

С.Д. Савка

Буковинський державний медичний  
університет, м. Чернівці

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ІЗ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

**Ключові слова:** лікування,  
реабілітація, непсихотичні  
психічні розлади, ревматоїдний  
артрит.

**Резюме.** У статті описано клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів при ревматоїдному артриті. Наведені основні методи лікування, висвітлені проблеми реабілітації вказаних психічних розладів та окреслені перспективні шляхи подальших досліджень.

Ревматоїдний артрит досить часто призводить до фізичних і психічних порушень, обмеження працездатності та зниження якості життя, як повідомляють Р.А. Грехов і співавт. [1]. Він характеризується високою частотою та інтенсивністю больових відчуттів, порушення функції суглобів, що призводить до серйозних психологічних проблем і соціальної дезадаптації хворих [2].

На думку Н.С. Крыжановской і Р.М. Балабановой [3] психопатологічні розлади при РА включають складні психопатологічні форми, до яких відносять невротичні реакції, розлади особистості, неврозоподібні порушення.

За даними М.А. Цивилько та співавт. [4] до найбільш типових психічних порушень при РА відносять: астеничну симптоматику, депресивні явища з тривогою, фобіями та ідеями самозвинувачення, особливий варіант синдрому дисморфобій, що виникає у зв'язку з наявністю дефектів зовнішності, стійкі порушення сну, психопатоподібні розлади і психоорганічний синдром. Астенична симптоматика проявлялася підвищеною втомлюваністю, слабкістю, особливо вранці та першій половині дня, порушеннями сну та емоційною лабільністю. Її особливості визначалися важкістю клінічної картини РА в період загострення, тривалістю перебігу та результатами терапії. Афективна патологія у вигляді депресії з тривогою, плаксивістю, ідеями самозвинувачення, почуттям провини перед рідними у зв'язку з інвалідизацією та обмеженням працездатності займала істотне місце в клінічній картині психічних розладів.

При обстеженні хворих ревматоїдним артритом Э.С. Тоиров і співавт. [5] виявили, що у пацієнтів найчастіше зустрічалися вегетативні і психосоматичні порушення – у 24% випадків, які проявлялися порушеннями сну, запамороченням, пітливістю, диспепсією; астеничні порушення – у 16% випадків, що виражалися в підвищеній психічній і фізичній втомі, зниженні уваги,

пасивності; і значно рідше діагностували афективні та іпохондричні – по 8% , нав'язливі – у 5% та істеричні порушення – у 3% випадків.

За даними Р. Кочюнас і Г. Гуобис [6], 66% пацієнтів скаржаться на відчуття втоми, 60% – на легку збудливість, 56% – на порушення сну, 44% – на страх невиліковної хвороби, 30% – мають відчуття самотності, а 26% – неповноцінності і провини. Водночас, вивчаючи питання про домінування екстраверсії та інтроверсії дані автори виявили, що у 41% хворих з РА переважає інтроверсія, яка проявляється в уникненні соціальних контактів.

Для особистісної структури хворих РА характерні відсутність фантазії і здатності до вербального опису своїх відчуттів та емоцій, агресивність, що стримується та резистентність до вербальних форм психотерапії. Така особистість називається "алекситимічною". На думку А.Е. Ніколенко [7] алекситимія виступає індикатором психосоматичних розладів.

Психічні розлади проявляються дратівливістю, емоційною нестійкістю, зниженням пам'яті, уваги та розумової працездатності, в'ялістю, зниженням вольових спонукань, як вказують А.М. Мурзалиев і співавт. [8].

И.Д. Спирина і співавт.[9] виділили провідні синдроми, характерні для пацієнтів з РА: тривожно-депресивний, астено-депресивний та іпохондричний. При тривожно-депресивному синдромі (46% пацієнтів) у клінічній картині домінували тривожні переживання за стан здоров'я, страх виникнення ускладнень і втрати працездатності. Астено-депресивний синдром (40% пацієнтів) проявлявся зниженням загального фону настрою, слабкістю, в'ялістю, втому, неухважністю, поганим апетитом і сном. При іпохондричному синдромі (14% пацієнтів) у хворих спостерігалися стурбованість своїм здоров'ям, тривога, поганий апетит, внутрішня напруга, плаксивість.

Хворі з астено-депресивним та іпохондричним синдромом більше замкнуті в собі, займають очікувальну тактику при вирішенні гострих ситуацій, мають меншу внутрішню напругу, а хворі з тривожно-депресивним синдромом вирішують стресові ситуації більш самостійно, з підвищеною внутрішньою напругою, надмірно агресивні та вимогливі до людей [10].

Більше 80% хворих з РА, яких обстежували F. Wolfe і співавт. [11], мали клінічно виражену астенію, причому у половини пацієнтів вона досягала високого рівня. Астенія була тісно пов'язана з рівнем болю, депресією і тривогою.

Як вказують Н.К. Хитров та А.С. Салтыков [12] клініко-морфологічні прояви психосоматичної патології на початкових етапах захворювання максимально поліморфні і можуть в подальшому реалізуватися в порушеннях сенсорної чи рухової сфери, визначаючи появу неспецифічного соматичного синдрому, наприклад, больового.

Т.Е. Уланова [13] повідомляє, що у 95% хворих ревматоїдним артритом виявлені тривожні розлади. Їх типи представлені внутрішньою напруженістю (46%), ситуаціями емоційного стресу (17,5%), тривожно-депресивними розладами (20%). При цьому хворі висловлювали скарги на емоційну напругу, підвищену емоційну та вегетативну лабільність, безсоння, головний біль. У структурі тривожного синдрому виділено три компоненти: суб'єктивні переживання, поведінка та вегетативні дисфункції. Наявність тривожних розладів у пацієнтів може зумовлювати вегетативні дисфункції.

На думку L. Rangel і співавт. [14] у хворих на РА найчастіше спостерігаються депресія і тривога. Їх наявність значно зменшує якість життя пацієнтів не тільки за рахунок погіршення психологічної, але і соматичної складової цього показника. L. Mangelli та співавт. [15] підтвердили, що у пацієнтів з депресією погіршувалося психологічне благополуччя, яке негативно впливало на перебіг основного захворювання.

За даними І.Д. Спірної та А.Є. Ніколенко [16] серед пограничних психічних розладів найчастіше зустрічаються: органічні емоційно-лабільні розлади (31%), фобічні і тривожні розлади (31%) та неврастенія (23%). Для пацієнтів з емоційно-лабільним розладом притаманні емоційна лабільність, неприємні фізичні відчуття, болі, загальна слабкість, для фобічних і тривожних розладів – тривога, знижена самооцінка, вегетативні розлади.

Існує взаємне потенціювання болю і тривожних розладів: сильні болі сприяють посиленню тривоги, а тривога в свою чергу знижує поріг больової чутливості, на що звертають увагу

Т.Е.Уланова та співавт. [17].

На думку Е.А. Уменової [18] висока частота тривожних і депресивних розладів пов'язана з хронічним болем. У звичайних умовах існує гармонійна взаємодія між інтенсивністю стимулу і відповідною реакцією. Відношення між сенсорною ноціцептивною аферентною і больовою чутливістю може змінюватися в ситуації мотиваційного обумовленого очікування болю, коли очікування підсилює больове відчуття. Динамічність взаємовідносин сенсорної дії з емоційним станом формує основу прогнозованого очікування, що сприяє виникненню тривожно-депресивних розладів.

Крім того, за даними Е.А. Григорьєвої та співавт. [19], песимістичний настрій супроводжується більш тривалою скутістю у ранкові години, а оптимістичне сприйняття хвороби пов'язане з більш низьким рівнем болю.

Тривожність має три рівні забезпечення: нейроендокринний, рухово-вісцеральний та усвідомленого розуміння, як повідомляють Kaplan і Sadock's [20]. Тривало існуюча тривожність зумовлює інтенсивну і довгочасну нейроендокринну реакцію (зміну функції серотонінергічних структур, ГАМК-рецепторів), що може зумовлювати зниження порогу больової чутливості [13].

За даними S. Appenzeller і співавт. [21] та L.C. Russel із N. Latov [22] більш ніж у третини хворих на РА виявлені когнітивні розлади, що не досягають рівня деменції і проявляються порушеннями пам'яті, уваги і логічного мислення. Патогенетичні механізми когнітивних розладів при ревматоїдному артриті до теперішнього часу не встановлені, але вони не пов'язані з тривалістю РА, використанням глюкокортикоїдів і ступенем непрацездатності, а корелюють з депресією і редукуються за умов адекватної терапії гіпотимічних проявів.

Аналіз даних сучасної і зарубіжної літератури свідчить, що у пацієнтів з РА може спостерігатися стероїдна фобія – страх перед призначенням глюкокортикоїдів, яка може бути викликана реальними побічними ефектами, пов'язаними з використанням цих препаратів, а також в результаті їх несвоєчасного чи неправильного призначення. За повідомленнями И.Г. Салихова та співавт. [23] стероїдні фобії були виявлені у 60,91% пацієнтів з РА і половина з них відмовилася від прийому глюкокортикоїдів.

О.В.Кремльова [24] повідомляє, що у пацієнтів з РА зустрічаються розлади адаптації, які представлені комплексом когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій у відповідь на актуальні для хворих РА психосоціальні стресогенні події,

які часто пов'язані із захворюванням, наприклад, факт встановлення діагнозу хронічного захворювання, низька ефективність лікування, зниження працездатності.

А.В. Курята та співавт. [25], аналізуючи результати досліджень (за методикою Дембо-Рубінштейна) у хворих із суглобово-вісцеральною формою РА виявили, що самооцінка розумового розвитку – в 1,7, здоров'я – у 2,7, характеру – в 1,2, щастя – у 2,1 раза нижче середнього порівняно пацієнтами із суглобовою формою РА. За тестом ЛОБИ у пацієнтів із суглобово-вісцеральною формою РА переважає тривожний і неврастенічний типи відношення до хвороби, а при суглобовій формі – ейфоричний та ергопатичний типи реагування.

На думку багатьох авторів [24, 26, 27, 28, 29, 30] тривалий перебіг РА призводить до порушення стилю життя, зміни інтересів, зниження соціального і матеріального положення, погіршення міжособистісних взаємовідносин. Здебільшого, пацієнти негативно відносяться до протиревматичної терапії, рекомендацій лікаря, також у них часто виникають невротичні і психотичні порушення. Все це потребує включення як психологічних методів обстеження, так і психотропних засобів у стандарти лікування і реабілітації хворих з РА.

Низька лікувальна і реабілітаційна ефективність терапії при РА певною мірою пов'язана з недооцінкою психологічного стану пацієнта, як повідомляє А.В. Курята [25]. Серед пацієнтів, які мали депресію і тривогу, лише 25% отримували медикаментозну терапію в поєднанні з психотерапією [31].

Д.Ю. Вельтищев і співавт. [26] вказують на те, що хронічний прогресуючий перебіг захворювання і супутня довготривала терапія часто супроводжуються розвитком незворотних ускладнень і сприяє виникненню змін, які проявляються у дефектах зовнішності, порушеннях сну, емоційній лабільності, фізичному дискомфорті та значному обмеженні функціональних можливостей організму.

М.Р. DiMatteo та співавт. [32] і В. Sleath зі співавт. [33] вважають, що психічні порушення в пацієнтів з РА часто залишаються нерозпізнаними. Тому що, лікар ревматолог розглядає депресію і тривогу як очікувану реакцію на хронічне захворювання, а пацієнти не налаштовані обговорювати проблеми свого настрою з лікарем, так як вважають, що можуть самі впоратися з депресією після покращання соматичного стану і не надають їм особливого значення. В результаті, лише 25% пацієнтів із запальними ревматичними захворюваннями і тривожно-депресивними

розладами отримують адекватну психотерапевтичну і медикаментозну терапію. Отже, при ревматологічних захворюваннях часто розвивається психологічна дезадаптація, що зумовлює потребу в інтеграції зусиль терапевтів і психіатрів у процесі обстеження та призначення лікування даним пацієнтам [28].

Э.С. Тоиров та А.Х. Имамов [30] доповідають, що при лікуванні хворих з РА та невротичними порушеннями легкого ступеня, використовували загальнозміцнюючі препарати, фізіотерапевтичні процедури (електросон, гальванічний коміречко за Щербаком, дарсонвалізацію) та лікувальну фізкультуру. При невротичних порушеннях середнього ступеня в терапію були включені седативні засоби (новопассіт, седавіт, гліцин), а вираженого ступеня – антидепресанти (амітриптилін) і транквілізатори (феназепам). Як дія додаткової терапії були застосовані рослинні засоби із седативною (валер'яна, пустирник, звіробій) чи активізуючою дією (жень-шень, елеутерокок).

Е.С. Brown [34] і J.C. Parker [35] вважають, що лікування пацієнтів з РА та коморбідними депресивними розладами найбільш ефективно при використанні інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну.

Пацієнти з тривожними станами і депресією значно частіше лікуються в стаціонарі і це не пов'язано із загостреннями РА. С.Г. Бурчинський [36], для лікування депресивних і тривожних розладів використовував препарат звіробою – нейроплант. Цей препарат діє на катехоламінові й індоламінові функції мозку та поєднує в собі тимостабілізуючий, антидепресивний, анксиолітичний, антиастенічний і вегетостабілізуючий ефекти.

В.И. Макарова та співавт. [37] наголошують, що при лікуванні ревматичних захворювань ефективна психологічна корекція і групова психотерапія. На думку В.Н. Коваленка та співавт. [38], хворим доцільно рекомендувати раціональну і сугестивну психотерапію, які можуть проводитися індивідуально та в групах.

За даними R.P. Bosh і співавт. [39] психологічний стан пацієнтів з РА покращували заняття йогою. Вправи тривалістю 75 хвилин проводилися один раз на тиждень впродовж 2,5 місяців і призводили до нормалізації рівня кортизолу, зниження відчуття болю, міорелаксації, зменшення симптомів стресу і депресії, покращання якості життя.

Л.Ф. Рябцева та співавт. [40], відмічають, що не дивлячись на істотні успіхи в лікуванні ревматоїдного артриту, фармакотерапія цього захворювання залишається однією з найбільш складних проблем медицини у зв'язку з низь-

кою комплаєнтністю даного контингенту хворих до призначеного лікування. При РА дуже низька комплаєнтність до патогенетичного лікування: лише 22,5% пацієнтів дотримувалися його більше 80% часу, а 5% – взагалі не починали рекомендованого лікування.

Психотропна терапія впливає не тільки на психопатологічну симптоматику, але і на запальні процеси та больовий синдром. Методи лікування і профілактики, які дозволяють керувати патологічним стресом, а також мають антидепресивну дію є необхідним доповненням до комплексного лікування РА наголошують А.Е. Зельтін і співавт. [40]. Зниження рівня болю і депресії у пацієнтів з РА супроводжується кращим контролем над соматичними симптомами захворювання – повідомляють А. Grooten і співавт. [41].

У зв'язку із швидкою інвалідизацією пацієнтів з РА економічні витрати для суспільства відповідають витратам при ішемічній хворобі серця, а за відсутності ефективної терапії тривалість життя жінок зменшується на 3, а чоловіків на 7 років [42]. Такі хворі потребують тривалого лікування для зняття симптомів загострення та підтримки ремісії. Окрім основного захворювання, збільшення затрат зумовлюють і психічні порушення даної групи пацієнтів [43, 44, 45].

На думку D.M. Petronella de Buck і співавт. [46] 23% пацієнтів з РА втратили роботу протягом 24 місяців після початку захворювання. У них був зафіксований підвищений рівень тривоги і депресії. Відповідно, оптимізація терапії в цих випадках є особливо актуальною проблемою.

## Висновки

1. Вивчення сучасної наукової літератури, що присвячена основним напрямкам розробки проблем ревматоїдного артриту, свідчить про високу значимість цього питання. На теперішній час, клінічні форми неспсихотичних психічних розладів при РА залишаються не впорядкованими зі значною розмаїтістю та неоднозначною оцінкою. Назріла нагальна потреба щодо групування клініко-синдромологічних варіантів неспсихотичних психічних розладів, оцінки значення при різних клінічних формах ревматоїдного артриту та впливу соціально-психологічних чинників на їх перебіг.

2. Недостатність цілеспрямованих досліджень пограничних психічних порушень при ревматоїдному артриті зумовлює діагностичні помилки, несвоєчасне лікування вказаних розладів, що, в свою чергу, призводить до зростання тривалості лікування, зниження ефективності терапії та реабілітації, швидкої інвалідизації, втрати працездатності та соціальної дезадаптації, збільшення

фінансових витрат.

3. Звертає на себе увагу недостатня розробка методів реабілітації таких хворих, відсутність цілісної програми відновлення психічного благополуччя та комплексу рекреативних засобів щодо покращання їхнього життя.

## Перспективи подальших досліджень

З огляду на важливе медичне та соціально-економічне значення даної проблеми, на першій план виступає необхідність подальшого вивчення неспсихотичних психічних розладів при різних клінічних формах ревматоїдного артриту, удосконалення методів діагностики, прогнозування хвороби, лікування та реабілітації пацієнтів даного профілю.

## Література

1. Оценка качества жизни как критерий эффективности восстановительного лечения при ревматоидном артрите / [Р.А.Грехов, А.В. Александров, В.Л. Кедров и др.] // Клиническая медицина. - 2008. - Т. 86, № 7. - С. 39 - 42.
2. Окоороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н.Окоороков. - Москва: Мед. лит., 2001. - 576 с.
3. Крижановская Н.С. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем / Н.С. Крижановская, Р.М. Балабанова // Терапевт. арх. - 2000. - Т. 72, № 5. - С. 79 - 82.
4. Насонов Е.Л. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Н.Е. Чичасова [и др.] // Клини. фармакол. и терапия. - 2005. - Т. 14, № 1. - С. 72 - 75.
5. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с хроническими заболеваниями суставов / Э.С. Тоиров, Г.Х. Хайдарова, Н.М. Камалов, и др.. // Клиническая медицина. - 2002. - № 8. - С. 34 - 36.
6. Кочюнас Р. Психологические аспекты ревматоидного артрита / Р. Кочюнас, Г. Гуобис // Ревматология. 1983. - № 1. - С. 60 - 67.
7. Ніколенко А.Є. Планування експерименту: психічні порушення у хворих на ревматоїдний артрит / А.Є. Ніколенко // Мед. перспективи. - 2003. - Т. 8, № 1. - С. 98 - 100.
8. К возможности диагностики поражений нервной системы у больных ревматоидным артритом / А.М. Мурзалиев, А.Т. Машасаидов, Ч.Т. Токтомушев [и др.] // Невролог. ж. - 2008. - Т. 13, №5. - С. 15 - 19.
9. Коррекция психических расстройств Нейроплантом у больных ревматоидным артритом / И.Д. Спирина, А.Е. Ніколенко, С.Ф. Леонов [и др.] // Ліки України. - 2010. - № 2. - С. 74 - 76.
10. Вплив психічних та клінічних факторів на якість життя при ревматоїдному артриті / І.Д. Спіріна, О.В. Серебритьська, В.А. Лагутін [та ін.] // Ж. психиатрии и меди. психол. - 2004. - № 3. - С. 173-175.
11. Wolfe F. Predicting mortality in patients with rheumatoid arthritis / F.Wolfe, K. Michaud, O. Gefeller // Arthritis Rheum. - 2003. - № 48. - P.1530 - 1542.
12. Хитров Н.К. Психосоматическая и психическая патология как необходимые и взаимосвязанные части общей патологии человека / Н.К. Хитров, А.С. Салтыков // Патол. физиол. и эксперим. терапия. - 2003. - № 3. - С. 2 - 9.
13. Уланова Т.Е. Тревожные расстройства как психологические особенности личности больных ревматоидным артритом / Т.Е.Уланова, И.В. Григорьев, И.Я. Новикова // Терапевт. арх. - 2000. - Т. 72, №12. - С. 41 - 45.
14. Rangel L. Psychiatric adjustment in chronic fatigue syndrome of childhood and in juvenile idiopathic arthritis / L. Rangel, M.E. Garralda, A. Hall, S. Woodham // Psychological Medicine. - 2003. - № 33. - P. 289 - 297.
15. Psychological well - being in rheumatoid arthritis: relationship to "disease" variables and affective disturbance / Lara Mangelli, Nora Gribbin, Stefan Bochi [et al.] // Psychotherapy and psychosomatics. - 2002. - № 71. - P. 112 - 116.
16. Спіріна І.Д. Психічні розлади при ревматоїдному артриті / І.Д. Спіріна, А.Є. Ніколенко // Сучасні аспекти лі-

кування психічних розладів Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Чернівці книги - XXI, 2007. - С. 34.

17. Уланова Е.А. Роль надсегментарных и сегментарных вегетативных нарушений в формировании мышечного синдрома ревматоидного артрита / Е. Уланова, Э. Мач, Ю. Корсакова // *Терапевт. арх.* - 2002. - Т. 74, № 5. - С. 60 - 63.

18. Уменова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом / Уменова Е.А. // *Клиническая медицина.* - 2001. - Т. 92, № 1. - С. 47 - 49.

19. Григорьева Е.А. Депрессия и ревматоидный артрит: сочетание в ревматологической практике / Е.А. Григорьева, Н.В. Яльцева, Н.И. Коршунов // *Психические расстройства в общей медицине.* - 2010. - №1. - С. 45-48.

20. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry / B.J. Sadock, V.A. Sadock. - Philad.: Lippincott Williams Wilkins, Wolters Kluwer Bussines. 2007. - 1470 P.

21. Appenzeller S. Cognitive impairment in rheumatoid arthritis / S. Appenzeller, M.B. Bertolo, L.T. Costallat // *Methods Find Exp. Clin. Pharmacol.* - 2004. - Vol. 26, № 5. - P. 339 - 343.

22. Chin Russel L. Rheumatoid vasculitis affecting the CNS is rare and may present with seizures, dementia, hemiparesis, cranial nerve palsy, blindness, hemispheric dysfunction, cerebellar ataxia, or dysphasia / L. Chin Russel, Norman Latov // *Curr Opin Rheumatol.* - 2004. - Vol. 17, №1. - P. 91 - 99.

23. Салихов И.Г. Феномен "стероидной фобии" у больных ревматоидным артритом / И.Г. Салихов, К.К. Яхин, Р.Р.Ахунова // *Психические расстройства в общей медицине.* - 2010. - № 1. - С. 30-33.

24. Кремльова О.В. Расстройства адаптации у больных ревматоидным артритом: феноменологическая и статистическая валидизация / О.В. Кремльова // *Рос. психиатр.ж.* - 2004. - № 2. - С. 4-9.

25. Курята А.В. Зависимость между клинической формой течения, степенью функционального нарушения суставов и изменением психологического профиля у пациентов с ревматоидным артритом / А.В. Курята, И.Д. Спирина, А.Е. Николенко // *Укр. ревматол. ж.* - 2004. - № 1. - С. 34-37.

26. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике / Д.Ю. Вельтишев, А.С. Марченко, О.Ф. Серавина [и др.] // *Психиатрия психофармакотерапия.* - 2009. - Т. 11, № 5. - С. 17-22.

27. Вуколова Н.В. Ревматоидный артрит: соматопсихические и психосоматические аспекты заболевания / Н.В. Вуколова // *Рос. психиатр. ж.* - 2000. - № 1. - С. 58-61.

28. Маколкин В.И. Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств / В.И. Маколкин, Л.В. Ромасенко // *Терапевт. арх.* - 2003. - Т. 75, № 12. - С. 5 - 8.

29. Тоиров Э.С. Диагностика и лечение пограничных нервно-психических нарушений у больных с ревматическими заболеваниями: методические рекомендации / Э.С. Тоиров, Т.С. Солиев, Х.А. Аминов // *Ташкент.* - 2004. - 18 с.

30. Тоиров Э.С. Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом / Э.С. Тоиров, А.Х.Имамов // *Клин.мед.* - 2010. - № 1. - С. 49 - 53.

31. Особенности качества жизни больных ревматоидным артритом при комбинированном терапевтическом подходе / Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.И. [и др.] // *Таврический ж. психиатрии.* - 2010. - Т. 14, № 1. - С. 141.

32. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med* - 2000. - Vol.160. - P. 2101 -2107.

33. Communication about depression during rheumatoid arthritis patient visits / B. Sleath, B. Chewning, B.M. de Vellis [et al.] // *Arthrit Rheum.* - 2008. - Vol. 59, № 2. - P. 186-191.

34. Effect of lamotrigine on mood and cognition in patients receiving chronic exogenous corticosteroids / E.S. Brown, A. Frol, L. Bobadilla [et al.] // *Psychosomatics.* - 2003. - № 44. - P. 204 - 208.

35. Management of depression in rheumatoid arthritis: a combined pharmacologic and cognitive-behavioral approach / J.C. Parker, K.L. Smarr, J.R. Slaughter Mowinckel [et al.] // *Arthritis Rheum.* - 2003. - № 49. - P. 766 - 777.

36. Бурчинський С.Г. Депрессивные расстройства в неврологической практике: возможности фитотерапевтической коррекции / С.Г. Бурчинський // *Нейро NEWS психоневрология и нейропсихиатрия.* - 2008. - № 4. - С. 23 - 25.

37. Макарова В.И. Психологическая реабилитация де-

тей с ювенильным хроническим артритом / В.И. Макарова, И.В. Бабилова, Ю.С. Джос // *Рос. педиатр. ж.* - 2005. - № 1. - С. 17-20.

38. Ревматоидный артрит и депрессия: патогенетическая роль стрессовых факторов / А.Е. Зельгын, Д.Ю. Вельтишев, Ю.С. Фофанова [и др.] // *Психические расстройства в общей медицине.* - 2010. - № 1. - С. 48-51.

39. Bosh Pamela Functional and Physiological effects of yoga in women with rheumatoid arthritis: a pilot study / Pamela Bosh, Traustadóttir, Kathleen S. Matt // *Alternative therap in health and Med.* - 2009. - Vol. 15, № 4. - P. 24 - 31

40. Рябицева Л.Ф. Изучение приверженности лечению больных хроническими заболеваниями на модели ревматоидного артрита, ее детерминанты и влияние на исходы заболевания / Л.Ф. Рябицева, А.Г. Солодовников, О.М. Лесняк // *Уральский мед. ж.* - 2009. - № 2. - С. 8 - 32.

41. Groarke A. The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis / A. Groarke, R. Curtis, R. Coughlan, A. Gsel // *Rheumatology (Oxford).* - 2004. - № 43. - P. 1142 - 1149.

42. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита взгляд в 21 век / Е.Л. Насонов // *Клиническая медицина.* - 2005. - Т. 83, № 6. - С. 8 - 12.

43. Arthritis pain and disability: response to collaborative depression care / E.H. Lin, L. Tang, W. Katon [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry.* - 2006. - № 28. - P. 482 -486.

44. Covic T. A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study / T. Covic, B. Adamson, D. Spencer [et al.] // *Rheumatology (Oxford).* - 2003. - Vol.42. - 1287 - 1294.

45. Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases / Monaghan S.M., Sharpe L., Denton F. [et al.] // *Arthritis Rheum.* - 2007. - № 57. - P. 303-309.

46. Sheehy C. Depression in rheumatoid arthritis - underscoring the problem / C. Sheehy, E. Murphy, M. Barry // *Rheumatology.* - 2006. - № 45. - P. 1325 -1327

#### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*С.Д. Савка*

**Резюме.** В статье раскрыты клинико-психопатологические особенности непсихотических психических расстройств при ревматоидном артрите. Приведены основные способы лечения, освещены проблемы реабилитации указанных психических расстройств и наведены перспективные пути дальнейших исследований.

**Ключевые слова:** лечение, реабилитация, непсихотических психические расстройства, ревматоидный артрит.

#### CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES AND PROBLEMS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH NONPSYCHOTIC PSYCHIC DISORDERS IN CASE OF ATROPHIC ARTHRITIS

*S.D. Savka*

**Abstract.** The article has described clinic-psychopathological peculiarities of nonpsychotic psychic disorders in case of atrophic arthritis. The principal methods of treatment and rehabilitation of these particular disorders have been presented and long-range ways of further research have been outlined.

**Key words:** treatment, rehabilitation, nonpsychotic mental disorders, atrophic arthritis.

**Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)**

*Clin. and expir. pathol.* - 2011. - Vol.10, №3 (37).-P.171-175

*Надійшла до редакції 12.07.2011*

*Рецензент - проф. О.В.Пишук*

*© С.Д. Савка, 2011*