

*С. Д. Савка***КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ КОМОРБІДНИХ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ***С. Д. Савка***Комплексная коррекция коморбидных непсихотических психических расстройств у пациентов
с ревматоидным артритом***S. D. Savka***Complex correction of comorbid nonpsychotic mental disorders in patients with rheumatoid arthritis**

В цієї статті відображені особливості лікування непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих на ревматоїдний артрит (РА). З урахуванням виявленої специфіки клініко-психопатологічних проявів, психопатологічних особливостей коморбідних непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з РА розроблено комплексну програму лікування НПР із застосуванням психофармакотерапії та психотерапевтичних підходів (раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії). Перша група включала 51 обстежуваного, які окрім стандартного лікування РА отримували лише психофармакологічне лікування НПР (ОГЛ I), а друга група — 69 пацієнтів, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування (ОГЛ II).

Як свідчать отримані дані, рівень депресії помітно знизився у пацієнтів ОГЛ II, а саме, на 11,7 балів порівняно з пацієнтами ОГЛ I — на 8,1 бали; рівень тривоги в ОГЛ II зменшився на 13,1 бала, а у ОГЛ I — 8,4 бали. Загальна оцінка якості життя у ОГЛ I підвищилася на 10,2 бали, а ОГЛ II — на 15,9 балів, і позитивний ефект мав вірогідний характер.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, ревматоїдний артрит, психофармакологічне та психотерапевтичне лікування

В этой статье рассматриваются особенности лечения непсихотических психических расстройств (НПР) у больных ревматоидным артритом (РА). С учетом выявленной специфики клинико-психопатологических проявлений, психопатологических особенностей коморбидных НПР у пациентов с РА разработана комплексная программа лечения с применением психофармакотерапии и психотерапевтических подходов (рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии). Первая группа включала 51 обследуемого, которые помимо стандартного лечения РА получали только психофармакологическое лечение НПР (ОГЛ I), а вторая группа — 69 пациентов, которые получали комплексное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение (ОГЛ II). Как свидетельствуют полученные данные, уровень депрессии заметно снизился в ОГЛ II (на 11,7 балла) по сравнению с ОГЛ I (на 8,1 балла). Уровень тревоги уменьшился в ОГЛ II — 13,1 балла, а в ОГЛ I — 8,4 балла. Общая оценка качества жизни в ОГЛ I повысилась на 10,2 балла, а ОГЛ II — на 15,9 балла, и положительный эффект имел достоверный характер.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, ревматоидный артрит, психофармакологическое, психотерапевтическое лечения

The program for the treatment of nonpsychotic mental disorders (NMD) in patients with rheumatoid arthritis (RA) are described in the article. The complex program of treatment for NMD with the use of psychopharmacotherapy and psychotherapeutic approaches (rational psychotherapy, autogenous training, cognitive-behavioral and gestalt therapy) was developed taking into account the revealed specificity of clinical-psychopathological manifestations, psychopathological features of comorbid non-psychotic mental disorders in patients with RA.

The first group included 51 patients, who, in addition to standard treatment, received only psychopharmacological treatment of NPR (BGT I), and the second group — 69 patients receiving complex psychopharmacological and psychotherapeutic treatment (BGT II). As evidence shows, the level of depression significantly decreased in the BGT II at 11.7 points compared with BGT I at 8.1 points. The level of anxiety decreased in BGT II at 13.1 points, and in BGT I at 8.4 points. The overall assessment of quality of life in BGT I, improved by 10.2 points, while BGT II — by 15.9 points and the positive effect was probable.

Key words: nonpsychotic mental disorders, rheumatoid arthritis, psychopharmacological and psychotherapeutic treatment

На сьогоднішній день особливої актуальності набуває проблема коморбідних психічних розладів при соматичних захворюваннях [1—4]. Не потрапляючи в поле зору фахівців (лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів) на ранніх етапах розвитку захворювання, пацієнти з непсихотичними психічними розладами і соматичними захворюваннями не звертаються за спеціалізованою допомогою, що сприяє швидкому рецидивуванню, розвитку ускладнень, збільшенню тривалості тимчасової та стійкої втрати працездатності, порушенню соціального функціонування та зниженню якості життя пацієнта [5—7].

Як свідчать дані деяких авторів [8—11], наявність супутніх психічних розладів при ревматоїдному артриті (РА) призводить до порушення стилю життя, зміни інтересів, зниження соціального і матеріального благополуччя, погіршення міжособистісних відносин, негативного ставлення до протиревматичної терапії та психічної та психологічної дезадаптації загалом. Тому нагальними стають питання своєчасної діагностики

та лікування непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з РА та розроблення нових концептуальних підходів до їх діагностики та лікування.

Для досягнення мети дослідження на базі ревматологічного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні та Чернівецької міської клінічної лікарні №3, протягом 2011—2017 років, на підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів медичної етики та деонтології було обстежено 180 хворих на РА віком від 20 до 60 років, серед яких у 120 пацієнтів за даними психодіагностичного та клініко-психопатологічного обстеження було діагностовано психічні розлади не-психотичного регістру. Статистичний аналіз проводили у програмах SPSS for Windows 17.0 та Statistica for Windows 5.1 при статистичному обробленні отриманих результатів, що відповідали нормальному (гаусовському) розподілу. Під час оцінювання вірогідності різниці між середніми величинами обчислювали коефіцієнт t відповідно до методу Стьюдента.

У пацієнтів з РА серед непсихотичних психічних розладів (НПР) найчастіше виявляються змішаний тривожно-депресивний розлад — у 48,3 %, розлади адап-

тації — у 20,8 %, соматоформний розлад — у 19,2 %, тривожно-фобічний розлад — у 11,7 %.

З урахуванням виявленої специфіки клініко-психопатологічних проявів, психопатологічних особливостей коморбідних неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з РА розроблено комплексну програму лікувальних впливів. Запропонована програма — це комплексний підхід до лікування неспсихотичних психічних розладів із застосуванням психофармакотерапії та психотерапевтичних підходів (раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії). З метою оцінення ефективності лікувальних впливів пацієнти були поділені на дві групи. Перша група включала 51 обстежуваного, які окрім стандартного лікування РА отримували лише психофармакологічне лікування НПР (ОГЛ I), а друга група — 69 пацієнтів, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування (ОГЛ II).

Психотерапевтична корекція включала такі етапи: I етап — знайомство з пацієнтом, оцінювання психоемоційного стану, з'ясування уявлень про симптоми захворювання, формулювання запиту та цілей психокорекції, формування комплаєнса, встановлення психологічного контакту); II етап — стабілізація стану, фокусування уваги пацієнтів на їхніх переживаннях і симптомах депресії і тривоги, їх ідентифікація та усвідомлення, зміна самоприйняття, усвідомлення важливості відчувати себе «тут» і в «цей момент» та усвідомлення і поліпшення якості життя пацієнта, підсилення мотивації до лікування; III етап — зниження психоемоційного напруження у безпечному середовищі та підтримка психоемоційного стану хворих). Психофармакологічне лікування включало: із групи антидепресантів — венлафаксин у дозі 37,5 мг двічі на добу або циталопрам гідробромід у дозі 20 мг на добу протягом 3—6 місяців; із ансіолітиків застосовували буспіرون гідрохлорид у дозі 5 мг тричі на добу протягом місяця; із групи снодійних препаратів: залеплон 10 мг за 30 хвилин до сну 10 днів.

Терапевтичну ефективність лікування НПР у пацієнтів з РА оцінювали зіставляючи динаміку в результаті лікування відхилень від норми показників експериментально-психологічних методик — шкали Гамільтон для визначення депресії (HDRS) та для визначення рівня тривоги (HARS) та оцінки якості життя (Mezrich, Cohen, Ruizperez) і основних психопатологічних симптомів.

Порівняльний аналіз результатів лікування НПР у хворих на РА підтверджує ефективність обраних методик лікування.

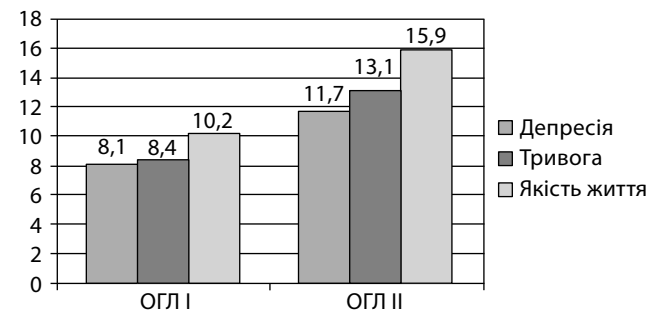
Як свідчать отримані дані, рівень депресії помітно знизився у групі хворих, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування ($13,4 \pm 0,51$ бала при першому обстеженні, $6,7 \pm 0,37$ балів через місяць та $1,7 \pm 0,49$ балів через 6 місяців). У пацієнтів, які отримували тільки психофармакологічне лікування, встановлено менш суттєве зниження рівня депресії ($12,7 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні, $7,2 \pm 0,54$ бали через місяць та $4,6 \pm 0,28$ балів через 6 місяців), $p < 0,05$. Рівень тривоги в ОГЛ II склав $19,2 \pm 0,82$ бали при першому обстеженні та $6,1 \pm 0,35$ балів при підсумковому обстеженні. У пацієнтів ОГЛ I визначено такі показники рівня тривоги: $18,1 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні та $9,7 \pm 0,42$ бали при підсумковому обстеженні, $p < 0,05$.

У ОГЛ I загальна оцінка якості життя після лікування підвищилася на 10,2 бали (до лікування —

$62,2 \pm 1,33$ бали, після лікування $72,4 \pm 0,93$ бали, $p < 0,05$) і позитивний ефект мав значущий характер. Найбільші позитивні зміни були з боку фізичного благополуччя, а саме: відчуття енергійності, відсутність болю та фізичних проблем — на 2,58 балів (до лікування — $4,46 \pm 0,14$ балів, після лікування — $7,04 \pm 0,12$ балів, $p < 0,05$) і психологічне/емоційне благополуччя (добре почуття, узгодженість із собою) на 2,03 бали (до лікування — $5,58 \pm 0,25$ балів, після лікування — $7,61 \pm 0,17$ балів, $p < 0,05$).

У ОГЛ II загальна оцінка якості життя підвищилася на 15,9 балів (до лікування — $58,0 \pm 1,47$ балів, після лікування — $73,9 \pm 1,30$ балів, $p < 0,05$). Динаміка поліпшення якості життя за різними показниками в цієї групі мала схожі особливості з пацієнтами першої групи і найбільші позитивні зміни були з боку психологічного/емоційного благополуччя — на 2,93 бали (до лікування — $6,03 \pm 0,23$ бали, після лікування — $8,96 \pm 0,17$ балів, $p < 0,05$), фізичного благополуччя на 2,47 бали (до лікування — $4,40 \pm 0,18$ балів, після лікування $6,87 \pm 0,13$ балів, $p < 0,05$), самообслуговування та незалежність дій (виконання щоденних завдань, прийняття власних рішень) на 2,09 бали (до лікування — $7,00 \pm 0,19$ балів, після лікування — $9,09 \pm 1,07$ балів, $p < 0,05$) і працездатності, яка збільшилася на 2,06 балів (до лікування — $4,94 \pm 0,22$ бали, після лікування — $7,00 \pm 0,17$ балів, $p < 0,05$).

Ефективність психофармакологічного та комплексного психофармакологічного та психотерапевтичного лікування показана на рисунку.



Ефективність психофармакологічного та психотерапевтичного лікування у пацієнтів з НПР та РА

Найвища результативність спостерігається при використанні комплексної програми, яка включає психофармакологічне і психотерапевтичне лікування, що в дійсності підтверджує високий рівень показника кореляції. Аналіз кореляційної матриці взаємозв'язку між ефективністю медикаментозного та комплексного лікування свідчить (таблиця), що загальний показник якості життя найбільше асоціював із проведенням психотерапії ($r = 0,47$).

Кореляційна матриця взаємозв'язку між видом лікування та змінами рівня депресії, тривоги та якості життя у хворих на ревматоїдний артрит

Вид лікування	Зменшення депресії	Зменшення тривоги	Поліпшення якості життя
Медикаментозна терапія	0,68*	0,58*	0,26*
Комплексна терапія	0,72*	0,66*	0,47*

Примітка: * — вірогідність показника кореляції ($p < 0,05$)

Отже, проведене дослідження дозволило встановити, що включення психотерапії у комплекс лікування хворих на НПР на тлі РА дозволяє досягти вірогідно більшої позитивної динаміки психопатологічних симптомів, а також підвищити якість життя пацієнтів.

Отже, за результатами отриманих даних можна зробити такі висновки:

З огляду на специфіку клініко-психопатологічних проявів, патопсихологічних особливостей НПР у пацієнтів з РА розроблено програму комплексної терапії із застосуванням психофармакотерапії (антидепресанти, анксиолітики, снодійні препарати) та психотерапевтичних методів (раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії). За результатами апробації комплексної програми терапії підтверджено її високу ефективність.

Рівень депресії помітно знизився у групі хворих, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування ($13,4 \pm 0,51$ балів при першому обстеженні та $1,7 \pm 0,49$ балів через 6 місяців) порівняно з пацієнтами, які отримували тільки психофармакологічне лікування ($12,7 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні та $4,6 \pm 0,28$ балів через 6 місяців, $p < 0,05$), відповідно, рівень тривоги зменшився з $19,2 \pm 0,82$ бали при першому обстеженні до $6,1 \pm 0,35$ балів при підсумковому обстеженні та з $18,1 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні до $9,7 \pm 0,42$ бали при підсумковому обстеженні ($p < 0,05$). Загальна оцінка якості життя підвищилася на $15,9$ балів у пацієнтів, які отримували комплексне лікування (з $58,0 \pm 1,47$ балів, до $73,9 \pm 1,30$ балів, $p < 0,05$) і на $10,2$ бали у пацієнтів, які отримували лише психофармакологічне лікування (з $62,2 \pm 1,33$ бали до $72,4 \pm 0,93$ бали, $p < 0,05$) і позитивний ефект мав значущий характер.

Список літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10—18.
2. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. 30.12.2013. С. 38—39.
3. Михайлов Б. В., Федак Б. С. Нарушения психической сферы у пациентов с острыми состояниями терапевтического профиля // Психиатрия, психотерапия и клиническая

психология. 2015. № 2 (20). С. 97—103. URL: <https://rucont.ru/efd/457751>.

4. Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study / Kawai K., Kawai A. T., Wollan P., Yawn B. P. // Fam Pract. 2017. 34 P. 1—6. DOI: 10.1093/fampra/cmz034.

5. 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. DOI: 10.1093/rheumatology/kev306.

6. 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. DOI: 10.1080/13548506.2016.1198817 1.

7. 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. [Google Scholar].

8. 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. Vol. 13. P. 2141—50. PMID: 28860771.

9. 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. Vol. 68(8) P. 1055—60. DOI: 10.1002/acr.22812.

10. The relationship between depression and biologic treatment response in rheumatoid arthritis: An analysis of the British Society for Rheumatology Biologics Register / Matcham F., Davies R., Hotopf M. [et al.] // Rheumatology (Oxford). 2018. Vol. 57 (5) P. 835—843. DOI: 10.1093/rheumatology/kex528.

11. Alishiri G., Bastani R., Ahmadi K., Saadat S. H. Effect of Stress Management on Quality of Life in Females with Rheumatoid Arthritis // Iran J Psychiatry Behav Sci. 2017. Vol. 11(3). P. 56—67. DOI: 10.5812/ijpbs.9605.

Надійшла до редакції 24.04.2019 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