

Применение антидепрессантов у больных ревматоидным артритом с коморбидной депрессией

Н.В.Яльцева, Е.А.Григорьева, Н.И.Коришунов
Ярославская государственная медицинская академия

Резюме

Цель. Изучить влияние коморбидной депрессии у больных ревматоидным артритом (РА) на течение основного заболевания, эффективность применения антидепрессантов у этой категории пациентов.

Материал и методы. Включены 70 больных РА (все женщины) с достоверным по критериям ACR (1987) диагнозом РА и коморбидными депрессивными расстройствами. 30 больных РА прошли курс терапии антидепрессантами — основная группа; 20 отказались от предложенной терапии — главная группа контроля; 20 пациентов РА без депрессии — дополнительная группа контроля, за которыми также осуществлялось динамическое наблюдение. Использовались шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Результаты. Исходно клинические показатели основной группы, главной группы контроля и дополнительной достоверно не различались. При использовании антидепрессантов у пациентов основной группы такие клинические характеристики болезни, как число болезненных суставов, число припухших суставов (DAS-28), длительность утренней скованности, интенсивность боли (в баллах), Functional Disability Index (FDI) достоверно улучшались через 3 мес. терапии антидепрессантами (соответственно $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Это улучшение продолжало нарастать к 6-му мес. наблюдения. Сравнение главной и дополнительной групп контроля свидетельствовало о лучшей динамике процесса в отсутствии коморбидной депрессии и негативном влиянии последней на результаты лечения.

Заключение. Эффективная терапия депрессий у пациентов РА современными антидепрессантами — селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС), устранение ее симптомов улучшает клиническое течение основного заболевания, его прогноз и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит (РА), депрессия, аффективные расстройства, антидепрессанты, сертралин (золофт)

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое, неуклонно прогрессирующее заболевание, вызывающее функциональные ограничения, интенсивную боль и преждевременную нетрудоспособность. Распространенность РА составляет 0,5-1,0% взрослого населения во всех странах мира, увеличиваясь с возрастом. Лечение пациентов с РА — очень дорогая проблема [16], поскольку необходимо длительное лечение не только для снятия симптомов обострения, но и для индукции ремиссии. Значительно повышает затраты включение методов современной биологической терапии. Многим требуется хирургическая помощь, что также значительно увеличивает экономическое бремя данного заболевания.

В настоящее время среди косвенных издержек РА одной из основных считают депрессию [2, 6, 9, 14, 17]. По данным ряда авторов [8, 20, 22], присутствие коморбидной депрессии у пациентов РА удваивает затраты здравоохранения и ухудшает функциональный статус пациентов. Среди всех хронических заболеваний РА и депрессия оказывают наибольшее влияние на уровень нетрудоспособности [23], увеличивая количество вынужденных изменений рабочего статуса [1, 4, 12, 15]. Пациент должен справиться с возможным изменением общественной роли, а также с болью, астенией, низкой самооценкой, когнитивными нарушениями [5, 7, 10, 13, 19, 21]. Риск депрессии у пациентов РА возрастает в 2 раза в течение первых 4 лет после установки диагноза [18]. Правильное понимание того, что на величину издержек у пациентов РА влияют не только сама болезнь, но и связанные с ней психические и психосоциальные характеристики, необходимо

для оптимизации терапевтического процесса у этой категории пациентов.

Цель исследования: изучить влияние коморбидной депрессии у больных РА на течение основного заболевания, эффективность применения антидепрессантов у этой категории пациентов.

Материал и методы

На базе ревматологического отделения Ярославской областной клинической больницы проведено открытое контролируемое исследование, включившее пациентов с коморбидной депрессией. Всего в нем приняли участие 70 больных РА, срок наблюдения 6 мес. Пациенты были разделены на три подгруппы: а) основная (n=30) — пациенты с диагностированной коморбидной депрессией, прошедшие курс терапии антидепрессантами; б) главная группа контроля (n=20) — пациенты с наличием депрессии, но отказавшиеся от лечения антидепрессантами; в) дополнительная группа контроля — пациенты без депрессии (n=20), за которыми также осуществлялось динамическое наблюдение. Все больные — женщины, в возрасте от 18 до 55 лет (ср. возраст — $44,2 \pm 0,95$ лет), обследовались в условиях ревматологического отделения общепринятыми в ревматологии клиническими, лабораторными и рентгенологическими методами.

Из выборки исключали следующие состояния: алкоголизм, наркомания; депрессии с психотическими нарушениями и/или суицидальными намерениями; печеночная/почечная недостаточность; злокачественные новообразования; беременность; выраженные изменения лабораторных тестов, не связанные с РА.

В качестве антидепрессанта использовался сертралин (золофт), лечение которым проводилось в течение 3 мес. Суточная доза препарата при легкой и умеренной депрессии составила 50 мг/сут; в ходе терапевтического процесса увеличения дозы не потребовалось. С целью коррекции инсомнии допускалось применение одного из следующих препаратов: гидроксизин 25мг, лоразепам 1 мг, феназепам 0,5 мг, клоназепам 1 мг. Закончили курс лечения сертралином 30 пациентов РА; выбывших из исследования не было. Оценку эффективности, безопасности и переносимости терапии проводили с применением стандартных формализованных инструментов — шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS), шкалы оценки тревоги Гамильтона (HDAS), карты регистрации нежелательных явлений и побочных эффектов. Показатели формализованных шкал, а также клинические, лабораторные характеристики РА регистрировали до начала терапии, через 1, 2, 3 мес терапии сертралином, а также через 4, 5, 6 мес от начала терапии (3 мес наблюдения после окончания основного терапевтического курса). Через 3 мес терапии антидепрессантами результат оценивался как «очень хороший» (0-5 баллов по шкале HDRS); «хороший» (6-10 баллов); «удовлетвори-

тельный» (свыше 10 баллов, но сокращение количества баллов по сравнению с исходным на 50% и выше); «неудовлетворительный» (свыше 10 баллов, но сокращение количества баллов по сравнению с исходным — ниже 50%). Аналогичная повторная оценка эффективности терапии проводилась через 6 мес от ее начала.

Оценка безопасности предусматривала регулярную регистрацию основных физиологических констант (масса тела, артериальное давление, частота сердечных сокращений) во время запланированных визитов. Оценивались данные ЭКГ, лабораторные показатели крови и мочи. Критерием оценки безопасности сертралина являлось отсутствие угрожающих жизни и здоровью побочных эффектов.

Постановка диагноза РА осуществлялась на основании диагностических критериев Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987). Ср. длительность заболевания — $11,1 \pm 0,93$ лет. Ср. возрастной состав пациентов в группах и средняя длительность заболевания достоверно не различались. Существенно не отличались группы и по другим показателям, например, по таким важным с точки зрения изучения психолого-психиатрических особенностей социальным характеристикам, как уровень образования или семейное положение. Анализ анамнестических данных показал, что большинство обследованных (54 чел. — 77,1%) склонны связать начало болезни с определенными провоцирующими факторами. Чаще всего это инфекции, психический стресс и другие факторы внешней среды. 16 пациентов (22,9%) затруднились назвать причину болезни.

Результаты и обсуждение

Основные клинические данные о больных при поступлении представлены в табл. 1. Большинство пациенток отмечали наличие болевого синдрома и утренней скованности различной продолжительности, экссудативные и пролиферативные изменения в суставах.

Данные, приведенные в табл. 1, свидетельствуют о том, что госпитализированный контингент пациенток был достаточно тяжелым: у большинства активность процесса характеризовалась как умеренная и высокая, рентгенологически определялся деструктивный артрит, доминировал II класс функционального индекса (Functional Disability Index — FDI) [11]. Более чем 1/3 больных были гормонозависимыми со средней длительностью глюкокортикоидной терапии $5,0 \pm 1,04$ лет и поддерживающей дозой $11,7 \pm 1,04$ мг/сут. У 1/3 больных выявлена анемия. Системные проявления зарегистрированы у половины (58,6%) больных. В отношении частоты системных поражений при РА обычно имеется много вопросов, связанных с чувствительностью используемых методов диагностики и неоднозначностью интерпретации полученных данных, что, в свою очередь, нередко связано с традициями кон-

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП БОЛЬНЫХ РА				
Клинические параметры	Основная группа n 30	Группы больных Контроль РА и Д n 20	Контроль РА n 20	Все больные
Полиартрит	30 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	70 (100%)
Серопозитивный	15 (50,0%)	14 (70,0%)	6 (30,0%)	38 (54,3%)
Серонегативный	15 (50,0%)	6 (30,0%)	14 (70,0%)	32 (45,7%)
Гормонозависимость	14 (46,7%)	7 (35,0%)	9 (45,0%)	30 (42,9%)
Активность				
II 5,1 ≤ DAS-28 ≤ 3,2	8 (26,7%)	7 (35,0%)	6 (30,0%)	21 (30,0%)
III DAS-28 > 5,1	22 (73,3%)	13 (65,0%)	14 (70,0%)	49 (70,0%)
Стадия II	7 (23,3%)	3 (15,0%)	7 (35,0%)	17 (24,3%)
III	16 (53,3%)	14 (70,0%)	9 (45,0%)	39 (55,7%)
IV	7 (23,3%)	3 (15,0%)	4 (20,0%)	14 (20,0%)
ФК				
I FDI 0 – 0,49	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
II FDI 0,50 – 1,49	22 (73,3%)	16 (80,0%)	17 (85,0%)	55 (78,6%)
III FDI 1,50 – 2,49	8 (26,7%)	4 (20,0%)	3 (15,0%)	15 (21,4%)
IV FDI 2,50 – 3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Системные проявления	20 (66,7%)	13 (65,0%)	8 (40,0%)	41 (58,6%)

кредной клиники. Среди наших пациенток чаще всего регистрировались анемия и лимфаденопатия. Кроме того, выявлялись ревматоидные узелки, васкулит, лихорадка и похудание, нефропатия. Эти явления часто сочетались, при этом отнесение некоторых из них (например, анемии, лихорадки и похудания к самостоятельным системным проявлениям, безусловно, является условным и может интерпретироваться как проявление активности или рассматриваться в рамках васкулита, в том случае, если последний очевиден). Итак, можно констатировать, что статус пациенток РА был типичным для стационарного контингента, а также то, что по основным клиническим, клинико-рентгенологическим, клинико-лабораторным характеристикам болезни состав групп существенно не различался.

В табл. 2 представлены диагностические категории выявленных депрессивных расстройств у пациенток РА. Часть из них более логично рассматривать в рамках нарушения адаптации, вызванной тяжелым соматическим заболеванием (смешанные тревожно-депрессивные реакции). В этих случаях определялась четкая временная связь между началом заболевания или серьезным его обострением и возникновением депрессии с чувством неспособности справиться с возникшей ситуацией.

Смешанные тревожно-депрессивные (33,3%) реакции возникали на фоне умеренно выраженного астенического симптомокомплекса; тревога за свое здоровье, за будущее временами являлась доминирующей и сопровождалась у всех пациенток самыми разнообразными вегетативными проявлениями. Диагноз умеренного или легкого депрессивного эпизода констатировался в 14 (46,7%) случаях. Естественно, что этот диагноз условен. Речь идет не

 Таблица 2
 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК, УСТАНОВЛЕННЫЕ ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПСИХИАТРА (ОСНОВНАЯ ГРУППА)

Диагностические категории МКБ-10	шифр	n	%
Расстройство адаптации: смешанная тревожная-депрессивная реакция	F 43.22	10	33,3
Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F 32.11	8	26,7
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	F 41.2	1	3,3
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F 32.01	6	20,0
Рекуррентное депрессивное расстройство: текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами	F 33.11	5	16,7
Всего		30	100

о чисто депрессивной болезни как таковой; здесь имеет место и соматический, и личностный, и психогенный факторы, но структура депрессии близка умеренному или легкому депрессивному эпизоду.

Лечение 30 больных РА сертралином проводилось наряду с терапией основного заболевания, которая в условиях стационара не являлась однотипной и включала в зависимости от степени выраженности соответствующих клинических проявлений использование различных медикаментозных средств (нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов, базисных противовоспалительных препаратов, локальной терапии) и физиотерапии, ЛФК, в том числе специальной. Несмотря на разнообразие терапевтических методов воздействия на патологический процесс, использование антидепрессантов у этих больных

является принципиально иным подходом, поэтому сравнение адекватной традиционной терапии РА и терапии с использованием антидепрессантов является правомочным. С одной стороны, сама по себе оценка эффективности терапии депрессии как таковой у пациентов РА имеет большое практическое значение, а с другой — не меньшее, а может, большее значение имеет оценка динамики соматических симптомов, а также оценка клинических симптомов, являющихся общими для РА и депрессии.

При сравнении основной группы и главной группы контроля (табл. 3) выявлено, что исходно они не различались. При использовании антидепрессантов такие клинические характеристики болезни, как число болезненных суставов, число припухших суставов (в соответствии с DAS-28), длительность утренней скованности, интенсивность боли (в баллах), FDI достоверно улучшались через 3 месяца терапии антидепрессантами, это улучшение продолжало нарастать к 6-му месяцу наблюдения. При этом достоверные отличия определены для показателей:

число болезненных суставов, число припухших суставов, длительность утренней скованности, FDI, интенсивность боли в баллах. Достоверность различия показателей уровня СОЭ, Нб, динамометрии определялись лишь к 6-му месяцу наблюдения. Динамика клинических показателей у пациенток РА в главной контрольной группе неотчетлива: она была более заметной для ряда показателей лишь на третьем месяце терапии (интенсивность боли в баллах, длительность утренней скованности), а через полгода эффект нивелировался. Для лабораторных показателей (гемоглобин, СОЭ) или функциональных тестов (FDI, динамометрия) достоверной динамики не выявлено ни через 3, ни через 6 месяцев. Следовательно, применение антидепрессантов у пациентов РА с коморбидной депрессией значительно эффективнее терапии, не предусматривающей коррекции психического статуса.

При сравнении двух контрольных групп (главная — пациенты РА с коморбидной депрессией, отказавшиеся от терапии антидепрессантами, и дополнительная — пациенты РА без депрессии), как это видно из табл. 3, отмечены те же закономерности. Исходно группы контроля не различались. Динамика клинических показателей у пациенток РА в главной контрольной группе неубедительна, о чем уже было сказано ранее. В то же время у пациентов РА без коморбидной депрессии в ходе динамического наблюдения установлено, что такие клинические характеристики болезни, как число болезненных суставов, число припухших суставов, длительность утренней скованности, интенсивность боли (в баллах), достоверно улучшались через 3 месяца терапии РА, это улучшение продолжало нарастать к 6-му месяцу наблюдения. При этом группы контроля достоверно отличались по следующим клини-

Таблица 3
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК РА (1 — ОСНОВНАЯ ГРУППА, ЛЕЧЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ, N=30; 2 — ГЛАВНАЯ ГРУППА КОНТРОЛЯ, ОТКАЗАВШИЕСЯ ОТ ТЕРАПИИ, N=20; 3 — ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА — ПАЦИЕНТЫ РА БЕЗ ДЕПРЕССИИ, N 20)

		исходно	через 3 мес	через 6 мес.
DAS-28	1	5,8±0,15	5,1±0,13***	4,8±0,12
	2	5,7±0,24	5,2±0,23	5,3±0,18
	3	5,8±0,17	5,0±0,18**	4,6±0,15
Число припухших суставов (DAS-28)	1	4,5±0,31	2,3±0,22***	1,2±0,20***
	2	4,5±0,64	3,6±0,40	3,0±0,32*
	3	4,4±0,37	1,5±0,34***	0,7±0,24
Число болезненных суставов (DAS-28)	1	12,7±0,79	7,2±0,52***	5,1±0,40***
	2	12,9±1,00	10,5±0,87	10,3±0,83
	3	12,0±0,73	6,7±0,72***	4,7±0,57***
Гемоглобин (г/л)	1	116,7±3,46	120,8±2,35	125,2±1,68*
	2	116,5±3,47	120,2±2,91	121,7±2,46
	3	122,7±3,75	123,3±3,51	126,1±3,22
СОЭ (мм/час)	1	32,1±3,24	25,1±2,21	21,3±1,60**
	2	29,5±4,22	21,4±2,71	21,3±2,17
	3	27,8±3,90	24,6±3,00	21,3±2,51
Скованность (мин)	1	164±24,9	76±13,7**	39±7,13*
	2	186±38,6	78±21,4*	139±46,2
	3	170±37,8	48±9,7**	32±8,4
FDI	1	1,2±0,07	0,8±0,07***	0,5±0,05***
	2	1,0±0,09	0,8±0,10	1,0±0,12
	3	1,1±0,09	0,7±0,10**	0,5±0,07
Динамометрия (кг)	1	22,3±2,69	28,0±2,61	33,7±2,49**
	2	19,1±3,95	26,4±4,11	27,8±3,96
	3	23,7±3,12	30,2±3,34	34,0±3,43*
Боль (баллы)	1	3,4±0,11	2,3±0,10***	1,6±0,10***
	2	3,2±0,15	2,2±0,16***	3,0±0,14
	3	3,1±0,15	2,0±0,14***	1,7±0,11

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ — степень достоверности с исходн.

3*, 3**, 3*** — соотв. степень достоверности с 3 месяцем терапии

ческим показателям: число болезненных суставов, число припухших суставов, длительность утренней скованности, FDI, интенсивность боли в баллах (в главной группе контроля все вышеперечисленные

клинические показатели были достоверно выше). Достоверность прироста показателя динамометрии (в дополнительной группе контроля) определялась лишь к 6-му месяцу наблюдения. Таким образом, сравнение этих двух групп свидетельствовало о лучшей динамике процесса в отсутствие коморбидной депрессии и негативном влиянии последней на результаты лечения.

В табл. 4 представлена динамика уровня депрессии и тревоги (психической и соматической) спустя 3 и 6 месяцев в основной и главной контрольной группах. Как видно, она существенно различается: в тех случаях, когда антидепрессанты не применялись, эта динамика в целом хотя и налицо, сопровождая, очевидно позитивные сдвиги в соматическом статусе ($p < 0,05$), степень достоверного снижения как уровня депрессии (УД), так и уровня психической и соматической тревоги (УТ) были гораздо ниже, чем при их применении ($p < 0,001$).

Таблица 4

ДИНАМИКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РА АППАРАТА БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ (ГЛАВНАЯ ГРУППА КОНТРОЛЯ) И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ (ОСНОВНАЯ ГРУППА) АНТИДЕПРЕССАНТОВ

	Исходно	3 месяца	6 месяцев
УД (1)	20,0±0,46	9,8±0,34 ***	5,1±0,47 ^{3***}
УД – контроль (2)	16,1±0,30	13,1±0,64(*)^ ***	12,5±0,68^ ***
УТ (1)	19,7±0,67	9,0±0,43 ***	5,1±0,55 ^{3***}
УТ – контроль (2)	14,6±0,42	12,4±0,75(*)^ ***	11,8±0,71^ ***
ПТ (1)	10,1±0,35	3,8±0,24 ***	1,7±0,27 ^{3***}
ПТ – контроль (2)	8,4±0,31	6,8±0,56(*)^ ***	6,2±0,50^ ***
СТ (1)	9,5±0,39	5,2±0,23 ***	3,4±0,32 ^{3***}
СТ – контроль (2)	6,3±0,19	5,7±0,26^ ***	5,6±0,28^ ***

УД – уровень депрессии

УТ – уровень тревоги

ПТ – психическая тревога

СТ – соматическая тревога

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $p < 0,001$ степень достоверности с исходными данными

³* $p < 0,05$; ³** $p < 0,01$; ³*** $p < 0,001$ степень достоверности с 3 месяцем терапии

^* $p < 0,05$, ^** $p < 0,01$, ^*** $p < 0,001$ – степень достоверности между основной группой и группой главного контроля

К моменту завершения лечения отмечено достоверное снижение среднего балла HDRS на 74,5% от исходного. При психопатологическом анализе отмечено, что в рамках депрессивного аффекта превалировала сфокусированность представлений на соматическом состоянии, сопровождающаяся беспокойством о будущих неудачах, тревожными опасениями неконтролируемого прогрессирования РА и смерти.

На момент завершения 3-х месячного курса лечения сертралином на основании данных шкалы депрессии Гамильтона (HDRS) у 21 пациента (70,0%)

результат оценен как «хороший»; у 4 – 13,3% – «удовлетворительный»; у 5 – 16,7%, – «неудовлетворительный» (табл. 5).

Таблица 5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СЕРТРАЛИНОМ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ РА В СРАВНЕНИИ С ГЛАВНОЙ ГРУППОЙ КОНТРОЛЯ

Результаты терапии	3 месяца	6 месяцев
Очень хороший – основная группа (1)	0	20 (66,7%)
Очень хороший – главный контроль (2)	0	0 P 1-2=0,000
Хороший – основная группа (1)	21 (70,0%)	8 (26,7%)
Хороший – главный контроль (2)	0 P 1-2=0,000	0 P 1-2=0,012
Удовлетворительный – основная группа (1)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
Удовлетворительный – главный контроль (2)	0	1 (5,0%)
Неудовлетворительный – основная группа (1)	5 (16,7%)	1 (3,3%)
Неудовлетворительный – главный контроль (2)	20 (100%) P 1-2=0,000	19 (95,0%) P 1-2=0,000

Все побочные эффекты, зафиксированные в ходе исследования, возникали в первые две недели приема, не требовали уменьшения дозы препарата либо его отмены, редуцировались в ходе терапевтического процесса. Из побочных явлений зафиксированы: сухость во рту – 2 наблюдения, головная боль – 3, тошнота – 1.

Проанализирована эффективность терапии пациентов РА на основании данных DAS-28 [3]. Через 3 месяца терапии достоверные данные получены для двух контрольных групп ($P=0,023$), через 6 месяцев наблюдения результаты терапии в главной группе контроля (пациенты РА с коморбидной депрессией, отказавшиеся от терапии антидепрессантами) достоверно отличались от основной группы (пациенты РА с коморбидной депрессией, прошедшие 3-х месячный курс терапии антидепрессантами) – $P=0,0004$ и от дополнительной группы контроля (пациенты РА без коморбидной

Таблица 6

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ РА (ОСНОВНАЯ ГРУППА В СРАВНЕНИИ С ГЛАВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ГРУППАМИ КОНТРОЛЯ)

Результаты терапии	3 месяца	6 месяцев
Удовлетворительный – основная группа (1)	1) 10 (33,3%)	1) 20 (66,7%)
Удовлетворительный – главный контроль (2)	2) 4 (20,0%)	2) 3 (15,0%) P 1-2=0,0004
Удовлетворительный – дополнительный контроль (3)	3) 12 (60,0%) P 2-3=0,023	3) 15 (75,0%) P 2-3=0,0003
Без эффекта – основная группа (1)	20 (66,7%)	10 (33,3%)
Без эффекта – главный контроль (2)	16 (80,0%)	17 (85,0%) P 1-2=0,0003
Без эффекта – дополнительный контроль (3)	8 (40,0%) P 2-3=0,023	5 (25,0%) P 2-3=0,0003

депрессии) — $P=0,0003$. Следовательно, оценка эффекта терапии (с точки зрения соматического, ревматологического статуса) спустя 6 месяцев от начала терапии были достоверно выше в случаях использования антидепрессантов, по сравнению с результатами, полученными в главной контрольной группе больных.

Депрессивные нарушения часто сопутствуют ревматическим заболеваниям, в частности — РА. Наличие депрессии отягощает прогноз пациентов РА, увеличивает длительность и стоимость лечения. Существование взаимосвязи между РА и депрессией объясняется действием сложных патофизиологических механизмов, нередко имеющих общую основу. Депрессии часто не диагностируются ревматологами в клинической практике, больные с депрессивными расстройствами не получают адекватной терапии. Это связано со схожестью клинической картины и симптомов РА и депрессии, а также с тем, что врачи считают проявления депрессии «нормальной» реакцией пациента РА. Кроме того, многие пациенты скрывают имеющиеся у них

симптомы депрессии из-за опасений стигматизации.

Эффективная терапия депрессий у пациентов РА современными антидепрессантами (СИОЗС), устранение ее симптомов улучшает клиническое течение основного заболевания, его прогноз и качество жизни пациентов. У пациентов РА с коморбидными депрессивными расстройствами назначение современных антидепрессантов наряду с улучшением психического состояния значительно повышает эффективность комплексной терапии, благоприятно влияя на интенсивность боли (балльная оценка), продолжительность утренней скованности, число болезненных суставов, число припухших суставов, уровень СОЭ, Нб, динамометрию, FDI.

Внедрение в терапевтическую практику современных антидепрессантов (СИОЗС) предоставило врачам-ревматологам уникальную возможность проводить лечение депрессий у больных ревматологического профиля, в частности РА, при минимальном участии психиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ang D.C., Choi H., Kroenke K., Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, 2005, 32, 1013-9.
2. Covic T., Adamson B., Spencer D., Howe G. A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology (Oxford)*, 2003, 42, 1287-94.
3. Felson D.T., Anderson J.J., Boers M. et al. American College of Rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 1993, 36, 729 — 40.
4. Gignac M.A., Badley EM, Lacaille D., Cott C.C, Adam P, Anis AH. Managing arthritis and employment: making arthritis-related work changes as a means of adaptation. *Arthritis Rheum.*, 2004, 51, 909-16.
5. Hill CL, Gill T, Taylor A.W., Psychological factors and quality of life in arthritis: a population-based study. *Clin. Rheumatol.*, 2007, 26, 1049-54.
6. Hirsh A.T., Waxenberg L.B., Atchison J.W., et al. Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood, and disability. *J. Pain*, 2006, 7, 592-601.
7. Kumar A., Clark S., Boudreaux E.D., Camargo C.A. Jr. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad. Emerg. Med.*, 2004, 11, 1284-9.
8. Kvien T.K. Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 2004, 22, 1-12.
9. Li X., Gignac M.A., Anis A.H. The indirect costs of arthritis resulting from unemployment, reduced performance, and occupational changes while at work. *Med. Care*, 2006, 44, 304-10.
10. Li X., Gignac M.A., Anis A.H.. Workplace, psychosocial factors, and depressive symptoms among working people with arthritis: a longitudinal study. *J. Rheumatol.*, 2006, 33, 1849-55.
11. Lipsky P.E., van der Heijde D.M., StClair E.W. et al. Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. *Anti-Tumor Necrosis Factor Trial in Rheumatoid Arthritis with Concomitant Therapy Study Group. N. Engl. J. Med.*, 2000, 343, 1594.
12. Lowe B, Willand L, Eich W., Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom. Med.*, 2004, 66, 395-402.
13. Maharaj R.G., Reid S.D., Misir A., Simeon DT. Depression and its associated factors among patients attending chronic disease clinics in southwest Trinidad. *West Indian Med. J.*, 2005, 54, 369-74.
14. Monaghan S.M., Sharpe L, Denton F., et al. Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.*, 2007, 57, 303-9.
15. Nakajima A., Kamitsuji S., Saito A., et al., Disability and patient's appraisal of general health contribute to depressed mood in rheumatoid arthritis in a large clinical study in Japan. *Mod. Rheumatol.*, 2006, 16, 151-7.
16. Ozminkowski R.J., Burton W.N., Goetzel R.Z. et al., Maclean R, Wang S. The impact of rheumatoid arthritis on medical expenditures, absenteeism, and short-term disability benefits. *J. Occup. Environ. Med.* 2006, 48, 135-48.
17. Patten S.B., Williams J.V., Wang J. Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord.*, 2006, 7, 37 et al.

18. Polsky D., Doshi J.A., Marcus S., et al. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch. Intern Med.*, 2005, 165, 1260-6.
19. Schnittker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med.*, 2005, 60: 13-23.
20. Scott D.L., Smith C., Kingsley G. What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 2005, 19, 117-36.
21. Shih M, Hootman J.M., Strine T.W., et al. Serious psychological distress in U.S. adults with arthritis. *J. Gen. Intern. Med.*, 2006, 21, 1160-6.
22. Stein M.B., Cox B.J., Afifi T.O., et al. Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychol. Med.*, 2006, 36, 587-96.
23. Wang PS, Beck A, Berglund P., et al. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J. Occup. Environ. Med.*, 2003, 45, 1303-11.

Поступила 10.12.08

Abstract

N.V. Yaltseva, E.A. Grigorjeva, N.I. Korshunov

Antidepressants administration in rheumatoid arthritis with comorbid depression

Objective. To study comorbid depression influence on course of rheumatoid arthritis (RA) and antidepressants efficacy in such pts.

Material and methods. 70 pts with RA (all women) fulfilled the 1987 ACR criteria with comorbid depression disturbances were included. 30 from them received course of treatment with antidepressants (main group). 20 refused proposed therapy (main control group). 20 RA pts without depression were included in an additional control group which was also followed up. Hamilton scales of depression and anxiety were used.

Results. Baseline clinical measures did not significantly differ between study groups. Antidepressants application in main group pts was accompanied by significant improvement of tender and swollen joint count, morning stiffness duration, pain intensity (score), functional disability index (FDI) after 3 months ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). This improvement further increased to sixth month of follow up. Comparison of main and additional control groups showed better outcome in the absence of comorbid depression and its negative influence on results of treatment.

Conclusion. Effective treatment of depression with modern antidepressants (selective inhibitors of reverse serotonin capture) in pts with RA improves clinical course of the disease, its prognosis and pts quality of life.

Key words: *rheumatoid arthritis, depression, affective disturbances, antidepressants, sertraline (zoloft)*