

*Савка С.Д., Юрценюк О.С., Карвацька Н.С. к.м.н.
Буковинський державний медичний університет,
асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії
та медичної психології ім. С.М.Савенка*

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ І КОМУНІКАТИВНОЇ УСТАНОВКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОГРАНИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Ревматоїдний артрит (РА) – автоімунне хронічне прогресуюче системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів, що вражає до 2% дорослого населення розвинутих країн у найбільш працездатному віці. [1, с 72 – 75].

Проблема взаємозв'язку ревматоїдного артриту і психічних порушень за даними сучасних досліджень викликає жвавий інтерес. Психічні розлади зустрічаються у 60% хворих з РА [2, с 141]. Значно більшу цифру наводять Y. Zyryanova і співавт. [3, с 32 – 36] – 65% пацієнтів мають підтверджену депресію, з них 37,5% помірну чи виражену, а 44,4% – тривожний розлад, з них 17,8% помірний чи виражений.

В етіології і патофізіології депресії мають значення такі протизапальні цитокіни, як інтерлейкін-1, фактор некрозу пухлин- α , інтерферон- γ [4, с 34 – 40]. Згідно “цитокіновій” теорії депресії прозапальні цитокіни діють як нейромодулятори і є основним показником центральних поведінкових, нейроендокринних і нейрохімічних характеристик депресивних симптомів. РА, як хронічне запальне захворювання згідно цієї теорії, буде супроводжуватися аналогічними змінами. Хронічний або гострий дистрес призводить до порушення регуляції цитокінів, що в свою чергу ініціює зміни в гіпоталамо-гіпофізаро-наднирниковій і гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдній системах. Такі закономірності встановлені як при депресії так і при ревматоїдному артриті.

Ревматоїдний артрит досить часто призводить до фізичних і психічних порушень, обмеження працездатності та зниження якості життя. Головним принципом допомоги пацієнтам є поліпшення якості життя.

Поняття якість життя охоплює не тільки динаміку захворювання, але і психологічну взаємодію з мікро- і макросоціумом, відношення до себе і оточуючих, можливості реалізації, повноцінне соціальне функціонування [5, с 65 – 68].

Під нашим спостереженням перебувало 50 хворих (30 – з основної групи і 20 – із групи порівняння), віком від 21 до 67 років (середній вік складав 41 рік) із достовірним діагнозом ревматоїдний артрит. Дані пацієнти були обстежені за методикою діагностики комунікативної установки В.В. Бойка і допомогою шкали визначення показника якості життя J. Mezzish.

Комунікативна установка оцінювалася за наступними показниками: прихована жорстокість, відкрита жорстокість, обґрунтований негативізм, буркотіння, негативний досвід спілкування. Негативна комунікативна установка (вище 33 балів) виявлена у 15 (50%) пацієнтів з основної групи і лише у 4 (20%) пацієнтів з контрольної групи. Дані результати свідчать про негативний вплив непсихотичних психічних розладів на комунікативні функції пацієнтів.

Для вивчення й оцінки ефективності соціального функціонування пацієнтів із РА ми використовували метод оцінки показника якості життя розроблений J. Mezzich. Дана методика охоплює три основних компоненти якості життя: 1) суб'єктивне благополуччя/задоволеність, що відображають шкали “Фізичне благополуччя”, “Психологічне/емоційне благополуччя”, “Загальне сприйняття життя”; 2) виконання соціальних ролей за шкалами “Самообслуговування та незалежність дій”, “Міжособистісна взаємодія”, “Особистісна реалізація”, “Працездатність”; 3) зовнішні життєві умови за даними шкал “Соціально-емоційна підтримка”, “Громадська і службова підтримка”, “Духовна реалізація”. Метою проведеного дослідження було вивчення інтегрованого показника якості життя у хворих із пограничними психічними розладами при РА та у пацієнтів із РА без психічних порушень. Загальна характеристика показника якості життя у хворих на РА була значно нижча, в порівнянні з максимально можливими 10 балами, і

становила відповідно 5,1 бала; 5,6 бала та 5,9 бала у основній групі і у контрольній групі відповідно 7,5 бала; 7,9 бала та 7,1 бала. Порівнюючи показники в обох групах виявлено, що у пацієнтів із непсихотичними психічними розладами інтегрований показник якості життя нижчий, ніж у хворих РА. Така картина показує негативний вплив психічних порушень на емоційне самопочуття пацієнтів, їх соціальну активність, загальне сприйняття здоров'я та щоденну діяльність.

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.

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

Література

1. Насонов Е.Л. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Н.Е. Чичасова [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. – 2005. – Т. 14, № 1. – С. 72 – 75.
2. Особенности качества жизни больных ревматоидным артритом при комбинированном терапевтическом подходе / Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.И. [и др.] // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – Т. 14, № 1. – С. 141.
3. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support / Y. Zyrianova, B.D. Kelly, C. Gallagher [et al.] // Ir J Med Sci – 2006. – № 175. – P. 32 – 36.

4. Frieri M. Neuroimmunology and inflammation: implications for therapy of allergic and autoimmune diseases / M. Frieri // *Ann Allergy Asthma Immunol.* – 2003. – № 90. – P. 34 – 40.
5. Марута Н.О. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади / Н.О. Марута, Т.Д. Бахтєєва, Т.В. Панько // *Український вісник психоневрології.* – 2003. – Т. 11, № 4. – С. 65 – 68.