

# Модель діагностики та прогнозу психічних розладів у хворих на ревматоїдний артрит

alla nikolenko

Дніпровський державний медичний університет

**Актуальність.** Ревматоїдний артрит (РА) є залежною від стресу хворобою, тому вплив тривалої психотравмуючої ситуації, якою є війна в Україні, може призвести до зростання кількості дебютів та загострень РА.

Відомо, що поширеність і частота психічних розладів при ревматоїдному артриті, особливо депресії та тривоги, високі та перевищують такі у загальній популяції. Супутня психіатрична патологія може ускладнити прийняття рішень про лікування РА, що призводить до збільшення ймовірності несприятливих результатів, включаючи зниження контролю над захворюванням, відсутність якісної ремісії, низьку якість життя і вищий рівень смертності. Метою дослідження є створення моделі скринінг - діагностики для прогнозування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит для своєчасного лікування психічних розладів.

**Методи.** Всім хворим проводилось клініко-психопатологічне та клініко-катамнестичне обстеження з наступним динамічним спостереженням та аналізом історій хвороб. Водночас, поряд із загально клінічним обстеженням, з метою виявлення психоемоційних розладів усім пацієнтам проводилися експериментально-психологічне дослідження.

Результати. Запропонована модель діагностування та прогнозування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит складається з двох алгоритмів: алгоритму кодування хворих та алгоритму визначення і прогнозування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит. Новий спосіб дає можливість прискорити визначення психічного стану хворої людини без тестування і врахувати його при лікуванні основної хвороби.

---

## Актуальність

Ревматоїдний артрит є системним запальним захворюванням сполучних тканин організму людини з переважним ураженням суглобів.

Цим захворюванням найчастіше страждають жінки, у них ця хвороба виникає е 2-3 рази частіше порівняно з чоловіками. Висока розповсюдженість РА серед населення світу, яка становить понад 1%, а в Україні – 0.4%, значний ступінь враженості цією хворобою осіб працездатного віку, особливо молодих людей, швидко виникаюча професійна непрацездатність хворих на РА, обумовлюють велику медичну та соціальну значимість дослідження цієї патології [1].

Приблизно 20-30% пацієнтів з РА повністю втрачають працездатність протягом перших 2-3 років хвороби та близько 90% протягом 20 років.

Більшість дослідників вважають, що РА виникає при сукупності чотирьох факторів: двох біологічних (генетична схильність до РА та імунологічний конфлікт) і двох психологічних

(особистість, яка особливо підлегла агресії, та стресова ситуація з пригніченістю, відчуттям провини). В дослідженнях Alexander F. і Dundar F доведено, що психічний стрес є однією з основних причин аутоімунних захворювань, а стабілізація психічного стану приводить до позитивних зсувів у імунній системі людини. Різні психічні травми, міжособистісні конфлікти відмічалися у 80–87% хворих на РА як в стадії передхвороби, так і при подальшому перебігу захворювання, при цьому близько 90% пацієнтів пов'язувало початок або загострення хвороби з гострою, а 10% – з хронічною психотравмуючою ситуацією[2,3].

РА, окрім соматичних порушень, також проявляється й психопатологією, яка виникає майже у кожного хворого. Психічні розлади, що спостерігаються при РА, є різноманітними, й проявляються, насамперед, психопатологією непсихотичного регістру, зокрема, невротичними розладами, розладами особистості та неврозоподібними станами [4]. Соматичні та психопатологічні прояви РА взаємовпливають між собою. Ця взаємодія проявляється у формуванні патогенетичного кола: психопатологічні стани, які виникають при РА, сприяють погіршенню перебігу соматичного захворювання, обтяженню клінічних проявів РА, погіршенню ефективності терапії та реабілітації хворих, спричиняють психосоматичний вплив. Поширеність і частота психічних розладів при РА, особливо депресії та тривоги, високі та перевищують такі у загальній популяції. [5].

Супутня психіатрична патологія може ускладнити прийняття рішень про лікування РА, що призводить до збільшення ймовірності несприятливих результатів, включаючи зниження контролю над захворюванням низьку якість життя і синергетичний (більш ніж адитивний) вищий рівень смертності [6,7,8].

Поняття про граничні психічні розлади (ГПР) значною мірою умовне. Головним чином воно використовується для об'єднання нерізно виражених порушень, що межують з нормою та відокремлюють її від патологічних психічних проявів.

Терміну ГПР немає у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), До ГПР відносять різні клінічні форми та варіанти невротичних реакцій, реактивні стани, неврози, патології розвитку особистості, психопатії, а також широке коло неврозів та психопатоподібних розладів при соматичних неврологічних та інших захворюваннях.

До невротичних розладів відносяться тривожно-фобічні, панічні, тривожно-депресивні, іпохондричні, соматоформні, істеричні, реакції на тяжкий стрес і порушення адаптації, неврастенія та ін. У МКХ-10 ГПР розглядаються головним чином розділах F4-F6 та деяких інших. Серед пацієнтів терапевтичних відділень багатопрофільних соматичних стаціонарів психогенні (невротичні) реакції спостерігаються у 12,6% випадків, неврози та невротичний розвиток особистості – у 7,8%, неврозоподібні розлади при соматичних захворюваннях – у 10,1% [9].

Важливе значення у сучасній медичній практиці має обстеження хворих на РА, на який страждає 0,5–2% дорослого населення. [10, 11].

Обстеження пацієнтів з РА показало високу частоту ГПР (64,1%), які найчастіше діагностувалися у пацієнтів із серопозитивним РА ( $p < 0,05$ ). Частота виникнення ГПР мала тенденцію до підвищення зі збільшенням активності РА, рентгенологічної стадії, інтенсивності болю за Візуальною аналоговою шкалою, тривалості ранкової скутості у суглобах ( $p > 0,05$ ). Вона не залежала від лабораторних показників активності РА, наявності системних проявів та зростала зі збільшенням функціональної недостатності ( $p < 0,05$ ) та тривалості хвороби ( $p < 0,05$ ) % [12].

Значну кількість хворих на РА складає континент хронічно та тяжко хворих пацієнтів, які через соматичне страждання повністю змінюють звичайний життєвий стереотип та зазнають труднощів в адаптації, що стає передумовою розвитку в них межової психічної патології.

Супутня психічна патологія часто зустрічається при РА та ускладнює лікування [13].

Недостатність цілеспрямованих досліджень граничних психічних порушень при РА часто приводить до діагностичних помилок, несвоєчасного призначення лікування цих розладів, а це, в свою чергу, призводить до зростання тривалості лікування, зниження ефективності терапії та реабілітації, швидкої інвалідизації, втрати працездатності та соціальної дезадаптації, що і визначає актуальність обраної теми.

Активні супутні психіатричні захворювання, у тому числі тривожний розлад та депресія, збільшують потребу в медичній допомозі у осіб з діагностованим ревматоїдним артритом з більш ніж адитивним (сінергетичним) ефектом взаємодії, ніж будь-який стан окремо.

Сімейні лікарі надають більшу частину додаткової амбулаторної допомоги. Доступ до ефективної підтримки психічного здоров'я та втручань у закладах первинної медико-санітарної допомоги може значно скоротити звернення за медичною допомогою у цих людей. Скринінг психічних розладів є бажаним для всіх пацієнтів з РА, враховуючи високу поширеність розладів тривожно-депресивного спектру та їх суттєвий негативний вплив на РА.

## **Мета дослідження**

Створити модель скринінг - діагностики для діагностування та прогнозування психічного стану хворих на РА з метою своєчасного призначення лікування психічних розладів

## **Матеріали і методи**

Досліджувались жінки, які хворіють на РА, у віці 16 - 60 років включно. Середній вік хворих 42,19 років з середньою тривалістю хвороби 6,360,79 років. Хворі за віком були розподілені на чотири групи: до 30 років, 31-40, 41-50, 51-60 років. Всім хворим були проведені обстеження в умовах стаціонару. До дослідження входили загальний, біохімічний, імунологічний аналізи, рентгенографія суглобів, соматичне обстеження. Діагноз РА встановлювали згідно з критеріями Американської ревматологічної асоціації (ACR).

У дослідження не включались чоловіки, а також хворі з іншими соматичними розладами, які не є пов'язані із ревматоїдним артритом.

Всім хворим проводилось клініко-психопатологічне та клініко-катамнестичне обстеження з наступним динамічним спостереженням та аналізом історій хвороб. Водночас, поряд із загально клінічним обстеженням, з метою виявлення психоемоційних розладів усім пацієнтам проведено експериментально-психологічне дослідження з використанням методик: самооцінки за методикою Дембо - Рубінштейн, кольорового тесту Люшера, теста фрустраційних реакцій Розенцвейга, індексу алекситимії хворих за Торонтською шкалою алекситимії (TSA); рівня тривожності Тейлора та Особистісний Опитувальник Бехтеревського інституту (тип відношення до хвороби).

## **Статистичний аналіз**

Для обробки отриманих даних використовувались такі статистичні методи: визначення достовірності з використанням критеріїв Стюдента і Фішера; визначення коефіцієнтів кореляції і регресії  $\eta^2$  та  $\chi^2$ ; дисперсний одно факторний і повний дисперсний аналізи; регресивний аналіз; загальний статистичний аналіз; математичне моделювання психічного стану хворих.

## **Результати**

Запропонована модель діагностування та прогнозування психічного стану хворих на РА, яка складається з двох алгоритмів: алгоритму кодування хворих на РА, та алгоритму визначення і прогнозування психічного стану хворих на РА.

Виходячи з того, що РА супроводжується зміною психічного стану хворих та того, що в практичній медицині лікуючи основну хворобу, як правило, мало звертають увагу на виявлення психічного стану хворих, тому що це потребує певний час на тестування і технічну обробку отриманих результатів, розроблено спосіб визначення та прогнозування психічного стану хворих на РА. Відомі способи визначення психічних характеристик дозволяють визначитися по окремих напрямках, кожен з яких не дає широкої уяви і комплексної оцінки. Знаючи рівень тривоги хворої за методикою Тейлора або Люшера, лікар позбавляється таких даних як ставлення до хвороби, індекс алекситимії, рівень фрустрації та інше, які можна визначити за методиками ЛОБИ, Розенцвейга і Торонтською шкалою алекситимії, але за всіма методиками кожного хворого протестувати в практичній медицині проблематично.

Значення комплексного рівняння  $F_{ps}$  містять в собі дані по шести психічним ознакам та шістнадцяти їх параметрам, які увійшли в функцію  $F_{ps}$  при її побудові, а саме самооцінка хворими розуму, здоров'я, характеру, щастя, відношень на роботі і вдома, тривога і інтенсивність тривоги, алекситимічність, адаптивні і дезадаптивні типи відношення з інтрапсихічним та інтерпсихічним спрямуванням, домінантний, самозахисний і упертий типи реагування, екстрапунітивна, інтрапунітивна та імпульсивна спрямованість, конформність, самостійність і чуйність до прямого звинувачення.

Сутність нового способу в тому, що за алгоритмом кодування хворого та алгоритмом функції  $F_{ps}$  можна виявляти комплексну міру психічного стану. До алгоритму кодування входять форма хвороби, активність, перебіг, недостатність функціонування суглобів, вік і тривалість хвороби, які наведені в таблиці 1.

Перша цифра в коді враховує суглобну або суглобно-вісцеральну форми хвороби, друга – ступінь активності, третя – повільно – прогресуючий або швидко – прогресуючий перебіг хвороби, четверта – ступінь недостатності функціонування суглобів (НФС), п'ята – вік хворої людини, шоста – тривалість хвороби.

## Таблиця 1.

### Алгоритм кодування хворих на ревматоїдний артрит

Місце фактору в коді	Найменування фактору в коді	Номер фактору в коді			
				1	2
1	Форма хвороби	Сг	СВ	-	-
2	Ступінь активності	1	2	3	-
3	Перебіг хвороби	По	Шв	-	-
4	Ступінь НФС	1	2	3	-
5	Вік хворої (років)	до 30	31-40	41-50	51-60
6	Тривалість хвороби (років)	до 5	6 до 10	11 до 20	більш 20

#### Умовні позначення:

Сг – суглобна форма РА;

СВ - суглобно-вісцеральна форма РА;

По - повільний перебіг РА;

Шв - швидкий перебіг РА.

## Таблиця 2.

### Діагностична модель визначення та прогнозування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит можна представити у вигляді кластерів

ХАРАКТЕРИСТИКИ РА	ДІАГНОСТИЧНІ КЛАСТЕРИ		
		I	II
Тип психічних розладів	тривожно-іпохондричний	неврастенічний	з порушеннями емоцій і поведінки
Gps	40 - 4.83	4.68 - 0.03	1.08 - (-13)
Тяжкість психічного стану	тяжкий	середньої тяжкості	легкі психічні порушення
Форма	суглобно-вісцеральна	суглобно-вісцеральна	суглобно-вісцеральна
Ступінь активності	2	2	1 - 2
Ступінь НФС	2 - 3	1 - 2	1 - 2
Тип перебігу	повільний - 65% швидкий - 35%	повільний	повільний - 50% швидкий - 50%
Вік хворих	понад 40 років	понад 40 років	30 - 40 років
Тривалість хвороби	понад 10 років	понад 10 років	5 - 10 років

Клініко-діагностичні приклади.

#### До 3 кластеру

Хвора 35 років протягом 6 років страждає на суглобно-вісцеральну форму ревматоїдного артриту із швидким типом перебігу, 2 ступенем активності захворювання та 2 ступенем НФС. На прийомі ревматолог відмітив у хворої необґрунтовано підвищений настрій, легковажне відношення до призначеного лікування ревматоїдного артриту, порушення режиму прийому лікарських препаратів. У зв'язку з цими порушеннями ревматолог направив хвору на консультацію до психіатра. Після огляду психіатром у хворої були відмічені соматогенні (пов'язані із ревматоїдним артритом) психічні розлади, які проявлялись у розладах емоцій та поведінки і були представлені ейфоричними порушеннями. В процесі бесіди хвора не конфліктувала й висловив формальну згоду про необхідність приймати протиревматичне лікування, а також терапію психотропними ліками, які призначив психіатр.

#### До 2 кластеру

Хвора 52 років протягом 36 років страждає на суглобно-вісцеральну форму ревматоїдного артриту із повільним типом перебігу, 2 ступенем активності захворювання та 2 ступенем НФС. Під час прийому у ревматолога хвора висловлює скарги на подразливість, емоційну запальність, головні болі, в'ялість, слабкість, швидку стомлюваність після невеликого психічного навантаження, сон із поганим засинанням та частими пробудженнями вночі. У зв'язку з цими скаргами ревматолог направив пацієнтку на консультацію до психіатра, під час

якого хвора виявила такі риси характеру, як підвищена вимогливість до оточення та до себе, переважне намагання самостійно вирішувати власні проблеми, а також висловила свої скарги на здоров'я. Після огляду психіатром у хворого був відмічений пов'язаний із ревматоїдним артритом помірно виражений астено-невротичний (емоційно-лабільний) психічний розлад, було рекомендовано лікування психотропними препаратами.

### **До 1 кластеру**

Хвора 47 років протягом 18 років страждає на суглобно-вісцеральну форму реарматоїдного артриту із повільним типом перебігу, 1 ступенем активності захворювання та 1 ступенем НФС. Під час прийому у ревматолога хвора надмірно фіксована на власній соматичній хворобі, незважаючи на те, що ретельно приймає призначене протиревматичне лікування, дуже тривожиться, що її захворювання може мати поганий перебіг та привести до розвитку багатьох ускладнень та небажаних наслідків або навіть до смерті у найближчий час. Під час бесіди психіатром, до якого хвора була направлена ревматологом, відмічаються такі особистісні риси пацієнтки, як велика внутрішня емоційна напруга та вразливість, підвищена вимогливість до себе та до людей, самостійність у вирішенні життєвих проблем. На підставі скарг хворої, її особистісних особливостей психіатр прийшов до висновку, що у хворой виник тривожно-іпохондричний розлад внаслідок ревматоїдного артриту і призначив їй медикаментозне лікування з використанням психотропних препаратів.

## **Обговорення результатів**

Таким чином, новим у відношенні до відомих способів визначення окремих ознак психічного стану за тестуванням є виявлення комплексної міри психічного стану хворих без тестування в залежності від клінічних факторів таких, як форма і перебіг хвороби, ступень її активності і недостатньої функціональності суглобів, а також віку хворої людини і тривалість хвороби.

Прогнозування психічного стану хворих витікає з того, що хвороба має прогресуючий характер. Це приводить хворого з перших ступенів активності до більш високих, вік людини і тривалість хвороби теж змінюються, що, в свою чергу, сприяє погіршенню психічного стану з присвоєнням нового коду.

Спосіб визначення психічного стану хворих на РА здійснюється в такій послідовності: після клінічного обстеження і встановлення діагнозу за його складовими частинами, такими як форма, активність і перебіг хвороби, а також ступені НФС, вік хворого і тривалість хвороби за табл. 1 визначається код хворої людини; за табл. 2 по коду знаходиться його місце на вертикальній шкалі рівнів  $F_{ps}$  і значення в балах  $ps$  та визначається діагностичні кластер з ймовірністю 95% та достовірністю  $p < 0,05$ .

Таким чином, діагностична модель, що представлена, надає можливість прискорити визначення психічного стану хворої людини без тестування і врахувати його при лікуванні основної хвороби.

Цей спосіб було апробовано в Дніпропетровській ОКЛ ім. І. І. Мечникова, де він отримав позитивну оцінку і був застосований, як інструмент для визначення і прогнозування психічного стану хворих на РА, а також отримано Деклараційний патент на винахід №59039А «Спосіб визначення та прогнозування психічного стану хворого на ревматоїдний артрит».

## **Висновки**

1. Модель визначення і прогнозування психічного стану хворих може бути використаний для скринінг - діагностування психічного стану хворих на РА. Він дає можливість з вірогідністю 95 % визначити рівень психічних функцій.

2. Розроблені комплексна функція Fps і спрощений спосіб діагностування та прогнозування психічного стану хворих на РА значно скорочують час діагностичного процесу.
3. Своєчасне призначення лікування психічних розладів призведе до зменшення тривалості лікування РА, збільшення ефективності терапії та реабілітації.
4. Представлені методики доцільно використовувати для динамічної діагностики на початку та наприкінці госпіталізації хворих.

## Посилання

1. Проект уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги пацієнтам із ревматоїдним артритом. Український ревматологічний журнал. 2013. Т. 1, № 51. С. 28–34.
2. Личность больных РА и эффект лечения. Новости медицины и фармации. 1994. № 2. С. 58. 3. Опыт психотерапии с больными ревматоидным артритом. Моск. психотерапевтический журнал. 1996. № 4. С. 35–37.
3. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Терапевтический архив. 2000. № 5. С. 79–82.
4. Increased burden of psychiatric disorders in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018. Vol. 7, no. 70. P. 970–978.
5. Self-reported comorbidity is common in early inflammatory arthritis and associated with poorer function and worse arthritis disease outcomes: results from the Canadian Early Arthritis Cohort. Rheumatology (Oxford). 2016. No. 55. P. 175–1762.
6. The relationship of medical, demographic and psychosocial factors to direct and indirect health utility instruments in rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2006. No. 45. P. 975–981.
7. Psychiatric comorbidity increases mortality in immune-mediated inflammatory diseases. Gen Hosp Psychiatry. 2018. No. 53. P. 65–72.
8. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2000. 496 с.
9. Ревматология: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
10. Ревматология: Клинические рекомендации. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 752 с.
11. Borderline psychic disorders in patients with rheumatoid arthritis (according to the data of the questionnaire of K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich) / R. R. Akhunova et al. Rheumatology Science and Practice. 2012. No. 2. P. 56.
12. Impact of Psychiatric Comorbidity on Health Care Use in Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study / C. A. Hitchon et al. Arthritis Care & Research. 2020. Vol. 73, no. 1. P. 90–99.