

Показатели активности ревматоидного артрита. Связь с психологическим статусом пациента

Рыбакова В.В.¹, Олюнин Ю.А.², Лихачева Э.В.³, Насонов Е.Л.^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; ³Институт психологии и педагогики, кафедра общей психологии и психологии труда АНО ВО «Российский новый университет», Москва

¹Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; ²Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А;

³Россия, 105005, Москва, ул. Радио, 22

Цель исследования — изучение взаимосвязи психологических факторов и показателей активности ревматоидного артрита (РА) у пациентов, которые длительно наблюдались после назначения терапии, проводившейся по принципу «Лечение до достижения цели».

Пациенты и методы. В исследование включено 38 больных РА (29 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 33 до 80 лет (средний возраст $56,5 \pm 12,5$ года) с длительностью заболевания в среднем $6,0 \pm 0,9$ года. Всем больным проводили клиническое обследование, регистрировали следующие параметры: общая оценка больного (ООБ), общая оценка врача (ООВ), оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм), число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС). Определяли функциональный статус по опроснику HAQ, качество жизни по SF-36, характер боли по rainDETECT, наличие тревоги и депрессии по HADS. Пациенты также заполняли опросники жизнестойкости (ЖСТ) и общей самоэффективности (СЭФ). Активность заболевания оценивали по DAS28, CDAI и RAPID3.

Результаты и обсуждение. У 4 больных была высокая, у 21 — умеренная, у 9 — низкая активность РА и у 4 — ремиссия по DAS28. Средние значения ЖСТ, отдельных ее компонентов и СЭФ были сопоставимы с соответствующими популяционными показателями для данной возрастной группы. У пациентов, имевших ЖСТ ниже средней по группе, отмечались значимо более высокие параметры ООБ, ООВ, ЧПС, ЧБС, CDAI и RAPID3, чем у пациентов со средним и более высоким ее уровнем. Аналогичная тенденция прослеживалась и для отдельных компонентов ЖСТ — вовлеченности (ВВЛ), контроля (КНТ) и принятия риска (ПР). Однако для этих показателей выявленные различия не достигали статистической значимости. Мы не обнаружили связи параметров воспалительной активности с результатом общей оценки СЭФ. При наличии субклинически и клинически выраженной тревоги и депрессии показатели ЖСТ, ВВЛ и КНТ у больных были значимо ниже, чем при отсутствии тревоги и депрессии, тогда как ПР и СЭФ в этих группах существенно не различались. Мы наблюдали значимую положительную корреляцию ЖСТ, ВВЛ и КНТ с качеством жизни, которое оценивалось по SF-36. Полученные данные позволяют предположить, что низкая ЖСТ может, с одной стороны, снижать эффективность проводимой терапии (за счет недостаточной исполнительности пациента), а с другой — искажать результат оценки воспалительной активности (за счет влияния на восприятие пациентом своего заболевания).

Заключение. Полученные данные позволяют говорить о необходимости оценки психологического статуса больного при определении уровня активности РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; оценка активности; психологический статус; жизнестойкость; самоэффективность.

Контакты: Юрий Александрович Олюнин; yuryaolyunin@yandex.ru

Для ссылки: Рыбакова ВВ, Олюнин ЮА, Лихачева ЭВ, Насонов ЕЛ. Показатели активности ревматоидного артрита. Связь с психологическим статусом пациента. Современная ревматология. 2020;14(2):27–34. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-27-34

Indicators of rheumatoid arthritis disease activity.

An association with a patient's psychological status

Rybakova V.V.¹, Olyunin Yu.A.², Likhacheva E.V.³, Nasonov E.L.^{1,2}

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow; ²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; ³Department of General Psychology and Labor Psychology, Institute of Psychology and Pedagogy, Russian New University, Moscow

¹8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russia; ²34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia;

³22, Radio St., Moscow 105005, Russia

Objective: to study of the relationship between psychological factors and indicators of rheumatoid arthritis (RA) disease activity in patients who have been followed up for a long time after initiation of treat-to-target therapy.

Patients and methods. The investigation enrolled 38 RA patients (29 women and 9 men) aged 33 to 80 years (mean age, 56.5 ± 12.5 years) with

a mean disease duration of 6.0 ± 0.9 years. All the patients underwent clinical examination; the following parameters were recorded: patient global assessment; physician's global assessment; pain visual analogue scale (VAS), by measuring in millimeters; number of painful joints (NPJ), and number of swollen joints (NSJ). The investigators determined functional status with the Health Assessment Questionnaire (HAQ), quality of life with the 36-Item Short Form Health Survey questionnaire (SF-36), the nature of pain by the painDETECT questionnaire (PDO), and the presence of anxiety and depression with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The patients also filled out the Resilience (Res) Questionnaire (RQ) and the General Self-Efficacy ((GSE) Scale. Disease activity was evaluated by DAS28, CDAI, and RAPID3 scores.

Results and discussion. RA disease activity was high in 4 patients, moderate in 21, and low in 9, and 4 patients had DAS28 remission. The average scores of RQ, its individual components, and GSE scale were comparable with the corresponding population scores for this age group. The patients who had RQ scores below the average group ones were noted to have significantly higher scores of patient global assessment; physician's global assessment, NPJ, NSJ, CDAI, and RAPID3 than in those who had moderate and higher RQ scores. The similar trend was traced for individual Res components, such as involvement (INV), control (CONT), and risk acceptance (RA). However, the revealed differences in these indicators failed to reach statistical significance. There was no correlation between the measures of inflammatory activity and the result of GSE. The patients with subclinical and clinical anxiety and depression had significantly lower RQ, INV, and CONT scores than those who did not have anxiety or depression, whereas RA and GSE did not differ significantly in these groups. There was a significant positive correlation of Res, INV, and CONT with the quality of life, as assessed by SF-36. The findings suggest that low RQ scores can decrease the efficiency of the therapy performed (due to the patient's poor compliance), on the one hand, and can corrupt the result of inflammatory activity assessment (due to the impact on a patient's perception of his/her illness), on the other hand.

Conclusion. The findings may suggest that there is a need to assess the psychological status of a patient when determining the level of RA disease activity.

Keywords: rheumatoid arthritis; activity rating; psychological status; vitality; self-efficacy.

Contact: Yuri Aleksandrovich Olyunin; yuryaolyunin@yandex.ru

For reference: Rybakova VV, Olyunin YuA, Likhacheva EV, Nasonov EL. Indicators of rheumatoid arthritis disease activity. An association with a patient's psychological status. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(2):27–34.

DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-27-34

Ревматоидный артрит (РА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание суставов, основными признаками которого являются стойкие артралгии и прогрессирующая функциональная недостаточность [1]. Развивающееся при РА стойкое аутоиммунное воспаление может также сопровождаться скованностью, слабостью, утомляемостью и формированием необратимых изменений суставов [2]. У многих больных, помимо РА, имеются серьезные коморбидные заболевания, которые могут существенно ухудшать состояние пациентов [3].

Более активное применение синтетических традиционных базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), широкое внедрение в клиническую практику генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и таргетных БПВП позволяют существенно повысить эффективность противоревматической терапии [4]. Современные принципы лечения РА предусматривают максимально раннее назначение БПВП, в первую очередь метотрексата (МТ), регулярное наблюдение за больным, оценку динамики воспалительной активности с помощью количественных методов и своевременную коррекцию терапии с учетом ее эффективности и переносимости. Считается, что такой подход должен обеспечить стойкую ремиссию или низкую активность болезни [5].

В то же время само по себе понятие ремиссии, как и низкой активности заболевания, на сегодняшний день недостаточно четко очерчено и нуждается в уточнении. При определении уровня воспалительной активности и эффективности проводимой терапии принято учитывать лабораторные показатели, суставной счет и параметры, которые оценивает сам пациент. Но даже динамика острофазовых показателей, которая является одним из наиболее объективных критериев, не позволяет достаточно надежно оценить результат лечения, поскольку такие современные сред-

ства, как ингибиторы интерлейкина 6 и Янус-киназа, могут повлиять на результаты лабораторных тестов в большей степени, чем на клинические проявления болезни [6]. Суставной счет также далеко не всегда в должной мере характеризует имеющиеся у больного нарушения.

Поэтому для оценки уровня активности РА большое значение имеют параметры, которые отражают мнение самого больного. При этом в ряде случаев приходится сталкиваться с расхождением между значениями объективных признаков воспаления и оценкой, которую дает пациент [7]. Такая несогласованность может быть обусловлена как несовершенством объективных параметров, так и некорректной оценкой пациента, который не всегда может понять, влияет ли на его самочувствие хронический артрит или факторы, не имеющие прямой связи с воспалением. Между тем для выбора адекватной противоревматической терапии очень важно корректно определить уровень воспалительной активности заболевания.

Наличие хронических изменений опорно-двигательного аппарата и сопутствующих нарушений оказывает мощное психологическое воздействие на пациента и может стать причиной формирования стойкого негативного эмоционального фона, который способствует развитию депрессии [8]. В свою очередь, психологический статус может существенно влиять на восприятие пациентом имеющихся у него нарушений. Оценка пациентом своего состояния — важнейший компонент количественных методов определения воспалительной активности, которые применяются для выбора тактики медикаментозной терапии.

Современные рекомендации по лечению РА предусматривают обязательное использование суммарных индексов для мониторинга активности заболевания и оценки эффективности проводимой терапии, но ни один из них не считается предпочтительным [9]. По мнению экспертов

Таблица 1. Клиническая характеристика больных РА
Table 1. Clinical characteristics of patients with RA

Показатель	Значение
Возраст, годы, $M \pm \sigma$	56,5 \pm 12,5
Пол, женщины/мужчины, n	29/9
Длительность болезни, годы, $M \pm \sigma$	6,0 \pm 9,0
РФ+, n	36
АЦЦП+, n	37
ООБ по ВАШ, мм, $M \pm \sigma$	33,0 \pm 20,1
Боль по ВАШ, мм, $M \pm \sigma$	17,4 \pm 12,8
ООВ по ВАШ, мм, $M \pm \sigma$	28,8 \pm 15,9
ЧПС, $M \pm \sigma$	2,6 \pm 2,7
ЧБС, $M \pm \sigma$	4,7 \pm 3,3
СОЭ, мм/ч, $M \pm \sigma$	17,4 \pm 12,8
DAS28, $M \pm \sigma$	3,8 \pm 1,1
CDAI, $M \pm \sigma$	13,5 \pm 9,1
RAPID3, $M \pm \sigma$	8,3 \pm 5,9
HAQ, $M \pm \sigma$	0,61 \pm 0,53
ИМТ, кг/м ² , $M \pm \sigma$	26,1 \pm 5,3

Примечание. ИМТ – индекс массы тела.
Note. BMI – body mass index.

Таблица 2. Активность РА у обследованных, n
Table 2. RA disease activity in the examinees, n

Активность	DAS28	CDAI	RAPID3
Высокая	4	7	9
Умеренная	21	13	13
Низкая	9	17	7
Ремиссия	4	1	9

EULAR (European League Against Rheumatism), обязательным компонентом индекса активности является суставной счет, который обычно включает число болезненных суставов (ЧБС) и число припухших суставов (ЧПС) [10]. На сегодняшний день широко применяются три валидированных индекса, которые удовлетворяют этому требованию: DAS28 (Disease Activity Score), SDAI (Simplified Disease Activity Index) и CDAI (Clinical Disease Activity Index). Ключевыми компонентами каждого из них являются общая оценка больного (ООБ) и ЧБС. На величину этих параметров может существенно повлиять не только воспалительный процесс, но и такие факторы, как центральная сенситизация и психологические особенности больного. Между тем связь традиционных показателей воспалительной активности с психологическим статусом пациента изучена недостаточно.

Цель исследования – изучение взаимосвязи психологических факторов и признаков активности РА у пациентов,

которые длительно наблюдались после назначения терапии, проводившейся по принципу «Лечение до достижения цели».

Пациенты и методы. В исследование включено 38 пациентов с РА, длительно наблюдавшихся в рамках программы РЕМАРКА. Среди них было 29 женщин и 9 мужчин в возрасте от 33 до 80 лет (средний возраст 56,5 \pm 12,5 года) с длительностью заболевания в среднем 6,0 \pm 0,9 года (табл. 1). В начале наблюдения у всех больных отмечалась высокая воспалительная активность, а длительность РА не превышала 3 лет. Всем больным назначали метотрексат (МТ) подкожно по 10 мг/нед с быстрой эскалацией дозы до 20–30 мг/нед. Если через 3 мес была достигнута ремиссия или снижение SDAI на 17 баллов, продолжали терапию МТ. При недостаточной эффективности к лечению добавляли ГИБП. Если первый ГИБП был недостаточно эффективен, его заменяли на ГИБП другого класса. При развитии стойкой ремиссии решали вопрос об отмене ГИБП, и лечение МТ продолжалось. В случае обострения после отмены ГИБП возобновляли терапию этим же препаратом.

В настоящее исследование вошли пациенты, которым лечение по программе РЕМАРКА было назначено не менее 5 лет назад. Всем больным проводили клиническое обследование, регистрировали ООБ, общую оценку врача (ООВ), оценку боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм), ЧБС, ЧПС. Определяли функциональный статус по опроснику HAQ (Health Assessment Questionnaire), качество жизни по SF-36 (Short Form-36), характер боли по painDETECT, наличие тревоги и депрессии по HADS (Hospital Anxiety and Depression scale). Пациенты также заполняли опросники жизнестойкости (ЖСТ) и общей самоэффективности (СЭФ). Активность заболевания оценивали по DAS28, CDAI и RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и коэффициента корреляции Спирмена. Данные представлены в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$).

Результаты. У 33 из 38 больных была развернутая, у 5 – поздняя стадия РА. Позитивность по ревматоидному фактору (РФ) выявлена у 36 пациентов, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – у 37. У 21 больного был I, у 16 – II и у 1 – III функциональный класс.

На момент обследования 9 больных получали комбинированную терапию МТ и адалимумабом (АДА), 2 – МТ и цертолизумаба пэголом (ЦЗП), 1 – лефлуномидом (ЛЕФ) и АДА, 1 – ЛЕФ и абатацептом (АБЦ). У 11 проводилась монотерапия МТ, у 3 – ЛЕФ, у 2 – сульфасалазином, у 1 – АДА, у 1 – АБЦ и у 1 – ЦЗП; 4 больных не получали ГИБП и БПВП; 8 больных принимали глюкокортикоиды (ГК).

У большинства пациентов была умеренная или низкая активность заболевания (табл. 2).

У 13 больных отмечалась субклинически или клинически выраженная тревога (>8 баллов по HADS), у 4 – субклинически или клинически выраженная депрессия (>8 баллов по HADS). У 14 больных при использовании опросника painDETECT выявлена вероятная или определенная симптоматика невропатической боли. В 24 случаях она отсутствовала. Средние значения ЖСТ и отдельных ее компонентов – вовлеченности (ВВЛ), контроля (КНТ) и принятия риска (ПР) – были сопоставимы с соответствующими попу-

ляционными показателями для данной возрастной группы (табл. 3). Общая оценка СЭФ в среднем по группе составляла 29,8±5,9 (в популяции 33,2±4,6).

У пациентов, имевших ЖСТ ниже средней по группе, отмечались значимо более высокие значения ООБ, ООВ, ЧПС, ЧБС, CDAI и RAPID3, чем при среднем и более высоком ее уровне (табл. 4). Аналогичная тенденция прослеживалась и для отдельных компонентов ЖСТ. Однако для них выявленные различия не достигали статистической значимости. Мы не обнаружили связи показателей воспалительной активности с результатом общей оценки СЭФ.

Наблюдалась значимая обратная корреляция ЖСТ, ВВЛ и КНТ с оценкой выраженности тревоги и депрессии по

Таблица 3. ЖСТ в группе больных РА и в общей популяции
Table 3. Res in the group of patients with RA and in the general population

Показатель	РА, М±δ (56,5±12,5 года)	Общая популяция, М	
		>35 лет	<35 лет
ЖСТ	81,2±21,7	79,8	85,2
ВВЛ	37,8±9,3	36,6	38,0
КНТ	27,7±8,8	27,6	29,8
ПР	17,0±8,1	15,5	17,3

Таблица 4. Связь ЖСТ и ее компонентов с показателями воспалительной активности у больных РА, М±σ
Table 4. Association of Res, its components with the indicators of inflammatory activity in patients with RA (M±σ)

Показатель	ЖСТ		ВВЛ		КНТ		ПР	
	≥81	<81	≥38	<38	≥28	<28	≥17	<17
Боль, мм	27,4±14,5	45,3±24,1**	30,9±18,2	40,8±23,7	28,2±14,6	42,1±24,2*	32,5±17,0	39,3±25,1
ООБ, мм	26,0±16,9	40,8±21,0*	29,2±20,6	36,8±19,5	28,2±17,4	36,9±21,8	32,3±19,7	33,6±21,3
ЧПС	1,7±1,8	3,6±3,2*	2,0±2,3	3,2±3,0	1,8±1,8	3,2±3,2	2,9±3,2	2,3±3,1
ЧБС	3,6±2,3	6,0±3,9*	4,0±3,0	5,5±3,6	3,7±2,0	5,6±4,0	5,1±3,7	4,4±3,0
ООВ, мм	24,0±14,0	34,1±16,7*	25,5±15,9	32,1±15,7	25,8±14,2	31,1±17,2	28,9±16,0	28,6±16,4
CDAI	10,4±6,3	17,1±10,5*	11,4±8,1	15,6±9,7	10,9±6,4	15,7±10,5	14,1±9,6	12,9±8,7
RAPID3	5,6±3,5	11,3±6,7**	6,5±4,8	10,1±6,6	5,5±3,8	10,6±6,5**	7,6±5,4	9,0±6,5
DAS28	3,5±0,8	4,1±1,3	3,7±1,0	3,8±1,3	3,5±0,8	4,0±1,3	3,8±1,1	3,7±1,2
HAQ	0,47±0,50	0,77±0,53	0,51±0,55	0,72±0,50	0,52±0,51	0,69±0,55	0,57±0,53	0,65±0,64

*p<0,05, **p<0,01.

HADS (табл. 5). В то же время мы не наблюдали значимой связи ПР и СЭФ с показателями тревоги и депрессии.

У пациентов с субклинически и клинически выраженной тревогой и депрессией ЖСТ, ВВЛ и КНТ были значимо ниже, чем у пациентов без тревоги и депрессии, тогда как ПР и СЭФ в этих группах существенно не различались (рис. 1, 2). Наличие признаков невропатической боли также ассоциировалось со значимым снижением ЖСТ, ВВЛ и КНТ при отсутствии существенных различий по ПР и СЭФ (рис. 3).

Мы наблюдали значимую положительную корреляцию ЖСТ, ВВЛ и КНТ с качеством жизни, которое оценивалось по SF-36 (табл. 6). Эти параметры коррелировали практически со всеми шкалами SF-36. В то же время нам не удалось обнаружить значимой связи ПР, СЭФ, выраженности тревоги и депрессии по HADS с показателями качества жизни больных.

Обсуждение. В настоящее время мы не можем оценивать активность РА, опираясь только на объективные признаки. Сами по себе они не позволяют с уверенностью судить о выраженности имеющихся у больного воспалительных изменений. Поэтому для определения уровня активности РА большое значение имеют параметры, которые оцениваются с участием больного. К их числу относятся боль, ООБ, ЧБС, функциональный статус и ООВ. На величину этих показателей может влиять не только выраженность воспалительных изменений суставов, но и особенности восприятия пациентом своего заболевания.

Примерно у 30% больных РА отмечаются стойкая боль, утомляемость и функциональные нарушения на фоне низких значений объективных признаков воспаления [11]. Такое расхождение указывает на необходимость более детальной оценки статуса больного, позволяющей учитывать влияние дополнительных факторов, не связанных непосредственно с имеющимися у него воспалительными изменениями. Одним из наиболее значимых факторов является психологический статус больного. Наличие хронического заболе-

Таблица 5. Связь психологических факторов с выраженностью тревоги и депрессии по HADS (коэффициент корреляции Спирмена) у больных РА

Table 5. Association of psychological factors with the level of anxiety and depression, as assessed by HADS (Spearman's correlation coefficient) in patients with RA

Показатель	Тревога	Депрессия
ЖСТ	-0,749*	-0,615*
ВВЛ	-0,799*	-0,630*
КНТ	-0,698*	-0,539*
ПР	-0,310	-0,246
СЭФ	-0,237	-0,153

*p<0,01.

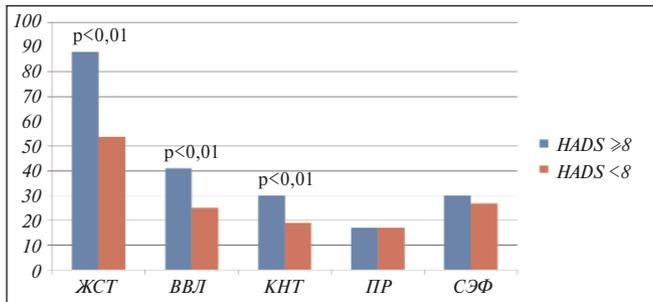


Рис. 1. Связь психологических факторов с оценкой выраженности тревоги по HADS

Fig. 1. Association of psychological factors with the assessment of the level of anxiety by HADS

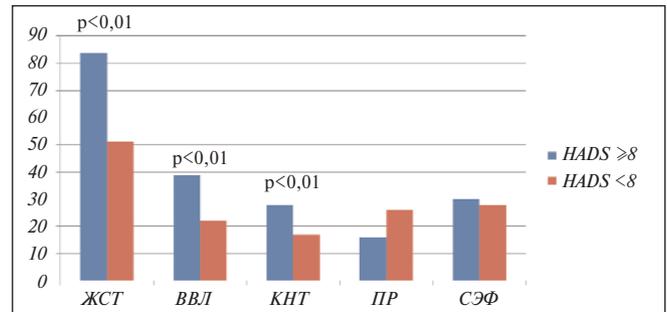


Рис. 2. Связь психологических факторов с оценкой выраженности депрессии по HADS

Fig. 2. Association of psychological factors with the assessment of the level of depression by HADS

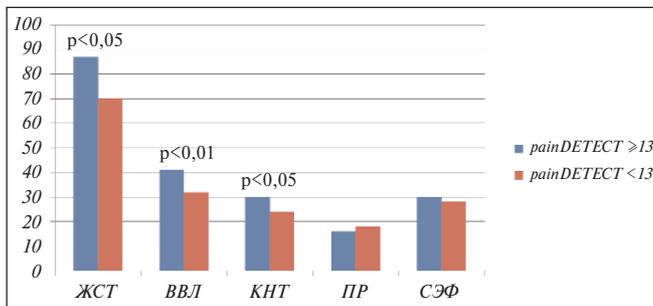


Рис. 3. Связь показателей психологического статуса с наличием признаков невропатической боли

Fig. 3. Association of measures of the psychological status with the presence of the signs of neuropathic pain

вания, имеющего неопределенный прогноз и сопровождающегося стойким болевым синдромом, нередко приводит к развитию тревожно-депрессивных расстройств, которые коррелируют с активностью заболевания и обычно рассматриваются как коморбидная патология [12].

Выраженность психологического дистресса по данным опросников для оценки тревоги и депрессии являлась одним из ключевых факторов, определяющих значение ООБ при РА [13]. В то же время сама по себе вероятность возникновения тревоги и депрессии во многом зависит от психологических особенностей пациента. Так, S. Ryan и V. McGuire [14] обследовали 317 больных РА с помощью опросников, характеризующих боль, тревогу, депрессию, катастрофизацию боли, болевую СЭФ, автономность, связанность и компетентность. Авторы показали, что большая связанность ассоциировалась с меньшей выраженностью депрессии, а большая автономность являлась предиктором менее выраженной тревожности.

Существенное значение для понимания психологических особенностей пациента может иметь исследование его ЖСТ (hardiness), которую можно определить как систему убеждений о себе, о мире, о своих отношениях с миром [15]. Ее прикладное значение обусловлено ролью, которую она играет в противостоянии стрессовым ситуациям. ЖСТ считается ключевой личностной составляющей, опосредующей влияние стрессогенных факторов на соматическое и душевное здоровье, а также на успешность деятельности.

Принято выделять три сравнительно автономных компонента ЖСТ – ВВЛ, КНТ и ПР. Выраженность каждого из них препятствует возникновению внутреннего напряжения

в стрессовых ситуациях. ВВЛ характеризует уверенность человека в том, что вовлеченность в происходящее дает ему максимальный шанс найти для себя нечто значимое и интересное. КНТ – это убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего. ПР – убежденность человека в том, что все, что с ним происходит, способствует его развитию. Компоненты ЖСТ формируются в детстве и в подростковом возрасте. Позднее их можно развивать с помощью специального тренинга.

Тест ЖСТ представляет собой адаптированный опросник Hardiness Survey, который был разработан S.R. Maddi [16]. Он переведен на русский язык и валидирован в российской популяции. С помощью данного опросника была обнаружена четкая обратная зависимость между выраженностью компонентов ЖСТ и вероятностью развития серьезного заболевания в течение года после возникновения стрессовой ситуации. При низкой выраженности всех трех компонентов ЖСТ вероятность заболевания составляла 92,5%, при высоком уровне одного из компонентов – 71,8%, при высоком уровне двух компонентов – 57,7%, при высоком уровне всех трех компонентов – 1,1% [16]. Особое значение ЖСТ имеет при тяжелых и терминальных заболеваниях [17]. Таким пациентам она помогает эффективно адаптироваться к своему состоянию и избегать отчаяния и ощущения беспомощности.

В популяционных исследованиях ЖСТ не различалась у мужчин и женщин и не зависела от образования, но с возрастом несколько снижалась [15]. В нашей группе больных РА значения ЖСТ и отдельных ее компонентов были сопоставимы с популяционными показателями для соответствующей возрастной группы. Это позволяет предположить, что само по себе наличие хронического воспалительного заболевания суставов в течение 5–6 лет не оказало существенного влияния на ЖСТ. В то же время мы наблюдали значимую взаимосвязь ЖСТ с показателями активности заболевания. Так, у пациентов, имевших ЖСТ ниже средней по группе, параметры ООБ, ЧПС, ЧБС, CDAI и RAPID3 были значимо выше, чем у больных с более высоким уровнем ЖСТ.

Аналогичная зависимость прослеживается и для отдельных компонентов ЖСТ. Пониженные значения ВВЛ и КНТ ассоциировались со значимым повышением показателей воспалительной активности. Такая связь может быть обусловлена разными причинами. С одной стороны, пониженная ЖСТ ассоциируется с низкой устойчивостью к стрессовым ситуациям. Она может негативно повлиять на

Таблица 6. Связь психологических факторов с качеством жизни у больных РА
Table 6. Association of psychological factors with quality of life in patients with RA

Показатель	ФФ	РФФ	Боль	ОСЗ	ЖСП	СФ	РЭФ	ПЗ	ФКЗ	ПКЗ
ЖСТ	0,372*	0,504**	0,384*	0,527**	0,780**	0,513**	0,410*	0,759**	0,375*	0,690**
ВВЛ	0,350*	0,476**	0,321	0,530**	0,760**	0,525**	0,486**	0,805**	0,335*	0,740**
КНТ	0,367*	0,504**	0,387*	0,548**	0,779**	0,489**	0,361*	0,734**	0,424**	0,651**
ПР	0,027	0,188	0,155	0,078	0,302	0,192	0,078	0,284	0,030	0,240
СЭФ	0,026	0,056	0,143	0,252	0,213	0,188	0,025	0,401*	0,052	0,261
Тревога	0,030	0,011	-0,124	-0,041	0,142	0,054	0,014	-0,056	-0,057	-0,016
Депрессия	0,100	-0,013	0,008	-0,008	0,050	-0,066	0,087	-0,037	0,016	-0,071

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; ОСЗ – общее состояние здоровья; ЖСП – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психологическое здоровье; ФКЗ – физический компонент здоровья; ПКЗ – психический компонент здоровья.

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; PF – physical functioning; RPF – role-physical functioning; GHS – general health status; Res – resilience; SF – social functioning; REF – role-emotional functioning; PH – psychological health; PHC – the physical health component; MHC – mental health component.

восприятие пациентом своего заболевания и стать причиной завышенной оценки имеющегося дискомфорта. С другой стороны, низкая ЖСТ, по-видимому, может ассоциироваться с меньшей настойчивостью больного при решении вопросов лекарственного обеспечения, недостаточно регулярным посещением врача и менее точным соблюдением врачебных рекомендаций.

В пользу этого предположения говорит то, что ЖСТ влияла не только на те параметры, которые оценивает сам больной, но и на ЧПС, являющееся объективным показателем воспалительной активности. Пониженная ЖСТ также служила предпосылкой для развития тревоги и депрессии. У наших пациентов, имевших субклинические и клинические признаки тревоги и депрессии, ЖСТ была значительно ниже, чем при их отсутствии. В свою очередь, тревога и депрессия могут существенно повлиять на величину показателей воспалительной активности, и прежде всего на ООБ. Так, D. Challa и соавт. [13] обнаружили связь между ООБ и выраженностью тревоги и депрессии. У наших больных также была зафиксирована значимая корреляция ООБ с признаками тревоги и депрессии, которые оценивались по опроснику HADS. При этом мы наблюдали значимую обратную корреляцию ЖСТ с оценкой тревоги и депрессии по HADS.

Кроме того, пониженная ЖСТ ассоциировалась с наличием признаков невропатической боли, которая может быть обусловлена развитием неврологической патологии или центральной сенситизацией. Мы не проводили неврологическое обследование и поэтому не можем полностью исключить наличие у наших больных неврологических нарушений. Однако явных признаков туннельных синдромов при объективном обследовании не отмечалось, а наличие полиневропатии в данной группе представляется маловероятным, поскольку ее развитие связано с васкулитом, обусловленным высокой воспалительной активностью [18]. Между тем у наших пациентов невропатическая боль обычно наблюдается на фоне умеренной или низкой активности РА. Высокая активность заболевания по DAS28 была лишь у 2 из 14 пациентов с невропатической болью. Поэтому наиболее вероятной причиной ее возникновения представляется центральная сенситизация. Полученные нами дан-

ные позволяют предположить, что пониженная ЖСТ может способствовать формированию таких изменений.

Мы также выявили значимую корреляцию ЖСТ и отдельных ее компонентов с качеством жизни больных, которое оценивалось по SF-36. ЖСТ коррелировала со всеми шкалами SF-36, и такая зависимость может быть обусловлена как особенностями восприятия пациентом своего заболевания, так и более высокой воспитательной активностью, которая зафиксирована при низких значениях ЖСТ.

Еще одним инструментом для оценки психологического статуса пациента в настоящем исследовании стал тест общей СЭФ. Концепция СЭФ была разработана А. Bandura [19], который определил ее как уверенность человека в том, что он может выполнить определенную задачу и получить желаемый результат. СЭФ рассматривается как основная движущая сила развития мотивации и психологического благополучия. Высокая СЭФ облегчает процесс принятия решения и ассоциируется с большей готовностью рисковать, низкая СЭФ – с депрессией, тревогой и беспомощностью. J. Martinez-Calderon и соавт. [20], которые обобщили материалы 11 исследований, посвященных изучению СЭФ при РА, сообщают, что в 4 из 5 работ более высокий уровень СЭФ ассоциировался с меньшей интенсивностью боли, а в 3 из 4 – с более благоприятным функциональным статусом, еще в 3 исследованиях отмечалась значимая корреляция СЭФ с качеством жизни больных.

Шкала общей СЭФ была разработана М. Jerusalem и R. Schwarzer [21]. Позднее она была переведена на русский язык и валидирована в российской популяции [22]. В нашей группе больных показатели СЭФ, как и ЖСТ, были сопоставимы с популяционным уровнем. Однако, в отличие от ЖСТ, мы не смогли обнаружить значимой связи СЭФ с воспалительной активностью, тревогой, депрессией и качеством жизни больных. Не исключено, что такой результат может быть обусловлен сравнительно небольшим количеством больных, включенных в настоящее исследование. В то же время даже на такой небольшой выборке мы наблюдали отчетливую связь ЖСТ с ключевыми показателями воспалительной активности, выраженностью психологического дистресса и качеством жизни больных.

Сегодня показатели воспалительной активности, которые оцениваются с участием пациента, являются одним из

основных компонентов количественных методов определения активности РА. На результат ее оценки существенное влияние может оказать восприятие пациентом своего заболевания. При этом дискомфорт, который испытывает больной, зависит не только от имеющихся у него воспалительных изменений, но и от ряда других факторов. В настоящей работе мы оценивали статус больных, которым на ранней стадии РА своевременно назначалась активная противоревматическая терапия в полном соответствии с современными рекомендациями по лечению данного заболевания. Как показало последующее наблюдение в условиях реальной клинической практики, у большинства из них не достигнуто стойкое снижение воспалительной активности до целевого уровня (ремиссии или низкой активности).

Полученные нами результаты позволяют предположить, что одним из значимых факторов, определяющих недостаточную эффективность терапии, может быть низ-

кий уровень ЖСТ пациентов, не позволяющий им адекватно адаптироваться к стрессовой ситуации. Мы наблюдали значимую взаимосвязь ЖСТ и отдельных ее компонентов с основными показателями воспалительной активности и качеством жизни больных. Кроме того, низкая ЖСТ являлась также предиктором возникновения тревоги, депрессии и невропатической боли. Полученные данные позволяют предположить, что низкая ЖСТ может, с одной стороны, снижать эффективность проводимой терапии (за счет недостаточной исполнительности пациента), а с другой — исказить результат оценки воспалительной активности (за счет влияния на восприятие пациентом своего заболевания).

Заключение. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования для разработки рекомендаций по оценке психологических факторов, способных влиять на эффективность лечения и оценку воспалительной активности при РА.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Каратеев АЕ, Насонов ЕЛ. Хроническая боль и центральная сенситизация при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях: патогенез, клинические проявления, возможность применения таргетных базисных противовоспалительных препаратов. *Научно-практическая ревматология*. 2019;57(2):197-209. [Karateev AE, Nasonov EL. Chronic pain and central sensitization in immuno-inflammatory rheumatic diseases: pathogenesis, clinical manifestations, the possibility of using targeted disease modifying antirheumatic drugs. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(2):197-209. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2019-197-209
2. Амирджанова ВН, Погожева ЕЮ, Каратеев АЕ и др. Ревматоидный артрит в реальной клинической практике. Результаты проекта «Компьютерные терминалы самооценки для пациентов с ревматическими заболеваниями» («ТЕРМИНАЛ-1»). *Современная ревматология*. 2019;13(2):25-30. [Amirdzhanova VN, Pogozheva EYu, Karateev AE, et al. Rheumatoid arthritis in real clinical practice. Results of the «Computer Terminals of Self-Assessment for Patients with Rheumatic Diseases» («TERMINAL-1») project. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(2):25-30. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2019-2-25-30
3. Ли́ла АМ, Гордеев АВ, Олюнин ЮА, Галушко ЕА. Мультиморбидность в ревматологии. От комплексной оценки болезни — к оценке комплекса болезней. *Современная ревматология*. 2019;13(3):4-9. [Lila AM, Gordeev AV, Olyunin YuA, Galushko EA. Multimorbidity in rheumatology. From comprehensive assessment of disease to evaluation of a set of diseases. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(3):4-9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2019-3-4-9
4. Насонов ЕЛ. Перспективы анти-В-клеточной терапии в ревматологии. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(5):539-48. [Nasonov EL. Prospects for anti-B-cell therapy in rheumatology. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(5):539-48. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-539-548
5. Насонов ЕЛ. Рекомендации EULAR по диагностике и лечению раннего артрита: 2016. *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(2):138-50. [Nasonov EL. The 2016 EULAR guidelines for the diagnosis and treatment of early arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2017;55(2):138-50. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2017-138-150
6. Насонов ЕЛ, Ли́ла АМ. Ингибция интерлейкина 6 при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях: достижения, перспективы и надежды. *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(6):590-9. [Nasonov EL, Lila AM. Inhibition of interleukin 6 in immune inflammatory rheumatic diseases: achievements, prospects, and hopes. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2017;55(6):590-9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2017-590-599
7. Насонов ЕЛ, Олюнин ЮА, Ли́ла АМ. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности к терапии. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(3):263-71. [Nasonov EL, Olyunin YuA, Lila AM. Rheumatoid arthritis: the problems of remission and therapy resistance. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(3):263-71. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-263-271
8. Лисицына ТА, Вельтищев ДЮ, Ли́ла АМ, Насонов ЕЛ. Интерлейкин 6 как патогенетический фактор, опосредующий формирование клинических проявлений, и мишень для терапии ревматических заболеваний и депрессивных расстройств. *Научно-практическая ревматология*. 2019;57(3):318-27. [Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYu, Lila AM, Nasonov EL. Interleukin 6 as a pathogenic factor mediating clinical manifestations and a therapeutic target for rheumatic diseases and depressive disorders. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(3):318-27. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2019-318-327
9. Олюнин ЮА. Оценка активности заболевания при ревматоидном артрите: рекомендации и практика. *Современная ревматология*. 2014;8(2):15-20. [Olyunin YuA. Assessment of disease activity in rheumatoid arthritis: recommendations and practice. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2014;8(2):15-20. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2014-2-15-20
10. Smolen JS, Landewe RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jan 22. pii: annrheumdis-2019-216655. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655 [Epub ahead of print].
11. Desthieux C, Hermet A, Granger B, et al. Patient-Physician Discordance in Global Assessment in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review With Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Dec;68(12):1767-1773. doi: 10.1002/acr.22902.
12. Абрамкин АА, Лисицына ТА, Вельтищев ДЮ и др. Факторы, влияющие на эффективность терапии у больных ревматоидным артритом: роль коморбидной психической и соматической патологии. На-

- учно-практическая ревматология. 2018; 56(4):439-48.
[Abramkin AA, Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYU, et al. Factors influencing the efficiency of therapy in patients with rheumatoid arthritis: the role of comorbid mental and somatic diseases. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018; 56(4):439-48. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-439-448
13. Challa DNV, Crowson CS, Davis JM 3rd. The Patient Global Assessment of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Identification of Underlying Latent Factors. *Rheumatol Ther*. 2017 Jun;4(1):201-8. doi: 10.1007/s40744-017-0063-5
14. Ryan S, McGuire B. Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *Br J Health Psychol*. 2016 May;21(2):336-50. doi: 10.1111/bjhp.12171
15. Леонтьев ДА, Рассказова ЕИ. Тест жизнестойкости. Москва: Смысл; 2006. 63 с. [Leont'ev DA, Rasskazova EI. *Test zhiznestoikosti* [Test of viability]. Moscow: Smysl; 2006. 63 p.]
16. Maddi SR. Hardiness Training at Illinois Bell Telephone, Health promotion evaluation. Stevens Point: National Wellness Institute; 1987. P. 101-15.
17. Maddi S. Prolonging Life by Heroic Measures: a Humanistic Existential Perspective. In: Cosna PT, van den Bos GR, editors. *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases, and Clinical Care*. Washington: APA; 2003. P. 153-84.
18. Agarwal V, Singh R, Wiclaw, et al. A clinical, electrophysiological, and pathological study of neuropathy in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2008 Jul;27(7):841-4. Epub 2007 Dec 15.
19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 Mar;84(2):191-215.
20. Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, et al. The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2020 Jan;36(1):21-37. doi: 10.1080/09593985.2018.1482512. Epub 2018 Jun 6.
21. Jerusalem M., Schwarzer R. Selbstwirksamkeit (Self-efficacy). Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit. *Research Report №5*. Berlin; 1986. P. 15-28.
22. Шварцер Р, Ерусалем М, Ромек В. Русская версия шкалы общей само-эффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема. *Иностранная психология*. 1996;(7):71-7. [Shvartser R, Erusalem M, Romek V. Russian version of the General self-efficacy scale by R. Schwarzer and M. Erusalem. *Inostrannaya psikhologiya*. 1996;(7):71-7. (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
20.03.2020/15.04.2020/22.04.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Рыбакова В.В. <https://orcid.org/0000-0003-1404-4963>
Олюнин Ю.А. <https://orcid.org/0000-0002-8665-7980>
Лихачева Э.В. <https://orcid.org/0000-0002-0033-601X>
Насонов Е.Л. <https://orcid.org/0000-0002-1598-8360>