examination, neuropsychological testing, clinical laboratory and clinical instrumental examination.
Results. According to the neuropsychological tests data the patients with seropositive clinical course were observed to have more significant changes in the anxiety indices. However, trait anxiety dominates in both groups.
Conclusion. The RA disease duration as well as the activity of the inflammatory process affects the severity of anxiety disorders.
Key words: rheumatoid arthritis, neuropsychological characteristics, anxiety.

Відомості про автора:
Найдьонова Юлія Леонідівна - аспірант кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а.

УДК 616.8

© В.В.ОРЖЕШКОВСЬКИЙ, 2015

В.В.Оржешковський

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ НА ПЕРЕБІГ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) складає важливу медико-соціальну проблему, ураження периферичної нервової системи при РА одне з частих проявів, однак саме особливості перебігу деяких форм, зокрема полінейропатії, мають актуальність.
Мета. З'ясувати особливості психологічного стану, що впливають на перебіг полінейропатій при РА.
Матеріал та методи. Обстежено 32 хворих на РА з полінейропатією, (4 чоловіків та 28 жінок) віком від 29 до 59 років (середній вік 44,6±2,0 років) тривалістю захворювання від 5 до 10 років. Всім хворим проведено клінічне обстеження, визначення наявності нейропатичного болю за допомогою опитувальника "PAINDETECT", а також виконана стимуляційна електроміографія. Психологічний стан хворих оцінювався за допомогою особистісного опитувальника Бехтерівського інституту (ООБІ), методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге, а також Торонтської Алекситимічної шкали (ТАШ). За результатами клінічного обстеження та опитувальника "PAINDETECT" пацієнти були поділені на дві групи — з наявним нейропатичним болем в структурі полінейропатії (12 хворих) та з відсутнім больовим синдромом, що пов'язаний з ураженням периферичної нервової системи (20 хворих).
Результати. У всіх обстежених пацієнтів веріфікувалася переважно наявна дистальна симетрична аксональна сенсомоторна полінейропатія за клінічними проявами та за результатами стимуляційної електроміографії. В групі з нейропатичним болем середній показник по цьому опитувальнику "PAINDETECT" становив 22,8±1,0,а в 2 групі - 6,8±0,8. За результатами ТАШ виявлено алекситимію (середній бал більше 74) у 8 хворих, 6, з яких були в першій групі (середній бал 69,0±2,9), та лише 2 - в другій (середній бал 58,9±2,6). Статистично достовірно ($p<0,05$) в 1 групі було більше хворих з алекситимією ніж у 2. За результатами діагностичних чисел типів відношень ООБІ лише в першій групі зафіксовано у 8 хворих неврастенічний ($p<0,001$), у 6 хворих - тривожний ($p<0,03$), у 6 - апатичний ($p<0,03$), у 4 - егоцентричний типи($p<0,03$). Також виявлявся у 10 пацієнтів

сенситивний тип та лише 2 з них були в 2 групі (p<0,02). Напроти лише в 2 групі на відміну від хворих 1 групи реєструвалися у 10 пацієнтів ейфоричний тип (p<0,01) та у 8 - ергопатичний тип (p<0,05).

Висновки. Ревматоїдний артрит може супроводжуватися переважно аксональної сенсомоторної полінейропатією, яка може супроводжуватися формуванням больового нейропатичного синдрому, на що впливають особливості психологічного стану. Наявність алекситимії, а також неврастенічного, тривожного,апатичного, егоцентричного та сенситивноготипів відношення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відношень за даними ООБІ сприяє формуванню больового нейропатичного синдрому. Наявність ергопатичного та ейфоричного типів відношення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відношень за даними ООБІ може мати протективний вплив та зменшувати вірогідність появи больового нейропатичного синдрому.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, полінейропатія, алекситимія, типи відношення до хвороби.

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) складає важливу медико-соціальну проблему, що пов’язана з високою розповсюдженістю цього захворювання (3 випадки на 10000 населення), яке займає перше місце за цією ознакою серед запальних захворювань суглобів, а також з великою соціальною складовою, по-перше великим відсотком непрацездатності серед цих хворих [3]. Ураження периферичної нервової системи при РА одне з частих проявів цієї системної хвороби, однак саме особливості перебігу деяких форм, зокрема полінейропатії, мають актуальність та ще найчастіше потребують уточнення. **Мета роботи** - з’ясувати особливостей психологічного стану, що впливають на перебіг полінейропатій при РА.

Матеріал та методи. Нами обстежено 32 хворих на РА з полінейропатією, (4 чоловіків та 28 жінок) віком від 29 до 59 років (середній вік 44,6±2,0 років), тривалістю захворювання від 5 до 10 років. Всім хворим проведено клінічне обстеження, з аналізом складових індивідуального неврологічного симптомокомплексу, визначення наявності нейропатичного болю за допомогою опитувальника “PAINDETECT”, а також виконана стимуляційна електроміографія – амплітуда М-відповіді та швидкість розповсюдження збудження по моторним волокнам (ШРЗм) та по сенсорним волокнам (ШРЗс) за стандартним протоколомна комп’ютерному 4-канальному електроміографі «НейроМВП» («Нейрософт» Росія). Психологічний стан хворих оцінювався за допомогою особистісного опитувальника Бехтерівського інституту (ООБІ) [1], методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге, а також Торонтської Алекситимічної шкали (ТАШ) [2,3]. За результатами клінічного обстеження та опитувальника “PAINDETECT” пацієнти поділені на дві групи — з наявним нейропатичним болем в структурі полінейропатії (12 хворих) та з відсутнім больовим синдромом, що пов'язаний з ураженням периферичної нервової системи (20 хворих). Обробка отриманих результатів проводилася методами описової статистики та аналіз достовірності відмінностей за допомогою непараметричного критерію X^2 пакету «STATISTICA».

Результати та їх обговорення. У всіх обстежених пацієнтів верифікувалася наявна дистальна симетрична полінейропатія за клінічними проявами та за результатами стимуляційної електроміографії. В переважній більшості (30 випадків) це була аксональна сенсомоторна полінейропатія, та лише в 2 випадках мала ознаки переважно демієлінізуючої сенсомоторної

полінейропатії. Насправді згідно з літературними даними полінейропатія при ревматоїдному артриті розглядається як саме переважно аксональна сенсомоторна полінейропатія [4,5]. При аналізі опитувальника “PAINDETECT” критерієм визначення нейропатичного болю є наявність балу від 19 та більше. В групі з нейропатичним болем середній показник по цьому опитувальнику становив 22,8±1,0, а в 2 групі - 6,8±0,8. За результатами методики діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге виявилися лише 6 хворих, що мали суму балів (більше 300), яка свідчила про низьку стресостійкість та ці хворі рівномірно розподілялись в обох групах [2]. Це свідчило про незначний вплив стресогенних факторів життя хворих за останні 2 роки, якщо саме РА має давність захворювання не менш ніж 5 років. ТАШ є чутливим інструментом виявлення алекситимії — зниженої здатності до вербалізації емоційних станів, визначення та опису власних переживань, в проведенні відмінності між почуттями та тілесними відчуттями, бідність фантазії та уяви, зосередженість більше на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [2]. За результатами ТАШ виявлено алекситимію (бал більше 74) у 8 хворих, 6, з яких були в першій групі (середній бал 69,0±2,9), та лише 2 - в другій (середній бал 58,9±2,6). Таким чином, статистично достовірно в 1 групі було більше хворих з алекситимією ніж у 2 ($p<0,05$) , що може свідчити про алекситимію як одну з можливих передумов формування нейропатичного больового синдрому.

ООБІ відноситься до інструментів вивчення так званої “психології відношень”, тобто діагностики типів відношення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відношень у хворих на хронічні соматичні захворювання [1,3]. За результатами діагностичних чисел типів відношень ООБІ визначені характерні типи відношень в першій та другій групах, що показало відмінності психологічного стану цих хворих та мали статистично достовірну різницю в порівнянні двох груп. В лише першій групі зафіксовано у 8 хворих неврастенічний тип (непереносимість больових відчуттів, нетерпеливість, роздратованість, нездатність очікувати полегшення) ($p<0,001$), у 6 хворих - тривожний тип (очікування несприятливого перебігу захворювання, можливості ускладнень, пошук нових методів діагностики та лікування, “авторитетних” лікарів) ($p<0,03$), у 6 апатичний (байдужі до своєї долі, результатів захворювання та лікування, відсутність інтересу до навколишнього середовища) ($p<0,03$), у 4 - егоцентричний (потреба в винятковій турботі, “вихід” у хворобу, прагнення вказати на свою винятковість по відношенню до хвороби) ($p<0,03$). Також виявлявся у 10 пацієнтів сенситивний тип (переживання призвести несприятливе враження своєю хворобою на оточуючих,боязнь стати тягарем для близьких або неповноцінною людиною) та лише 2 з них були в 2 групі ($p<0,02$). Напроти лише в 2 групі на відміну від хворих 1 групи реєструвалися у 10 пацієнтів ейфоричний тип (легковажне відношення до свого страждання, порушення режиму, надія, що “само все обійдеться”) ($p<0,01$) та у 8 ергопатичний тип (вихід від хвороби в роботу, віддача часу лише роботі) ($p<0,05$) [3].

Таким чином, тип відношення за ООБІ може впливати на можливе формування больового нейропатичного синдрому при наявності неврастенічних, тривожних, апатичних, сенситивних та егоцентричних рис та наявність ергопатичних та ейфоричних рис можливо має протективний характер та запобігає формуванню цього больового синдрому. Особливості

лікування (прийом кортикостероїдів та цитостатиків) обстежених хворих не впливали суттєво на особливості перебігу полінейропатії.

Висновки. Базуючись на отриманих результатах можна зробити наступні висновки. Ревматоїдний артрит може супроводжуватися полінейропатією, що в переважній більшості випадків має ознаки аксональної сенсомоторної полінейропатії, яка може супроводжуватися формуванням больового нейропатичного синдрому, на що впливає особливості психологічного стану. Наявність алекситимії, а також неврастенічного, тривожного,апатичного, егоцентричного та сенситивноготипів відношення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відношень за даними ООБІ сприяє формуванню больового нейропатичного синдрому у хворих на РА з полінейропатією. Наявність ергопатичного та ейфоричного типів відношення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відношень за даними ООБІ може мати протективний вплив та зменшувати вірогідність появи больового нейропатичного синдрому у хворих на РА з полінейропатією. **Перспективним** є подальше визначення характерних розрізних ознак перебігу полінейропатії при РА, в першу чергу, з боку психологічного статусу з метою удосконалення діагностики та позитивного терапевтичного впливу на перебіг захворювання.

Література

1. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983. - С.102-115.

2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. - Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998. - С.149-156.

3. Сорока Н.Ф., Ягур В.Е. Ревматоидный артрит: проблемы диагностики и лечения: Справочное пособие. - Мн: Беларусь, 2000. - С.6-7, 37-40.

4. Neundörfer B., Heuß D.F. Polyneuropathien. –Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2007. -S.56-58.

5. Textbook of peripheral neuropathy/ editor, P.D. Donofrio. – Demos Medical Publishing: New York, 2012. -P.248, 316.

В.В.Оржешковский

Влияние психологического состояния на течение полинейропатии у больных ревматоидным артритом

Национадльная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

Введение. Ревматоидный артрит (РА) составляет важную медико-социальную проблему, поражения периферической нервной системы при РА одно из частых проявлений, однако именно особенности течения некоторых форм, в том числе полинейропатии, имеют актуальность.

Цель. Выяснить особенности психологического состояния, влияющие на течение полинейропатии при РА.

Материал и методы. Обследовано 32 больных РА с полинейропатией (4 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 29 до 59 лет (средний возраст 44,6 ± 2,0 лет) длительностью заболевания от 5 до 10 лет. Всем больным проведено клиническое обследование, определение наличия нейропатической боли с помощью опросника "PAINDETECT", а также проведена стимуляционная электромиография. Психологическое состояние больных оценивалось с помощью личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), методики диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации

Холмса и Раге, а также Торонтской Алекситимической шкалы (ТАШ). По результатам клинического обследования и опросника "PAINDETECT" пациенты были разделены на две группы - с имеющейся нейропатической болью в структуре полинейропатии (12 больных) и с отсутствующим болевым синдромом, который связан с поражением периферической нервной системы (20 больных).

Результаты. У всех обследованных пациентов верифицировалась преимущественно дистальная симметричная аксональная сенсомоторная полинейропатия по клиническим проявлениям и по результатам стимуляционной электромиографии. В группе с нейропатической болью средний показатель по этому опроснике "PAINDETECT" составлял 22,8 ± 1,0, а во 2 группе - 6,8 ± 0,8. По результатам ТАШ обнаружена алекситимия (средний балл более 74) у 8 больных, 6 из которых были в первой группе (средний балл 69,0 ± 2,9), и только 2 во второй (средний балл 58,9 ± 2,6). Статистически достоверно (р <0,05) в 1 группе было больше больных с алекситимией чем в 2. По результатам диагностических чисел типов отношений ЛОБИ только в первой группе зафиксировано у 8 больных неврастенический (р <0,001), у 6 больных тревожный (р < 0,03), у 6 - апатичный (р <0,03), в 4 - эгоцентричный типы (р <0,03). Также выявился у 10 пациентов сенситивный тип и только 2 из них он был во 2 группе (р <0,02). Напротив только во 2 группе в отличие от больных 1 группы регистрировались у 10 пациентов эйфорический (р <0,01) и в 8 эргопатический тип (р <0,05).

Выводы. Ревматоидний артрит может сопровождаться преимущественно аксональной сенсомоторной полинейропатией, при которой может формироваться болевой нейропатический синдром, на что влияет особенности психологического состояния. Наличие алекситимии, а также неврастенического, тревожного, апатичного, эгоцентрического и сенситивного типов отношения к болезни и других связанных с ней личностных отношений по данным ЛОБИ способствует формированию болевого нейропатической синдрома. Наличие эргопатического и эйфорического типов отношение к болезни и других связанных с ней личностных отношений по данным ЛОБИ может иметь протективное влияние и уменьшать вероятность появления болевого нейропатической синдрома.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, полинейропатия, алекситимия, типы отношения к болезни

V. V.Orzheshkovskyi

Psychological State Impact on Polyneuropathy Course in Patients with Rheumatoid Arthritis

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Rheumatoid arthritis (RA) is an important medical and social problem; the peripheral nervous system disorders in RA is one of the most common manifestations, but just the peculiarities of some its forms, including polyneuropathy, are relevant.

The aim of our study was to determine the psychological state characteristics influencing the course of polyneuropathy in patients with RA.

Material and methods. There were examined 32 RA patients with polyneuropathy (4 men and 28 women) aged 29 - 59 (the mean age was 44,6 ± 2,0 years), who suffered from the disease within 5 - 10 years. All the patients underwent clinical examination, stimulation electromyography; they were determined to have neuropathic pain (according to the painDETECT Questionnaire). The psychological state of the patients was measured due to the personality questionnaire of Bekhterev Institute (PQBI), the Holmes and Rahe Stress Scale, as well as the Toronto Alexithymia Scale (TAS). According to the obtained results the patients were divided into two groups - those who had neuropathic pain in polyneuropathy (12 patients) and those who had no pain syndrome associated with the peripheral nervous system disorders (20 patients).

Results. All the examined patients were confirmed mainly to have distal symmetric axonal sensorimotor polyneuropathy according to the clinical manifestations and stimulation electromyography data. The group with neuropathic pain had average index of 22,8 ± 1,0 as the painDETECT Questionnaire showed, while group had average index of 2 6,8 ± 0,8. According to the TAS alexithymia was detected (the score was over 74) in 8 patients, 6 of them were in the first group (the mean score was 69,0 ± 2,9), and only 2 patients were in the second group (the mean score was 58,9 ± 2,6). The patients with alexithymia evidently prevailed in group 1 ($p < 0.05$) as compared to the ones in group 2. According to the PQBI only in the first group there was recorded a neurasthenic type in 8 patients ($p < 0.001$), anxiety in 6 patients ($p < 0.03$), apathetic type in 6 patients ($p < 0.03$), self-centered type in 4 patients ($p < 0.03$). It was also identified a sensitive type in 10 patients, and only 2 of them were in group 2 ($p < 0.02$). By contrast, only in group 2 it was registered an euphoric type in 10 patients ($p < 0.01$) and ergopathic type in 8 patients ($p < 0.05$) as compared to the patients of group 1.
Conclusions. Rheumatoid arthritis can be mainly accompanied by axonal sensorimotor polyneuropathy which can cause a neuropathic pain syndrome, under the influence of the psychological state. The presence of alexithymia, as well as neurotic, anxiety, apathy, egocentric and sensitive types of attitude towards the disease and the other related personal relations according to the PQBI contributes to a neuropathic pain syndrome. The presence of euphoric and ergopathic types of attitude towards the disease and the other related personal relations according to the PQBI may have a protective effect and reduce neuropathic pain syndrome occurrence probability.
Key words: rheumatoid arthritis, polyneuropathy, alexithymia, types of attitude towards the disease.

Відомості про авторів:
Оржешковський Василь Володимирович – к.мед.н., доцент кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4а, тел.: (044) 528-37-21.

УДК 616.8

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

Г.О.Старовойтова, О.Т.Девін'як, Т.М.Слободін, Ю.І. Головченко

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРЕСУВАННЯ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради,
Ужгородський національний університет,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Актуальність. Хвороба Паркінсона (ХП) відноситься до нейродегенеративних захворювань, зупинити прогресування яких на сьогодні залишається невирішеною проблемою. Вивчення факторів, що впливають на прогресування рухових порушень при ХП залишається актуальною проблемою практичної медицини.
Мета. Вивчити динаміку прогресування рухових розладів при ХП у залежності від феноменологічних характеристик ХП.
Матеріал та методи. Проведено відбір 135 хворих на хворобу Паркінсона. Хворі основної групи були поділені на підгрупи: акінетико-ригідний варіант (41 пацієнт, що становить 30,4% основної групи), ригідно-тремтливий (68 пацієнтів – 50,4%)