

УДК 616.89:616.72 – 002.77 – 07

С.Д. Савка¹, Н.Г. Пшук²**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОЛОГІЧНІ І ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА ЇХ ДІАГНОСТИКА****(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці¹
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова²

Резюме. У статті розкрито поширеність, основні етіологічні чинники та патогенетичні ланцюги розвитку неспсихотичних психічних розладів у хворих на ревматоїдний артрит. Показано провідну роль стресогенних факторів сучасного суспільства в розвитку даних розладів. Наведені основні методи діагностики зазначених

психічних розладів та окреслені перспективні шляхи подальших досліджень.

Ключові слова: неспсихотичні психічні розлади, ревматоїдний артрит.

Ревматоїдний артрит (РА) – автоімунне хронічне прогресуюче захворювання сполучної тканини, що уражує до 2% дорослого населення розвинутих країн у найбільш працездатному віці і характеризується хронічним ерозивним поліартритом переважно дрібних суглобів та системним ураженням внутрішніх органів. Таке визначення найбільш точно відображає суть даного захворювання і зустрічається в працях сучасних дослідників [10, 17, 20].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), поширеність ревматичних хвороб у світовій популяції становить до 1,0%. В Україні налічується близько 123 тисяч хворих на РА, поміж яких близько 57 тисяч – це люди працездатного віку. Згідно з даними державної статистичної звітності МОЗ за 2010 рік, показник захворюваності серед працездатного населення становив 15,2 на 100 тисяч населення (в абсолютних показниках 4226 випадків). Приблизно 20-30% пацієнтів з РА повністю втрачають працездатність протягом перших 2-3 років хвороби та близько 90% – упродовж 20 років. Рівень смертності у хворих на РА вищий, принаймні вдвічі.

Поширеність РА в різних країнах світу становить від 0,4 до 2%, що зумовлює його непересічне медико-соціальне значення, оскільки за відсутності ефективного лікування призводить до швидкої інвалідизації і скорочення тривалості життя пацієнтів. Кількість ревматичних захворювань неухильно зростає, зокрема, у 2010 році вона становила 10352 на 100 000 населення із рівнем госпіталізації близько 50 000 осіб, що відповідало 6% загальної кількості госпіталізованих хворих. За рівнем негативного впливу на суспільство ревматичні хвороби посідають друге місце після хвороб системи кровообігу [13].

В.Н. Коваленко [6] наголошує, що ревматоїдний артрит трапляється у 2-3 рази частіше, а за даними І.М. Бабурина [1] – у 3-4 рази частіше в жінок середнього віку, ніж у чоловіків. При цьо-

му поширеність ревматоїдного артриту серед жінок старше 65 років становить біля 5%.

Проблема взаємозв'язку ревматоїдного артриту і психічних порушень, за даними сучасних досліджень, викликає жвавий інтерес. Так, сьогодні не існує єдиної думки щодо розповсюдженості афективної патології в ревматологічній практиці. І.Д. Спирина та співавт. [15] вказують, що психічні розлади трапляються в 60% хворих на РА. За повідомленнями М. Martens і співавт. [27] 19,9% пацієнтів з РА мають коморбідний депресивний розлад, а за даними С. Dickens і співавт. [31] – 39,2%. Значно більшу цифру наводять Y. Zygianova і співавт. [32] – 65% пацієнтів мають підтверджену депресію, з них 37,5% – помірну чи виражену, а 44,4% – тривожний розлад, з них 17,8% – помірний чи виражений.

А. Isik і співавт. [35] зазначають, що 70% хворих на РА мають тривожно-депресивні розлади, а саме 41,5% – тривожний, 13,4% – депресивний і 15,9% – змішаний тривожно-депресивний розлад.

Т.Е. Уланова та співавт. [23], досліджуючи психічні розлади у хворих на ревматоїдний артрит, відмічають високу частоту тривожних розладів (95%), які включають панічні, генералізовані тривожні і змішані тривожно-депресивні розлади.

Депресія і тривога не є обов'язковими психічними порушеннями, що супроводжують РА. Дані про частоту їх виникнення різноманітні. На думку С. Sheehy і співавт. [37], частота депресивних розладів коливається від 11 до 65%, а тривожних – від 13 до 44%. Неоднорідність даних пов'язана з використанням різних діагностичних критеріїв при встановленні неспсихотичних психічних розладів (НПР) у пацієнтів із ревматоїдним артритом.

О.С. Чабан, О.О. Хаустова [25] відмічають, що у виникненні психосоматичних захворювань провідну роль відіграють: спадковість – 30%, ранній розвиток – 25%, навколишнє середовище – 45%.

За даними J.G. Simon [38], на сьогодні існують аргументовані дані, які свідчать про те, що майже 90% всіх захворювань стресозалежні, а їх провокація та перебіг знаходяться в тісному взаємозв'язку з психотравмуючими факторами і стресовими реакціями.

На думку А.Б. Смулевича [19], хронічні соматичні захворювання часто супроводжуються психічними розладами межового рівня різного генезу, які несприятливо впливають на перебіг і прогноз основного захворювання.

С.Г. Сукиасян [21], Ф.Б. Березин [2] вказують на те, що в соматичних хворих досить часто спостерігаються емоційні розлади, і, що характерно, тривога переважає при гострих захворюваннях, а депресія – при хронічних.

Розвитку РА передують продромальний період тривалістю в декілька тижнів чи місяців, який проявляється швидкою втомлюваністю, підвищеною пітливістю, зниженням маси тіла, погіршенням апетиту, періодичним болем у суглобах. За даними В.М. Коваленко [6], початок захворювання у 55-70% носить підгострий характер, спровокований інфекцією, переохолодженням, психоемоційним стресом і травмою.

На думку Н.С. Крижановской і співавт. [8], РА виникає за сукупності чотирьох факторів: двох біологічних (генетична схильність до РА та імунологічний конфлікт) і двох психологічних (особливість, яка особливо підлегла агресії та стресовій ситуації з пригніченістю, відчуттям провини).

И.Н. Бабурин [1] повідомляє, що пусковими факторами РА виступають хронічні інфекції, гормональна перебудова, психоемоційні навантаження, харчова алергія, травми суглобів, дія холоду, фізична перенапруга.

За даними С.Г. Вагвальд і співавт. [28], до механізмів розвитку ревматоїдного артриту відносять: імунний, нервово-рефлекторний, нервово-психічний і гормональний.

Роль психотравмуючих стресових ситуацій в етіології і патогенезі РА обговорюється тривалий час. Н.С. Крижановская і Р.М. Балабанова [8] дослідили, що психологічний стрес впливав на перебіг захворювання у 80% випадків, а кожен третій хворий називав емоційний стрес основною причиною виникнення захворювання. При цьому біля 90% пацієнтів пов'язували дебют чи рецидив хвороби з гострою психотравмуючою ситуацією і 10% – з хронічною. Матеріали новітніх фізіологічних та імунологічних досліджень показують, що під впливом дистресу змінюється морфологічний склад сполучної тканини, гормональні функції організму, пригнічується імунна система, у той час як стабілізація психічного стану призводить до позитивних зсувів в імунному статусі.

Депресія і ревматоїдний артрит мають загальні, зумовлені хронічним стресом патогенетичні риси, що проявляються в дисфункції системи гіпоталамус-гіпофіз-наднирникові залози, гіперпродукції кортикотропного й адренкортикотропного гормонів, а також імунними відхиленнями у

вигляді високого рівня протизапальних цитокінів. Тому хронічний стрес помірної інтенсивності є загальним патогенетичним фактором, що сприяє розвитку як системного ревматичного захворювання, так і депресивного розладу – повідомляють М. Cutolo, R. Straub [30].

На думку R. Bosh Pamela та співавт. [29], патогенез РА включає дисфункцію гіпоталамус-гіпофіз-наднирникової системи, яка у свою чергу збільшує секретію кортизолу, викликає порушення циркадальних ритмів, що може сприяти виникненню серцево-судинних захворювань, депресії і тривоги.

М. Frieri [33] наголошує на значенні в етіології і патофізіології депресії таких протизапальних цитокінів, як інтерлейкін-1, фактор некрозу пухлин- α , інтерферон- γ . Згідно з "цитокіновою" теорією депресії прозапальні цитокіни діють як нейромодулятори і є основним показником центральних поведінкових, нейроендокринних і нейрохімічних характеристик депресивних симптомів. РА, як хронічне запальне захворювання, згідно з цією теорією, буде супроводжуватися аналогічними змінами. Хронічний або гострий дистрес призводить до порушення регуляції цитокінів, що, у свою чергу, ініціює зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій і гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдній системах. Такі закономірності встановлені також при депресії і РА.

Привертає увагу велика кількість публікацій, присвячених різноманітним психодіагностичним методам обстеження пацієнтів із ревматоїдним артритом і психічними розладами [3, 4, 7, 9, 12, 14, 16, 23, 24].

За даними Т.Е. Уланової [23], обстеження пацієнтів проводили за допомогою Мінесотського анкетного тесту дослідження особистості (MMPI) з метою оцінки профілю особистості та виявлення рівня тривоги. При обстеженні хворих за даною методикою відмічалася наявність "невротичного" профілю особистості, що проявляється значним підвищенням показників за шкалами іпохондрії, депресії та істерії і помірним їх підвищенням за шкалою психастенії.

А.В. Туев і співавт. [16] наголошують, що у хворих на РА при проведенні MMPI провідними шкалами профілю особистості були шкали іпохондрії та істерії. Цей тип профілю носить назву "конверсійного V" і відображає зменшення тривоги за рахунок соматизації та витіснення її з формуванням демонстративної поведінки. За шкалою Цунга і тестом Спілберга в пацієнтів із РА виявлений високий рівень депресії, а також підвищення особистісної та реактивної тривожності. Експериментально-психологічне дослідження когнітивних функцій за допомогою тесту ТМТ (Trail Making Test) виявило зниження загальних розумових функцій.

Е.Б. Брежнева [3] та Е.А. Уменова [24] оцінювали реактивну й особистісну тривожність за допомогою тесту Спілберга, а індивідуально-психологічні особливості особистості визначали

за шкалою екстраверсії-інтраверсії. Встановлено, що в 95% хворих на РА наявні тривожні розлади, у 82% – присутній інтравертний тип особистості, а в 55% випадків діагностовано високий і дуже високий рівень нейротизму. Для оцінки рівня депресії ними використана шкала Бека. Депресивні розлади виявлені в 79% хворих на РА. Наведені дані свідчать про вплив клінічної форми захворювання на характер психологічних змін у пацієнтів із тривалим больовим синдромом.

Lara Mangelli та співавт. [36] обстежували пацієнтів за допомогою шкали Гамільтона, при цьому в 37% випадків ними діагностовано депресію. За даними И.Л. Месниковой [12], підвищений рівень депресії за шкалою Гамільтона виявлений у 49% пацієнтів. В осіб молодого і середнього віку переважав легкий ступінь депресії (16-17 балів), а в осіб літнього і старечого віку – помірний (18-20 балів). У 9% пацієнтів депресія досягла психотичного рівня (вище 22 бали).

За допомогою опитувальника для визначення індексу загального психологічного благополуччя Н. Duru, шкали особистісної і реактивної тривожності Спілберга-Ханіна та диференційованої самооцінки функціонального стану (САН) Г.Н. Кошукова [7] оцінювала індивідуальний психоемоційний стан та особистісне реагування пацієнта на захворювання. На її думку, у хворих на РА виявлене помітне зниження толерантності до стресу, погіршення самопочуття та зниження активності, у середньому, на 50,1% і підвищення особистісної тривоги та реактивної тривожності.

Обстежуючи хворих за методикою Розенцвейга (тест фрустраційної толерантності), І.Д. Спіріна та співавт. [4] виявили, що пацієнти мають високий рівень фрустрованості, а серед типів реагування домінує впертий і домігантний.

Ряд авторів [9, 12, 14, 26] для визначення структури особистості пацієнта використовували Торонтську шкалу алекситимії (TAS). Тип реагування на соматичне захворювання діагностували за допомогою особистісного опитувальника Бехтеревського інституту (ЛЮБИ), для дослідження реакції на стрес, рівня фрустрації, способу виходу з несприятливої ситуації використовували методику Розенцвейга, рівень тривожності визначали за методикою Тейлора, а самооцінку – за Дембо-Рубінштейном.

Достовірне підвищення показника алекситимії Е.В. Яковлева і М.В. Зюзенков [26] спостерігали в пацієнтів із ревматоїдним артритом і психоемоційними та вегетативними змінами.

За даними А.Е. Николенко [14] при дослідженні хворих на РА за Торонтською шкалою алекситимії, 68% пацієнтів набрали вище 74 балів і тому вважалися алекситимічними, 21% осіб входили до проміжної групи, набравши від 63 до 73 балів, і лише 11% мали менше 63 балів і розглядалися як неалекситимічні. Середня величина алекситимічного індексу при РА перевищувала поріг норми з переважанням алекситимічних осіб.

Як вказує Т.Д. Тябут і співавт. [22], у 47% пацієнтів з РА діагностовано адекватний тип відношення до хвороби (гармонічний і ергопатичний), для якого характерна чітка оцінка свого стану, бажання активно співпрацювати з лікарем. У 53% пацієнтів виявлена неадекватна реакція на хворобу, яка проявлялася наступними типами: іпохондричним – у 15%, сенситивним – у 10%, тривожним – у 5%, неврастенічним і меланхолічним по 2%, змішаним – у 13% та дифузний – у 10% випадків. Для пацієнтів з іпохондричним типом характерні зосередженість на суб'єктивних хворобливих відчуттях, перебільшення дійсних і позитивних неіснуючих захворювань, поєднання бажання лікуватися і відсутність віри в успіх лікування.

Для вивчення та оцінки ефективності соціального функціонування індивіда, на думку Н.О. Марути і співавт. [11], найбільш часто використовується вивчення показника якості життя. Якість життя включає не лише динаміку захворювання, але і психологічну взаємодію з макросоціумом, власне відношення до себе і оточуючих, можливість реалізації, повноцінне соціальне функціонування. Показник якості життя, для більшої його об'єктивізації, доцільно вивчати з точки зору як самого пацієнта, так і лікаря, а не будь-якого з рідних чи лікаря.

Праці Т.В. Зайцева і Г.Г. Багірова [5] показують, що рівень функціонального стану опорно-рухового апарату, зміна соціального фактору і психологічного стану, а також тип відношення пацієнта до хвороби формують показники якості життя пацієнтів. За їх даними, у хворих на РА найбільш часто спостерігаються іпохондричний, апатичний, неврастенічний типи відношення до хвороби, у яких показники якості життя знижуються, і рідше ейфоричний, при якому вони підвищуються.

Важливим є той факт, що при тривалому перебігу РА більше п'яти років реєструється значне зниження основних компонентів якості життя (соціального, емоційного функціонування, задоволення життям) [24].

И.Л. Месникова [12] для дослідження якості життя хворих на РА використовувала загальний опитувальник "The RAND 36-Item Health Survey" розроблений в Американському центрі вивчення медичних результатів у 1992 році. За результатами цього обстеження, рівень якості життя у хворих на РА є значно нижчий порівняно з групою практично здорових людей. Зміни в психоемоційній сфері й особистісні особливості пацієнтів (тривожно-фобічні, тривожно-депресивні, іпохондричні розлади, психастенічний і неврастенічний варіанти дезадаптації) негативно впливають на якість життя, а корекція психопатологічних змін призводить до його підвищення.

Е.А. Уменова [24] оцінювала якість життя за шкалою S. Roberts і M. Eliot, яка включає наступні компоненти: соціальне, емоційне функціонування, задоволення життям, умови життя, матеріальне благополуччя, шкідливі звички. За її даними, у пацієнтів, що страждають на РА, вище

жся погіршення як фізичного, так і психічного здоров'я.

Висновки

1. Вивчення різноманітних аспектів етіології патогенезу непсихотичних психічних розладів хворих ревматоїдним артритом та значна їх поширеність при ревматоїдному артриті свідчить про високу значимість цього питання в сучасній медичній практиці.

2. Для оцінки впливу соціально-психологічних чинників на виникнення і перебіг психічних розладів при ревматоїдному артриті в умовах сучасного суспільства необхідне створення алгоритму їх діагностики та удосконалення існуючих методик.

Література

1. Бабурин И.Н. Ревматоидный артрит: обратимость изменений / И.Н. Бабурин // Леч. врач. – 2007. – № 5. – С. 78-79.
2. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк // Рос. мед. ж. – 2002. – № 2. – С. 43-49.
3. Брежнева Е.Б. Психологическое состояние больных ревматоидным артритом и остеоартрозом / Е.Б. Брежнева, Е.А. Марусенко // Укр. мед. альманах. – 2005. – Т. 8, № 2. – С. 23-25.
4. Вплив психічних та клінічних факторів на якість життя при ревматоїдному артриті / І.Д. Спіріна, О.В. Серебритьська, В.А. Лагутін [та ін.] // Ж. психіатрії та мед. психол. – 2004. – № 3. – С. 173-175.
5. Зайцева Т.В. Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом / Т.В. Зайцева, Г.Г. Багирова // Терапевт. арх. – 2000. – Т. 72, № 12. – С. 38-41.
6. Коваленко В.Н. Ревматоидный артрит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / В.М. Коваленко // Ліки України. – 2005. – № 2. – С. 15-19.
7. Кошукова Г.Н. Изучение особенностей психосоматического статуса у больных ревматоидным артритом / Г.Н. Кошукова // Вестн. неотложной и восстанов. мед. – 2008. – Т. 9, № 4. – С. 554-556.
8. Крижановская Н.С. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем / Н.С. Крижановская, Р.М. Балабанова // Терапевт. арх. – 2000. – Т. 72, № 5. – С. 79-82.
9. Курята А.В. Зависимость между клинической формой течения, степенью функционального нарушения суставов и изменением психологического профиля у пациенток с ревматоидным артритом / А.В. Курята, И.Д. Спирина, А.Е. Николенко // Укр. ревматол. ж. – 2004. – № 1. – С. 34-37.
10. Лебедева Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения: автореф. дис. на соискание науч. ст. канд. мед. наук. – Ярославль, 2007. – 23 с.
11. Марута Н.О. Особенности показателя качества жизни у женщин, больных на невротичні розлади / Н.О. Марута, Т.Д. Бахтеева, Т.В. Панько // Укр. вісн. психоневрол. – 2003. – Т. 11, № 4. – С. 65-68.
12. Месникова И.Л. Влияние психоэмоционального состояния и личностных особенностей на качество жизни больных ревматоидным артритом // Здоровоохранение. – 2002. – № 3. – С. 12-15.
13. Насонова В.А. Медицинская и социальная значимость ревматических болезней в России и состояние специализированной помощи. Прогресс в лечении хронических воспалительных заболеваний суставов / В.А. Насонова // Рус. мед. ж. – 2003. – № 2. – С. 4-5.
14. Николенко А.С. Планування експерименту: психічні порушення у хворих на ревматоїдний артрит / А.С. Николенко // Мед. перспективи. – 2003. – Т. 8, № 1. – С. 98-100.
15. Особенности качества жизни больных ревматоидным артритом при комбинированном терапевтическом подходе / И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, Т.И. Шустерман [и др.] // Таврич. ж. психіатрії. – 2010. – Т. 14, № 1. – С. 141.
16. Психопатологические нарушения у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией / А.В. Туев, Е.В. Аршин, Е.П. Кошурникова, М.Д. Зубова // Неврол. вестник. – 2007. – № 3. – С. 45-58.
17. Ревматоидный артрит и депрессия: патогенетическая роль стрессовых факторов / А.Е. Зелтынь, Д.Ю. Вельтищев, Ю.С. Фофанова [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 48-51.
18. Синхронная программная интенсивная терапия больных ревматоидным артритом тяжелого течения / С.К. Соловьев, Е.А. Асеева, А.С. Чикликчи, В.А. Насонова // Терапевт. арх. – 2002. – Т. 74, № 5. – С. 52-56.
19. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – Москва: ГЕОТАР-Медия, 2007. – 208 с.
20. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Н.Е. Чичасова [и др.] // Клин. фармакол. и терапия. – 2005. – Т. 14, № 1. – С. 72-75.
21. Сукиасян С.Г. Соматизированные психические нарушения / С.Г. Сукиасян, Н.Г. Манасян, С.С. Чшмаритян // Ж. неврол. и психіатрії. – 2001. – Т. 101, № 2. – С. 57-61.
22. Тябут Т.Д. Психосоматические особенности больных ревматоидным артритом / Т.Д. Тябут, Г.А. Бабак, Т.А. Филиппова // Мед. новости. – 2001. – № 2. – С. 49-50.
23. 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.

24. Уменова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом / Уменова Е.А. // Клини. мед. – 2001. – Т. 92, № 1. – С. 47-49.
25. Чабан О.С. Психосоматична медицина: аспекти діагностики та лікування / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. – К.: Лтд, 2005. – 69 с.
26. Яковлева Е.В. Психовегетативные соотношения при ревматоидном артрите / Е.В. Яковлева, М.В. Зюженков // Мед. новости. – 2001. – № 2. – С. 47-49.
27. Assessment of depression in rheumatoid arthritis: a modified version of the center for epidemiologic studies depression scale / M.P. Martens, J.C. Parker, K.L. Smarr [et al.] // Arthritis Rheumatism. – 2003. – № 49. – P. 549-555.
28. Baerwald C.G. Interactions of autonomic nervous, neuroendocrine and immune systems in rheumatoid arthritis / C.G. Baerwald, G.R. Burmester, A. Krause // Rheum. Dis. Clin. North Amer. – 2000. – Vol. 26. – P. 841-857.
29. Bosh P.R. Functional and Physiological effects of yoga in women with rheumatoid arthritis: a pilot study / P.R. Bosh, T. Traustadottir, P. Howard K.S. Matt // Alternative therapies in health and Medicine. – 2009. – Vol. 15, № 4. – P. 24-31.
30. Cutolo M. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis / M. Cutolo, R. Straub // Neuroimmunomodulation. – 2006. – № 13. – P. 277-282.
31. Dickens C. Association of depression and rheumatoid arthritis / C. Dickens, M.R.C. Pycii // Jackson Psychosomatics – 2003. – Vol. 44, № 3. – P. 209-215.
32. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support / Y. Zivanova, B.D. Kelly, C. Gallagher [et al.] // Ir J Med Sci – 2006. – № 175. – P. 32-36.
33. Frieri M. Neuroimmunology and inflammatory implications for therapy of allergic and autoimmune diseases / M. Frieri // Ann Allergy Asthma Immunol. – 2003. – № 90. – P. 34-40.
34. 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 / J. Kekow, R. Moots, R. Khandker [et al.] // Rheumatology. – 2011. – № 50: – P. 401-409.
35. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis / A. Isik, S.S. Koca, A. Ozturk, O. Mermi // Clin. Rheumatol. – 2007. – № 26: – P. 872-878.
36. Psychological well – being in rheumatoid arthritis: relationship to “disease” variables and affective disturbance / Lara Mangelli, Nora Gribbin, Stefan Büchi [et al.] // Psychotherapy and psychosomatics. – 2002. – № 71. – P. 112-116.
37. Sheehy C. Depression in rheumatoid arthritis – underscoring the problem / C. Sheehy, E. Murphy, M. Barry // Rheumatology. – 2006. – № 45: – P. 1325-1327.
38. Socioeconomic differences in self-assessed health in a chronically ill population: the role of different health aspects / J.G. Simon, H. Mheen, J.B. Meer, J.P. Mackenbach // J. Behav. Med. – 2000. – № 23. – P. 399-420.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ИХ ДИАГНОСТИКА

(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

С.Д. Савка, Н.Г. Пшук

Резюме. В статье раскрыты распространение, основные этиологические факторы и патогенетические цепи развития непсихотических психических расстройств при ревматоидном артрите. Показана ведущая роль стрессогенных факторов современного общества в развитии этих расстройств. Наведены основные методы диагностики указанных расстройств и очерчены перспективные направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, ревматоидный артрит.

MODERN CONCEPTS OF ETIOLOGIC AND PATIOGENETIC ASPECTS OF NONPSYCHOTIC PSYCHIC DYSFUNCTIONS IN CASE OF ATROPHIC ARTHRITIS AND THEIR DIAGNOSTICS

(BIBLIOGRAPHICAL REVIEW)

S.D. Savka, N.H. Pshuk

Abstract. The paper has revealed prevalence, the principal etiologic factors and pathogenetic chains of the development of nonpsychotic psychic disorders in case of atrophic arthritis. The leading role of stressogenetic factors of the modern society in the development of the disorders in question has been pointed out. The principal methods of diagnosis of these particular disorders have been presented and long-range ways of further research have been outlined.

Key words: nonpsychotic mental disorders, atrophic arthritis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)
M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnitsa)

Рецензент – проф. О.І. Волошин

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 112-116

Надійшла до редакції 25.06.2011 року

© С.Д. Савка¹, Н.Г. Пшук², 2011