

Ассоциация расстройств тревожно-депрессивного спектра и суставного синдрома у женщин

Васильева А.О., Шестерня П.А., Петрова М.М.

ФГБОУ ВО
«Красноярский
государственный
медицинский
университет имени
профессора
В.Ф. Войно-
Ясенецкого»
Минздрава России,
Красноярск, Россия
660022 Красноярск,
ул. Партизана
Железняк, 1

Professor V.F. Voino-
Yasenetsky Krasnoyarsk
State Medical University,
Ministry of Health of
Russia, Krasnoyarsk,
Russia
1, Partisan Zheleznyak
St., Krasnoyarsk 660022

Контакты: Павел
Анатольевич
Шестерня;
shesternya75@mail.ru

Contact:
Pavel Shesternya;
shesternya75@mail.ru

Поступила 15.11.17

Частота расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) значительно превышает общепопуляционный уровень. Известна взаимосвязь РТДС с интенсивностью боли, активностью заболевания, выраженностью функциональных ограничений. Однако большинство имеющихся работ ограничено рамками определенного заболевания.

Цель исследования – изучить ассоциацию РТДС с характеристикой суставного синдрома вне нозологического подхода.

Материал и методы. В исследование включено 38 женщин в возрасте старше 18 лет с различными РЗ, с сохранной репродуктивной функцией, находящихся на лечении в круглосуточном стационаре и не имеющих других клинически значимых заболеваний. Все пациенты были разделены на две подгруппы: 1) с преимущественным поражением суставов кистей и 2) с поражением суставов другой локализации. У всех больных оценивались активность заболевания (DAS-28-СОЭ, ASDAS-СОЭ), боль по визуальной аналоговой шкале, функциональный статус (HAQ). Для выявления РТДС использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), а также шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) и депрессии (HAM-D).

Результаты и обсуждение. Частота тревожных расстройств по HADS составила 44,7%, по шкале Гамильтона – 34,2%; депрессий – 34,2 и 60,5% соответственно. Клинически выраженный уровень тревоги по HADS (11+) в 1-й подгруппе выявлялся в 5 раз чаще (30,0%), чем во 2-й подгруппе (5,5%); а по шкале HAM-A (18+) – вдвое чаще: 45,0 и 22,2% соответственно. Частота клинически значимой депрессии по HADS (11+) и HAM-D (14+) составила в подгруппе 1 соответственно 30,0 и 40,0%, а в подгруппе 2 – 11,1 и 16,7%. Вероятность развития тяжелых степеней депрессии (HAM-D 19+) при поражении суставов кистей была вдвое выше (отношение шансов – 2,2; 95% доверительный интервал 1,51–3,19), чем при другой локализации артрита.

Таким образом, данное исследование подтверждает высокую частоту РТДС у больных РЗ. Одной из наиболее уязвимых категорий являются женщины репродуктивного возраста с поражением суставов кисти.

Ключевые слова: тревога; депрессия; HADS; шкала Гамильтона; артрит.

Для ссылки: Васильева АО, Шестерня ПА, Петрова ММ. Ассоциация расстройств тревожно-депрессивного спектра и суставного синдрома у женщин. Научно-практическая ревматология. 2017;55(6):641-646.

ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY-DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS AND JOINT DISEASE IN WOMEN

Vasilyeva A.O., Shesternya P.A., Petrova M.M.

The frequency of anxiety-depressive spectrum disorders (ADSDs) in patients with rheumatic diseases (RDs) is much higher than that in the general population. ADSDs are known to be associated with pain intensity, disease activity, and functional limitations. However, the majority of available papers are limited by the framework of a certain disease.

Objective: to investigate the association of ADSDs with the characteristics of joint damage beyond the nosological approach.

Subjects and methods. The investigation enrolled 38 women aged 18 years and older who had different RDs and preserved reproductive function, were treated at round-the-clock hospitals, and had no clinically significant comorbid diseases. All the patients were divided into two subgroups: 1) those with predominant hand joint injury and 2) those with joint involvement at other sites. All the patients were evaluated for disease activity (DAS-28-ESR, ASDAS-ESR), pain (visual analogue scale), and functional status (HAQ). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to detect ADSDs and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and the Hamilton Depression Rating Scale were employed to rate the severity of anxiety and depression, respectively.

Results and discussion. The frequency of anxiety disorders evaluated through the HADS and the HAM-A was 44.7 and 34.2%, that of depressions was 34.2 and 60.5% respectively. The clinically evident level of HADS anxiety (11+) in Subgroup 1 was detected 5 times more frequently (30.0%) than in Subgroup 2 (5.5%); and that of HAM-A anxiety (18+) was twice as often: 45.0 and 22.2%, respectively. The frequency of clinically significant depression according to HADS (11+) and HAM-D (14+) in Subgroup 1 was 30.0 and 40.0%, and that in Group 2 was 11.1 and 16.7% respectively. The probability of severe depressions (HAM-D 19+) in hand joint injury was twice higher (odds ratio, 2.2; 95% confidence interval, 1.51–3.19) than in arthritis at various sites.

Thus, this investigation provides evidence for the high frequency of ADSDs in patients with RDs. Reproductive-aged women with hand joint injury are one of the most vulnerable groups.

Keywords: anxiety; depression; HADS; Hamilton Scale; arthritis.

For reference: Vasilyeva AO, Shesternya PA, Petrova MM. Association between anxiety-depressive spectrum disorders and joint disease in women. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2017;55(6):641-646 (In Russ.).

doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2017-641-646>

Психическое здоровье человека и важнейшая роль ментальных расстройств являются одной из наиболее острых проблем медицины XXI в. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество страдающих от депрессии и/или тревожных расстройств за период с 1990 по 2015 г. возросло почти на 50% – с 416 до 615 млн человек [1]. Социально-экономическое бремя тревоги/депрессии делает это направление приоритетным не только с точки зрения повышения эффективности системы здравоохранения, но и для общества в целом. Фармакоэкономический анализ инвестиций в лечение депрессии и тревожных расстройств демонстрирует четырехкратную окупаемость [2].

В крупнейшем систематическом обзоре исследований, опубликованных до 2009 г., распространенность тревожных расстройств в популяции в среднем составляет 7,3 [4,8; 10,9]%, а депрессий – 4,7 [4,4; 5,0]% [3, 4]. За последние десятилетия в России было проведено несколько крупных эпидемиологических исследований, в которых изучался данный вопрос. Так, в исследовании ЭССЕ-РФ (Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний в Российской Федерации) среди неорганизованного населения десяти регионов в возрасте от 25 до 64 лет выявлена высокая распространенность тревожных (46,3%) и депрессивных (25,6%) расстройств, более трети из которых были клинически выраженными [5].

Совершенно очевидно значительное количество факторов, влияющих на возникновение и выраженность расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС). По данным большинства исследований, отмечается превалирование РТДС у женщин и нарастание их частоты с возрастом. Помимо медицинских факторов, таких как интенсивность и продолжительность боли, госпитализация, частота обращений за медицинской помощью, коморбидность, неблагоприятный прогноз заболевания, наличие функциональных ограничений, самостоятельное значение имеют уровень образования, финансовый статус, семейное положение и др. [6–8].

Ревматические заболевания (РЗ) нередко сопровождаются хроническим болевым синдромом и могут приводить к потере профессиональных навыков, инвалидизации и социальной дезадаптации человека. Частота РТДС при различных РЗ имеет достаточно большой разброс, превышая общепопуляционный уровень в 10–15 раз и достигая при ревматоидном артрите 89,0–93,6% [9, 10].

По данным современных исследований, сочетание РЗ и депрессивных расстройств невозможно полностью

объяснить исключительно причинно-следственными связями. В наибольшей мере взаимоотношения РЗ и депрессии определяются такими понятиями, как общая «точка сбоя» и резонансное реагирование нейроиммунной и нейроэндокринной систем при воздействии хронического стресса. Наибольшее внимание в связи с этим привлекает диатез-стрессовая модель, активно разрабатываемая в последние годы, которая позволяет выделить общие патогенетические механизмы развития РЗ и депрессии – дистресс на фоне предрасположенности [11]. С одной стороны, высокий уровень провоспалительных цитокинов, выступающих в роли эндогенных стрессоров и нарушающих нейротрансмиссию основных моноаминов – серотонина и дофамина, приравнивает РЗ к хроническому стрессу, что с клинической точки зрения способствует дезадаптации, ассоциируется с хронизацией боли и развитием РТДС. С другой – хронический стресс и депрессия сопровождаются дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, нарушением регуляции иммунного ответа и системным воспалением [12].

Обязательная оценка психического статуса больного РЗ регламентирована рекомендациями Ассоциации ревматологов России [13]. Выявление и своевременное лечение РТДС при РЗ имеют большое значение, обусловленное множественным негативным влиянием тревоги/депрессии на течение и исходы заболевания – ухудшением функционального статуса, снижением эффективности терапии, значительным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти [12, 14]. Однако число исследований, посвященных данной проблематике, в нашей стране значительно меньше, чем за рубежом; большинство работ ограничиваются рамками определенного заболевания, а в реальной клинической практике психосоматический подход фактически игнорируется [15]. Представленное исследование базируется на гипотезе ассоциации РТДС с особенностями поражения суставов вне нозологического подхода.

Материал и методы

В наше исследование включались больные РЗ, у которых можно было предположить наибольшую частоту и выраженность РТДС. Однородность выборки была обеспечена жесткими критериями включения: женский пол, возраст старше 18 лет, сохранность репродуктивной функции; все пациенты были госпитализированы в круглосуточный стационар (ревматологическое отделение КМКБ №20 им. И.С. Берзона, Красноярск), обследование прово-

Таблица 1 Структура госпитализаций в круглосуточный стационар (женщины 18–50 лет)

Нозология (код МКБ-10)	Число госпитализаций (законченных случаев) по данным ТФОМС/КМКБ №20		Доля госпитализаций в КМКБ №20 2015/2016, %	Число пациентов, включенных в исследование
	2015	2016		
РА (M05–06)	136 / 72	104 / 54	52,9 / 51,9	21
ПсА (M07)	24 / 11	28 / 20	45,8 / 71,4	3
АС (M45)	23 / 4	26 / 14	17,4 / 53,8	6
РеА (M02)	74 / 41	66 / 36	55,4 / 54,5	0
НДА (M13)	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8
Всего...	257 / 129	224 / 124	50,2 / 55,4	38

Примечание. РА – ревматоидный артрит, ПсА – псориатический артрит, АС – анкилозирующий спондилит, РеА – реактивный артрит, НДА – недифференцированный артрит.

дилось в первые 3 дня пребывания в стационаре. Исключались пациенты, имевшие известные психические и неврологические расстройства, острые и хронические заболевания, которые могли бы повлиять на результаты тестирования (стенокардия II–IV функционального класса, хроническая сердечная недостаточность II–III стадии, бронхообструктивные заболевания, хроническая болезнь почек, гипер/гипотиреоз и др.), а также госпитализированные по любой причине в течение предшествующего года. Все пациенты участвовали в исследовании добровольно, только после подписания информированного согласия. Научная работа одобрена этическим комитетом КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (протокол №73 от 16.12.2016 г.).

В табл. 1 представлены статистические данные территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС), единственного в Красноярском крае специализированного ревматологического стационара КМКБ №20 им. И.С. Берзона и число пациентов, включенных в исследование.

Ежегодно более половины госпитализаций вышеозначенной когорты пациентов приходится на ревматологическое отделение КМКБ №20 им. И.С. Берзона: в 2015 г. – 50,2%, в 2016 г. – 55,4%. Однако в течение 8 мес (с 01.12.2016 г. по 01.08.2017 г.) в наше исследование было включено лишь 38 больных, наиболее существенными лимитирующими факторами оказались ранняя менопауза и коморбидность больных РЗ. Наличие пациентов с диаг-

нозом НДА в нашем исследовании обусловлено, вероятно, ранними сроками включения (в первые 3 дня госпитализации).

Средний возраст исследуемых составлял $36,2 \pm 9,4$ года, длительность заболевания – в среднем $6,5 \pm 6,2$ года. Активность заболевания устанавливалась согласно рекомендованным индексам с использованием при расчетах СОЭ: у больных РА и периферической формой ПсА – DAS28 (Disease Activity Score 28), при других спондилоартритах – ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). Интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 0–100 мм). Оценка качества жизни и выраженность функциональных ограничений определялись по опроснику HAQ (Health Assessment Questionnaire) [13, 16].

Подавляющее большинство включенных в исследование больных имели высокую или умеренную активность заболевания. Крайне важным обстоятельством является трудоспособность всех респондентов, несмотря на имевшуюся у 21,1% инвалидность. Детальная характеристика исследуемой группы представлена в табл. 2.

Для выявления РТДС нами использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) и полуструктурированное интервью по шкале Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) и депрессии (HAM-D) [13]. По опроснику HADS оценивали подшкалы «тревога» и «депрессия»:

Таблица 2 Клиническая характеристика больных, включенных в исследование

Критерии	Общая группа	Подгруппа 1 – «Кисть»	Подгруппа 2 – «Не кисть»	p, подгруппы 1 и 2
Нозология, n (%):				
РА	21	15 (71,4)	6 (28,6)	
ПсА	3	2 (66,7)	1 (33,3)	
АС	6	1 (16,7)	5 (83,3)	–
НДА	8	2 (25,0)	6 (75,0)	
Возраст, годы, M±σ	36,3±9,5	39,2±9,4	33,1±8,8	0,055
Длительность заболевания, годы, M±σ	6,5±6,2	6,5±6,3	6,6±6,3	0,942
Функциональный класс, n (%):				
II	31	15 (48,4)	16 (51,6)	
III	6	4 (66,7)	2 (33,3)	0,450
IV	1	1 (100)	0	
HAQ, n (%):				
0–0,49	6	3 (50,0)	3 (50,0)	
0,5–2,49	20	14 (70,0)	6 (30,0)	0,393
2,5–3,0	2	2 (100)	0	
Активность заболевания, n (%):				
низкая	5	1 (20,0)	4 (80,0)	
умеренная	14	7 (50,0)	7 (50,0)	0,221
высокая/очень высокая	19	12 (63,2)	7 (36,8)	
Интенсивность боли (ВАШ), n (%):				
минимальная (0–20 мм)	6	1 (16,7)	5 (83,3)	
значительная (21–60 мм)	32	19 (59,4)	13 (40,6)	0,055
выраженная (61–100 мм)	10	7 (70,0)	3 (30,0)	0,247
Лечение*, n (%):				
НПВП	36	20 (55,6)	16 (44,4)	0,489
ГК	11	8 (72,7)	3 (27,3)	0,357
БПВП	24	17 (70,8)	7 (29,2)	0,004
ГИБП	8	2 (25,0)	6 (75,0)	0,357

Примечание. * НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, ГК – глюкокортикоиды, БПВП – базисные противовоспалительные препараты (метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид), ГИБП – генно-инженерные биологические препараты.

норма – отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии (0–7 баллов), субклинически выраженная тревога/депрессия (8–10 баллов), клинически выраженная тревога/депрессия (11 баллов и выше). По шкале HAM-A интерпретация итогового результата проводилась следующим образом: ≤17 баллов – отсутствие тревоги, 18–24 балла – тревожное расстройство средней выраженности, ≥25 баллов – тяжелая тревога, близкая к панической атаке. По шкале HAM-D выделялись следующие суммарные ранги: 0–7 баллов – норма, 8–13 баллов – легкое, 14–18 – средней степени, 19–22 – тяжелое, 23 балла и более – крайне тяжелое депрессивное расстройство.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью программы SPSS 22.0. Количественные признаки представлены в виде среднего (M) и стандартного отклонения (σ), медианы (Me) и квартилей [25-й; 75-й перцентили]; качественные признаки – в виде процентных долей. Статистическую значимость различий между группами оценивали с помощью проверки нулевой гипотезы с использованием непараметрического рангового критерия Манна–Уитни. Для дихотомических признаков в независимых группах применялся критерий Пирсона χ². Корреляционный анализ проводился с помощью непараметрического критерия Спирмена. Степень риска определялась по отношению шансов (ОШ) с расчетом 95% доверительных интервалов (ДИ). Результат считался статистически значимым при p<0,05.

Результаты

Среднее значение в общей группе обследуемых по опроснику HADS в подшкале «тревога» составило 7,3±4,1, в подшкале «депрессия» – 5,3±4,5; по шкале Гамильтона: HAM-A – 14,0±8,6 и HAM-D – 10,8±5,6 балла. Тревожные расстройства, согласно опроснику HADS (HADS ≥8), имелись практически у половины – у 44,7%; в том числе субклинической тревоги (HADS 8–10) – у 26,3%; клинически значимой тревоги (HADS ≥11) – у 18,4% больных. Тревожные расстройства по опроснику Гамильтона (HAM-A ≥18) выявлялись несколько реже –

у трети пациентов (34,2%); в том числе средней степени (HAM-A 18–24) – у 18,4% и тяжелые (HAM-A ≥25) – у 15,8%.

Депрессия по HADS (≥8) была выявлена у трети больных (34,2%). При этом частота клинически значимой депрессии (HADS ≥11) составила 21,1%; пограничных (субклинических) расстройств – 13,2%. Депрессивные расстройства по шкале Гамильтона (HAM-D ≥8) обнаружены у 60,5% обследуемых, в том числе депрессия легкой степени (HAM-D 8–13) – у 31,6%, средней степени (HAM-D 14–18) – у 15,8%; тяжелые депрессии (HAM-D ≥19) – у 13,2%.

Опросник оценки здоровья HAQ является общепризнанным инструментом оценки качества жизни больных РА, наибольшее значение в котором имеют разделы, отражающие сохранность функции кисти (одевание и уход за собой, прием пищи, сила кистей, гигиена). Помимо уникальной и универсальной моторной роли, кисть имеет большое значение с точки зрения восприятия (осозания), коммуникации человека. Проекция кисти в центральной нервной системе человека фактически равна всему остальному телу. Не вызывает сомнений и взаимосвязь кисти как самостоятельного органа с различными психоэмоциональными аспектами личности. В соответствии с целью исследования все пациентки были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа («Кисть») – 20 больных (52,6%) с преимущественным поражением суставов кистей, включая лучезапястные, пястно-фаланговые и межфаланговые суставы, и 2-я подгруппа («Не кисть») – 18 больных (47,4%) с преобладающим поражением суставов другой локализации. Подгруппы не имели статистически значимых различий по возрасту, длительности и уровню активности заболевания, степени функциональных ограничений (см. табл. 2). Учитывая, что в подгруппе 1 («Кисть») преобладали пациенты с РА (75%), закономерно эти пациенты значительно чаще получали БПВП.

Среднее значение HADS по подшкале «тревога» в 1-й подгруппе составило 8,6±4,3, во 2-й – 5,8±3,3 (p=0,044). Обращает на себя внимание, что клинически выраженный уровень тревоги по опроснику HADS в под-

Таблица 3 Частота РТДС, n (%)

Группа/подгруппа	HADS								
	тревога				p	депрессия			
	отсутствует (0-7)	субклинические (8-10)	клинически выраженные (11-21)	отсутствует (0-7)		субклинические (8-10)	клинически выраженные (11-21)	p	
Общая группа	21 (55,3)	10 (26,3)	7 (18,4)	–	25 (65,8)	5 (13,2)	8 (21,0)	–	
Подгруппа 1 «Кисть»	9 (45,0)	5 (25,0)	6 (30,0)	0,142	10 (50,0)	4 (20,0)	6 (30,0)	0,095	
Подгруппа 2 «не кисть»	12 (66,7)	5 (27,8)	1 (5,5)		15 (83,3)	1 (5,6)	2 (11,1)		

Группа/подгруппа	HAM								
	тревога				p	депрессия			
	отсутствует (0-17)	средняя (18-24)	тяжелая (≥25)	отсутствует (0-7)		легкая (8-13)	средняя (14-18)	тяжелая и крайне тяжелая (≥19)	p
Общая группа	25 (65,8)	7 (18,4)	6 (15,8)	–	15 (39,5)	12 (31,6)	6 (15,8)	5 (13,1)	–
Подгруппа 1 «Кисть»	11 (55,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	0,331	5 (25,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	5 (25,0)	0,023
Подгруппа 2 «Не кисть»	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)		10 (55,5)	5 (27,8)	3 (16,7)	0	

группе «Кисть» определялся в 5 раз чаще, чем в подгруппе «Не кисть», – 30,0% и 5,5%, соответственно. В 1-й подгруппе среднее значение HAM-A составило $15,9 \pm 8,7$, во 2-й – $11,7 \pm 8,2$ ($p=0,125$). Клинически значимая тревога по шкале HAM-A в подгруппе 1 встречалась вдвое чаще, чем в подгруппе 2, – 45,0 и 22,2% соответственно. Однако статистической значимости эти различия не достигли (табл. 3).

Среднее значение HADS в подшкале «депрессия» в 1-й подгруппе составило $8,7 \pm 4,8$, во 2-й – $3,6 \pm 3,6$ ($p=0,051$), а по шкале HAM-D – $12,9 \pm 6,0$ и $8,5 \pm 4,1$ соответственно ($p=0,015$). Клинически значимый уровень депрессии в группе «Кисть» определялся по HADS практически втрое чаще, чем в группе «Не кисть»: 30,0 и 11,1% соответственно. Депрессии тяжелой и очень тяжелой степени (HAM-D 19+) были выявлены у 5 (13,2%) больных, у всех из них в патологический процесс были вовлечены суставы кисти, ОШ=2,2 (95% ДИ 1,51–3,19).

Из общего числа обследованных 34 (89,5%) больных были старше 25 лет. В этой возрастной подгруппе клинически значимый уровень тревоги по HADS был выявлен исключительно у женщин с поражением суставов кистей – 31,6% (6 из 19; $p=0,016$; ОШ=2,2; 95% ДИ 1,45–3,21). Клинически выраженная депрессия у них диагностировалась в пять раз чаще (31,6%) чем при артритах другой локализации (6,7%). Риск развития депрессивных расстройств тяжелой и крайне тяжелой степени был вдвое выше при наличии воспалительных изменений суставов кистей ($p=0,031$; ОШ=2,07; 95% ДИ 1,42–3,02).

Клинически значимый уровень тревоги по шкале HADS был выявлен у 18,4% больных, по шкале Гамильтона – у 34,2%, клинически выраженная депрессия – соответственно у 21,0 и 2,9%. Используемые методики продемонстрировали высокий уровень корреляции в выявлении тревожных расстройств ($r=0,65$; $p=0,001$) и депрессий ($r=0,66$; $p=0,001$). В изучаемых подгруппах корреляция между методиками существенно различалась. У больных с поражением суставов кисти этот показатель был высоким для оценки как тревожных расстройств ($r=0,7$; $p=0,001$), так и депрессий ($r=0,77$; $p=0,001$), в то время как в подгруппе 2 («Не кисть») он был заметно ниже: $r=0,58$; $p=0,011$ и $r=0,41$; $p=0,096$ соответственно.

Обсуждение

Полученные данные подтверждают высокую частоту РТДС у больных РЗ. В одной из наиболее уязвимых категорий больных – женщин репродуктивного возраста, находящихся на лечении в стационаре, – частота клинически значимых тревожных расстройств составила 18,4–34,2%; депрессий – 21,0–28,9%. Однако по сравнению с имеющимися в литературе данными она была несколько ниже, что может быть связано с ограничением по возрасту и исключением пациентов, имевших серьезные интеркуррентные заболевания.

В нашей работе возраст рассматривался скорее с точки зрения фазы психологического становления личности, нежели в качестве биологического этапа развития. Именно этим обстоятельством было обосновано использование концепции возрастной периодизации жизни человека по Э. Эриксону, в основе которой находится смена в определенные периоды жизни человека

психосоциальных задач, от успешности решения которых зависит гармоничность развития личности в целом [17]. Этап «взрослости», наступающий с 25 лет, характеризуется стремлением к продуктивности. При этом в норме при правильной расстановке приоритетов личность сможет функционировать как деятельный член общества, в противном же случае появляется чувство безнадежности и бессмысленности жизни. Актуализация данного возрастного периода обусловлена также сопряженностью с активной трудовой деятельностью человека.

При общепринятой интерпретации итоговой суммы баллов в оценке тревожных расстройств идентичный результат по обоим шкалам был у 29 из 38 больных (76,3%), а в оценке депрессии – у 22 из 38 (57,9%). Данный факт объясняется, вероятно, тем, что в HADS оценивается исключительно психический компонент аффективных расстройств, в отличие от шкал Гамильтона, в которых учитываются их соматические проявления. Так, у 3 (7,9%) больных шкала Гамильтона позволила выявить тяжелую тревогу и у 4 (10,5%) – клинически значимый уровень депрессии при пограничных показателях по HADS. Вероятно, это объясняется недостаточностью субъективной оценки РТДС пациентом ввиду некоторой соматизации депрессивных симптомов, которые нуждаются в специализированной оценке врачом. С другой стороны, часть пунктов шкалы Гамильтона для оценки депрессии не вписываются в рамки ее диагностической направленности, что отражается на точности оценки тяжести аффективных расстройств и конструктивной состоятельности шкалы в целом [18].

Частота РТДС клинически значимого уровня оказалась примерно равнозначной по шкале HADS: 18,4% тревожных и 21,1% депрессивных расстройств. В то же время по шкале Гамильтона тревога была выявлена у 34,2% больных, а депрессия – у 60,5%. Использование обоих шкал позволяет улучшить выявление РТДС. Однако это сопряжено с весьма существенными временными затратами врача, что, конечно же, будет ограничивать их широкое использование на практике.

Существенным ограничением представленной работы является небольшое число наблюдений и достаточно условное разделение пациентов, основанное на локализации артрита. Совершенно очевидно, что поражение кисти при РА является типичным клиническим проявлением (в группе «Кисть» у 75% больных был диагностирован РА). Данное обстоятельство не позволяет в полной мере дистанцироваться от нозологического подхода. Вместе с тем функциональная значимость вовлеченных в патологический процесс суставов несомненно должна учитываться, а полученные результаты требуют дальнейшего изучения.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

ЛИТЕРАТУРА

- Bulletin of the World Health Organization 2017;95:244-5. Электронный ресурс [http://www.who.int/bulletin/volumes/95/4/17-010417.pdf?ua=1] Ссылка доступна на 21.09.2017.
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psych*. 2016;3(5):415-24. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
- Baxter AJ, Scott KM, Vos T, et al. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013;43:897-910. doi: 10.1017/S003329171200147X
- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013;43:471-81. doi: 10.1017/S0033291712001511
- Шальнова СА, Евстифеева СЕ, Деев АД и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив*. 2014;(12):52-9 [Shal'nova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, et al. The prevalence of anxiety and depression in various regions of the Russian Federation and its association with socio-demographic factors (according to the ESSE-RF study). *Terapevticheskii Arkhiv*. 2014;(12):52-9 (In Russ.)].
- Оганов РГ, Ольбинская ЛИ, Смулевич АВ и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология*. 2004;(1):48-54 [Oganov RG, Ol'binskaya LI, Smulevich AV, et al. Depression and depressive disorder in general medical practice. The results of the COMPASS program. *Kardiologiya*. 2004;(1):48-54 (In Russ.)].
- Балабина НМ. Проблема тревожных расстройств в практике участкового терапевта. *Сибирский медицинский журнал*. 2010;94(3):111-2 [Balabina NM. The problem of anxiety disorders in the practice of the local therapist. *Sibirskii Meditsinskii Zhurnal*. 2010;94(3):111-2 (In Russ.)].
- Ахмадеева ЛР, Терегулова ДР. Тревожные и депрессивные состояния и их связь с болевым синдромом у пациентов, находящихся на стационарном лечении. *Проблемы женского здоровья*. 2012;7(2):23-8 [Akhmadeeva LR, Teregulova DR. Alarming and depressive conditions and their relation to pain syndrome in patients undergoing inpatient treatment. *Problemy Zhenskogo Zdorov'ya*. 2012;7(2):23-8 (In Russ.)].
- Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ, Насонов ЕЛ. Стрессовые факторы и депрессивные расстройства при ревматических заболеваниях. *Научно-практическая ревматология*. 2013;51(2):98-103 [Lisitsyna TA, Veltishchev DYU, Nasonov EL. Stressors and depressive disorders in rheumatic diseases. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(2):98-103. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2013-634
- Margaretten M, Julian L, Katz P, et al. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol*. 2011;6(6):617-23. doi: 10.2217/ijr.11.62
- Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ, Герасимов АН и др. Факторы, влияющие на восприятие боли при ревматоидном артрите. *Клиническая медицина*. 2013;91(3):54-61 [Lisitsyna TA, Veltishchev DYU, Gerasimov AN, et al. Factors affecting the perception of pain in rheumatoid arthritis. *Klinicheskaya Meditsina*. 2013;91(3):54-61 (In Russ.)].
- Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ, Краснов ВН и др. Клинико-патогенетические взаимосвязи иммуновоспалительных ревматических заболеваний и психических расстройств. *Клиническая медицина*. 2014;92(1):12-20 [Lisitsyna TA, Veltishchev DYU, Krasnov VN, et al. Clinico-pathogenetic relationships of immuno-inflammatory rheumatic diseases and psychiatric disorders. *Klinicheskaya Meditsina*. 2014;92(1):12-20 (In Russ.)].
- Насонов ЕЛ, редактор. Российские клинические рекомендации. *Ревматология*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 464 с. [Nasonov EL, editor. *Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii. Revmatologiya* [Russian clinical guidelines. Rheumatology]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 464 p.]
- Michelsen B, Kristianslund EK, Sexton J, et al. Do depression and anxiety reduce the likelihood of remission in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis? Data from the prospective multi-center NOR-DMARD study. *Ann Rheum Dis*. Pub. Online First: 21 July 2017. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211284
- Коршунов НИ, Курыгин АГ, Речкина ЕВ и др. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. *Научно-практическая ревматология*. 2015;53(5):469-71 [Korshunov NI, Kurygin AG, Rechkina EV, et al. Rheumatoid arthritis as a psychosomatic disease. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2015;53(5):469-71 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-469-471
- Амирджанова ВН. Шкалы боли и HAQ в оценке пациента с ревматоидным артритом. *Научно-практическая ревматология*. 2006;44(2):60-5 [Amirjanova VN. Pain scales and HAQ in assessing a patient with rheumatoid arthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2006;44(2):60-5 (In Russ.)].
- Обухова ЛФ. *Возрастная психология: учебник*. Москва: Юрайт, МГППУ; 2011. 460 с. [Obukhova LF. *Vozrastnaya psikhologiya: uchebnik* [Age psychology: a textbook]. Moscow: Yurait, MGPPU; 2011. 460 p.]
- Romera I, Perez V, Menchon JM. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psych Res*. 2011;186(1):133-7. doi: 10.1016/j.psychres.2010.06.023