**Модуль 3. Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.**

**Тема №1**

**Тема:** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.

**Вопросы:**

***Теоретические вопросы, подлежащие рассмотрению:***

1. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств дыхательной системы.

2. Клиническая картина бронхиальной астмы.

3. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств опорно-двигательного аппарата.

4. Клиническая картина остеохондроза позвоночника и межпозвонковой грыжи. Клиническая картина артрита.

***Практическая часть занятия:***

1. Знакомство с отобранными больными, получение у них информированного согласия на психологическое исследование и на работу со студентами. Установление эмпатического контакта, формирование партнерства, комплайенса.

2. Изучение истории болезни (документа).

*Примечание (!): в рамках данного раздела дисциплины студент проводит психодиагностическое исследование пациента только одной из нозологических групп – либо с заболеванием органов дыхания, либо с заболеванием опорно-двигательного аппарата. Предпочтительным при этом является получение навыков работы с больными пульмонологического профиля.*

**Основные понятия темы:** неврастеноподобный, истероподобный, психастеноподобный и смешанный («шунтовый») варианты нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы, «ревматическая личность».

**Рекомендуемая литература:**

1. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
2. Дереча, В. А. Практикум по психосоматике [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц.
3. Клиническая психология [Текст] : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 3-е изд., стер. - СПб. : Питер, 2007. - 960 с.
4. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] : практикум / С. А. Кулаков. - СПб. : Речь, 2003. - 288 с. : ил. - (Психологический практикум).
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.
6. Сидоров П.И. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед вузов/ П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 880 с.: ил.

**Теоретический материал к Модулю 3 к теме 9.**

**1. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств дыхательной системы.**

Астенические расстройства, связанные с интоксикацией и об­менными нарушениями, являются ведущими у больных с хрониче­скими заболеваниями легких — бронхитами и бронхопневмониями. На фоне астении могут возникать тревожные опасения, касающиеся здоровья, мысли о неизлечимости болезни, обреченности. Иногда эти переживания являются отражением депрессивного состояния, что требует консультации и лечения психиатра. Депрессиичаще но­сят характер дистимии, когда больные всем недовольны, скандалят, упрекая окружающих в недостаточном внимании к себе, отсутствии помощи. Иногда, при выраженном кашле и обилии отделяемой мо­кроты, больные тяготятся пребыванием в обществе, у них могут воз­никать сенситивные идеи отношения: кажется, что окружающие сторонятся их, «брезгуют» находиться рядом с больным.

Чаще у больных имеют место ипохондрические расстройства с фиксацией внимания на своем самочувствии. У ряда больных, прежде всего это относится к лицам, злоупотребляющим алкоголем, наблюдается гипонозогнозияили полное отрицание болезни с соответствующим поведением (анозогнозия).

Среди заболеваний органов дыхания, при которых большое зна­чение имеют психологические особенности больного, а также могут иметь место психопатологические проявления, особое место при­надлежит бронхиальной астме. Большинство исследователей в настоящее время считают, что в возникновении астматических приступов определенное значение имеют психичес­кие травмы и эмоциональное напряжение. Представители психосо­матического направления рассматривают бронхиальную астму как типичное психосоматическое заболевание, а свойственные этим больным черты характера (аккуратность, обязательность) оценива­ют как «профильные», присущие «аллергической личности». По на­блюдениям отечественных психиатров, указанные особенности не определяют структуры личности заболевающих бронхиальной аст­мой. Из наиболее характерных черт личностного преморбида отме­чаются лишь эмоциональные трудности в контактах с людьми и алекситимия (затруднения при описании своих ощущений). По результатам изучения в последние годы этиопатогенетических факторов бронхиальной астмы, лишь в 30% случаев ведущая роль отводится психогенным факторам, в 40% — инфекциям и в 30% — аллергии.

Психология и поведение больных бронхиальной астмой во многом определяются личностными реакциями на болезнь. Реакция на болезнь зависит от тех же факторов, что и при других заболевани­ях, клиническая картина реакции исчерпывается основными опи­санными вариантами в виде гипер- или гипонозогнозии.

Специфика внутренней картины болезни при бронхиальной аст­ме состоит в том, что она включает в себя два вида реакций — реак­цию на астматический приступ и реакцию на болезнь. Выраженность расстройств в большинстве случаев обусловлена остротой и внезап­ностью приступа. При внезапном остром приступе чаще всего появ­ляются страх смерти от удушья или остановки сердца, страх некупируемого приступа. Причем редкие, но тяже­лые приступы астмы сопровождаются более выраженными проявле­ниями страха, возникающего не только во время приступа, но и в ожидании его. Кратковременные нетяжелые приступы уду­шья, не связанные с наиболее распространенными триггерами (пси­хическими факторами, аллергенами и др.) и легко купирующиеся ингаляцией противоастматических средств, напротив, чаще сопро­вождаются гипонозогнозическими реакциями.

При дальнейшем хроническом течении болезни и необходимос­ти в связи с этим длительное время лечиться, в том числе в условиях соматических стационаров, у многих больных возможна фиксация внимания на своих ощущениях и переживаниях с формированием тревожно-фобических и депрессивных реакций. Выраженный страх касается уже не только возможного приступа, но и своего здоровья в целом, своей дальнейшей судьбы. Больные фиксированы на соб­ственной дыхательной функции, постоянно заняты анализом ощу­щений. У некоторых из них появляются страхи не только перед при­ступом бронхиальной астмы, но и другие ипохондрические страхи, например, «за сердце». Больные опасаются, что деятельность сердца нарушится в связи с приемом лекарств, которые могут «испортить сердце». Из-за этих страхов часто возникают затруднения с лекар­ственной терапией, и поэтому большое значение приобретает пси­хотерапевтическая работа.

Сравнительно реже ипохондрических фобий возникают различ­ные истероформные расстройства, которые обычно носят характер вегетативных и сенсомоторных пароксизмов без выраженных исте­рических форм поведения.

О наличии депрессивных расстройств, свидетельствуют пассивность больных, пессимистическая оценка своего состоя­ния и будущего в целом, негативизм в отношении проводимого ле­чения, требу­ющих иногда консультации психиатра и назначения психотропных средств, выбор которых ограничен в связи с тем, что некоторые из них противопоказаны при бронхиальной астме (антидепрессанты, бета-блокаторы и др.).

При затяжном неблагоприятном течении заболевания, особенно при так называемых стабильно обструктивном и влажном вариантах бронхиальной астмы появляются изменения личности, в структуре которых переплетаются реактивные и соматические нарушения. Причем, так же как и при других соматических заболеваниях, выступает обратная пропорцио­нальность этих компонентов: с нарастанием соматогенных рас­стройств уменьшается удельный вес психогенных нарушений и на­оборот.(…)

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*

**2. Клиническая картина бронхиальной астмы.**

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА**

**Бронхиальная астма** - хроническое, преимущественно аллергическое заболевание бронхов, приводящее к отеку слизистой бронхов, бронхоспазму, гиперсекреции, проявляющееся приступами удушья.

Внешними **этиологическими факторами**, приводящими к иммунному повреждению бронхов с развитием аллергического воспаления, являются бытовые аллергены (домашняя пыль, выделения насекомых); пыльца растений (трав, цветковых, деревьев); споры грибов (плесени); пищевые продукты – мед (пыльца), орехи, цитрусовые, бобовые, яйца, злаки; медикаменты (антибиотики, ферменты); синтетические органические вещества.

Обострение бронхиальной астмы может быть вызвано вдыханием раздражающих дымов и газов, вирусной респираторной инфекцией, климатическими факторами, нервным стрессом.

При бронхиальной астме внешние и внутренние этиологические факторы приводят к аллергической реакции. Это сопровождается выбросом биологически активных веществ, вызывающих воспаление и гиперреактивность гладкой мускулатуры бронхов с отеком слизистой бронхов, бронхоспазмом и повышением секреции бронхиальной слизи.

**Клинические проявления** бронхиальной астмы характеризуется приступами экспираторного удушья и «свистящего» дыхания вследствие обратимой генерализованной обструкции дыхательных путей. Пациенты обычно принимают вынужденное положение с наклоном туловища вперед и упором на руки, обеспечивающим фиксацию плечевого пояса и включение вспомогательной мускулатуры. Характерны внезапный кашель и сухие хрипы. Характерна тахикардия, возможно повышение системного артериального давления.

В результате **лечебных мероприятий** или спонтанно начинается период обратного развития приступа, для которого характерно постепенное уменьшение признаков бронхиальной обструкции и отделение при кашле стекловидной мокроты.

Различают ранние (развивающиеся сразу после действия причинного агента) и поздние (начинающиеся через 3-4 ч после воздействия аллергена) астматические реакции (приступы). Поздние длятся более 12 ч, более упорны, чем ранние, и с трудом поддаются лечебным мероприятиям.

**Диагностика** основана на наличии характерной клинической картины, аллергии, наличии бронхиальной астмы у кровных родственников; полипоза носа, искривления носовой перегородки, синусита, вазомоторного ринита; характерных обструктивных нарушений функции внешнего дыхания; наличии типичных для бронхиальной астмы изменений в мокроте.

**Лечение.** При приступе бронхиальной астмы применяют бронхорасширяющие препараты (эуфиллин и др.). Полезны немедикаментозные методы лечения: теплый свежий воздух, горячие ножные ванны, вибрационный или точечный массаж, иглорефлексотерапия, дыхание с задержкой на вдохе.

Лечение обострения бронхиальной астмы заключается в сочетании бронхоспазмолитической терапии с двумя обязательными мероприятиями: исключением провоцирующих факторов и лекарственным подавлением генерализованного, обычно аллергического, воспаления бронхиального дерева. Назначается диета, исключающая пищевые аллергены (мед, цитрусовые, бобовые, орехи, ягоды малины т.д.) и индивидуально непереносимые пищевые продукты.

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*

**3. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств опорно-двигательного аппарата.**

Системные диффузные заболевания соединительной ткани тесно связаны с социальными и психическими стрессами, сложными причинно-следственными отношениями. Психосоциальные влияния, взаимодействуя с факторами наследственной предрасположенности, особенностями личности, типом нейроэндокринных реакций на жизненные трудности, могут изменять клиническое течение перечисленных выше заболеваний. Действие психосоциальных стрессов, провоцирующих внутренние конфликты и вызывающих адаптивную реакцию, может проявляться скрытно, под маской соматических расстройств, симптоматика которых схожа с симптоматикой органических заболеваний. В подобных случаях эмоциональные нарушения нередко не только не замечаются и даже отрицаются пациентами, но и не диагностируются врачами.

Каждый больной по-своему реагирует на имеющееся у него заболевание, поэтому разумно учитывать следующие особенности; психологическое воздействие хронической болезни, отношение к диагнозу – признание или недостаточное понимание, манеру общения и отношение к врачу. Отношение больных к побочным действиям лекарств тоже широко варьирует. У лиц с часто рецидивирующими заболеваниями нередко отмечается депрессия, утяжеляющая клиническую картину страдания по механизму порочного круга. Особенно труден подход к больным с тяжелыми функциональными дефектами, в данном случае необходимо уловить часто весьма зыбкую грань между реактивной депрессией, когда необходимо традиционное психиатрическое лечение, и дисфорическими эмоциональными реакциями, пусть резко выраженными, но соответствующими тяжести физического недуга. Дисфорические эмоциональные реакции являются расстройством настроения, своего рода констелляцией горя, утраты моральных сил и ощущения своей “вырванности” из жизни, душевного и физического упадка. Эти реакции плохо поддаются лечению психотерапии. Их динамика определяется в основном общим клиническим состоянием больного. Со временем при успешной реабилитации или привыкании больного к своему измененному статусу наступает улучшение. В реабилитационных клиниках часто диагностируют депрессию там, где ее нет, и, наоборот, не распознают, где она на самом деле имеет место.

Психосоматические влияния наиболее четко прослеживаются при ревматоидном артрите, в связи с чем, при данном заболевании они наиболее хорошо изучены. Примечательно, что сами больные обычно не оценивают серьезно свои ощущения и ограничения, долгое время их деятельность остается активной, несмотря на ограничение движений.

Экспериментальные исследования показали, что при хроническом суставном ревматизме отмечается повышенный тонус при раздражениях и отягощающих ситуациях. Очевидно, что больные суставным ревматизмом переносят свои реакции на мышечные реакции. Исследователи отмечают, что эмоционально напряженные события оказывают влияние на хронический суставной ревматизм, способны спровоцировать обострение заболевания. Психические нагрузки включают, прежде всего, кризис в межличностных отношениях, смерть и утрата близких людей, проблемы личного авторитета и брака. Внешняя причина вызывает внутреннюю напряженную агрессию, которая подавляется больным. Разрешение агрессивных импульсов представляет собой комбинацию повышенного самоконтроля и “благотворительной” тирании над другими. Матери, страдающие ревматоидным артритом, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления у своих детей.

Специфическую структуру “ревматической личности” описывали еще в 50-х годах ХХ века.

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

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

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

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

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

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

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

Помимо того, что сам факт наличия соматического заболевания и оценка больным уродующих последствий болезни нередко вызывает вполне предсказуемые “психологически понятные” реакции на болезнь, эти заболевания нередко вызывают нарушения функционирования центральной нервной системы.(…)

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*

**4. Клиническая картина остеохондроза позвоночника и межпозвонковой грыжи. Клиническая картина артрита.**

**Остеохондро́з** ([новолат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC_(%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0)" \l "novolat" \o "Интернационализм (лексика)) *osteochondrosis*: [др.-греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) ὀστέον — [кость](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) + χόνδρος — хрящ + [лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *-ōsis*) **позвоно́чника** (более точное название — **межпозвонковый остеохондроз**) — полифакториальное дегенеративное [заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) позвоночно-двигательного сегмента, поражающее первично межпозвонковый диск, а вторично — другие отделы [позвоночника](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA), опорно-двигательного аппарата и нервную систему[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0#cite_note-1)[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0#cite_note-2).

Общие сведения

Общая схема позвоночно-двигательного сегмента: 1 — Спинной мозг; 2 — Задний корешок; 3 — Спинальный ганглий — Ganglion spinale; 4 — Передний корешок — Radix ventralis; 5 — Спинномозговой нерв; 6 — Межпозвоночный диск; 7 — Грыжа диска; 8 — Тело позвонка

Под термином «остеохондроз позвоночника» понимают первичный дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках, который, в свою очередь, ведет к вторичному развитию реактивных и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника.[[3]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0#cite_note-3)

В результате сложных биохимических, сосудистых и других процессов фиброзное кольцo разрыхляется, пульпозное внедряется в него и, в конечном итоге, прорывает фиброзное кольцо. Чаще всего страдает наиболее нагружаемые нижнепоясничный и нижнешейные сегменты. Так образуется т. н. [грыжа диска](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%8B%D0%B6%D0%B0_%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0).

Грыжа диска может сдавливать корешки спинного мозга или сам спинной мозг, а также его конечный отдел, именуемый конским хвостом. Чаще всего грыжа диска вызывает боль в спине, а затем уже в ноге. При этом раздражаются нижнепоясничные и крестцовый корешки спинальных нервов, из которых и образуется самый мощный седалищный нерв ([лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *ishiadicus*). Отсюда и старое название болезни — ишиас.

Компрессионные синдромы остеохондроза позвоночника составляют только одну треть проявлений остеохондроза позвоночника. Большинство же его проявлений — многочисленные рефлекторные синдромы. Для удобства их разделили на три большие группы: мышечно-тонические, нейро-дистрофические, вегетативно-сосудистые синдромы.

Остеохондроз позвоночника — это заболевание человека как биологического вида, «болезнь цивилизации», связанная с прямохождением и с условиями «эксплуатации позвоночника» в условиях современной жизни. [Яков Юрьевич Попелянский](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BB%D1%8F%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9,_%D0%AF%D0%BA%D0%BE%D0%B2_%D0%AE%D1%80%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87) (1917—2003), профессор, известный [невропатолог](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3), автор теории и термина «остеохондроз позвоночника» так определяет общебиологический аспект этого заболевания:

«[Ортоградная поза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B0" \l ".D0.BE.D1.80.D1.82.D0.BE.D0.B3.D1.80.D0.B0.D0.B4.D0.BD.D0.B0.D1.8F_.D0.BF.D0.BE.D0.B7.D0.B0" \o "Поза) [homo sapiens](https://ru.wikipedia.org/wiki/Homo_sapiens" \o "Homo sapiens) обеспечивает условия приспособления среды к человеку, а не только человека к среде… Он поднялся над землей, и эта антигравитационная функция обслуживается новой студенистой системой — сложно построенным межпозвонковым пульпозным комплексом. Сходство этого комплекса со студенистым ядром животного — лишь внешнее». [[4]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0#cite_note-4)[[1]](http://www.russianseattle.com/spinalneurology/1_vertebroneurology.shtml).

Клинические проявления и диагностика

Клинические проявления остеохондроза позвоночника многообразны: от сильнейшей боли в спине при острой грыже дистрофически измененного диска до ощущения дискомфорта в спине. Провоцирующими факторами боли в спине чаще всего являются мышечное перенапряжение, подъем тяжестей и неловкое движение, длительная неудобная поза, переохлаждение, натуживание и др. К факторам риска развития остеохондроза позвоночника относятся постуральный и двигательный дисбаланс (неправильная [осанка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B0), снижение растяжимости, силы и выносливости мышц, патологический [двигательный стереотип](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BF)), дисплазии позвоночника, конституциональная гипермобильность, дистрофические изменения [опорно-двигательного аппарата](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%BE-%D0%B4%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B0%D0%BF%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82). Они создают предпосылки для развития функциональных нарушений в различных звеньях опорно-двигательной системы и срыва компенсации естественных возрастных дистрофических процессов под воздействием провоцирующих факторов. Вторичная профилактика болей в спине основана на компенсации или коррекции отмеченных факторов риска путём формирования оптимального постурального и двигательного стереотипа, увеличения растяжимости, увеличения силы и выносливости мышц, повышения толерантности к физической нагрузке, усиления процессов регенерации и репарации, устранение психоэмоциональных нарушений[[14]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0#cite_note-14). Различают вертебральные (связанные непосредственно с нарушением функционирования одного или нескольких позвоночно-двигательных сегментов) и экстравертебральные (связанные с патологической импульсацией из пораженного сегмента позвоночника) проявления (синдромы)[[15]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0#cite_note-15).

*Остеохондроз позвоночника // Википедия. [2017—2017]. Дата обновления: 25.10.2017. URL:*[*http://ru.wikipedia.org/?oldid=88552368*](http://ru.wikipedia.org/?oldid=88552368)*(дата обращения: 25.10.2017).*

**Межпозвонко́вая (грыжа межпозвонкового диска)** — [заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) [костно-мышечной системы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%BE-%D0%B4%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0) [человека](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BE), связанное со смещением пульпозного ядра [межпозвонкового диска](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%BA) с разрывом [фиброзного](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B7) кольца.

Наиболее часто встречаются грыжи межпозвонковых дисков [пояснично](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%8F%D1%81%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%B8)-[крестцового отдела](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%86)[позвоночника](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) (150 случаев на 100 000 населения в год), значительно реже наблюдаются грыжи в [шейном отделе позвоночника](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%B8), наиболее редки — в [грудном отделе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%B8).

Клинические проявления

Клинические проявления дегенеративных изменений межпозвоночного диска в пояснично-крестцовом отделе позвоночника:

* локальные боли в зоне проекции пораженного диска — в пояснично-крестцовой области ([люмбалгия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9B%D1%8E%D0%BC%D0%B1%D0%B0%D0%BB%D0%B3%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1" \o "Люмбалгия (страница отсутствует))), усиливающиеся при нагрузке;
* боль, иррадиирующая в ягодицу, по задней, задненаружной поверхности бедра и голени на стороне поражения (ишалгия),
* онемение и покалывание в области [иннервации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) пораженных корешков, слабость в нижней конечности;
* слабость и нарушение чувствительности в обеих ногах;
* нарушение функций тазовых органов — мочеиспускания, дефекации и потенции, онемение в перианогенитальной области.

Клинические проявления дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника:

* боли, иррадиирующие в плечо или руку
* головокружение
* подъёмы артериального давления
* сочетание головных болей с подъёмами артериального давления и головокружением
* онемение пальцев рук

Клинические проявления дегенеративных изменений в грудном отделе позвоночника:

* постоянные боли в грудном отделе при работе в вынужденной позе
* сочетание болей в грудном отделе позвоночника со сколиозом или кифосколиозом

*Межпозвоночная грыжа // Википедия. [2017—2017]. Дата обновления: 07.09.2017. URL:*[*http://ru.wikipedia.org/?oldid=87502065*](http://ru.wikipedia.org/?oldid=87502065)*(дата обращения: 07.09.2017).*

**Артри́т** (через [лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *arthrītis* — *ломота в суставах* от [др.-греч.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) ἄρθρον — *сустав*) — собирательное обозначение любых [болезней](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C) (поражений) [суставов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2). Может быть основным заболеванием (например, [спондилит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82)) или проявлением другого заболевания (например, [ревматизма](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC)). Протекает в острой и хронической формах с поражением одного или нескольких ([полиартрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82)) суставов. Среди причин различают инфекции ([туберкулёз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%91%D0%B7), [бруцеллёз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D1%83%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D1%91%D0%B7)), обменные нарушения (например, при [подагре](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D1%80%D0%B0)), [травмы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D1%8B) и др.

Классификация

Первичные формы:

* [Остеоартроз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B7)
* [Ревматоидный артрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82)
* [Септический артрит](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82&action=edit&redlink=1)
* [Подагра](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D1%80%D0%B0) и [псевдоподагра](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C_%D0%BE%D1%82%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%BE%D0%B2_%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BE%D1%81%D1%84%D0%B0%D1%82%D0%B0_%D0%B4%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B0_(%D0%91%D0%9A%D0%9F%D0%94)&action=edit&redlink=1" \o "Болезнь отложения кристаллов кальция пирофосфата дигидрата (БКПД) (страница отсутствует))
* [Ювенильный идиопатический артрит](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AE%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82&action=edit&redlink=1)
* [Болезнь Стилла](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C_%D0%A1%D1%82%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B0)
* [Спондилит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82)

Артриты, проявляющиеся при других болезнях:

* [Системная красная волчанка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B0)
* [Пурпура](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%83%D1%80%D0%BF%D1%83%D1%80%D0%B0)
* [Псориатический артрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82)
* [Реактивный артрит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82)
* [Гемохроматоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B7)
* [Гепатит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82)
* [Гранулематоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B7)
* [Боррелиоз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C_%D0%9B%D0%B0%D0%B9%D0%BC%D0%B0)
* и др.

Клиническая картина

Все типы артрита сопровождает [боль](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C), характер которой зависит от типа артрита. Также для артритов характерны покраснение кожи, ограничение подвижности в суставе, изменение его формы. Часто подверженные болезни суставы неестественно хрустят при нагрузке. Человек, болеющий артритом, может испытывать трудности в случаях, если нужно применить физическую силу.

Элементы истории болезни обусловливают диагноз. Важными элементами являются время появления и скорость развития болезни, наличие утренней тугоподвижности, боли, «запирание» сустава вследствие неактивности и др. [Рентгенография](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F) и томограмма используются для более точной диагностики.

*Артрит // Википедия. [2017—2017]. Дата обновления: 09.10.2017. URL:*[*http://ru.wikipedia.org/?oldid=88217876*](http://ru.wikipedia.org/?oldid=88217876)*(дата обращения: 09.10.2017).*

**Ревматоидный артрит –** это хроническое, аутоиммунное, системное заболевание соединительной ткани, с преимущественным поражением периферических суставов по типу симметричного прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита.

Этиология его неизвестна.

**Развитию** ревматоидного артрита за несколько недель или месяцев предшествует продромальный период: усталость, похудание, периодические боли в суставах, снижение трудоспособности, аппетита, субфебрильная температура тела, анемия, увеличение СОЭ. Начало заболевания может быть острым (за несколько дней), подострым (1-2 недели) и хроническим (несколько месяцев).

Боли в суставах носят типичный воспалительный характер. В дебюте ревматоидного артрита боли в суставах не резко выраженные, но постоянные, по всему суставу. По мере развития заболевания боли становятся более выраженными, ограничивают движение, а их интенсивность зависит от активности процесса. Скованность в суставах – одна из важных особенностей суставного синдрома при ревматоидном артрите. Ощущение скованности или тугоподвижности в суставах и в околосуставных группах мышц максимально выражено после пробуждения или длительного отдыха. Ограничение движений возникает на ранних стадиях заболевания из-за болей, а на более поздних – из-за фиброзных изменений в тканях суставов, из-за развития контрактур, вплоть до полной неподвижности. Внесуставные проявления ревматоидного артрита связаны с поражением скелетных мышц, кожных покровов, увеличиваются лимфатические узлы. Поражаются легкие, сердце, почки, нервная система, глаза.

В **диагностике** ревматоидного артрита широко используется определение ревматоидного фактора. Обострения всегда сопровождаются изменениями в крови, свидетельствующими о воспалении. Исследуют внутрисуставную синовиальную жидкость. Рентгенография суставов направлена на выявление выраженности разрушения хряща и наличие костных эрозий, что играет особо важную роль при оценке эффективности лечения.

**Лечение** ревматоидного артрита должно быть комплексным. По возможности нужно помогать больным в решении психологических, социальных и бытовых проблем. Иногда помогают методы немедикаментозного лечения. Важную роль в лечении заболевания играет лечебная физическая культура, позволяющая сохранить мышечную силу и объем движений в суставах. Медикаментозное лечение основано на четырех традиционных подходах. Первый из них заключается в использовании противовоспалительных и обезболивающих средств. Другой подход предусматривает прием гормональных средств – глюкокортикоидов. Третий подход основан на использовании так называемых средств базисной терапии, приостанавливающих прогрессирование ревматоидного артрита. Четвертый подход – внутрисуставное введение глюкокортикоидов.

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*