

- № 5. - С. 5.  
 Проценко И. В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.16 / И. В. Проценко. - ФГУ "Московский НИИ психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", М., 2008. - 20 с.  
 Соколов Р. Е. Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков / Р. Е. Соколов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011. - № 5. - С. 9 - 15.  
 Carter R. Helping Someone with Mental Illness / R. Carter, S. K. Golant. - N.Y. : Times Books, 2000. - 338 p.  
 Kerwin R. W. Management of clozapineresistant schizophrenia / R. W. Kerwin and A. Bolonna // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. - Vol. 11. - P. 101 - 106.  
 Family intervention for schizophrenia / F. Pharoah, J. Mari, J. Rathbone [et al.] / Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2006. - № 4. - P. 88 - 102.

**Буздыган Е.Г.**

#### СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Резюме.** С целью изучения социально-медицинских особенностей мужчин и женщин, больных шизофренией, был проведен опрос и исследование медицинской документации 210 мужчин и 210 женщин, больных шизофренией. В результате были выявлены гендерные различия в социально-медицинских характеристиках: преобладание среди мужчин горожан, а среди женщин - сельского населения, крайне низкий уровень социализации и вовлечения в трудовую деятельность, тесно связанные с высоким уровнем инвалидизации, невысокий образовательный уровень (особенно у женщин), лучший трудовой анамнез и ухудшение трудовой реализации женщин по мере развития заболевания по сравнению с мужчинами, существенно худшую микросоциальную адаптацию мужчин по сравнению с женщинами. Выявлено, что социоэкономический статус больных шизофренией (за исключением образовательного уровня) не выявляет значимых зависимостей от объективных социально-экономических условий и определяется уровнем шизофренического дефекта. Установлено, что больным шизофренией присущ патологический образ жизни с высокой распространенностью табакокурения (особенно у мужчин), которое связано с особенностями заболевания и практически не реагирует на рестриктивные и просветительские общественные мероприятия, и алкоголизацией.

**Ключевые слова:** шизофрения, социально-медицинские особенности, гендерный фактор.

**Buzdygan O.G.**

#### SOCIO-MEDICAL FEATURES OF MEN AND WOMEN, PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**Summary.** In order to study the social and medical characteristics of men and women with schizophrenia, conducted a survey and study of medical records of 210 men and 210 women with schizophrenia. As a result, gender differences were found in the social and health characteristics: prevalence among men inhabitants of the cities, and among women - rural, extremely poor socialization and involvement in work is closely associated with high disabling, low educational level (especially in women), better labor history and worsening labor realization of women to the extent of the disease compared with men significantly worse microsocial adaptation in men compared to women. We found that the socioeconomic status of patients with schizophrenia (except educational level) shows no significant dependence on the objective socio-economic conditions and is derived from the schizophrenic defect. It was established that patients with schizophrenia exposed to abnormal lifestyle extremely high prevalence of smoking (especially men), which is associated with features of the disease and almost no reaction to restrictive social and educational activities, and alcoholism.

**Key words:** schizophrenia, social and medical characteristics, the gender factor.

Стаття надійшла до редакції 17.06.2014 р.

Буздыган Елена Григорьевна - пошукач кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, лікар психіатр, ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка; +38 097 886-14-04; cherna4uk@yandex.ua

© Сікало Ю.К.

УДК: 616.89:616.72-002.77:616.892:616.891

**Сікало Ю.К.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

#### СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

**Резюме.** З метою вивчення особливостей анамнезу, соціально-медичних чинників та способу життя хворих на РА нами було обстежено та проанкетовано 146 пацієнтів та 71 здорова особа контрольної групи. Встановлено тенденцію до "помолодшання" захворюваності на РА з ураженням переважно осіб молодого працездатного віку. Показано наявність проблем із раннім виявленням хворих на РА та вчасним призначенням ефективної хворобомодифікуючої терапії. Дослідження дозволило виявити у хворих ознаки соціальної та психологічної дезадаптації, зокрема, нижчий рівень якості життя, знижену працездатність та соціальний статус, порушені міжособистісні відносини у мікросоціальному середовищі та занижену самооцінку. З наведених вище даних очевидно, що РА суттєво погіршує якість життя індивіда та має серйозні соціальні наслідки, потребуючи розширення лікувальних заходів з первинної профілактики із залученням методів соціально-медичного обстеження. Тому захворювання на РА слід розглядати не лише як суто медичну, але й як важливу соціальну проблему.

**Ключові слова:** ревматоїдний артрит, анамнез, соціально-медична характеристика, спосіб життя.

### Вступ

За важкістю ураження суглобів РА не має собі рівних серед інших захворювань опорно-рухової системи. Порушення ходи і, відповідно, мобільності хворого на РА належать до основних факторів, що обмежують нормальну життєдіяльність. Внаслідок цього хворі втрачають не лише працездатність, але й можливість самообслуговування і, таким чином, стають тяжкими інвалідами [Gabriel et al., 2009; Verstappen, 2013].

Неухильно прогресуюче ураження суглобів (хронічні болі, деформація, порушення функції) призводить до ранньої інвалідизації переважно людей молодого працездатного віку, до зниження якості життя і передчасної смерті хворих [Fautrel et al., 2012]. Крім того, хвороба впливає на психіку та соціальний добробут пацієнтів, супроводжується великим фінансовим навантаженням [Nas et al., 2011; Schoels et al., 2010].

На сьогодні етіологія ревматоїдного артриту (РА) не може вважатися достеменно встановленою. Очевидно, що в основі системного поліфакторного захворювання, яким є РА, лежить ряд чинників ризику та антиризиків, природа яких може бути різноманітною. В цьому аспекті важливе місце надається складній взаємодії генетичних, середовищних, гормональних та імунологічних тригерів, в тому числі соціально-економічних, психологічних, сімейних факторів та способу життя [McInnes et al., 2011; Iwata et al., 2013; Miller et al., 2012]. Виявлення та ґрунтовний аналіз якомога більшої кількості таких чинників, встановлення їх ролі та місця у механізмі виникнення та розвитку РА є невід'ємною складовою розробки стратегії лікування та профілактики цього захворювання.

Важливим елементом розробки системи профілактичних заходів є дослідження анамнезу, соціально-медичних умов та способу життя, притаманних хворим, які страждають на дану патологію. Порівняння даних, одержаних при вивченні різноманітних соціально-медичних характеристик серед хворих на РА та серед здорових осіб, дозволяє виявити чинники ризику та антиризиків захворювання, розширити уявлення про можливі причини та фактори, що сприяють чи перешкоджають розвитку захворювання, та розробити комплекс заходів з первинної профілактики цього захворювання.

*Мета* дослідження - вивчення особливостей анамнезу, соціально-медичних чинників та способу життя хворих на РА у порівнянні зі здоровими особами.

### Матеріали та методи

Нами обстежено 146 хворих на РА, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова. Групу порівняння склали 71 практично здорова особа, причому основна група і група порівняння були тотожними за віковим та статевим складом. Середній вік хворих становив  $49,9 \pm 12,9$  років, жінок було 80,1%, тривалість захворювання склала  $8,7 \pm 7,2$  років, дебюту-

вало захворювання у віці  $41,2 \pm 13,5$  роки.

Дослідження відповідало вимогам Гельсінської декларації (1989) Всесвітньої медичної асоціації і було схвалене Етичним комітетом при Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова. Було отримано письмову інформовану згоду кожного пацієнта на участь в дослідженні.

Діагноз РА встановлювали у відповідності до робочої класифікації Асоціації ревматологів України (2002), рекомендацій ACR (1987) та ACR/EULAR (2010).

Збір даних відбувався шляхом інтерв'ювання за спеціально розробленою анкетой. Проводили аналіз даних соматичного анамнезу: вікові, клінічні особливості дебюту РА, характеристика фармакотерапії (групи препаратів, вчасність призначення та регулярність прийому). Вивчали соціально-медичні показники обстежених пацієнтів: вікові особливості, освітній ценз, соціальний стан, характер та особливості праці, сімейний стан, склад сім'ї, матеріальне становище, житло, особливості мікросоціального середовища, стосунки з оточуючими, у тому числі внутрішньосімейні, ступінь інтегрованості у зовнішньосоціальні контакти, самооцінка стану здоров'я, наявність психологічних проблем, відомості про шкідливі звички, перенесені психоемоційні стреси. Класифікація психоемоційних стресів проводилась у відповідності до шкали кодування психосоціальних чинників, що викликають стрес та сприяють розвитку загострень існуючих захворювань. Шкала містить 6 пунктів, які визначають ступінь стресорного фактору, враховуючи при цьому тривалість його дії (гострий чи хронічний).

Статистико-математичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою офісного пакету Microsoft Excel та програми Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). При обробці даних дослідження використовували параметричні та непараметричні методи статистичного аналізу, враховуючи вид та характер розподілу ознак. Достовірними вважали результати при рівні значущості  $p < 0,05$ , а при  $p < 0,1$  говорили про тенденцію до переважання того чи іншого показника.

### Результати. Обговорення

Серед обстежених хворих на РА серопозитивних за РФ було 65,7%, середній показник індексу DAS28 склав  $5,6 \pm 0,8$ , індексу CDAI  $29,0 \pm 8,3$ , що відповідає високій активності. Значення ВАШ болю становило  $63,6 \pm 17,5$  мм, кількість болючих та набряклих суглобів  $10,2 \pm 3,2$  та  $7,0 \pm 2,8$  відповідно. Клінічна характеристика обстежених хворих представлена в табл.1.

Аналізуючи анамнез хвороби, було виявлено що більш ніж у половини обстежених (55,5%) захворювання почалось раптово, у 39,7% - повільно, і лише у 4,8% - непомітно (табл. 2). Частим фактором, що асоціювався з початком захворювання, був психологічний стрес: 26% обстежених пов'язують дебют ревматоїд-

**Таблиця 1.** Характеристика пацієнтів з ревматоїдним артритом, включених в дослідження.

Показник	Хворі на РА (n=146)
Середній вік, років, M±SD	49,9±12,9
Жінки, n (%)	117 (80,1%)
Чоловіки, n (%)	29 (19,9%)
Тривалість хвороби, років, M±SD	8,7±7,2
Серопозитивні за РФ, n (%)	96 (65,7%)
DAS28, M±SD	5,6±0,8
CDAI, M±SD	29,0±8,3
HAQ, M±SD	1,6±0,6
ВАШ болю, мм, M±SD	63,9±17,5
КБС, M±SD	10,2±3,2
КНС, M±SD	7,0±2,8

**Таблиця 2.** Особливості початку захворювання у хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Кількість хворих	
		n	%
Початок захворювання	Раптово	81	55,5
	Повільно	58	39,7
	Непомітно	7	4,8
	Всього	146	100,0
Обставини, що передували захворюванню	Фізична напруга	29	19,9
	Психічна травма	38	26
	Застудні явища	30	20,5
	Інше	49	33,6
	Всього	146	100,0
Вік початку захворювання	До 30 років	28	19,2
	30 - 39 років	33	22,6
	40 - 49 років	49	33,6
	50 - 59 років	19	13
	Понад 60 років	17	11,6
	Всього	146	100,0

ного артриту з психотравмою, майже однаково - 20,5% та 19,9% вважають, що захворювання пов'язане із застудою та фізичною напругою, а 33,6% хворих - з іншими причинами.

Середня тривалість захворювання по групі склала 8,7±7,2 роки (від 1 до 30 років). Дебютувало захворювання у віці 41,2±13,5 роки. Найбільшою є питома вага хворих, у яких захворювання почалося у віковому діапазоні від 40 до 49 років - 33,6% обстежених. Загалом у віці до 40 років РА дебютувало у 41,8%, а після 50 років - у 24,6% обстежених відповідно (див. табл. 2). Ці дані свідчать про тенденцію до "помолодшання" захворюваності, уражаючи переважно осіб працездатного віку.

Аналізуючи деякі часові характеристики анамнезу, виявлено, що постановка діагнозу РА відбувається в середньому через 3,2±4,1 роки від перших проявів хвороби, а перший хворобомодифікуючий базисний ЛЗ

призначають через 4,0±4,5 роки від початку хвороби.

У половини обстежених (50,7%) РА було діагностовано менше ніж за 2 роки від перших проявів хвороби, у 35,6% - у віковому діапазоні від 2-х до 5 років. У 9,6% та 3,4% обстежених РА встановили протягом 6-10 та 11-20 років відповідно. Лише у одного пацієнта діагностували РА через 20 років від початку хвороби (табл. 3).

Призначення першого хворобомодифікуючого базисного ЛЗ у 43,1% обстежених відбулося у перші 2 роки хвороби, у 34,9% - протягом 2-5 років, у 15,1% та 6,2% обстежених - у віковому діапазоні 6-10 та 11-20 років відповідно. Через 20 років від початку хвороби лише один пацієнт почав отримувати лікування базисними ЛЗ (див. табл. 3).

Анамнез лікування хворих на РА (табл. 4) містить відомості щодо застосування в якості першого хворобомодифікуючого базисного ЛЗ переважно метотрексату (у 62,3% хворих), також застосовувались лефлуномід (11,6%), амінохінолонові ЛЗ (19,2%) та сульфасалазин (6,8%). Більшість хворих (63,7%) не змінювали базисний препарат від початку його призначення. Один раз змінили базисний ЛЗ 29,4% обстежених, 6,2% хворих змінили два базисних препарати, і лише один хворий - три і більше.

Дослідження виявило, що хворі на РА мають обтяжений анамнез по різноманітним формам соматичної патології (табл. 5). Так, встановлено статистично достовірний зв'язок між захворюванням на РА та наявністю в анамнезі захворювань серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та алергії.

У нашому дослідженні підтвердилася наявність зв'язку між спадковою обтяженістю за РА та захворюванням на цю патологію, переважно по жіночій гілці (табл. 6). Загалом, 39% обстежених хворих мали обтяжений сімейний анамнез, тоді як серед здорових осіб з обтяженим анамнезом було лише 4,2%.

Було встановлено, що серед хворих достовірно

**Таблиця 3.** Особливості деяких часових характеристик анамнезу хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Кількість хворих	
		n	%
Тривалість захворювання до встановлення діагнозу	До 2 років	74	50,7
	Від 2 до 5 років	52	35,6
	Від 6 до 10 років	14	9,6
	Від 11 до 20 років	5	3,4
	Понад 20 років	1	0,7
	Всього	146	100,0
Тривалість захворювання до призначення першого хворобомодифікуючого базисного ЛЗ	До 2 років	63	43,1
	Від 2 до 5 років	51	34,9
	Від 6 до 10 років	22	15,1
	Від 11 до 20 років	9	6,2
	Понад 20 років	1	0,7
	Всього	146	100,0

**Таблиця 4.** Анамнез лікування хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Кількість хворих	
		п	%
Перший хворобомодифікуючий базисний ЛЗ	Метотрексат	91	62,3
	Лефлуномід	17	11,6
	Амінохінолонові пр-ти	28	19,2
	Сульфасалазин	10	6,8
	Всього	146	100,0
Кількість змінених базисних ЛЗ	Не змінювалися	93	63,7
	Один	43	29,4
	Два	9	6,2
	Три і більше	1	0,7
	Всього	146	100,0

**Таблиця 5.** Соматичний анамнез у хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Здорові		Хворі на РА		р
		п	%	п	%	
Захворювання серцево-судинної системи	Немає	69	97,2	87	59,6	p<0,001
	Наявні	2	2,8	59	40,4	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Захворювання шлунково-кишкового тракту	Немає	68	95,8	90	61,6	p<0,001
	Наявні	3	4,2	56	38,4	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Алергічні стани	Немає	70	98,6	133	91,1	p<0,05
	Наявні	1	1,4	13	8,9	
	Всього	71	100,0	146	100,0	

**Таблиця 6.** Наявність спадкової обтяженості та шкідливих звичок у хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Здорові		Хворі на РА		р
		п	%	п	%	
Сімейний анамнез за РА	Немає	68	95,8	89	61,0	p<0,001
	Виявлено	3	4,2	57	39,0	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Зловживання алкоголем	Не зловживає	65	91,5	108	74	p<0,005
	Зловживає	6	8,5	38	26	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Тютюно-паління	Не палить	56	78,9	120	82,2	p<0,05
	Епізодично	13	18,3	11	7,5	
	Зловживає	2	2,8	15	10,3	
	Всього	71	100,0	146	100,0	

більше осіб зловживають алкоголем (26%) та тютюно-палінням (10,3%).

При аналізі освітнього цензу, соціального та сімейного стану хворих на РА слід відзначити високий відсоток серед них осіб, які мають середню та середню спеціальну освіту (відповідно 21,9% та 44,5%), а також значну питому вагу безробітних (54,8%) (табл. 7).

Аналіз сімейного стану хворих на РА свідчить про суттєву питому вагу серед них розлучених осіб (19,9%) та таких, що ніколи не перебували в шлюбі (13,7%). Ми схильні пояснювати цей факт тим, що захворювання на РА знижує соціальну адаптацію людини, створює ряд побутових незручностей, а також суттєво впливає на рівень самооцінки людини, яка усвідомлює наявність у неї певних обмежень, зумовлених хворобою.

Аналіз соціальної адаптації хворих на РА також дозволив виявити ряд закономірностей. Так, серед хворих більша питома вага осіб, які не мають власної квартири (будинку) та мешкають у гуртожитках або наймають житло (табл. 8). За характером праці спостерігається тенденція до переважання розумової праці, що пов'язано із більшими обмеженнями стосовно виконання фізичної праці хворими, ніж розумової. Наявність професійних шкідливостей та особливих умов праці не корелює з захворюваністю на РА ( $p > 0,05$ ). Характерно, що хворі оцінюють свій матеріальний стан в цілому гірше, ніж здорові: власну матеріальну забезпеченість оцінили як незадовільну 18,5% обстежених, тоді як серед здорових таких лише 9,9%. Натомість матеріальну забезпеченість оцінюють як добру лише 10,3% обстежених хворих. Така соціальна характеристика є результатом зниженої працездатності, і як наслідок - зменшення доходів, та потреба в інвестуванні значних коштів у лікування та реабілітацію.

При аналізі самооцінки психічних відносин та ступеню адаптації хворих на РА у мікросоціальному середо-

**Таблиця 7.** Особливості соціального та сімейного стану хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Здорові		Хворі на РА		р
		п	%	п	%	
Освіта	Середня	9	12,7	32	21,9	<0,001
	Середня спеціальна	30	42,3	65	44,5	
	Неповна вища	13	18,3	3	2,1	
	Вища	19	26,8	46	31,5	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Соціальний стан	Безробітний	21	29,6	80	54,8	<0,001
	Робітник	17	23,9	38	26,0	
	Службовець	17	23,9	23	15,8	
	Студент	3	4,2	3	2,1	
	Підприємець	13	18,3	2	1,4	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Сімейний стан	В шлюбі	58	81,7	80	54,8	<0,001
	В розлученні	7	9,9	29	19,9	
	Вдова (вдвєць)	1	1,4	17	11,6	
	Ніколи не було шлюбу	5	7	20	13,7	
	Всього	71	100,0	146	100,0	

**Таблиця 8.** Особливості житлових умов, характеру праці та матеріальної забезпеченості хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Здорові		Хворі на РА		p
		n	%	n	%	
Житлові умови	Окреме житло	69	97,2	127	87,0	<0,05
	Наймана квартира	1	1,4	15	10,3	
	Гуртожиток	1	1,4	4	2,7	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Характер праці	Не працює	21	14,4	82	56,1	<0,001
	Переважно розумова	23	32,4	49	33,6	
	Переважно фізична	27	38,0	15	10,3	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Наявність професійних шкідливостей та особливих умов праці	Немає	69	97,2	131	89,7	>0,05
	Наявні	2	2,8	15	10,3	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Матеріальна забезпеченість	Незадовільна	7	9,9	27	18,5	<0,001
	Задовільна	44	62,0	104	71,2	
	Добра	20	28,1	15	10,3	
	Всього	71	100,0	146	100,0	

вищі (табл. 9) було виявлено, що наявність постійних психічних проблем визнали 37,7% хворих на РА, тоді як серед здорових таких 21,1%. Хворі на РА також достовірно частіше переживають психічний стрес, причому ступінь важкості стресу за стандартною шкалою важкості стресорів у них вища, ніж у здорових. Показовим є самооцінка впливу відносин у мікросоціумі на настрій обстежених. Хворі на РА загалом більш песимістично оцінюють вплив мікросоціальних відносин на власне самопочуття. Так, негативну оцінку щодо цього параметра дали 41,8% обстежених. Такий розподіл є відображенням специфічного психологічного патерну хвороби, що накладає відбиток на інтенсивність і характер комунікацій індивіда та пов'язану з цим суб'єктивну оцінку відношень у мікросоціумі.

Закономірним підсумком вищеописаних змін є інтегральна самооцінка стану здоров'я (табл. 10). Так, серед хворих осіб позитивно оцінюють власний стан здоров'я лише 21,3% (2,1% - як добрий, 19,2% - як скоріше добрий). Натомість, негативну оцінку здоров'ю дали 78,8% обстежених: 50,0% як скоріше погане, і 28,8% - як погане. Така суб'єктивна самооцінка стану здоров'я хворих на РА свідчить про наявність виражених іпохондричних тенденцій.

Хвороба, яка супроводжується рядом виражених негативних суб'єктивних (біль) та об'єктивних проявів (обмеження рухів, зниження здатності до самообслуговування, зменшення працездатності та інвалідизація), спонукає хворого до перегляду власної соціальної ролі, значимості й потенційних можливостей у бік їх зни-

**Таблиця 9.** Особливості самооцінки психологічного стану та адаптації у мікросоціумі хворих на ревматоїдний артрит.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Здорові		Хворі на РА		p
		n	%	n	%	
Наявність постійних психічних проблем	Немає	56	78,9	91	62,3	<0,005
	Наявні	15	21,1	55	37,7	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Психічні стреси	Практично відсутні	28	39,4	62	42,5	<0,001
	Гострі слабкі	22	31,0	13	8,9	
	Хронічні слабкі	10	14,1	11	7,5	
	Гострі помірні	2	2,8	29	19,9	
	Хронічні помірні	7	9,9	27	16,4	
	Гострі важкі	1	1,4	3	2,1	
	Хронічні важкі	1	1,4	4	2,7	
	Всього	71	100,0	146	100,0	
Вплив відносин у мікросоціальному оточенні на настрій	Погіршують	2	2,8	6	4,1	<0,001
	Частіше погіршують	7	9,9	55	37,7	
	Частіше покращують	49	69,0	60	41,1	
	Покращують	13	18,3	25	17,1	
	Всього	71	100,0	146	100,0	

**Таблиця 10.** Самооцінка стану здоров'я хворих на ревматоїдний артрит у порівнянні зі здоровими.

Назва ознаки	Варіації ознаки	Здорові		Хворі на РА		p
		n	%	n	%	
Самооцінка стану здоров'я	Добре	27	38,0	3	2,1	<0,001
	Скоріше добре	41	57,8	28	19,2	
	Скоріше погано	2	2,8	73	50,0	
	Погано	1	1,4	42	28,8	
	Всього	71	100,0	146	100,0	

ження. Специфічні зміни у психічній діяльності, що спричинює РА, змінюють як відношення індивіда до себе і до своєї соціальної ролі, так і його відношення до мікросоціального оточення, а також, безумовно, відношення оточуючих до хворого. Проявом цих тенденцій, на наш погляд, і є описані закономірності.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Дебют РА характеризується раптовістю, та у чверті хворих асоціюється із впливом психотравмуючих факторів. Виявлено достовірний зв'язок між РА та коморбідністю за захворюваннями серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту ( $p < 0,001$ ) та алергії

( $p < 0,05$ ).

2. Встановлено тенденцію до "помолодшання" захворюваності на РА, уражаючи переважно осіб працездатного віку до 40 років (41,8%).

3. Раннє виявлення РА відбулося у кожного другого пацієнта (50,7%), а вчасна хворобомодифікуюча терапія була призначена лише у 43,1% осіб.

4. У хворих на РА було встановлено нижчий порівняно зі здоровими рівень якості життя, знижену працездатність та соціальний статус, занижену самооцінку та порушені міжособистісні відносини у мікросоціальному середовищі.

оцінку та порушені міжособистісні відносини у мікросоціальному середовищі.

5. Виявлені нами особливості анамнезу, соціально-медичних чинників та способу життя хворих є підґрунтям для розширення лікувальних заходів з первинної профілактики РА. Впровадження методів соціально-медичного опитування в систему охорони здоров'я дозволить поглибити уявлення про можливі причини та фактори, що сприяють чи перешкоджають розвитку захворювання.

### Список літератури

- Economic aspects of treatment options in rheumatoid arthritis: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis [Text] / M. Schoels, J. Wong, D. L. Scott [et al.] // Ann. Rheum. Dis. - 2010. - № 69 (6). - P. 995 - 1003.
- Epidemiology of environmental exposures and human autoimmune diseases: findings from a National Institute of Environmental Health Sciences Expert Panel Workshop [Text] / F. W. Miller, L. Alfredsson, K. H. Costenbader [et al.] // J. Autoimmun. - 2012. - № 39 (4). - P. 259 - 71.
- Fautrel, B. Medical and economic aspects of rheumatoid arthritis [Text] / B. Fautrel, C. Gaujoux-Viala // Bull Acad. Natl. Med. - 2012. - № 196 (7). - P. 1295 - 305.
- Gabriel S. E. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases [Text] / S. E. Gabriel, K. Michaud // Arthritis Res. Ther. - 2009. - № 11 (3). - P. 229.
- Iwata M. The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses [Text] / M. Iwata, K. T. Ota, R. S. Duman // Brain Behav. Immun. - 2013. - № 31. - P. 105 - 14.
- McInnes I. B. The pathogenesis of rheumatoid arthritis [Text] / I. B. McInnes, G. Schett // N. Engl. J. Med. - 2011. - № 365 (23). - P. 2205 - 19.
- Psychological status is associated with health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis [Text] / K. Nas, A. J. Sarac, A. Gur [et al.] // J. Back Musculoskelet. Rehabil. - 2011. - № 24 (2). - P. 95 - 100.
- Verstappen S. M. Outcomes of early rheumatoid arthritis - The WHO ICF framework [Text] / S. M. Verstappen // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. - 2013. - № 27 (4). - P. 555 - 70.

**Сікало Ю.К.**

### СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Резюме.** С целью изучения особенностей анамнеза, социально-медицинских факторов и способа жизни больных с РА нами было обследовано и проанкетировано 146 пациентов и 71 практически здоровый человек контрольной группы. Установили тенденцию к "омоложению" заболеваемости РА с поражением в основном лиц молодого трудоспособного возраста. Показали наличие проблем с ранним выявлением больных РА и своевременным назначением болезньюмодифицирующей терапии. Исследование также позволило выявить у больных признаки социальной и психологической дезадаптации, в частности, низкий уровень жизни, сниженную трудоспособность и социальный статус, нарушение межличностных отношений в микросоциуме и сниженную самооценку. Очевидно, что РА существенно нарушает качество жизни индивида и имеет серьезные социальные последствия, требуя расширения лечебных мероприятий по первичной профилактике с использованием методов социально-медицинского обследования. Поэтому, РА необходимо рассматривать не только как медицинскую, но и важную социальную проблему.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, анамнез, социально-медицинская характеристика, способ жизни.

**Sikalo Y.K.**

### SOCIO-MEDICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

**Summary.** With the purpose of studying of features of anamnesis, socio-medical factors and the way of life of patients with rheumatoid arthritis (RA), we have examined and surveyed 146 patients and 71 healthy people of the control set. The tendency has been established for the sickness rate of RA "to become younger", with mainly young people of employable age being affected. It has been revealed that there is a problem of early diagnosing patients with RA and well-timed prescription of efficient disease-modifying therapy. The research allowed discovering that the patients have signs of social and psychological maladjustment, in particular, lower level of quality of life, lowered active capacity and social status, inadequate interpersonal relationships in micro-social environment and understated self-appraisal. From the findings given above, it is obvious that RA essentially impairs the quality of an individual's life and has serious social consequences, requiring expansion of therapeutic activities for primary prevention using the methods of socio-medical examination. For this reason, the RA disease has to be considered not only as solely medical, but also as important social problem.

**Key words:** rheumatoid arthritis, anamnesis, socio-medical characteristics, way of life.

Стаття надійшла до редакції 16.04.2014 р.

Сікало Юлія Костянтинівна - аспірант кафедри внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; julia.sikalo@gmail.com