

*С. Д. Савка*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*С. Д. Савка*

**Клинико-психопатологические особенности непсихотических психических расстройств у больных ревматоидным артритом в зависимости от длительности заболевания**

*S. D. Savka*

**Clinical psychopathological features of nonpsychotic mental disorders in patients with rheumatoid arthritis dependent on the disease duration**

В цієї статті висвітлено клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) залежно від тривалості захворювання. На ґрунті комплексного клініко-психопатологічного дослідження отримані дані щодо структури НПР при РА: у основній групі обстежуваних із загальною тривалістю ревматоїдного артрити до 5 років (ОГ I) порівняно з основною групою пацієнтів із тривалістю ревматоїдного артрити від 5 до 10 років (ОГ II) переважали на 11,9 % розлади адаптації: 27,3 % в ОГ I та 15,4 % в ОГ II ( $p < 0,05$ ); на 11,3 % частіше діагностували соматоформний розлад: 23,6 % в ОГ I та 12,3 % в ОГ II ( $p < 0,04$ ); на 15,4 % домінував тривожно-фобічний розлад: 20,0 % в ОГ I та 4,6 % в ОГ II ( $p < 0,006$ ), а в ОГ II порівняно з ОГ I частіше діагностували змішаний тривожно-депресивний розлад з перевагою на 34,2 %, а саме 61,5 % і 27,3 % ( $p < 0,0001$ ). З розвитком РА збільшувалися загальні показники рівня депресії від 9,16 бала до 10,84 бала ( $p < 0,05$ ) і загальні показники рівня тривоги від 11,10 бала до 13,12 бала ( $p < 0,05$ ). У результаті проведеного клініко-психопатологічного дослідження науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено систему діагностики НПР у пацієнтів із РА.

**Ключові слова:** непсихотичні психічні розлади, ревматоїдний артрит, клініко-психопатологічні особливості, депресія, тривога

В этой статье рассматриваются клинико-психопатологические особенности непсихотических психических расстройств (НПР) у больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от длительности заболевания. В результате комплексного клинико-психопатологического исследования получены данные о структуре НПР при РА: в основной группе обследуемых с общей продолжительностью ревматоидного артрита до 5 лет (ОГ I) по сравнению с основной группой обследуемых с продолжительностью ревматоидного артрита от 5 до 10 лет (ОГ II) преобладали на 11,9 % расстройства адаптации: 27,3 % в ОГ I и 15,4 % в ОГ II ( $p < 0,05$ ), на 11,3 % чаще диагностировали соматоформное расстройство: 23,6 % в ОГ I и 12,3 % в ОГ II ( $p < 0,04$ ), на 15,4 % доминировали тревожно-фобические расстройства: 20,0 % в ОГ I и 4,6 % в ОГ II ( $p < 0,006$ ), а в ОГ II по сравнению с ОГ I чаще диагностировали смешанное тревожно-депрессивное расстройство с преимуществом в 34,2 %, а именно 61,5 % и 27,3 % ( $p < 0,0001$ ). По мере развития РА возрастали общие показатели уровня депрессии от 9,16 балла до 10,84 балла ( $p < 0,05$ ) и общие показатели уровня тревоги от 11,10 балла до 13,12 балла ( $p < 0,05$ ). В результате проведенного клинико-психопатологического исследования научно обоснована, разработана и внедрена система диагностики НПР у пациентов с РА.

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, ревматоидный артрит, клинико-психопатологические особенности, депрессия, тревога

The clinical-psychopathological features of nonpsychotic mental disorders (NMD) in patients with rheumatoid arthritis (RA) depending on the duration of the disease are described in the article. On the basis of a comprehensive clinical psychopathological study data were obtained on the structure of NMD in RA: in the main group with a total duration of rheumatoid arthritis up to 5 years (MG I) in comparison with the main group with duration of rheumatoid arthritis from 5 to 10 years (MG II), were predominantly disorders of adaptation on 11.9 %: 27.3 % in MG I and 15.4 % in MG II ( $p < 0.05$ ); somatoform disorder was more often diagnosed with an advantage of 11.3 % with 23.6 % in MG I and 12.3 % in MG II ( $p < 0.04$ ); anxious-phobic disorder was dominated by 15.4 %: 20.0 % in MG I and 4.6 % in MG II ( $p < 0.006$ ), and in the MG II, compared with the MG I, the mixed anxiety-depressive disorder was more often diagnosed with an advantage of 34.2 %, namely 61.5 % and 27.3 % ( $p < 0.0001$ ). On the measure of the development of RA, the general indexes of the level of depression increased from 9.16 points to 10.84 point ( $p < 0.05$ ) and general indexes of the level of anxiety — from 11.10 points to 13.12 point ( $p < 0.05$ ). The system of diagnostic of NMD in patients with RA has been scientifically substantiated, developed and implemented, as a result of the conducted clinical and psychopathological research.

**Key words:** nonpsychotic mental disorders, rheumatoid arthritis, clinical and psychopathological features, depression, anxiety

В останній час серед дослідників та практичних лікарів спостерігається тенденція до коморбідного підходу під час діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів у зв'язку з розвитком психосоматичної медицини. Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і коливається від 15 до 50 %, а в загально-медичній практиці — від 30 до 57 % [1]. Ревматоїдний артрит (РА) належить до психосоматичних захворювань і супроводжується наявністю високого рівня соматичного та психоемоційного дистресу, зниженням адаптивності пацієнтів, порушенням соціального функціонування та зниження якості життя загалом. Поширеність депресії у пацієнтів з РА становить від 33,8 % до 44,7 % у різних країнах, тоді як поширеність тривоги — від 13,4 % до 33,7 % залежно від різних оціночних шкал [2—5]. Непсихотичні психічні розлади (НПР) при РА спричиня-

ються стресовим (психотравмуючим) чинником, а певні нозології невротичного регістру формуються через використання неадаптивних захисних механізмів [6].

Нами було обстежено 180 пацієнтів з РА у віці від 20 до 60 років. Цим пацієнтам було проведено психодіагностичні методики, а саме, шкали Гамільтона для оцінки депресії і тривоги. Ми відібрали 120 пацієнтів, у яких за даними опитувальників та клініко-психопатологічної оцінки було діагностовано НПР.

Першу основну групу (ОГ I) склали 55 пацієнтів із тривалістю захворювання на РА до 5 років (середній вік —  $37,9 \pm 1,82$ ), серед яких переважали жінки (46 осіб — 83,6 %). Другу основну групу (ОГ II) склали 65 пацієнтів з тривалістю захворювання на РА від 5 до 10 років (середній вік —  $37,9 \pm 1,82$ ), серед яких також переважали особи жіночої статі (52 особи — 80,0 %). Результати обсте-

ження порівнювали з даними 40 осіб контрольної групи зі схожою віко-статевою структурою (33 особи жінок, 82,5 %,  $p > 0,05$ ). Статистичний аналіз проводили у програмах SPSS Statistics 17.0 for Windows та Statistica 5.1 for Windows. Під час статистичного оброблення отриманих результатів, що відповідали нормальному (гаусовському) розподілу, для оцінювання вірогідності різниці між середніми величинами обчислювали коефіцієнт  $t$  згідно з методом Стьюдента.

Як свідчать проведені нами дослідження, у хворих на РА діагностовано психоемоційні розлади, які включають тривожні, депресивні, фобічні, соматоформні та розлади адаптації, що мали стійкий і тривалий характер (табл. 1).

Таблиця 1. Представленість супутніх непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з ревматоїдним артритом

Розлад	Група (n = 120)			
	ОГ I (n = 55)		ОГ II (n = 65)	
	осіб	%	осіб	%
Змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2)	15	27,3	40	61,5
Розлади адаптації (F43.2)	15	27,3	10	15,4
Соматоформний розлад (F45)	13	23,6	8	12,3
Тривожно-фобічний розлад (F40.8)	11	20,0	3	4,6
Обсесивно-компульсивний розлад (F42.2)	1	1,8	4	6,2

Серед обстежуваних нами хворих на РА найчастіше діагностований змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) з перевагою на 34,2 % ( $p < 0,0001$ ) у пацієнтів ОГ II порівняно з ОГ I. Хворі вказували скарги на тривогу, знижений настрій, головний біль, серцебиття. У пацієнтів у клінічній картині тривога проявлялась у вигляді моторного напруження: тремтіння, відчуття ознобу, неможливості розслабитись, почуття хвилювання, головного болю; та вегетативної гіперактивності: тахікардії, пітливості, слабкості, запаморочення, епігастральних розладів. Окрім того, невід'ємним компонентом змішаного тривожно-депресивного розладу були депресивні розлади, де в клінічній картині домінували знижений настрій, порушення вітальних функцій, порушення сну, зниження працездатності, звуження кола інтересів та бажань.

Розлади адаптації (F43.2) на 11,9 % ( $p < 0,05$ ) частіше було діагностовано у пацієнтів ОГ I. Вони проявлялись у вигляді короткочасних, пролонгованих і змішаних депресивних реакцій і характеризувались зниженими настроєм, апетитом, ангедонією, інсомнією та загальною слабкістю і втомлюваністю. Виникали внаслідок фізичного та психологічного стресу, як первинна реакція пацієнта на виникнення РА, а також на зниження фізичної активності та зміни соціального статусу у зв'язку з прогресуванням захворювання.

На нашу думку, такі розлади також можуть бути зумовлені спільними патогенетичними факторами, що сприяють розвитку як системного ревматичного захворювання, так і депресивних розладів. Як відомо, протизапальні цитокіни діють як нейромодулятори і є основними показниками центральних поведінкових, нейроендокринних і нейрохімічних характеристик і депресивних симптомів і також симптомів РА. У генезі депресії активну участь беруть гени, які кодують нейротрансмітерну активність

(метаболізм адреналіну, норадреналіну, серотоніну та дофаміну), нейрогенез, нейрональну пластичність, активність імунної системи [7].

Соматоформний розлад (F45.0) на 11,3 % ( $p < 0,04$ ) частіше було діагностовано у пацієнтів ОГ I і був виражений соматоформною вегетативною дисфункцією, яка характеризувалась серцебиттям, пітливістю, тремором, емоційною лабільністю з переважанням емоцій негативного спектра, та включала іпохондричні компоненти, що були виражені надмірним занепокоєнням щодо власного здоров'я, недовірою до лікарів, наявністю емоційних порушень (субдепресивного та тривожного спектра).

Тривожно-фобічний розлад (F40.8) на 15,4 % ( $p < 0,006$ ) частіше діагностовано у пацієнтів ОГ I. Пацієнти вказували скарги на тремтіння, пітливість, серцебиття, страх, щодо можливої інвалідазації, смерті. Для цих хворих була притаманна тривога очікування, яка пов'язана з хвилюваннями за майбутнє, за прогноз та ефективність лікування, соматичні симптоми тривоги: запаморочення, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, нудота, сухість у роті, пітливість.

Обсесивно-компульсивний розлад (F42.2) діагностовано у найменшій кількості пацієнтів: у однієї особи ОГ I, що склало 1,8 % і у чотирьох осіб ОГ II, що склало 6,2 % ( $p < 0,1$ ). Хворі вказували скарги на нав'язливі думки, нав'язливі дії, внутрішнє напруження, страх і тривогу. Розлад характеризувався наявністю обсесивного мислення і компульсивної поведінки, зниженим настроєм, підвищенням особистісної тривожності, зниженням активної уваги. Пацієнти усвідомлювали безглуздість цих думок і дій, але не могли впоратись з ними.

Окремі НПР характеризувалися певною сукупністю скарг (табл. 2).

Таблиця 2. Частота психопатологічних скарг при різних видах розладів у обох основних групах (у % випадків)

Скарги	Вид розладів				
	Розлади адаптації	Змішаний тривожно-депресивний розлад	Соматоформний розлад	Тривожно-фобічний розлад	Обсесивно-компульсивний розлад
Підвищена дратівливість	18,8	71,4	27,4	45,0	10,0
Знижений настрій	97,7	64,3	45,7	41,8	40,0
Відчуття тривоги	18,8	92,8	13,0	95,2	20,0
Загальна слабкість	87,5	21,4	60,9	52,4	10,0
Підвищена втомлюваність	81,2	54,3	60,9	45,0	20,0
Емоційна лабільність	12,5	71,4	87,4	66,7	10,0
Погіршення пам'яті	50,0	12,3	4,3	2,4	10,0
Порушення сну	81,2	50,0	43,5	28,6	10,0
Зниження апетиту	75,0	47,1	26,5	17,1	10,0
Головний біль	43,8	35,7	13,0	19,0	10,0
Запаморочення	18,8	28,6	0	11,9	20,0
Нав'язливі думки	5,7	6,5	2,8	3,4	100,0
Нав'язливі дії	3,9	4,1	1,3	2,4	80,0
Інші скарги	31,2	57,4	49,3	14,3	20,0

При розладах адаптації найчастіше обстежувані пацієнти висловлювали скарги на знижений настрій (24 особи, що склало 97,7 %) і апетит (19 осіб — 75,0 %), загальну слабкість (24 особи — 87,5 %), втомлюваність та інсомнію по 20 осіб — 81,2 %. Здебільшого пацієнти із змішаним тривожно-депресивним розладом скаржилися на тривогу (51 особа, що склало 92,8 %), емоційну нестійкість і дратівливість по 39 осіб — 71,4 %, знижений настрій (35 осіб — 64,3 %), а скарги на астенію (30 осіб — 54,3 %) та знижений апетит (26 осіб — 47,1 %) були менш виражені. Обстежувані особи із соматоформним розладом найчастіше висловлювали скарги на нестійкість емоцій (18 осіб, що склало 87,4 %), втомлюваність та загальну слабкість по 13 осіб — 60,9 %, знижений настрій (10 осіб — 45,7 %), порушення сну (9 осіб — 43,5 %) і зниження апетиту (6 осіб — 26,5 %). При тривожно-фобічному розладі переважали скарги на тривогу та страх (13 осіб, що склало 95,2 %), емоційну нестійкість (9 осіб — 66,6 %), підвищену дратівливість і втомлюваність (по 6 осіб — 45,0 %). У пацієнтів з обсесивно-компульсивним розладом переважали скарги на нав'язливі думки (5 осіб — 100 %) і нав'язливі дії (4 особи — 80%), рідше були виявлені скарги на знижений настрій (2 особи — 40,0 %) та втомлюваність (2 особи — 20,0 %).

Під час обстеження психічного статусу пацієнтів з РА та НПР були виявлені такі симптоми: знижений настрій — 76,7 %, тривога — 53,3 %, лакримальні реакції — 49,2 %, емоційна лабільність — 37,5 %, загальна слабкість — 43,3 %, зниження уваги — 41,7 %, страхи — 20,8 %, зниження пам'яті — 12,5 %.

Провівши порівняння психопатологічних симптомів під час обстеження психічного статусу пацієнтів першої групи з тривалістю захворювання до 5 років та другої групи з тривалістю захворювання від 5 до 10 років можна констатувати, що у пацієнтів ОГ II на 14,7 % частіше діагностували загальну слабкість, а саме — 49,2 % в ОГ II та 34,5 % в ОГ I ( $p < 0,05$ ), на 14,0 % частіше — емоційну лабільність (43,1 % в ОГ II та 29,1 % в ОГ I,  $p < 0,05$ ), на 13,0 % частіше — зниження пам'яті (18,5 % в ОГ II та 5,5 % в ОГ I,  $p < 0,02$ ), на 11,7 % частіше — дратівливість (46,2 % в ОГ II та 34,5 % в ОГ I,  $p < 0,1$ ), на 10,2 % частіше — лакримальні реакції (53,8 % в ОГ II та 43,6 % в ОГ I,  $p < 0,1$ ), і на 4,0 % частіше — знижений настрій і тривогу ( $p < 0,3$ ). В обстежуваних ОГ I порівняно з ОГ II на 11,6 % частіше було діагностовано страхи, а саме — 25,5 % в ОГ I та 13,9 % в ОГ II ( $p < 0,05$ ) (табл. 3).

Таблиця 3. Частота діагностики психопатологічних симптомів під час обстеження психічного статусу у групах пацієнтів з ревматоїдним артритом

Симптом	Група (n = 120)			
	ОГ I (n = 55)		ОГ II (n = 65)	
	осіб	%	осіб	%
Зниження пам'яті	3	5,5	12	18,5
Знижений настрій	41	74,5	51	78,5
Увага, зниження	23	41,8	27	41,5
Тривога	28	50,9	36	55,4
Емоційна лабільність	16	29,1	28	43,1
Дратівливість	19	34,5	30	46,2
Страхи	14	25,5	9	13,9
Лакримальні реакції	24	43,6	35	53,8
Загальна слабкість	19	34,5	32	49,2

Оскільки серед провідних психопатологічних розладів суттєве значення набувають зміни афективного реєстру, ми вважали доцільним провести визначення рівня депресивного стану та рівня тривоги у обстежуваних.

Для виявлення афективних порушень використовували госпітальну шкалу депресії Гамільтона (HDRS) для визначення депресії. За шкалою HDRS у двох основних групах пацієнтів, які страждають на ревматоїдний артрит, всі показники вищі порівняно з контрольною групою (табл. 4).

У обстежуваних ОГ I виявляли вищий показник за шкалою депресивний настрій порівняно з ОГ II, який становив 1,69 бала і за шкалою обсесивні і компульсивні симптоми — 0,34 бала порівняно з обстежуваними другої основної групи, у яких показник депресивного настрою становив 1,56 бали, а обсесивні і компульсивні симптоми — 0,30. Пацієнти обох груп мали однаковий показник за шкалою середнє безсоння, який становив 0,38 бали, загальмованості — 0,14 та 0,16 бала і шлунково-кишкових симптомів — 0,25 та 0,23 бали, втрата маси тіла А — 0,23 та 0,22, а також у них були відсутні симптоми деперсоналізації і дереалізації та параної дальні симптоми. Інші показники вираженості депресивного стану були вищі у обстежуваних ОГ II. У осіб ОГ II порівняно з ОГ I показники були вищі за шкалою почуття провини, ажитація та раннє безсоння на 0,1 бала, працездатність і активність — на 0,14 бала, пізнє безсоння — на 0,2 бала, психічна тривога — на 0,3 бала, загальні соматичні симптоми та іпохондрія — на 0,33 бала, соматична тривога — на 0,46 бала. Загальний показник рівня депресії у пацієнтів ОГ I становив 9,16 бала, а у пацієнтів ОГ II — 10,84 бала, що відповідає легкому депресивному розладу.

Для визначення вираженості тривоги у обстежуваних ми використовували шкалу Гамільтона для визначення тривоги (табл. 5).

За шкалою HARS у пацієнтів ОГ I виявлено вищі показники за шкалою фобії на 0,81 бала порівняно з ОГ II. Однаковою мірою траплялось підвищення за шкалою депресивний настрій 1,43 і 1,46 бала відповідно. Інші показники вираженості тривоги були вищі у обстежуваних ОГ II. У осіб ОГ II порівняно з ОГ I показники були вищі за шкалою тривожний настрій — на 0,34 бала, соматичні сенсорні симптоми — на 0,32 бала, вегетативні симптоми — на 0,3 бала, серцево-судинні і соматичні м'язові симптоми — по 0,28 бала, інтелектуальні порушення — на 0,26 бала, інсомнія — на 0,2 бала, респіраторні симптоми та поведінка при огляді — на 0,18 бала, напруження і гастроінтестинальні симптоми — на 0,1 бала. Загальний показник рівня тривоги у пацієнтів ОГ I становив 11,10 бала, а у пацієнтів ОГ II — 13,12 бала, що відповідає тривожному розладу.

Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з РА можуть призвести до недотримання схем лікування, зниження його ефективності і підвищення рівня інвалідності та смертності [8—9]. Отже, рання діагностика та цілеспрямоване лікування дозволять зменшити несприятливі наслідки психічних розладів у пацієнтів з РА.

За результатами отриманих даних можна зробити такі висновки:

У ОГ I порівняно з ОГ II на 11,9 % переважали розлади адаптації: 27,3 % в ОГ I та 15,4 % в ОГ II ( $p < 0,05$ ); на 11,3 % частіше діагностували соматоформний розлад: 23,6 % в ОГ I та 12,3 % в ОГ II ( $p < 0,04$ ); на 15,4 % домінував тривожно-фобічний розлад: 20,0 % в ОГ I та 4,6 % в ОГ II ( $p < 0,006$ ). Серед обстежуваних нами хворих на ревматоїдний артрит і непсихотичні психічні розлади в ОГ II порівняно з ОГ I частіше діагностували змішаний тривожно-депресивний розлад з перевагою на 34,2 %, а саме 61,5 % і 27,3 % ( $p < 0,0001$ ).

Таблиця 4. Рівень вираженості депресивного стану у обстежуваних хворих (за шкалою Гамільтона)

№ з/п	Показник шкали	Група (n = 160) / показник					
		ОГ I (n = 55)		ОГ II (n = 65)		КГ (n = 40)	
		M	m	M	m	M	m
1.	Депресивний настрій	1,69*	0,12	1,56*	0,10	0,02	0,02
2.	Почуття провини	0,56*	0,07	0,66*	0,16	0	
3.	Суїцидальні наміри	0		0		0	
4.	Раннє безсоння	0,72*	0,10	0,82*	0,09	0,22	0,06
5.	Середнє безсоння	0,38*	0,08	0,38*	0,08	0,07	0,04
6.	Пізнє безсоння	0,43*	0,09	0,63*	0,10	0	
7.	Працездатність і активність	1,81*	0,08	1,95*	0,09	0,17	0,06
8.	Загальмованість	0,14*	0,04	0,16*	0,03	0	
9.	Ажитація	0,07	0,03	0,18*	0,05	0	
10.	Психічна тривога	0,94*	0,07	1,25*	0,08	0,22	0,06
11.	Соматична тривога	0,50*	0,07	0,96*	0,09	0,02	0,02
12.	Шлунково-кишкові симптоми	0,25*	0,06	0,23*	0,04	0	
13.	Загальні соматичні симптоми	0,63*	0,08	0,96*	0,06	0,02	0,02
14.	Генітальні симптоми	0,01	0,01	0,04	0,03	0	
15.	Іпохондрія	0,25*,**	0,08	0,58*	0,11	0	
16.	Втрата маси тіла А	0,23*	0,05	0,22*	0,04	0	
17.	Втрата маси тіла Б	0		0		0	
18.	Критичність	0		0,01	0,01	0	
19.	Деперсоналізація і дереалізація	0		0		0	
20.	Добові коливання А	0		0,13	0,13	0	
21.	Добові коливання Б	0		0		0	
22.	Параноїдальні симптоми	0		0		0	
23.	Обсесивні і компульсивні симптоми	0,34	0,07	0,30	0,06	0,17	0,06
	<b>Загальний показник</b>	<b>9,16*</b>	<b>0,34</b>	<b>10,88*</b>	<b>0,51</b>	<b>0,95</b>	<b>0,19</b>

Примітка. Тут і далі: \* — вірогідність різниці ( $p < 0,05$ ) з контрольною групою, \*\* — між першою та другою групами

Таблиця 5. Рівень вираженості тривоги у обстежуваних хворих (за шкалою Гамільтона)

№ з/п	Показник шкали	Група (n = 160) / показник					
		ОГ I (n = 55)		ОГ II (n = 65)		КГ (n = 40)	
		M	m	M	m	M	m
1.	Тривожний настрій	1,61*	0,15	1,95*	0,13	0,17	0,06
2.	Напруження	0,89*	0,10	0,99*	0,09	0,02	0,02
3.	Фобії	0,81*	0,12	0,49*,**	0,09	0,15	0,05
4.	Інсомнія	1,70*	0,12	1,90*	0,09	0,30	0,07
5.	Інтелектуальні порушення	1,34*	0,13	1,60*	0,09	0,10	0,04
6.	Депресивний настрій	1,43*	0,13	1,46*	0,10	0,02	0,02
7.	Соматичні м'язові симптоми	0,63*	0,09	0,91*	0,08	0	
8.	Соматичні сенсорні симптоми	0,52*	0,09	0,84*	0,08	0,02	0,02
9.	Серцево-судинні симптоми	0,65*	0,11	0,93*	0,07	0,02	0,02
10.	Респіраторні симптоми	0,12	0,05	0,30	0,04	0	
11.	Гастроінтестинальні симптоми	0,18*	0,06	0,28*	0,05	0	
12.	Сечостатеві симптоми	0,05	0,03	0,09	0,04	0,02	0,02
13.	Вегетативні симптоми	0,87*	0,11	1,17*	0,09	0,02	0,02
14.	Поведінка під час огляду	0,38*	0,07	0,56*	0,07	0	
	<b>Загальний показник</b>	<b>11,10*</b>	<b>0,89</b>	<b>13,16*</b>	<b>0,75</b>	<b>0,82</b>	<b>0,15</b>

У пацієнтів з тривалим перебігом ревматоїдного артриту (більше ніж 5 років) скарги спостерігалися частіше, на 16,0 % частіше висловлювали скарги на втомлюваність: 45,5 % та 61,5 % ( $p < 0,004$ ), на 15,0 % — на загальну слабкість: 52,7 % та 67,7 % ( $p < 0,005$ ), на 14,2 % — на погіршення пам'яті 7,3 % та 21,5 % ( $p < 0,001$ ), на 15,5 % — на порушення сну 49,1 % та 64,6 % ( $p < 0,004$ ), що може бути пов'язано з більш тривалим перебігом захворювання та більш вираженим астеничним синдромом.

Провівши порівняння психопатологічних симптомів під час обстеження психічного статусу, можна зауважити, що у пацієнтів ОГ II порівняно з ОГ I домінували такі симптоми: загальна слабкість — на 14,7 % (49,2 % в ОГ II та 34,5 % в ОГ I,  $p < 0,05$ ), емоційна лабільність — на 14,0 % (43,1 % в ОГ II та 29,1 % в ОГ I,  $p < 0,05$ ), зниження пам'яті — на 13,0 % (18,5 % в ОГ II та 5,5 % в ОГ I,  $p < 0,02$ ), дратівливість — на 11,7 % частіше (46,2 % в ОГ II та 34,5 % в ОГ I,  $p < 0,1$ ), лакримальні реакції — на 10,2 % (53,8 % в ОГ II та 43,6 % в ОГ I,  $p < 0,1$ ), а в обстежуваних ОГ I порівняно з ОГ II переважали страхи — на 11,6 % (25,5 % в ОГ I та 13,9 % в ОГ II,  $p < 0,05$ ).

З розвитком ревматоїдного артриту збільшуються загальні показники рівня депресії від 9,16 бала до 10,84 бала ( $p < 0,05$ ) і загальні показники рівня тривоги від 11,10 бала до 13,12 бала ( $p < 0,05$ ).

#### Список літератури

1. Андрющенко А. В., Романов Д. В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. 2010. № 02. С. 23—42.
2. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial / Matcham F., Norton S., Scott D. L. [et al.] // Rheumatology (Oxford). 2016. 55(2). P. 268—278.

3. The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis / Zhang L., Xia Y., Zhang Q. [et al.] // Psychol Health Med. 2017. 22(1) P. 28—36.

4. Guo J., Li L., Yang J. Investigation and analysis of anxiety and depression of patients with rheumatoid arthritis // Rheum Arthritis. 2012. 1 (3). P. 28—9.

5. Li Liu, Neili Xu, Lie Wang. Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis // Neuropsychiatric disease and treatment. 2017. 13. P. 2141—2150.

6. Спіріна І. Д., Тимофеев Р. М., Шорніков А. В. Роль стресової реакції і «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 92—94.

7. Марута Н. О., Федченко В. Ю., Лінська К. І. Генетичні передумови депресивних розладів // Там само. 2017. Т. 25, вип. 3 (92). С. 39—43.

8. Van den Hoek J., Boshuizen H. C., Roorda L. D. Association of somatic comorbidities and comorbid depression with mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 14-year prospective cohort study // Arthritis Care Res (Hoboken). 2016. 68 (8) P. 1055—60.

9. Savka S. D. Evaluation of depression and its correlation with anxiety, quality of life index and duration of disease in patients with rheumatoid arthritis // "The Top Actual Researches in Modern Science": Proceedings of the international scientific and practical conference (Ajman, UAE, 31 July 2017, UAE) / Ramachandran N. (Eds.). 2017. № 8 (24). P. 50—3.

Надійшла до редакції 10.04.2018 р.

**САВКА Світлана Дмитрівна**, асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна; e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua

**SAVKA Svitlana**, Assistant of the Department of neurology, psychiatry and medical psychology called by S. M. Savenko of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University", Chernivtsi, Ukraine; e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua