease Repercussion Profile» — DRP). С помощью этого инструмента сделана попытка оценить исход болезни путем объединения индивидуального физического, социального, психологического, эмоционального и экономического ущерба, вызванного РА, т.е. ощущаемую больным инвалидность [Carr A.J., 1996].

РА приводит к возникновению у больных психосоциальной дезадаптации [Крыжановская Н.С., 1998]. В настоящее время признано, что утрата социальной активности имеет важное влияние на тяжесть течения и исход РА [McEntegart A. et al., 1997]. Больные, получающие стационарное лечение, демонстрируют более низкий показатель КЖ вследствие выраженных ограничений в социальной активности, снижения их социальной роли, выявляемых МСА [Зайцева Т.В., Багирова Г.Г., 2000]. Однако оказание социальной поддержки больным РА, по мнению U. Jakobsson, I.R. Hallberg (2002), не приводит к ослаблению негативного влияния заболевания на КЖ, как это происходит у больных ОА.

Эмоциональная «обработка» жизненных стрессовых ситуаций больными РА вызывает у них возрастание негативного настроения [Kelley J.E. et al., 1997]. Болевые ощущения, исходящие из сомы, выступают как сигнал о неблагополучии, который приводит к утрате способности управлять своими ощущениями и чувствами [Сукиасян С.Г. и др., 2001]. Хроническое, прогрессирующее течение заболевания с ограничением функциональных возможностей и угрозой инвалидности оказывает выраженное влияние на систему психологических защитных механизмов личности, вызывая высокий уровень тревоги и депрессивные тенденции у этой категории больных [Баранова Э.Я., Парусова Н.И., 1994; Савельева М.И., 1994; Козловский И.В., Уланова Е.А., 2001]. Развитие депрессивных состояний при РА обусловлено такими факторами, как боль, нарушение функции суставов, ухудшение материального положения, утрата социальных контактов и сексуальные проблемы [Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М., 2000]. Оценка преобладающих диагностических признаков расстройства личности показала доминирование у больных РА черт зависимости, «самопораже-

ния», тревоги, что вызывает подчинение собственных потребностей людям, от которых они зависят [Кремлева О.В., Колотова Г.Б., 2001].

С помощью методики «Тип отношения личности к болезни» (ТОБОЛ), разработанной в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева, было установлено, что с нарастанием тяжести РА закономерно уменьшается число лиц с гармоничным отношением к болезни, возрастают депрессивные тенденции [Коршунов Н.И. и др., 1993]. Определение типа отношения к болезни (ТОкБ) имеет большое прогностическое значение, поскольку позволяет выявить так называемый реабилитационный потенциал больных [Коршунов Н.И. и др., 2000]. Длительность заболевания, инвалидизация больше сказываются на психическом состоянии мужчин, чем женщин, и формируют чаще интрапсихические («уход в болезнь») — ипохондрический, апатический и неврастенический типы отношения к болезни по ЛОБИ [Капустина Л.В., 1994; Зайцева Т.В., Багирова Г.Г., 1998, 2000; Зайцева Т.В., 1999, 2000].

«Миннесотский многоаспектный личностный опросник» («Minnesota multiphasic personality inventory» — ММПИ) позволил выявить корреляционные взаимосвязи личностных особенностей больных РА (депрессии, асоциальной психопатии) с порогом болевого ощущения. Установлено, что сильные боли способствуют усилению тревоги, которая снижает порог болевой чувствительности. Тревога устраняется вследствие нарастания депрессии [Уланова Е.А. и др., 2000]. Больные РА с депрессией меньше реагируют на негативную информацию, обусловленную болезнью [Clemmey P.A., Nicassio P.M., 1997].

Негативное влияние РА на психическое состояние пациентов снижает эффективность проводимой терапии [Грехов Р.А., Зборовский А.Б., 1994]. После традиционного лечения сохраняются высокий уровень тревожности и снижение показателей эмоционального функционирования [Уланова Е.А., 2001], что делает необходимым обязательное включение в комплексную терапию больных РА психотерапевтических и психофармакологических мер [Снегирева А.А. и др., 2001]. Важную роль при этом играют особенности личности пациентов и врача, их установки на определенный вид лечения, а также совпадение этих установок [Коршунов Н.И., 1994; Коршунов Н.И. и др., 1993]. Таким образом, чрезвычайно важно взаимопонимание в диаде «врач—больной» [Коршунов Н.И., 1994; Коршунов Н.И., Яльцева Н.В., 1994; Коршунов Н.И. и др., 2001; Frey D. et al., 1997].



Адекватное использование психотерапии в комплексном лечении больных РА позволяет усилить положительную мотивацию и трудовые установки [Лещенко Г.Я. и др., 1991]. Посещение больными групповой психотерапии приводит к достоверному увеличению болевых порогов, уменьшению эмоционального дискомфорта [Черемных-Алексеевко Е. и др., 1991]. В ходе психотерапии и в катамнезе по завершении курса пациенты стабильно демонстрируют улучшенные субъективные оценки самочувствия и настроения, становятся социально более активными и менее зависимыми в решении повседневных проблем, значительно реже нуждаются в стационарном лечении по поводу РА [Кремлева О.В., Колотова Г.Б., 2001]. Существенное снижение тревожно-депрессивных реакций происходит у больных РА в процессе рефлекторной терапии. У них наблюдается достоверная положительная динамика самочувствия, активности и настроения [Грехов Р.А. и др., 1999].

Помимо психотерапевтических методик, в терапии депрессий используют и антидепрессанты, например после курса терапии селективным ингибитором обратного захвата серотонина золофтом в течение не менее 8 нед. отмечена выраженная редукция депрессивной симптоматики, а также клинико-лабораторных показателей, характеризующих суставной процесс [Яльцева Н.В., Коршунов Н.И., 2000, 2001].

Реабилитационные аспекты в лечении РА включают не только психологическую, но и физическую реабилитацию с применением лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения и массажа. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий по сравнению с исключительно медикаментозной терапией позволяет улучшить субъективные параметры самочувствия и объективные параметры суставного синдрома у больных с костно-мышечными заболеваниями [Замарина О.В., Зенкина С.И., 1999; Самусева Э.В. и др., 2001; Hudgins T.H. et al., 1997]. Степень изменения КЖ и отдельных его составляющих позволяет более дифференцированно подходить к оценке тяжести функционального состояния больного и разрабатывать индивидуальную программу реабилитационных мероприятий [Зайцева Т.В., 1999].

Т.В. Зайцевой (Чернышевой) в 1999 г. в Оренбургской государственной медицинской академии проведено исследование, целью которого являлось установление особенностей и закономерностей изменения качества жизни больных РА при различных клинических проявлениях заболевания.

В исследование было включено 190 больных РА, диагноз которых соответствовал критериям Американской ассоциации ревматологов (1987); 69 человек (36,32%) из них на момент анкетирования находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении Областной клинической больницы, 121 человек (63,68%) — на диспансерном наблюдении врачей-ревматологов четырех поликлиник г. Оренбурга.

Среди обследованных преобладали женщины (80%). Наибольшее число больных было в возрасте от 21 до 59 лет (82,7%).

Около половины обследованных имели длительность заболевания более 10 лет (48,95%). Стали инвалидами вследствие заболевания 100 человек (52,63%). На момент обследования 71 человек имел II группу инвалидности, а 18 — I. До установления инвалидности занимались физическим трудом 54% больных; 35% человек стали инвалидами в возрасте от 21 года до 44 лет, 48% — от 45 до 59 лет. За первые 10 лет болезни 39% обследованных утратили трудоспособность, из них двое — в течение первого года.

У всех больных РА без системных проявлений имелся медленно прогрессирующий полиартрит. Системные поражения, связанные с РА, были диагностированы у 55 (28,95%) обследованных, из них преобладали поражения сердца (16,85%), почек (9,47%), легких (6,32%). У 20 человек (10,53%) диагностирована анемия, в 20,53% случаях имелось сочетание РА с остеоартрозом. Наличие ревматоидного фактора (РФ) в крови было обнаружено у  $\frac{1}{3}$  больных. Большинство обследованных имели минимальную степень активности процесса — 48,95% и умеренную — 38,42%. При рентгенографическом исследовании суставов согласно критериям Штейнброекера чаще определялись II и III стадии. Нарушение функции суставов у большинства соответствовало II степени.

Причинами болезни были переохлаждения, острые респираторные заболевания, беременность и роды. Только 6 человек (3,16%) допускали возможность возникновения болезни в результате психоэмоционального напряжения. В ряде случаев психический фактор в начале болезни сочетался с инфекцией, нейроэндокринными расстройствами, воздействием физических факторов. С нарастанием длительности РА влияние психоэмоциональных факторов на его дальнейшее прогрессирование, провокацию обострений становилось более заметным.

Сопутствующие заболевания имели 156 (82,11%) больных РА, на каждого приходилось в среднем по 1,86 болезней. Наиболее часто РА сочетался с остеохондрозом (ОХ) позвоночника, хроническим холециститом,

хроническим пиелонефритом. Нарушения психического здоровья были диагностированы у 20 больных РА (12,82%), причем у 19 из них определялся астеноневротический синдром, у 1 больного — депрессивный. Сочетания РА с другими заболеваниями внутренних органов установлены в единичных случаях.

Все пациенты проходили полное клиническое обследование, необходимое для верификации диагноза.

**Оценку качества жизни** проводили у больных РА с помощью МСА, составленной Лабораторией клинической психологии Кардиологического научного центра РАМН (Приложение б).

Для оценки *психологического личностного реагирования на болезнь* использовали тест ЛОБИ, предложенный М.М. Кабановым и соавт. (1983).

Дополнительно для более точной оценки *функционального состояния опорно-двигательного аппарата (ОДА), изменения социального статуса и психического состояния* вследствие заболевания применяли АИМС и МСАОЗ. Опросники были чувствительными, валидными и воспроизводимыми [Айвазян Т.А., Зайцев В.П., 1989; Амирджанова В.Н. и др., 1989; Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., 1989; Сорока Н.Ф., 1991; Никольская Е.А., 1992], т.е. отвечали всем требованиям, предъявляемым к методикам по изучению КЖ. Кроме того, применение нескольких анкет позволяло изучить различные составляющие показателя КЖ. Опросники легки для понимания больных и их заполнения. По результатам анкетирования вычислялся не только суммарный индекс КЖ, но и различные составляющие этого показателя.

Больные РА имели низкий суммарный **показатель КЖ по МСА**. Он колебался от +1 до -25 баллов и в среднем составил  $-14,09 \pm 0,64$  балла.

Самое низкое значение индекса КЖ было у больных, имевших инвалидность (особенно I группы). Потеря трудоспособности тяжелее сказывалась на КЖ женщин, чем мужчин. Более половины обследованных (54,7%) считали свою жизнь в той или иной степени неполноценной и связывали это с их заболеванием. У большинства обследованных (77,9%) самыми существенными были ограничения, обусловленные физическими причинами. Среди больных, считавших свою жизнь неполноценной, преобладали лица в возрасте старше 60 лет с длительностью заболевания более 10 лет, а также утратившие трудоспособность.

Из наиболее частых причин снижения КЖ больные РА указывали на необходимость ограничивать свои физические усилия, снижение активно-

сти в повседневной жизни, необходимость лечения, ограничения в проведении досуга, уменьшение доходов, понижение в должности, ограничения в трудовой деятельности и уменьшение контактов с друзьями и близкими.

Оценка психологических личностных реакций проводилась у 121 больного РА. С помощью теста ЛОБИ диагностировали типы отношения к болезни (ТОкБ).

У больных РА доминировали дезадаптивные формы отношений с интрапсихической направленностью (II блок): ипохондрический, апатический и неврастенический. Эти типы реагирования преобладали среди всех больных независимо от их пола. У мужчин, кроме того, чаще, чем у женщин, имелись адаптивные (I блок) — анозогнозический, эргопатический (Р) и дезадаптивные типы отношений с интерпсихической направленностью, составляющие III блок, — сенситивный, эйфорический и паранойяльный. У женщин по сравнению с мужчинами преобладали интрапсихические типы реагирования на болезнь — тревожный и обсессивно-фобический. С увеличением возраста больных повышалась частота выявления типов отношений с интрапсихической направленностью (коэффициент корреляции  $r = 0,301$ ,  $p < 0,001$ ) и уменьшалось количество больных с адаптивными и дезадаптивными типами реагирования с интерпсихической направленностью.

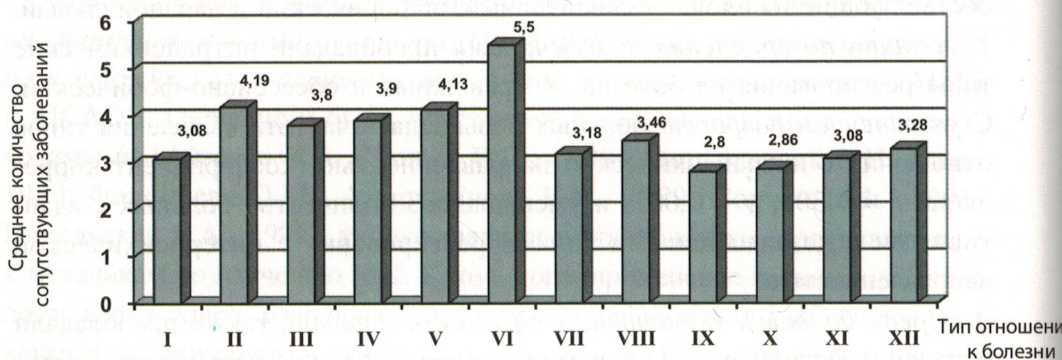
Среди больных, утративших трудоспособность, также преобладали лица с интрапсихическими типами реагирования (ипохондрическим, апатическим и неврастеническим). Отмечался параллелизм в увеличении числа больных с интрапсихическими типами реагирования (тревожным, апатическим и неврастеническим) по мере снижения у них функциональных способностей.

Гармоничный тип определялся только у 13 пациентов (10,7%), чаще среди мужчин и лиц среднего возраста. У больных, утративших трудоспособность, он диагностирован только в единичных случаях.

Ипохондрический, апатический и неврастенический типы реагирования с интрапсихической направленностью диагностированы часто при всех степенях активности, но они были более характерны для больных со II степенью заболевания. С увеличением R-стадии чаще регистрировали интрапсихический, апатический ТОкБ. С нарастанием степени НФС возрастало количество больных с дезадаптивными интрапсихическими тревожным, апатическим ( $r = 0,359$ ,  $p < 0,001$ ) и неврастеническим типами и уменьшалось с дезадаптивными и адаптивными ТОкБ.

Таким образом, по мере прогрессирования болезни, возрастания деструктивных изменений в суставах и снижения их функциональной способности у больных РА увеличивалась частота интрапсихического реагирования на болезнь. Больных меньше волновало отношение к ним окружающих, они не старались привлекать к себе особого внимания и вызывать у других сочувствия (уменьшение интерпсихических типов реагирования на болезнь), а больше «уходили» в свою болезнь (интрапсихический тип реагирования).

Так как все анкетированные по тесту ЛОБИ имели сопутствующие заболевания, то была определена мера влияния этих болезней на диагностируемые ТОкБ (рис. 3.1).



**Рис. 3.1.** Среднее количество сопутствующих заболеваний у больных ревматоидным артритом с различными типами отношения к болезни (n=121):

I – гармоничный; II – тревожный; III – ипохондрический; IV – апатический; V – неврастенический; VI – обсессивно-фобический; VII – сенситивный; VIII – эгоцентрический; IX – эйфорический; X – анозогнозический; XI – эргопатический; XII – паранойяльный

Из рис. 3.1 видно, что при часто диагностируемых у больных РА интрапсихических (ипохондрического, апатического и неврастенического) ТОкБ среднее количество сопутствующих заболеваний на одного больного колебалось от 3,8 до 4,13. Этот показатель при других ТОкБ имел диапазон от 2,8 до 5,5. Следовательно, при наиболее часто выявляемых у больных типах реагирования число сопутствующих заболеваний не превышало значений этого показателя при других ТОкБ, что позволило предположить, что формирование интрапсихических (ипохондрического, апатического и неврастенического) ТОкБ является результатом воздействия РА.

На ранних этапах заболевания (до 5 лет) у больных РА формируются чаще интрапсихические ипохондрический и неврастенический ТОкБ, видимо, как первая реакция на болезнь. По мере увеличения длительности заболевания (от 6 до 10 лет) при сохраняющемся «лидерстве» интрапсихического ипохондрического типа к нему добавляются интрапсихический апатический и интерпсихический сенситивный ТОкБ. На более поздних этапах болезни (более 10 лет) опять выделяются только интрапсихические (ипохондрический, апатический и неврастенический) ТОкБ. С увеличением «стажа» болезни постепенно увеличивается количество больных с дезадаптивным интрапсихическим апатическим, интерпсихическими сенситивным, эгоцентрическим и паранойальным ТОкБ. У больных с длительностью заболевания от 6 до 10 лет чаще определяется гармоничный ТОкБ, что можно расценить как некоторую адаптацию больных к своему состоянию.

Таким образом, с увеличением длительности заболевания у больных РА идет определенная смена формирования одних ТОкБ на другие. Чаще всего это приводит к образованию трех типов реагирования на болезнь с интрапсихической направленностью: ипохондрического, апатического и неврастенического.

С помощью теста ЛОБИ по всем диагностируемым у каждого больного ТОкБ (кроме гармоничного) рассчитывали среднюю сумму баллов — меры влияния заболевания на личность больного. У больных РА эта средняя сумма имела достаточно высокое значение  $22,84 \pm 0,24$  и зависела от ряда факторов. Заболевание оказывает наибольшее влияние на личность больных РА, имеющих инвалидность (особенно I и II групп), и на лиц в возрасте старше 60 лет. Более значительные изменения имеются у мужчин.

При интрапсихических тревожном и неврастеническом ТОкБ отмечали большее воздействие заболевания на личность больного и КЖ. Наиболее высокое значение показателя КЖ и меньшую среднюю сумму баллов определяли у больных с интерпсихическим эйфорическим ТОкБ. Тест ЛОБИ позволяет диагностировать у больных одновременно от 1 до 3 ТОкБ.

У большинства больных РА диагностировали диффузный тип отношения к болезни (три ТОкБ). В этих комбинациях из типов реагирования с интрапсихической направленностью часто определялись тревожный, ипохондрический, апатический и неврастенический ТОкБ, а из типов с интерпсихической — сенситивный и эгоцентрический ТОкБ. Средняя сумма баллов у больных с диффузным типом отношения была выше, а значения КЖ ниже.