

Ю.К. Сікало
М.А. Станіславчук

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

ПСИХОЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА КОРЕКЦІЯ ЇХ ПАРОКСЕТИНОМ

Ключові слова: ревматоїдний артрит, пароксетин, психоемоційний стан, комплексне лікування.

Обстежено 204 хворих на ревматоїдний артрит (РА), серед яких виявлено 146 пацієнтів із психоемоційними розладами різного рівня. З метою оцінки впливу пароксетину на психоемоційний стан та динаміку клініко-лабораторних показників 146 хворих на РА з наявними психоемоційними розладами було розподілено на дві групи, ідентичні за віком і статтю, клінічними проявами захворювання та психометричними показниками. Пацієнти обох груп отримували традиційне лікування, що включало застосування протизапальних та базисних препаратів (метотрексат, лефлуномід чи сульфасалазин) у стабільних дозах. Пацієнти 2-ї групи додатково отримували пароксетин у дозі 20 мг 1 раз на добу (вранці) протягом 12 тиж. Запропонована схема лікування з пароксетином виявилася ефективнішою як стосовно корекції психоемоційного стану пацієнтів, так і щодо основних проявів захворювання. Відбулося значуще зниження рівня тривожності, депресивних, іпохондричних проявів, явищ астенизації та невротизації. Ефективність лікування хворих на РА із включенням пароксетину була вищою також за показниками ACR 50 — на 32% та ACR 20 — на 31,5% від традиційної схеми лікування. Отримані дані дають підстави рекомендувати пароксетин для корекції психоемоційних розладів у хворих на РА.

ВСТУП

Патологія кістково-м'язової системи — важлива медико-соціальна проблема. Поширеність цієї патології в Україні протягом останнього десятиріччя підвищилася на 22,3% та становила 540 випадків на 10 тис. населення (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2009). Зокрема, значного поширення за останні роки набув ревматоїдний артрит (РА), який за тяжкістю ураження суглобів та ранньою інвалідизацією осіб молодого віку посідає чільне місце серед інших захворювань опорно-рухового апарату (Verstappen S.M., 2013). Постійно персистуючий запальний процес, який супроводжується інтенсивним больовим синдромом у хворих на РА, асоціюється з частими психоемоційними розладами (Odegård S. et al., 2007; Nas K. et al., 2011), необхідність корекції яких не враховується в рутинній клінічній практиці.

Тому мета проведеного нами дослідження — вивчити поширеність різних форм психоемоційних розладів у когорті хворих на РА та оцінити можливість їх корекції селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну — пароксетином.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження відповідало вимогам Гельсинської декларації (1989) Всесвітньої медичної асоціації та було схвалене Етичним комітетом при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова. Отримано письмову інформовану згоду кожного пацієнта щодо участі в дослідженні.

Обстежено 204 хворих на РА та 71 практично здорова особа, зіставних за віковим і статевим складом. Діагноз РА встановлювали відповідно до робочої класифікації Асоціації ревматологів України (Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.), 2004), рекомендацій ACR (American College of Rheumatology) (Arnett F.C. et al., 1988) та ACR/EULAR (European League Against Rheumatism) (Aletaha D. et al., 2010). Активність РА оцінювали за індексом активності хвороби за 28 суглобами (DAS28) (Prevoo M.L. et al., 1995) та клінічним індексом активності CDAI (Clinical Disease Activity Index) (Smolen J.S. et al., 2003). Функціональну здатність пацієнтів та індекс непрацездатності визначали за анкетною оцінкою стану здоров'я HAQ (Wolfe F. et al., 1998).

Середній вік хворих становив $49,7 \pm 12,5$ року, жінок було 162 (79,4%), тривалість захворювання — $8,5 \pm 7,3$ року.

Одночасно із загальноклінічним обстеженням усім пацієнтам з РА та учасникам контрольної групи з метою виявлення психоемоційних розладів проведено анкетування з використанням шкал тривожності С. Spilberger у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976), скороченого багатофакторного опитувальника особи (СБОО) В.П. Зайцева (1981) та застосовували метод кольорових виборів (МКВ) — варіант кольорового тесту М. Люшера, адаптований Л.М. Собчик (1990). Рівень тривожності до 30 балів вважали низьким, 31–45 балів — помірним, ≥ 46 балів — високим. За результатами тестування СБОО, обстежених ранжували у клінічні групи «без особливос-

тей» (до 50 Т-балів), «акцентуація» (50–70 Т-балів) та «потребує уточнення» (>70 Т-балів).

Після клініко-психологічного обстеження та консультації психіатра у 146 хворих виявлено розлади психоемоційної сфери, які потребували фармакологічної корекції. У подальшому цих хворих методом послідовних номерів було розподілено на дві репрезентативні групи за віком, статтю та психометричними показниками.

До когорти пацієнтів 1-ї (контрольної) групи увійшли особи, які через ряд причин відмовилися приймати антидепресант, однак отримували традиційне лікування, що включало прийом стабільних доз нестероїдних протизапальних препаратів та глюкокортикоїдів (еквівалент ≤ 10 мг преднізолону) протягом 1 міс до включення в дослідження та впродовж спостереження, хворобо-модифікуючих препаратів (метотрексат, лефлуномід чи сульфасалазин) у стабільних дозах протягом 3 міс до включення в дослідження та протягом усього дослідження.

Пацієнти 2-ї групи отримували лікування, яке включало вищеописану традиційну терапію з додатковим прийомом пароксетину у дозі 20 мг 1 раз на добу (вранці). Тривалість контрольованого дослідження становила 12 тиж з моменту рандомізації. Контрольне обстеження проводили на початку лікування та через 12 тиж. Із 146 пацієнтів, включених до протоколу дослідження, завершили 12-тижневий термін лікування 127 осіб — 64 у групі традиційної терапії та 63 — у групі із запропонованим лікуванням. Серед 19 хворих, які вибули із дослідження, 14 не з'явилися на контрольне обстеження, ще 5 виключено через появу побічних ефектів.

Ефективність лікування контролювали за динамікою суглобового синдрому та оцінювали за критеріями ACR20, ACR50 та ACR70 (Felson D.T. et al., 1995).

Статистико-математичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми Statistica 6.0 («StatSoft Inc.», США). При обробці даних дослідження використовували параметричні та непараметричні методи статистичного аналізу. Достовірними вважали результати при рівні значущості $p < 0,05$, а при $p < 0,1$ говорили про тенденцію до переважання того чи іншого показника.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Загальну характеристику хворих на РА з наявними психоемоційними розладами, яких було включено в дослідження, наведено в табл. 1 та 2. Серед обстежених хворих переважали серопозитивні за ревматоїдним фактором (РФ) (65,7%). У 41,7% пацієнтів була висока активність ревматоїдного процесу за DAS28 ($5,6 \pm 0,8$) та CDAI ($29,0 \pm 8,3$). Значення візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю становило $63,9 \pm 17,5$ мм, кількість болісних суглобів (КБС) — $10,2 \pm 3,2$, кількість набряклих суглобів (КНС) — $7,0 \pm 2,8$. Індекс стану здоров'я (НАQ) відповідав порушенням середнього ступеня та становив $1,6 \pm 0,6$ бала.

При аналізі тривожних розладів хворих та здорових виявлено, що у 45,9% хворих на РА реєстрували високий рівень реактивної тривожності (РТ) і 47,9% обстежених мали високий рівень особистісної тривожності (ОТ).

Таблиця 1

Клінічна характеристика хворих на РА, включених у дослідження (M \pm SD)	
Ознака	Хворі на РА (n=146)
Середній вік, років	49,9 \pm 12,9
Жінки, n (%)	117 (80,1)
Чоловіки, n (%)	29 (19,9)
Тривалість хвороби, років	8,7 \pm 7,2
Серопозитивні за РФ, n (%)	96 (65,7)
DAS28, балів	5,6 \pm 0,8
CDAI, балів	29,0 \pm 8,3
HAQ, балів	1,6 \pm 0,6
ВАШ болю, мм	63,9 \pm 17,5
КБС, n	10,2 \pm 3,2
КНС, n	7,0 \pm 2,8
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), мм	27,8 \pm 9,4

У табл. 1–3, 5, 6: M – середнє значення, SD – стандартне відхилення.

Таблиця 2

Вихідні психометричні показники здорових та хворих на РА (M \pm SD)		
Ознака	Здорові (n=71)	Хворі на РА (n=146)
Тривожність за С. Spilberger – Ю.Л. Ханіним		
ОТ, балів	41,3 \pm 7,7	44,5 \pm 10,7*
РТ, балів	30,6 \pm 8,1	46,2 \pm 6,2*
Клінічні групи тесту СБОО		
Без особливостей, n (%)	38 (53,5%)	1 (0,7%)*
Акцентуація, n (%)	29 (40,8%)	9 (6,2%)*
Потребує уточнення, n (%)	4 (5,7%)	136 (93,1%)*
Клінічні шкали тесту СБОО		
Іпохондрія, балів	46,4 \pm 7,9	70,2 \pm 9,8*
Депресія, балів	42,6 \pm 8,0	71,3 \pm 12,5*
Емоційність, балів	51,8 \pm 11,0	53,3 \pm 10,8
Імпульсивність, балів	54,9 \pm 9,3	60,5 \pm 13,7*
Ригідність, балів	59,7 \pm 6,4	60,2 \pm 13,0
Психастенія, балів	54,7 \pm 9,3	69,6 \pm 13,2*
Індивідуалістичність, балів	57,7 \pm 8,8	56,5 \pm 10,1
Гіпоманія, балів	62,1 \pm 8,0	46,7 \pm 9,2*

*Достовірність відмінностей на рівні $p < 0,05$.

Середній рівень РТ у здорових осіб становив $30,6 \pm 8,1$ бала, тоді як у хворих на РА — $46,2 \pm 6,2$ бала, що перевищує межу високого рівня тривожності ($p < 0,01$). Середнє значення ОТ у здорових осіб становило $41,3 \pm 7,7$ бала, а у хворих на РА — $44,5 \pm 10,7$ бала, наближаючись до межі високого рівня тривожності ($p < 0,01$).

При оцінці кількісних показників за клінічними шкалами тесту СБОО виявлено, що у 93,1% хворих наявні серйозні несприятливі зміни у психіці, ще 6,2% мають ознаки акцентуації і лише одна особа належить до групи без особливостей. Встановлено, що РА асоціюється із суттєвими порушеннями у психоемоційній сфері, що проявляються загостренням депресивних та іпохондричних рис, а також явищами астенизації. Усе вищенаведене свідчить про необхідність корекції виявлених порушень.

У зв'язку з цим аналіз результатів 12-тижневої терапії хворих на РА в рамках контрольованого до-

слідження свідчить, що у пацієнтів, які отримували традиційну терапію та лікування з додатковим застосуванням пароксетину, наявні суттєві відмінності (табл. 3).

У 1-й групі хворих під впливом традиційної схеми лікування маркери психоемоційних відхилень зазнали незначних змін. Так, середній рівень РТ знизився на 3,48% ($p > 0,05$). Натомість, у 2-й групі хворих під впливом запропонованої терапії динаміка цього показника була у півтора рази вищою (на 5,04%), $p < 0,001$, що є прямим наслідком вираженого анксиолітичного ефекту пароксетину.

Щодо динаміки ОТ, то в 1-й групі під впливом традиційної схеми лікування рівень її практично не змінювався ($p > 0,2$), в той час як у 2-й групі спостерігали тенденцію до зменшення ОТ ($p < 0,1 > 0,05$).

Таблиця 3

Динаміка рівнів РТ та ОТ під впливом лікування за традиційною та запропонованою схемами (M±SD)

Тривожність за С. Spilberger – Ю.Л. Ханіним	Традиційна терапія (n=64)			Запропонована терапія (n=63)		
	до лікування		p	до лікування		p
	через 12 тиж			через 12 тиж		
РТ, балів	46,0±6,7	44,4±7,1	0,082	45,6±6,2	43,3±4,9	0,001
ОТ, балів	44,1±10,5	43,7±9,8	0,201	43,9±10,8	43,4±10,2	0,077

Аналізуючи динаміку особистісних характеристик під впливом лікування за традиційною та запропонованою схемами виявлено (табл. 4), що під впливом традиційного лікування спостерігалось статистично незначуще (на 4,6%) зменшення частки хворих у найбільш несприятливій клінічній групі «потребує уточнення», натомість, у осіб, які отримували запропоновану терапію, спостерігалось значуще зменшення (на 22,2%) частки таких осіб ($p < 0,01$).

Таблиця 4

Розподіл хворих за клінічними групами тесту СБОО, які отримували традиційну та запропоновану терапію до і після лікування

Клінічні групи тесту СБОО	Традиційна терапія (n=64)				p	Запропонована терапія (n=63)				p
	до лікування		через 12 тиж			до лікування		через 12 тиж		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Без особливостей	–	–	–	–		1	1,6	1	1,6	
Акцентуація	4	6,3	7	10,9	>0,05	5	7,9	19	30,1	<0,01
Потребує уточнення	60	93,7	57	89,1		57	90,5	43	68,3	

При аналізі показників за окремими шкалами тесту СБОО також відзначають суттєві відмінності результатів лікування між традиційною та запропонованою схемами (табл. 5).

У групі хворих із традиційним лікуванням не відбулося суттєвої динаміки у показниках за тестом СБОО. Деякі позитивні зміни виявлено за шкалами іпохондрії та індивідуалістичності, однак вони не мали статистично значущого характеру

($p < 0,1 > 0,05$). Натомість, у хворих, які отримували запропоновану терапію, спостерігалось значуще зменшення шкал іпохондрії, депресії, емоційності, психастенії з паралельним збільшенням показника гіпоманії ($p < 0,01$).

Таблиця 5

Динаміка змін клінічних шкал тесту СБОО під впливом лікування за традиційною та запропонованою схемами (M±SD)

Клінічні шкали тесту СБОО	Традиційна терапія (n=64)			Запропонована терапія (n=63)		
	до лікування		p	до лікування		p
	через 12 тиж			через 12 тиж		
Іпохондрія, балів	70,0±9,7	69,2±9,9	0,061	70,4±9,4	63,2±9,4*	0,001
Депресія, балів	71,2±12,1	69,5±11,6	0,114	71,2±12,9	61,8±8,6*	0,001
Емоційність, балів	53,2±11,5	52,6±10,0	0,579	52,8±10,4	48,8±6,7	0,001
Імпульсивність, балів	61,1±12,9	60,5±11,4	0,505	60,5±14,6	60,0±11,8	0,441
Ригідність, балів	59,2±13,3	58,4±12,5	0,289	61,9±12,3	62,5±10,4*	0,628
Психастенія, балів	68,1±13,8	67,4±13,0	0,343	69,6±13,0	60,3±10,8*	0,001
Гіпоманія, балів	47,7±9,6	48,4±9,6	0,131	45,3±8,3	56,4±10,0*	0,001

* $p < 0,001$ порівняно з показниками «традиційна терапія через 12 тиж»;
* $p < 0,05$ порівняно з показниками «традиційна терапія через 12 тиж».

Швидша динаміка аналізованих показників під впливом додаткового застосування пароксетину забезпечила більш виражену нормалізацію особистісних характеристик, хоча їх повної нормалізації на момент завершення лікування не відбувалось.

Результати, отримані на основі шкал ОТ та РТ, а також тесту СБОО, були повністю підтверджені й верифіковані за допомогою проективної психодіагностичної методики МКВ.

Так, при порівнянні кольорового вибору пацієнтів, які отримували лікування за традиційною схемою, виявлено відсутність суттєвої динаміки за всіма позиціями. Натомість, у хворих на РА, які отримували запропоновану терапію, за даними тесту МКВ спостерігалися значущі позитивні тенденції у показниках кольорового вибору на домінантній позиції ($p < 0,05$), інтердомінантній позиції ($p < 0,01$), медіарній ($p < 0,05$), субрепресивній ($p < 0,05$), інтеррепресивній ($p < 0,05$) та репресивній ($p < 0,01$) позиціях.

Одночасно нами проаналізовано і динаміку клініко-лабораторних показників активності РА під впливом лікування за традиційною та запропонованою схемами (табл. 6).

Встановлено, що під впливом традиційної терапії відбулося значуще зменшення КБС (з 10,2±3,4 до 8,5±4,5) та КНС (з 7,1±2,8 до 6,0±3,4) ($p < 0,001$). ВАШ болю зменшилася з 63,7±19,2 до 52,0±25,7, загальна оцінка стану пацієнтом — з 60,5±20,5 до 50,4±24,8, загальна оцінка стану пацієнта лікарем — з 55,7±19,5 до 44,7±22,3 мм ($p < 0,001$). Індекс НАQ зменшився з 1,5±0,6 до 1,2±0,7, DAS28 —

з $5,6 \pm 0,9$ до $4,9 \pm 1,4$, а показник CDAI — з $29,0 \pm 8,9$ до $24,0 \pm 11,7$ ($p < 0,001$).

Таблиця 6

Динаміка основних клінічних показників РА у групах із традиційною та запропонованою терапією (M \pm SD)

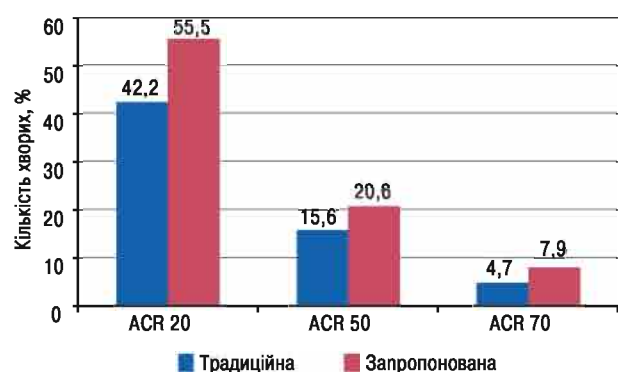
Показник	Традиційна терапія (n=64)		Запропонована терапія (n=63)	
	до лікування	через 12 тиж	до лікування	через 12 тиж
КБС, п	10,2 \pm 3,4	8,5 \pm 4,5*	10,0 \pm 3,1	6,8 \pm 3,1*.*
КНС, п	7,1 \pm 2,8	6,0 \pm 3,4*	6,8 \pm 2,9	4,7 \pm 2,4*.*
ВАШ болю, мм	63,7 \pm 19,2	52,0 \pm 25,7*	63,7 \pm 16,0	44,9 \pm 19,9*.*
ВАШ самооцінки загального стану пацієнтом, мм	60,5 \pm 20,5	50,4 \pm 24,8*	62,9 \pm 18,4	45,0 \pm 19,6*
ВАШ загальної оцінки стану лікарем, мм	55,7 \pm 19,5	44,7 \pm 22,3*	58,0 \pm 15,3	40,6 \pm 16,8*
HAQ, балів	1,5 \pm 0,6	1,2 \pm 0,7*	1,6 \pm 0,6	1,1 \pm 0,6*
DAS28, балів	5,6 \pm 0,9	4,9 \pm 1,4*	5,6 \pm 0,8	4,6 \pm 1,2*.*
CDAI, балів	29,0 \pm 8,9	24,0 \pm 11,7*	28,9 \pm 8,0	20,1 \pm 8,2*.*
ШОЕ, мм	27,8 \pm 10,6	20,6 \pm 12,7*	27,3 \pm 8,0	18,3 \pm 8,3*

Відмінності щодо групи: *«До лікування» ($p < 0,001$); *«Традиційна терапія через 12 тиж» ($p < 0,05$); *.*«Традиційна терапія через 12 тиж» ($p < 0,1$).

Запропонована терапія також продемонструвала високу ефективність щодо КБС, яка зменшилася з $10,0 \pm 3,1$ до $6,8 \pm 3,1$, а КНС — з $6,8 \pm 2,9$ до $4,7 \pm 2,4$, ВАШ болю зменшилася з $63,7 \pm 16,0$ до $44,9 \pm 19,9$, загальна оцінка стану пацієнтом — з $62,9 \pm 18,4$ до $45,0 \pm 19,6$, загальна оцінка стану пацієнта лікарем — з $58,0 \pm 15,3$ до $40,6 \pm 16,8$ балів. Показник HAQ зменшився з $1,6 \pm 0,6$ до $1,1 \pm 0,6$, DAS28 — з $5,6 \pm 0,8$ до $4,6 \pm 1,2$, а показник CDAI — з $28,9 \pm 8,0$ до $20,1 \pm 8,2$ ($p < 0,001$).

При порівнянні ефективності традиційної та запропонованої терапії після лікування виявилось, що запропонована терапія була ефективнішою відносно зменшення КБС, КНС ($p < 0,05$), оцінки за ВАШ болю, DAS28 і CDAI ($p < 0,1 > 0,05$).

Аналіз ефективності лікування РА відповідно до критеріїв ACR свідчить (рисунки), що в цілому у 4,7% пацієнтів, які отримували традиційну терапію, ефективність лікування була на рівні ACR 70, у 15,6% пацієнтів ефективність лікування була на рівні ACR 50, а у 42,2% — на рівні ACR 20.



Рисунки. Порівняльна оцінка ефективності традиційної та запропонованої терапії відповідно до критеріїв ACR

Водночас запропонована схема виявила дещо вищу ефективність щодо клінічних проявів РА від-

повідно до критеріїв ACR. Так, при оцінці ефективності терапії за запропонованою схемою виявлено, що 7,9% пацієнтів відповідали критеріям ACR 70, у 20,6% пацієнтів ефективність лікування була на рівні ACR 50 та у 55,5% — на рівні ACR 20.

У 93,2% хворих на РА відзначено хорошу переносимість препарату пароксетину. Легкі побічні ефекти, такі як нетривалі диспептичні явища, зареєстровано у 4 хворих. Побічні ефекти, які потребували відміни препарату, виявлено у 5 хворих: у 1 — через надмірну сонливість, у 4 — через виражену нудоту на 4–6-й день прийому препарату.

Таким чином, нами встановлено, що РА спричиняє суттєві порушення у психоемоційній сфері хворих, що проявляються загостренням депресивних та іпохондричних рис, а також явищами астенизації. Ці зміни в особистісній сфері з часом формують специфічний патерн особистості, притаманний хворим на РА.

Традиційна терапія хворих на РА не супроводжується позитивною динамікою показників-маркерів психоемоційного дисбалансу, а несуттєва позитивна динаміка, очевидно, є опосередкованою і зумовлена проявами основного захворювання. Водночас значуще зменшення тривожності та покращання особистісних характеристик хворих під впливом терапії із включенням селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну пароксетину свідчить про високу клінічну ефективність її щодо несприятливих психоемоційних змін, що супроводжують перебіг РА.

ВИСНОВКИ

1. У 71,6% хворих на РА реєструють характерний патерн психоемоційних розладів, який включає стани психологічного та соматичного дискомфорту, депресивні розлади, іпохондричні тенденції, а також явища астенизації та невротизації, що мають стійкий і тривалий характер.

2. При включенні до комплексного лікування хворих на РА інгібітора зворотного захоплення серотоніну пароксетину спостерігалось значуще зменшення кількості осіб із серйозними несприятливими змінами у психіці згідно з тестом СБОУ на 22,2% ($p < 0,01$), а також ефективне усунення тривожності, іпохондричних проявів, депресії, астенизації та невротизації.

3. Застосування пароксетину у дозі 20 мг/добу протягом 12 тиж у хворих на РА із психоемоційними розладами не лише зменшувало прояви останніх, але й істотно підвищувало ефективність протизапальної терапії, що проявлялося суттєвим зменшенням КБС та КНС ($p < 0,05$), ВАШ болю і тенденцією до зниження індексів DAS28 та CDAI ($p < 0,1$). Ефективність лікування хворих на РА із включенням пароксетину була вищою за показником ACR 50 — на 32% та за показником ACR 20 — на 31,5% від традиційної схеми лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Зайцев В.П. (1981) Вариант психологического теста Mini-Mult. Психолог. журн., 3: 118–123.

Коваленко В.М., Корнацький В.М. (2009) Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: аналітико-статистичний посібник. Київ, 146 с.

Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.) (2004) Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб. Київ, 156 с.

Собчик Л.Н. (1990) Метод цветовых выборов – модифицированный цветовой тест Люшера. Московский кадровый центр при ГУ по труду и социальным вопросам Мосгорисполкома, Москва, 87 с.

Ханин Ю.Л. (1976) Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. ЛНИИТЕК, Ленинград, 198 с.

Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. (1988) The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 31: 315–324.

Aletaha D., Neogi T., Silman A.J. et al. (2010) Rheumatoid Arthritis Classification Criteria: An American College of Rheumatology and European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheum.*, 62: 2569–2581.

Felson D.T., Anderson J.J., Boers M. et al. (1995) American College of Rheumatology: Preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 38: 727–735.

Nas K., Sarac A.J., Gur A. et al. (2011) Psychological status is associated with health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J. Back Musculoskelet Rehabil.*, 24(2): 95–100.

Prevo M.L., van't Hof M.A., Kuper H.H. et al. (1995) Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 38(1): 44–8.

Odegård S., Finset A., Mowinckel P. et al. (2007) Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 66(9): 1195–1201.

Smolen J.S., Breedveld F.C., Schiff M.H. et al. (2003) A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology (Oxford)*, 42(2): 244–257.

Verstappen S.M. (2013) Outcomes of early rheumatoid arthritis – The WHO ICF framework. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 27(4): 555–570.

Wolfe F., Kleinheksel S.M., Cathey M.A. et al. (1998) The clinical value of the Stanford health Assessment Questionnaire functional disability index in patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, 15: 1480–1487.

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
И КОРРЕКЦИЯ ИХ ПАРОКСЕТИНОМ**

Ю.К. Сикало, Н.А. Станиславчук

Резюме. Обследовано 204 больных ревматоидным артритом (РА), среди которых выявлено 146 пациентов с разным уровнем психоэмоциональных расстройств. С целью оценки влияния пароксетина на психоэмоциональное состояние и динамику клинико-лабораторных показателей 146 больных РА с существующими психоэмоциональными расстройствами распределили на две группы, идентичные по возрасту, полу, клиническим проявлениям болезни и психометрическим показателям. Пациенты обеих групп принимали традиционное лечение, включающее применение противовоспалительных и базисных препаратов (метотрексат, лефлуномид или сульфасалазин) в стабильных дозах. Пациенты 2-й группы до-

полнительно принимали пароксетин в дозе 20 мг 1 раз в сутки (утром) в течение 12 нед. Предложенная схема лечения с пароксетином оказалась эффективней как в отношении коррекции психоэмоционального состояния пациентов, так и в отношении основных проявлений болезни. Отмечено значимое снижение уровня тревожности, депрессивных, ипохондрических проявлений, явлений астенизации и невротизации. Эффективность лечения больных РА с включением пароксетина была выше также по ACR 50 – на 32%, ACR 20 – на 31,5% в сравнении с традиционной схемой лечения. Полученные данные позволяют рекомендовать пароксетин для коррекции психоэмоциональных расстройств у больных РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, пароксетин, психоэмоциональное состояние, комплексное лечение.

**PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS
IN PATIENTS WITH RHEUMATOID
ARTHRITIS AND CORRECTION
OF THEM BY PAROXETINE**

J.K. Sikalo, M.A. Stanislavchuk

Summary. 204 patient were examined with rheumatoid arthritis and among them were 146 patients with different level of psychoemotional disorders. In order to define the impact of paroxetine on psychoemotional state and dynamics of clinical and laboratory parameters, 146 RA patients with psychoemotional disorders were divided into two groups of identical age and sex, clinical symptoms of the disease and psychometric characteristics. Patients in both groups received conventional treatment, which included receiving stable doses of anti-inflammatory and DMARDs (methotrexate, leflunomide or sulfasalazine). The patients of the second group additionally received paroxetine 20 mg once a day (morning) during 12 weeks. Suggested scheme of the treatment with paroxetine was more effective as for correction psychoemotional state and for basic manifestations of the disease. There was a significant decrease in the level of anxiety, depressive, hypochondriacal manifestations, asthenisation and neuroticism. The effectiveness of treatment for RA with the inclusion of paroxetine was also higher with parameters of ACR 50 increased by 32% and ACR 20 increased by 31.5% in difference from the traditional scheme of treatment. Received results gives the reason to recommend paroxetine for correction psycho-emotional disorders for patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, paroxetine, psychoemotional state, complex treatment.

Адреса для листування:

Сикало Юлія Костянтинівна
E-mail: julia.sikalo@gmail.com