

УДК 616.72-002.77-06:616.89-02

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

© 2014 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным воспалительным поражением внутренних органов [16].

Средняя распространенность РА в популяциях развитых стран составляет 0,5–1,0 %, а первичная заболеваемость достигает 0,02 %. Женщины заболевают чаще мужчин в 2–5 раз. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но наиболее часто его выявляют в 40–50 лет [29, 54].

Ревматоидный артрит отличается хроническим и прогрессирующим течением, ранней потерей трудоспособности и высоким процентом инвалидности. Заболевание связано с высоким уровнем болевых ощущений, функциональными нарушениями, с одной стороны, и серьезными нарушениями в психоэмоциональной сфере — с другой [38].

Различные формы и типы течения РА отражают многовариантность возникновения болезни. Особенности течения РА зависят от соматических и социальных, психологических и духовно-нравственных факторов.

Несмотря на значительные достижения в последнее десятилетие в изучении патогенеза и подходов к медикаментозной терапии, многие вопросы остаются открытыми, и разработка синергетической концепции РА позволяет мобилизовать мультидисциплинарные ресурсы.

Задача статьи состоит в концептуально-методологическом обосновании синергетической биопсихосоциодуховной концепции РА.

Этиопатогенез ревматоидного артрита

До настоящего времени этиология РА остается неизвестной. Изучается триггерная роль широкого спектра экзогенных (например, стресс, курение), инфекционных (вирус Эпштейна-Барр, парвовирус В19, ретровирусы и др.) и эндогенных (цитруллинированные белки и пептиды) факторов [47].

Существует и генетическая предрасположенность к развитию заболевания. Так, риск развития РА ассоциирован с носительством антигена главного комплекса гистосовместимости класса II HLA-DR4 (и DR1), который включает более 22 аллелей [16, 41].

Согласно современным представлениям, в основе патогенеза РА лежат дефекты Т- и В-клеточных иммунных реакций, приводящие к гиперпродукции целого ряда провоспалительных цитокинов и широкого спектра органоспецифических аутоантител, индуцирующих воспаление и деструкцию суставов и других тканей организма [17].

О психосоматической природе РА впервые заявили F. Alexander и F. Dunbar еще в 20-х годах XX века, что явилось отправной точкой для проведения многочисленных исследований психологических аспектов возникновения и развития болезни [37, 39].

Ревматоидный артрит – одно из наиболее часто встречающихся хронических системных аутоиммунных заболеваний, проявляющееся преимущественным поражением периферических суставов с развитием в них эрозивно-деструктивных изменений и анкилозированием. Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза и подходов к медикаментозной терапии, многие вопросы остаются открытыми. Хроническое и тяжелое течение ревматоидного артрита, ранняя потеря трудоспособности и социальная дезадаптация, деморализация и инвалидизация, а также высокая частота психологических проблем и расстройств тревожно-депрессивного спектра требуют разработки мультидисциплинарного подхода к этиопатогенезу и клинике, превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, биопсихосоциодуховная концепция, синергетика, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, расстройства тревожно-депрессивного спектра, автобуллинг

Известно, что в ответ на стрессовые раздражители в организме происходит одновременная активация трех ведущих систем, а именно нервной, иммунной и эндокринной, что, в свою очередь, приводит к развитию как соматических заболеваний, так и психических нарушений [8]. При этом именно провоспалительные цитокины, представляющие собой важнейшие сигнальные молекулы, передают информацию между иммунной, эндокринной и нервной системами и поддерживают системное воспаление и при РА, и при депрессии [14].

Стресс и срыв иммунного гомеостаза с реализацией хронического воспалительного процесса, преимущественно на уровне опорно-двигательного аппарата, — это возможный путь развития РА как психосоматической патологии. В тех случаях, когда психический стресс «не звучит» в дебюте РА, последующее хроническое, инвалидизирующее течение болезни все равно ставит перед больным ряд сложных социально-психологических проблем. Эти проблемы способны влиять через регуляторные механизмы иммунитета и воспаления на ход самого патологического процесса [15, 36].

На роль стрессовых воздействий в развитии и течении РА указывает статистически значимое клиническое преимущество у больных, получавших психотерапевтическое антистрессовое вмешательство, перед больными, не получавшими такого воздействия [33, 48, 55].

Согласно данным зарубежных исследований, частота встречаемости расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) у больных РА составляет 13–43 % [40, 43]. По результатам многолетней научно-практической программы ФГБУ НИИР РАМН и Московского НИИ Психиатрии Минздрава России, у 93,6 % пациентов с РА были выявлены РТДС [12]. Среди РТДС встречаются депрессии и дистимии, расстройства адаптации и генерализованные тревожные расстройства. У половины больных с РТДС были диагностированы когнитивные нарушения (КН) [13].

Психологическое состояние позволяет одним пациентам спокойно адаптироваться к новым условиям жизни, в то время как у других развиваются психопатологические состояния, требующие психотерапевтической и медикаментозной терапии. Вместе с тем ошибочным является рассмотрение всех психических, и прежде всего депрессивных, расстройств лишь в качестве последствий тяжелого хронического течения РА.

Расстройства тревожно-депрессивного спектра и КН у больных РА ассоциируются с увеличением уровней провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли α (ФНО α), интерлейкин 1 β (ИЛ1 β) и интерлейкин 6 (ИЛ6), что подтверждает роль хронического воспаления в патогенезе РТДС и КН при РА. Высокий уровень ФНО α и ИЛ1 β характерен для пациентов с РА с клинически значимой усталостью и выраженной болью [13, 35].

Синергетическая концепция этиопатогенеза РА подчеркивает психоаналитическую значимость ненависти молодых пациенток к своему телу, приобретенной неосознаваемым образом по механизмам индукции от собственной матери, что проявляется нарушением идентификации и ментальной репрезентации при ранних формах РА [10]. Механизмы индукции саморазрушающего автобуллингa становятся стержнем этиопатогенеза РА [49]. Интересно отметить, что при шизофрении, когда больной ненавидит собственную личность, РА практически не встречается [10, 30].

Таким образом, психотравмирующие стрессовые ситуации играют важную роль в этиологии и патогенезе РА, который возникает только при совокупности факторов: генетической предрасположенности и иммунологического конфликта; личности, подверженной аффективной агрессии и стрессовой ситуации с подавленностью, чувством вины, ведущими к аутоагрессии [5]. Данное заболевание может рассматриваться как болезнь дезадаптации с первичным нарушением надсистемных центральных механизмов регуляции гомеостаза под влиянием экзо- или/и эндогенных факторов [26].

Синергетика ревматоидного артрита

Синергетическая модель формирования РА представлена в табл. 1. Динамика РА включает фракталы: предрасположения — артритическая семья, латентный — артритический диатез, инициальный — преартритические состояния, развернутой клинической картины, хронизации — формы и типы течения, исхода — соматоневрологических осложнений.

Фрактал *артритической семьи* является первым в формировании РА. К развитию данной патологии могут предрасполагать нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей, ранняя психотравматизация и депривация. Так, в ряде работ продемонстрировано значительное увеличение риска развития аутоиммунных заболеваний у взрослых, перенесших в детстве два и более психотравмирующих события [51].

Результаты отечественных работ продемонстрировали наличие ранних детских психических травм, преимущественно депривации, у 81 % больных ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) и у 77,6 % пациентов с РА, в то время как в общей популяции этот показатель составил только 20 % [2].

Деформации семейных взаимоотношений в детском возрасте приводят к нарушениям навыков межличностного общения и трудностям адаптации, повышению эмоционального напряжения и тревожности, что неизбежно сказывается на семейных отношениях во взрослой жизни.

Рядом исследований показано влияние ранних детских психических травм на формирование предрасположенности к стрессовому реагированию с развитием депрессивных расстройств [27, 36]. Так, психологический стресс оказывает влияние на течение

Таблица 1

Фрактальная динамика развития ревматоидного артрита

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: артритическая семья	Латентный: артритический диатез	Инициальный: преартритическое состояние	Развернутая клиническая картина РА	Хронизация: формы и типы течения РА	Исход: соматоневрологические осложнения
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Преартритическое состояние	Ревматоидный артрит	Формы и типы течения ревматоидного артрита	Соматические осложнения
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоформные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихические нарушения
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

заболевания в 80 % случаев. При этом около 90 % пациентов связывают начало или обострение болезни с острой, а 10 % — с хронической психогенной ситуацией. Развитию болезни часто предшествует потеря близких, а в детстве они имеют серьезные психологические проблемы. Частота жизненных стрессов за год до начала заболевания в группе женщин, страдающих РА, достоверно выше, чем среди пациентов общемедицинской популяции [52, 53].

Следующим является фрактал *артритического диатеза* — нарушений психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т. п.) факторов.

При воздействии внешних факторов риска развивается *преартритическое состояние* — функциональное расстройство, которое может и не перейти в стадию развернутого заболевания. Стресс, переохлаждение, ряд инфекционных агентов могут на данном этапе спровоцировать развитие клинической картины заболевания.

В дальнейшем воздействие значимых для РА факторов риска может привести к развитию *клинической картины впервые возникшего РА*. Так, психоэмоциональное напряжение отмечается у больных в состоянии как предболезни в 30–87 % случаев, так и при обострении [25]. Под влиянием дистресса изменяются состав соединительной ткани, гормональные функции организма, подавляется иммунокомпетентная система, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в иммунологическом статусе, проявляясь на типах течения заболевания, *во фрактале хронизации*.

К соматоневрологическим осложнениям РА относят соматические осложнения, а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические

осложнения являются исходом длительно текущего заболевания.

У больных РА в фазе обострения выявлены признаки социально-психологической дезадаптации, включающие астенический и депрессивный синдромы. В фазе ремиссии доминируют активные формы адаптации [20].

Далее остановимся на каждом из векторов синергетической модели РА.

Соматогенез РА предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности к нарушению иммунологической реактивности. Доказана тесная корреляция между развитием РА и антигенами системы гистосовместимости HLA DR₁, DR₄, DRW₄, DW₄, DW₁₄. Наличие этих антигенов, кодирующих иммунный ответ организма, может видоизменять клеточный и гуморальный иммунный ответ на различные инфекционные агенты и способствовать развитию РА. Семейно-генетическая предрасположенность к развитию РА доказывается повышенной частотой заболевания среди родственников, особенно монозиготных близнецов [47].

В латентном фрактале соматогенеза РА можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям, что может проявляться, например, в наличии кратковременного суставного болевого синдрома при стрессовых ситуациях.

Преартритическое состояние — функциональное расстройство, так как оно может и не перейти в стадию развитого заболевания. Выявлено несколько инфекционных агентов, претендующих на роль этиологического фактора РА.

Далее следует развернутая клиническая картина впервые возникшего заболевания.

Может отмечаться три типа течения заболевания: медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее и без заметного прогрессирования.

Конечным фракталом соматогенеза РА являются соматические осложнения. Ревматоидный артрит на-

чинается с поражения суставов, однако с течением времени в клинической картине заболевания появляются признаки системности.

Психогенез РА в первом фрактале представлен психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания. Среди них можно выделить: слабый и среднеслабый типы нервной системы, низкие значения показателей эргичности и темпа, высокую эмоциональность и неустойчивость. От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор.

Некоторые исследователи полагают, что психологический стресс имеет значение лишь для пациентов с РА, имеющих психодинамический конфликт. У таких пациентов заболевание начинается внезапно и быстро прогрессирует [42, 46].

Установлено, что основополагающую роль в патогенезе РА играют чрезвычайные жизненные события (потеря близкого, внутрисемейные проблемы, финансовые трудности), которые отмечаются за год до манифестации РА в 30–75 % случаев. Наиболее часто неблагоприятные психологические воздействия связаны с отношениями в семье и личной жизни, значительно реже — с отношениями на производстве [6, 28, 34].

Выявлена высокая (47,7 %) частота психологического стресса, предшествующего болезни. При этом учитывалось лишь наличие явных трудноразрешимых и неразрешимых конфликтных ситуаций, фрустрирующих больных. Исследователи не настаивают на том, что во всех этих случаях психический дистресс был этиологическим фактором, а не просто условием для реализации другой неизвестной причины РА. В 1/3 случаев, когда началу заболевания предшествовал психический стресс, он носил острый характер.

Большинство психотравмирующих ситуаций у больных РА находится в сфере личной и семейной жизни. Различные психотравмы, межличностные конфликты, сопровождающиеся психоэмоциональным напряжением, отмечались у больных в преморбидном периоде или в дальнейшем течении болезни в 71,1 % [9].

Второму фракталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить тревожность и мнительность, ипохондричность и пессимизм.

Особенности личности во взаимодействии с внешними обстоятельствами могут формировать тот внутренний конфликт, который ложится тяжелым бременем на адаптивные системы организма, бьет по генетически уязвимым структурам, вызывая нарушения гомеостаза, в том числе иммунного. Таким образом, стресс и срыв иммунного гомеостаза с реализацией хронического воспалительного процесса

преимущественно на уровне опорно-двигательного аппарата — вот одна из траекторий развития РА как психосоматической патологии.

В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния (боли в суставах, повышение температуры тела до субфебрильных цифр и др.), с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа.

При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной и астенической, фобической и депрессивной симптоматикой.

Есть данные о том, что адаптивные способности больных РА невелики из-за сниженной интенсивности большинства основных типов психологической защиты по сравнению со здоровыми. При этом чем активнее ревматоидный процесс, тем в большей мере сужаются возможности использования психологической защиты [23].

Симптомы пограничных нервно-психических расстройств (утомляемость, усталость, апатия, раздражительность, расстройства сна, тремор и др.) встречаются у большинства больных, но они не считаются ведущими клиническими феноменами, в отличие от суставного синдрома. В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер.

При РА наблюдаются пограничные психические расстройства, которые могут проявляться невротическим синдромом, отдельными невротическими симптомами, личностными изменениями. Так, у 45,9 % больных РА обнаружено сочетание различных психических нарушений. Наиболее часто наблюдаются аффективные нарушения, расстройства сна, входящие в структуру астенического синдрома, и психовегетативные (регуляторные соматические) расстройства. Аффективные нарушения наиболее выражены по сравнению с другими психическими расстройствами [5].

При тяжелом течении РА появляется ипохондрическая, депрессивная и истерическая симптоматика.

В самом последнем фрактале исхода заболевания возникают соматопсихические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего заболевания. Больные РА имеют значительные изменения в физическом и психологическом статусе, подвержены психосоциальной депривации и декомпенсации.

Социогенез РА начинается с дисгармонии семейных отношений. Дисгармония может быть связана

с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие нарушения семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Ведь именно в семье ребенок усваивает большую часть имеющихся в обществе социальных отношений. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и при ментальной репрезентации приведут к формированию дисгармонии личности, деформации значимых социальных ролей и отношений, становясь хроническим стрессогенным фактором.

Чем больше «стаж» болезни, тем отчетливее влияние психического фактора в становлении болезни и провокации обострений. Половина больных РА обнаруживает различные психосоциальные проблемы. Хотя по частоте возникновения на первом месте стояли проблемы, находящиеся в сфере производства, их значимость была невысокой. Для больных очень актуальны проблемы одиночества, семьи и сексуальности. Нами не выявлено связи между выраженностью проблем и социальным положением больного (работающий, инвалид, пенсионер, учащийся). У пациентов с высшим образованием в сравнении с больными со средним и средне-специальным обнаружена тенденция к снижению значимости психологических проблем, как и у лиц со «стажем» болезни более 10 лет по сравнению с таковой у больных «молодым» РА [26].

В стадии развернутой клинической картины РА могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении РА возможно наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений.

Исходы РА зависят от биомедицинских и физиологических, поведенческих и социальных факторов. Сила воли, стрессовые ситуации, социально-экономическое положение и роль в семье выступают как независимые факторы, позволяющие прогнозировать соматическое состояние больного.

В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

Анимогенез РА начинается во фрактале предрасположенности с духовно-нравственной дисгармонии, дефицитарности или амбивалентности семейных отношений, создающих осознаваемое или неосознаваемое психоэмоциональное напряжение.

Латентный фрактал артрического диатеза представлен дисгармонией и дисхронозом формирования и развития основных нравственных чувств: веры и

ответственности, совести и долга, чести и достоинства. Это проявляется замедлением и нарушением моральной социализации и развития личности в любом возрастном периоде.

В инициальном фрактале становятся заметными ранние деформации нравственного облика, проявляющиеся недостаточностью выдержки и терпения, гуманности и милосердия, скромности и тактичности. Это создает предпосылки для возможного развития синдрома деморализации и синдрома комплекса деструктивного профессиогенеза, клиническая картина которых в каждом конкретном случае и фрактале формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в сомато-, психо- и социогенезе.

Фрактал развернутой клинической картины РА проявляется деструкцией духовно-нравственной позиции: начинающимся снижением способности различия добра и зла, проявлений дружеской привязанности и любви, снижением сопротивления и возможным отказом от борьбы с недугом, страхом и отчаянием от продолжения жизненных испытаний.

Фракталы хронизации и исхода РА характеризуются нарастанием всех проявлений синдрома деморализации и появлением риска аморального и противоправного поведения.

Таким образом, синергетическая методология ментальной медицины позволяет системно учитывать все внутренние и внешние факторы патопластики и патокинетики РА и комплексно выстраивать индивидуальные, превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты в рамках мультидисциплинарной программы.

Медико-психосоциодуховная помощь больным ревматоидным артритом

На основе синергетической методологии нами разработана мультидисциплинарная программа помощи больным РА (табл. 2), включающая четыре блока: медицинский и психологический, духовно-нравственный и социальный. Превентивно-коррекционные мероприятия реализуются в первых трех донологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол помощи больным РА в рамках синергетической методологии ментальной медицины, реализуемый бригадой в составе ревматолога, психотерапевта, клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике [24, 26].

Первичные профилактические мероприятия должны проводиться еще во **фрактале предрасположенности** (артритическая семья), где они могут быть направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и этико-психологическую гармонизацию семейных отношений.

В **латентном фрактале** мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию моральной социализации и преморбидных особенностей личности.

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным ревматоидным артритом

Блок	Донозологические факталы			Нозологические факталы		
	Предиспозиция: артритическая семья	Латентный: артритический диатез	Инициальный: преартритическое состояние	Развернутая клиническая картина РА	Хронизация: формы и типы течения РА	Исход: соматоневрологические осложнения
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям	Диагностика состояний преартрита при профосмотрах; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия, профилактика осложнений	Лечение соматических и неврологических осложнений
Психологический	Выявление лиц со специфическими психологическими особенностями и включение их в группу риска	Коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция соматоформных нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

В **инициальном фактале** при возникновении преартритического состояния для профилактики развития РА предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания.

Во фактале **развернутой клинической картины** РА требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, духовно-нравственная и социальная помощь, которые в последующем складываются в индивидуальную лечебно-реабилитационную программу, реализуемую во **факталах хронизации и исхода**.

Медицинский блок программы. Медицинский блок в рамках соматогенеза *предполагает* оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, ревматологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (кардиологи, неврологи и др.).

В последние годы в медикаментозном лечении РА достигнуты существенные успехи. С помощью современных базисных противовоспалительных препаратов (метотрексат, лефлуномид и др.) и особенно «биологических» агентов у многих пациентов удается достигнуть существенного снижения активности заболевания (70 % «ответа» по критериям Американской коллегии ревматологов) и в целом улучшить прогноз болезни. Тем не менее фармакотерапия этого заболевания остается одной из наиболее сложных проблем медицины, а возможность полного «излечения» пациентов представляется сомнительной [18].

Основными задачами терапии РА являются: уменьшение симптомов, включая недомогание, боли, отек и скованность суставов; предотвращение деструкции, нарушения функции и деформации суставов; сохране-

ние высокого качества жизни; достижение клинической ремиссии; увеличение продолжительности жизни.

Значительные физические нагрузки, стрессы, курение и чрезмерное употребление алкоголя пациентам с РА противопоказаны. Важный компонент лечения РА — лечебная физкультура: регулярные специальные упражнения, направленные на укрепление мышечной силы. При небольшой или умеренной активности процесса показаны различные методы физиотерапии. Санаторно-курортное лечение возможно только у больных с минимальной активностью РА или в стадии ремиссии. В качестве ортопедического пособия применяют ортезы [16].

Для фармакотерапии РА используются следующие группы лекарственных средств:

- 1) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- 2) глюкокортикоиды (ГК);
- 3) базисные противовоспалительные препараты (БПВП);
- 4) генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

Для подбора оптимальной схемы терапии необходимо учитывать не только активность заболевания, но и прогрессирование деструкции суставов, наличие коморбидных заболеваний и безопасность терапии.

У пациентов с активным РА мониторинг эффективности терапии следует проводить часто (каждые 1–3 месяца) и, если через 3 месяца не наблюдается улучшения или цель лечения (ремиссия/низкая активность) через 6 месяцев не достигнута, терапию следует модифицировать. При достижении цели терапии мониторинг рекомендуется проводить реже (каждые 6–12 месяцев) [18, 50].

Последнее десятилетие ознаменовалось прорывом в лечение РА, во многом благодаря разработке и применению нового класса лекарственных средств, а именно ГИБП, селективно воздействующих на определенные звенья патогенеза заболевания. К данной группе препаратов относятся ингибиторы фактора некроза альфа (ФНО α): этанерцепт (ЭТЦ), инфликсимаб (ИНФ), адалимумаб (АДА), голимумаб (ГЛМ), цертолизумаба пэгол (ЦЗП); ингибитор рецепторов интерлейкина 6 (ИЛ6): тоцилизумаб (ТЦЗ); анти-В-клеточный препарат ритуксимаб (РТМ); блокатор активации Т-лимфоцитов абатацепт (АБЦ). Отдельно стоит выделить тофаситиниб (ТОФА) — представитель нового класса синтетических базисных противовоспалительных препаратов, селективный ингибитор JAK-киназы [3, 4, 17].

Важным аспектом лечения РА является ранняя диагностика (желательно в первые 3 месяца от начала заболевания), за которой следует очень ранняя, активная, тщательно контролируемая противовоспалительная терапия с применением БПВП, целью которой является максимально быстрое достижение ремиссии или низкой активности. Это так называемая концепция «Лечения до достижения цели», представленная в первой (2010) и второй (2013) версиях рекомендаций по лечению РА, подготовленных группой экспертов Европейской антиревматической лиги (EULAR).

Согласно последним рекомендациям (2013) препарат метотрексат (МТ) следует рассматривать как основной компонент стратегии «первой линии» в лечении больных активным РА. Метотрексат применяется как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими БПВП, ГК, ГИБП [18, 19]. При наличии противопоказаний к назначению МТ или ранней непереносимости его в качестве препарата «первой линии» можно использовать лефлуномид или сульфасалазин. Применение низких доз ГК (преднизолон в дозе $\leq 7,5$ мг/сутки) в комбинации с одним или несколькими БПВП следует рассматривать в качестве компонента стратегии лечения в течение первых 6 месяцев болезни. При этом ГК рекомендуется отменять как можно быстрее, насколько это клинически возможно.

Если стратегия «первой линии» оказалась неэффективной, при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза рекомендуется использовать другую стратегию лечения стандартными БПВП, а при наличии факторов неблагоприятного прогноза (высокая активность заболевания, выявление аутоантител, раннее развитие эрозий в суставах) — рассмотреть возможность назначения ГИБП.

Лечение ГИБП следует начинать при невозможности достигнуть ремиссии (через 6 месяцев) или отсутствие эффекта (через 3 месяца) на фоне лечения стандартными БПВП. Среди ГИБП начинать лечение РА рекомендуется с ингибиторов ФНО- α . При недостаточной эффективности первого ГИБП

следует назначить другой ГИБП (при неэффективности первого ингибитора ФНО- α можно применять другой препарат этого же класса или ГИБП с другим механизмом действия). При неэффективности ГИБП целесообразно применение тофаситиниба. С учетом высокой стоимости данной терапии (более высокую, чем у биоэквивалентных ГИБП), рекомендуется применять ТОФА как препарат «третьей линии» в лечении РА. У пациентов, находящихся в ремиссии после отмены ГК, следует рассмотреть возможность прекращения лечения ГИБП, особенно если они применялись в комбинации с БПВП. В последних рекомендациях (2013) указывается на возможность поддержания ремиссии без применения ГИБП. При достижении длительной стойкой ремиссии у больных РА целесообразно снижение дозы стандартных БПВП.

Включение в комплексное лечение пациентов с РА и коморбидными депрессивными расстройствами современных антидепрессантов способствует улучшению функционального состояния опорно-двигательного аппарата, что проявляется большим снижением интенсивности боли, утренней скованности и большим улучшением функциональных индексов, чем в группах сравнения без антидепрессантов [5]. Включение в лечение такого анксиолитического и вегетостабилизирующего средства, как стрезам, способствует не только устранению тревожно-депрессивных и психовегетативных расстройств, но и более значительному снижению интенсивности болевых ощущений [11].

Психологический блок программы. Психологический блок помощи в рамках сикогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекает возможность использования и эффективность психотерапии при РА [1, 7]. В психотерапии РА применяются методы саморегуляции (биологическая обратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов умению справляться с болью. Применение гипноза при РА позволяет уменьшить проявления болевого синдрома, способствует исчезновению невротической симптоматики.

Предлагается использовать преимущественно когнитивную психотерапию, позволяющую «разрушить» сложившиеся стереотипы оценки происходящего [9].

Групповая психотерапия способствует у больных РА нормализации нарушенных межличностных взаимоотношений за счет эмоционального отреагирования конфликтных ситуаций в группе. Семейная психотерапия направлена на оптимизацию семейных отношений, что очень важно при РА, так как возникшая вследствие болезни инвалидизация

часто существенно изменяет положение больного в семье.

Несмотря на немногочисленность публикаций, посвященных применению психотерапии при РА, можно сказать, что она способствует положительным изменениям как в психологическом, так и в психосоматическом статусе пациентов.

При медикаментозно контролируемой рациональной психотерапии у молодых пациенток удается добиваться катарсиса и стойкой ремиссии при осознании переноса ненависти к собственному телу от их матери. Коррекция при семейной психотерапии механизмов индукции автобуллинга дает стойкие саногенетические эффекты [49].

Социальный блок программы. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб (специалистов по социальной работе, социальных работников).

Образовательные программы разрабатываются с целью повышения информированности пациентов о заболевании, его течении, методах терапии, прогнозе, усилении мотивации к приему назначенных врачом лекарственных препаратов и комплаентности лечения, обучения двигательным навыкам, формированию правильного поведенческого стереотипа, основам лечебной физкультуры, методикам психологической адаптации к болезни и саморегуляции. Все это является необходимым для предупреждения функциональной недостаточности суставов и прогрессирования деформаций, для сохранения способности к самообслуживанию, выполнению бытовой деятельности и профессиональному труду, для коррекции психоэмоциональных нарушений, поддержания больного как активной социальной личности и улучшения качества жизни [21].

Индивидуальные программы реабилитации у больных РА улучшают функциональные возможности и двигательную активность (силу сжатия кисти, мощность, симметричность движения, распределение нагрузки) и качество жизни непосредственно после ее завершения [22]. Кроме того, они позволяют сохранить высокую комплаентность использования БПВП, уменьшить потребность в симптоматических препаратах, повысить физическую активность [21]. С учетом снижения эффекта от обучения после 6 месяцев образовательные программы рекомендуется проводить не реже одного раза в полгода [31, 44, 45].

При РА успешно применяются в целях реабилитации групповая и семейная социотерапия, арттерапия и музыкотерапия, терапия творческим самовыражением [25, 32].

Духовно-нравственный блок программы. Духовно-нравственный блок в векторе анимогенеза реализуется с участием семьи и референтного окружения в микросоциальной и производственной среде, с использованием современных методов и форм образования и воспитания взрослых и детей,

коучинга и тренинга личностного роста, подключением экспертов и консультантов службы ментального здоровья и этических комитетов, особенно в случаях угрозы возникновения деструктивного профессиогенеза (моббинг, боссинг, буллинг, краудинг, трудовые конфликты и др.) и необходимости медиации, духовных наставников из официальных российских конфессий, участия в программах общественных организаций родственников и больных РА, волонтерских и социальных движений, профсоюзных и ветеранских организаций [49].

Скрининг и коррекция морального климата артритической семьи осуществляются в ходе семейной психо- и социотерапии, реализующих задачи этикопсихологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем духовно-нравственным модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации и синдромокомплекс деструктивного профессиогенеза, с учетом индивидуальных психологических особенностей пациента и его микросреды, коморбидных и ассоциированных расстройств. В рамках стратегий раннего вмешательства и медиации обеспечивается сопровождение адаптивного профессиогенеза и этики делового общения пациента, деэтизации и дегуманизации профессионального сознания.

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует привлечения ресурсов тренинга этики делового общения, коучинга и духовных (религиозных) практик, терапии творческим самовыражением.

Духовно-нравственная реабилитация осуществляется в рамках поддерживающей терапии, реализующей задачи нивелирования пессимистическо-катастрофических установок и поддержания оптимистично-ресурсной жизненной позиции.

Таким образом, предложенная синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ревматоидного артрита позволяет мобилизовать новые ресурсы и запускать эффективные резонансно-когерентные механизмы лечебно-профилактической помощи.

Список литературы

1. Абабков В. А., Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб. : Питер, 2012. 672 с.
2. Дрождина Е. Н., Ковалевская О. Б., Серавина О. Ф. и др. Роль психотравмирующих факторов в дезадаптации детей и подростков, страдающих ювенильным артритом // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 1. С. 44–50.
3. Каратеев Д. Е. Новое направление в патогенетической терапии ревматоидного артрита: первый ингибитор Янус-киназ тофацитиниб // Современная ревматология. 2014. № 1. С. 39–44.
4. Каратеев Д. Е. Ритуксимаб в современной терапии ревматоидного артрита // Фармакотерапия. 2010. № 5. С. 26–32.

5. Коршунов Н. И. и др. Использование антидепрессантов у больных с воспалительными (ревматоидный артрит) и невоспалительными (синдром боли в нижней части спины) заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Русский медицинский журнал. Ревматология. 2010. Т. 18, № 11. С. 752–755.
6. Коршунов Н. И., Речкина Е. В. Ревматоидный артрит: семья и болезнь // Терапевтический архив. 2005. № 5. С. 29–32.
7. Кремлева О. В. Психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Санкт-Петербург, 2007. 54 с.
8. Крыжановский Г. Н. Введение в общую патофизиологию. М., 2000. 56 с.
9. Курыгина А. Г., Урываева В. А. Психический дистресс в дебюте и развитии соматического заболевания // Экология человека. 2006. № 7. С. 42–46.
10. Линде Н. Д. Сутра о шизофрении // Психотерапия. 2014. № 6. С. 82–89.
11. Лисенко Г. И., Ткаченко В. И. Проблема боли в общей врачебной практике. К. : Медкнига, 2007. 196 с.
12. Лисицына Т. А., Вельтищев Д. Ю., Насонов Е. Л. Стрессовые факторы и депрессивные расстройства при ревматических заболеваниях // Научно-практическая ревматология. 2013. № 2. С. 98–103.
13. Лисицына Т. А., Вельтищев Д. Ю., Серавина О. Ф. и др. Психические расстройства у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2011. № 3. С. 29–36.
14. Лисицына Т. А., Вельтищев Д. Ю., Серавина О. Ф. и др. Провоспалительные цитокины и депрессия при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. 2013. № 3. С. 261–266.
15. Макарова В. И., Бабинова И. В., Джос Ю. С. Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом и детей с ювенильным хроническим артритом // Научно-практическая ревматология. 2002. № 3. С. 46–50.
16. Насонов Е. Л. Ревматология. Национальное руководство. М. : Гэотар-Медиа, 2010. 290 с.
17. Насонов Е. Л., Денисов Л. Н., Станислав М. Л. Новые аспекты фармакотерапии ревматоидного артрита: ингибиторы малых молекул // Научно-практическая ревматология. 2012. № 2. С. 66–75.
18. Насонов Е. Л., Каратеев Д. Е., Чичасова Н. В. Новые рекомендации по лечению ревматоидного артрита (EULAR, 2013): место метотрексата // Научно-практическая ревматология. 2014. № 1. С. 8–26.
19. Насонов Е. Л., Каратеев Д. Е., Чичасова Н. В. Рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита – 2013: общая характеристика и дискуссионные проблемы // Научно-практическая ревматология. 2013. № 6. С. 609–622.
20. Немировский В. С., Макиенко В. В., Соловьева О. И. Психосоматический статус больных ревматоидным артритом // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 2010. Т. 17, № 2 (прил.). С. 98–99.
21. Орлова Е. В., Денисов Л. Н., Арсеньев А. О., Каратеев Д. Е. Оценка приверженности больных ревматоидным артритом фармакологическим и немедикаментозным методам лечения и ее динамика под влиянием образовательной программы // Научно-практическая ревматология. 2012. № 3. С. 68–74.
22. Орлова Е. В., Каратеев Д. Е., Амирджанова В. Н. Эффективность индивидуальной программы реабилитации больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2012. № 1. С. 45–53.
23. Савельева М. И. Ревматоидный артрит: психосоциальные соотношения и ВКБ : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 1995. 19 с.
24. Сидоров П. И. Служба ментального здоровья // Экология человека. 2014. № 8. С. 44–56.
25. Сидоров П. И., Макарова В. И., Бабинова И. В., Джос Ю. С. Реабилитация детей с ювенильным хроническим артритом. Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2002. 91 с.
26. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.
27. Сидоров П. И., Яковлева В. П. Ментальная экология ранней психической травмы // Экология человека. 2014. № 9. С. 35–41.
28. Смуглевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : Медпресс-информ, 2011. 720 с.
29. Фоломеева О. М., Насонов Е. Л., Андрианова И. А. и др. Ревматоидный артрит в ревматологической практике России: тяжесть заболевания в российской популяции больных. Одномоментное (поперечное) эпидемиологическое исследование (RAISER) // Научно-практическая ревматология. 2010. № 1. С. 50–60.
30. Фуллер Торри Э. Шизофрения. СПб. : Питер Пресс, 1996. 446 с.
31. Шафиева И. А., Булгакова С. В., Давыдкин И. Л. Эффективность обучающих программ у больных ревматоидным артритом и системным остеопорозом в амбулаторно-поликлинических условиях // Казанский медицинский журнал. 2008. Т. 89, № 4. С. 423–426.
32. Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкий В. Семейная психотерапия : хрестоматия. СПб. : Речь, 2007. 400 с.
33. Astin J. A., Beckner W., Soeken K. et al. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials // Arthritis Rheum. 2002. Vol. 47, N 3. P. 291–302.
34. Cutolo M., Straub R. H. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis // Neuroimmunomodulation. 2006. Vol. 13, N 5. P. 277–282.
35. De Almeida D. E., Ling S., Pi X., Hartmann-Scruggs A. M., Pumpens P., Holoshitz J. Immune dysregulation by the rheumatoid arthritis shared epitope // J. Immunol. 2010. Vol. 185, N 3. P. 1927–1934.
36. Dube S. R., Fairweather D. L., Pearson W. S. et al. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults // Psychosom. Med. 2009. Vol. 71, N 2. P. 243–250.
37. Dunbar F. H. Psychosomatic diagnosis. London, 1948.
38. Iain B. McInnes, Georg Schett. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis // N. Engl. J. Med. 2011. Vol. 365. P. 2205–2219.
39. Johnson A., Shapiro L., Alexander F. Preliminary report on a psychosomatic study of rheumatoid arthritis // Psychosom. Med. 1947. Vol. 9, N 5. P. 295–300.
40. Kekow J., Moots R., Khandker R. et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis // Rheumatology. 2011. Vol. 50. P. 401–409.
41. Kochi Y., Suzuki A., Yamamoto K. Genetic basis of rheumatoid arthritis: A current review // Biochem. Biophys. Res. Commun. 2014. Vol. 452, N 2. P. 254–262.
42. Lichtenberg P. A., Skehan M. W., Swensen C. H. The role of personality, recent life stress and arthritic severity

in predicting pain // *J. Psychosom. Res.* 1984. Vol. 28. P. 231–236.

43. *Margaretten M., Julian L., Katz P., Yelin E.* Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms // *Int. J. Clin. Rheumatol.* 2011. Vol. 6, N 6. P. 617–623.

44. *Masiero S., Boniolo A., Wassermann L. et al.* Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial // *Clin. Rheumatol.* 2007. Vol. 26, N 12. P. 2043–2050.

45. *Niedermann K., Fransen J., Knols R. et al.* Gap between short and long-term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: a systematic review // *Arthritis Rheum.* 2004. Vol. 51, N 3. P. 388–398.

46. *Pow J. M.* The role of psychological influences in rheumatoid arthritis // *J. Psychosom. Res.* 1987. Vol. 31, N 2. P. 223–229.

47. *Scott D., Wolfe F., Huizinga T.* Rheumatoid arthritis // *Lancet.* 2010. Vol. 376, N 9746. P. 1094–1108.

48. *Sharpe L.* Psychological Treatment for Rheumatoid Arthritis Works: Now We Need to Know What Elements Are Most Effective and for Whom // *J. Rheumatol.* 2013. Vol. 40, N 11. P. 1788–1790.

49. *Sidorov P. I.* From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection // *Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies.* NY: NOVA Science Publishers, 2014. P. 177–214.

50. *Smolen J. S., Landewe R., Breedveld F. C. et al.* EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update // *Ann. Rheum. Dis.* 2013. N 73. P. 492–509.

51. *Spitzer C., Wegert S., Wollenhaupt J. et al.* Gender-specific association between childhood trauma and rheumatoid arthritis: a case-control study // *J. Psychosom. Res.* 2013. Vol. 74, N 4. P. 296–300.

52. *Stojanovich L.* Stress and autoimmunity // *Autoimmunity.* 2010. Vol. 9, N 5. P. 271–276.

53. *Straub R. H., Kalden J. R.* Stress of different types increases the proinflammatory load in rheumatoid arthritis // *Arthritis Research & Therapy.* 2009. Vol. 11, N 3. P. 114–115.

54. *Uhlir T., Kvien T. K.* Is rheumatoid arthritis disappearing? // *Ann. Rheum. Dis.* 2005. N 64. P. 7–10.

55. *Williams A. C., Eccleston C., Morley S.* Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. P. 1–26.

References

1. *Ababkov V. A., Karvasarskii B. D.* *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2012, 672 p.

2. *Drozhdina E. N., Kovalevskaya O. B., Seravina O. F. i dr.* Role of psycho-traumatic factors in dysaptation of children and adolescents suffering from juvenile arthritis. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012, 1, pp. 44–50. [in Russian]

3. *Karateev D. E.* New trend in rheumatoid arthritis pathogenetic therapy: first Janus kinase inhibitor tofacitinib. *Sovremennaya revmatologiya* [Modern Rheumatology]. 2014, 1, pp. 39–44. [in Russian]

4. *Karateev D. E.* Rituximab in modern therapy of rheumatoid arthritis. *Farmakoteka* [Farmakoteka]. 2010, 5, pp. 26–32. [in Russian]

5. *Korshunov N. I. i dr.* Use of antidepressant medications for patients with inflammatory (rheumatoid arthritis) and noninflammatory (low back pain syndrome) diseases of locomotor apparatus. *Russkii meditsinskii zhurnal. Revmatologiya* [Russian Medical Journal. Rheumatology]. 2010, 18 (11), pp. 752–755. [in Russian]

6. *Korshunov N. I., Rechkina E. V.* Rheumatoid arthritis: family and disease. *Terapevticheskii Arkhiv* [Therapeutic Archive]. 2005, 5, pp. 29–32. [in Russian]

7. *Kremleva O. V.* *Psikhoterapiya v reabilitatsii bol'nykh revmatoidnym artritom (s pozitsii biopsichosotsial'nogo podkhoda).* *Avtoref. dokt. diss.* [Psychotherapy in rehabilitation of rheumatoid arthritis patients (from a perspective of biopsychosocial approach). Author's Abstract of Doct. Diss.]. Saint Petersburg, 2007, 54 p.

8. *Kryzhanovskii G. N.* *Vvedenie v obshchuyu patofiziologiyu* [Introduction into General Pathophysiology]. Moscow, 2000, 56 p.

9. *Kurygina A. G., Uryvaeva V. A.* Mental Distress in Debut and Development of Somatic Diseases. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2006, 7, pp. 42–46. [in Russian]

10. *Linde N. D.* Since morning about schizophrenia. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2014, 6, pp. 82–89. [in Russian]

11. *Lisenko G. I., Tkachenko V. I.* *Problema boli v obshchei vrachebnoi praktike* [Pain problem in general practice]. Kiev, Medkniga Publ., 2007, 196 p.

12. *Lisitsyna T. A., Vel'tishchev D. Yu., Nasonov E. L.* Stressful factors and depressive disorders in rheumatic diseases. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2013, 2, pp. 98–103. [in Russian]

13. *Lisitsyna T. A., Vel'tishchev D. Yu., Seravina O. F. i dr.* Mental disorders in rheumatoid arthritis patients. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2011, 3, pp. 29–36. [in Russian]

14. *Lisitsyna T. A., Vel'tishchev D. Yu., Seravina O. F. i dr.* Anti-inflammatory cytokines and depression in rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2013, 3, pp. 261–266. [in Russian]

15. *Makarova V. I., Babikova I. V., Dzhoc Yu. S.* Features of psychoemotional status of rheumatoid arthritis patients and children with juvenile chronic arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2002, 3, pp. 46–50. [in Russian]

16. *Nasonov E. L.* *Revmatologiya. Natsional'noe Rukovodstvo* [Rheumatology. National Guide]. Moscow, Geotar-Media Publ., 2010, 290 p.

17. *Nasonov E. L., Denisov L. N., Stanislav M. L.* New aspects of rheumatoid arthritis pharmacotherapy: small molecules inhibitors. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2012, 2, pp. 66–75. [in Russian]

18. *Nasonov E. L., Karateev D. E., Chichasova N. V.* New recommendations for treatment of rheumatoid arthritis (EULAR, 2013): location methotrexate. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2014, 1, pp. 8–26. [in Russian]

19. *Nasonov E. L., Karateev D. E., Chichasova N. V.* EULAR recommendations for rheumatoid arthritis treatment - 2013: general characteristic and polemical problems. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and

- Practice Rheumatology]. 2013, 6, pp. 609-622. [in Russian]
20. Nemirovskii V. S., Makienko V. V., Solov'eva O. I. Psychosomatic status of rheumatoid arthritis patients. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I. P. Pavlova* [Proceedings of Pavlov Saint-Petersburg State Medical University]. 2010, 17 (2 pril.), pp. 98-99. [in Russian]
21. Orlova E. V., Denisov L. N., Arsen'ev A. O., Karateev D. E. Assessment of rheumatoid arthritis patients commitment to pharmacological and drug-free treatment methods and its dynamics under educational program influence. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2012, 3, pp. 68-74. [in Russian]
22. Orlova E. V., Karateev D. E., Amirdzhanova V. N. Efficacy of rheumatoid arthritis patients individual rehabilitation program. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2012, 1, pp. 45-53. [in Russian]
23. Savel'eva M. I. *Revmatoidnyi artrit: psikhosomaticheskie sootnosheniya i VKB. Avtoref. kand. diss.* [Rheumatoid arthritis: psychosomatic correlations and internal disease pattern]. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Yaroslavl, 1995, 19 p.
24. Sidorov P. I. Mental Health Service. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 8, pp. 44-56. [in Russian]
25. Sidorov P. I., Makarova V. I., Babikova I. V., Dzhos Yu. S. *Reabilitatsiya detei s yuvenil'nykh khronicheskimi artritom* [Rehabilitation of children with juvenile chronic arthritis]. Arkhangelsk, 2002, 91 p.
26. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina* [Mentality Medicine]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.
27. Sidorov P. I., Yakovleva V. P. Mental Ecology of the Early Psychic Trauma. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 9, pp. 35-41. [in Russian]
28. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2011, 720 p.
29. Folomeeva O. M., Nasonov E. L., Andrianova I. A. i dr. Rheumatoid arthritis in rheumatologic practice of Russia: disease severity in Russian population of patients. Cross-sectional epidemiological study (RAISER). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Research and Practice Rheumatology]. 2010, 1, pp. 50-60. [in Russian]
30. Fuller Torri E. *Shizofreniya* [Schizophrenia]. Saint Petersburg, Piter Press Publ., 1996, 446 p.
31. Shafieva I. A., Bulgakova C. V., Davydkin I. L. Efficacy of educational programs in patients with rheumatoid arthritis and systemic osteoporosis in out-patient conditions. *Kazanskii meditsinskii zhurnal* [Kazan Medical Journal]. 2008, 89 (4), pp. 423-426. [in Russian]
32. Eidemiller E. G., Aleksandrova N. V., Yustitskis V. *Semeinaya psikhoterapiya* [Family Psychotherapy]. Saint Petersburg, Rech Publ., 2007, 400 p.
33. Astin J. A., Beckner W., Soeken K. et al. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheum.* 2002, 47 (3), pp. 291-302.
34. Cutolo M., Straub R. H. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Neuroimmunomodulation.* 2006, 13 (5), pp. 277-282.
35. De Almeida D. E., Ling S., Pi X., Hartmann-Scruggs A. M., Pumpens P., Holoshitz J. Immune dysregulation by the rheumatoid arthritis shared epitope. *J. Immunol.* 2010, 185 (3), pp. 1927-1934.
36. Dube S. R., Fairweather D. L., Pearson W. S. et al. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom. Med.* 2009, 71 (2), pp. 243-250.
37. Dunbar F. H. *Psychosomatic diagnosis*. London, 1948.
38. Iain B. McInnes, Georg Schett. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *N. Engl. J. Med.* 2011, 365, pp. 2205-2219.
39. Johnson A., Shapiro L., Alexander F. Preliminary report on a psychosomatic study of rheumatoid arthritis. *Psychosom. Med.* 1947, 9 (5), pp. 295-300.
40. Kekow J., Moots R., Khandker R. et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology.* 2011, 50, pp. 401-409.
41. Kochi Y., Suzuki A., Yamamoto K. Genetic basis of rheumatoid arthritis: A current review. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2014, 452 (2), pp. 254-262.
42. Lichtenberg P. A., Skehan M. W., Swensen C. H. The role of personality, recent life stress and arthritic severity in predicting pain. *J. Psychosom. Res.* 1984, 28, pp. 231-236.
43. Margaretten M., Julian L., Katz P., Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int. J. Clin. Rheumatol.* 2011, 6 (6), pp. 617-623.
44. Masiero S., Boniolo A., Wassermann L. et al. Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Clin. Rheumatol.* 2007, 26 (12), pp. 2043-2050.
45. Niedermann K., Fransen J., Knols R. et al. Gap between short and long-term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Arthritis Rheum.* 2004, 51 (3), pp. 388-398.
46. Pow J. M. The role of psychological influences in rheumatoid arthritis. *J. Psychosom. Res.* 1987, 31 (2), pp. 223-229.
47. Scott D., Wolfe F., Huizinga T. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2010, 376 (9746), pp. 1094-1108.
48. Sharpe L. Psychological Treatment for Rheumatoid Arthritis Works: Now We Need to Know What Elements Are Most Effective and for Whom. *J. Rheumatol.* 2013, 40 (11), pp. 1788-1790.
49. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection. Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. NY, NOVA Science Publishers, 2014, pp. 300-338.
50. Smolen J. S., Landewe R., Breedveld F. C. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann. Rheum. Dis.* 2014, 73, pp. 492-509.
51. Spitzer C., Wegert S., Wollenhaupt J. et al. Gender-specific association between childhood trauma and rheumatoid arthritis: a case-control study. *J. Psychosom. Res.* 2013, 74 (4), pp. 296-300.
52. Stojanovich L. Stress and autoimmunity. *Autoimmunity.* 2010, 9 (5), pp. 271-276.
53. Straub R. H., Kalden J. R. Stress of different types increases the proinflammatory load in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy.* 2009, 11 (3), pp. 114-115.
54. Uhlig T., Kvien T. K. Is rheumatoid arthritis disappearing? *Ann. Rheum. Dis.* 2005, 64, pp. 7-10.
55. Williams A. C., Eccleston C., Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012, pp. 1-26.

**SYNERGETIC BIOPSYCHOSOCIOSPIRITUAL
CONCEPTION OF RHEUMATOID ARTHRITIS****P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva***Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia*

Rheumatoid arthritis is one of the most common chronic systemic autoimmune diseases, that primarily affects the peripheral joints with predominant cartilage damage, bone erosion and ankylosis. Despite significant advances in understanding the pathogenesis of the disease and modern biologic disease-modifying therapy, many questions remain open. Chronic and severe course of rheumatoid arthritis, early disability and social dysaptation, demoralization, as well as

the high incidence of psychological problems and disorders require development of a multidisciplinary approach to the etiopathogenesis, diagnostics, management, rehabilitation and preventive care.

Keywords: Rheumatoid arthritis, biopsychosociospiritual conception, synergetics, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, anxiety-depressive spectrum disorders, autobullying

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com