

Оценка активности ревматоидного артрита и ее связь с тревогой, депрессией и фибромиалгией у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике

Надежда Михайловна Русланова¹, Людмила Петровна Евстигнеева^{1,2}, Екатерина Сергеевна Добрыдина³, Татьяна Станиславовна Морозова¹

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

² Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

³ Городская больница, Каменск-Уральский, Россия

Введение. Ревматоидный артрит (РА) — хроническое воспалительное заболевание суставов, характеризующееся высокой вариабельностью клинических проявлений и течения [1]. Оценка активности болезни является ключевым этапом в ведении пациентов, поскольку на основании этого показателя принимаются решения об эскалации или деэскалации терапии [2]. При этом индекс DAS28-CRP* сочетает как объективные, так и субъективные компоненты, в т. ч. оценку активности заболевания пациентом (ОАЗП) [3]. Однако накопленный опыт свидетельствует о том, что композитные индексы не всегда позволяют корректно определить активность заболевания [4]. Известно, что психоэмоциональные факторы могут влиять на восприятие пациентом активности болезни, что, в свою очередь, способно искажать итоговый показатель DAS28-CRP и приводить к ошибочной клинической интерпретации. В исследовании Т. Пинкуса и др. (англ. T. Pincus et al.) ($n = 173$) выявлено 37 %, 27 % и 31 % пациентов с положительным результатом скрининга на тревогу, депрессию и фибромиалгию соответственно; их индексы активности (DAS28 и др.) были значимо выше, чем у пациентов с отрицательным скринингом [5].

Цель — оценить активность РА и факторы, влияющие на нее, в выборке пациентов в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В течение 2025 г. в амбулаторных условиях обследовано 92 взрослых пациента с достоверным диагнозом РА. Оценивались основные клинические параметры, лабораторные показатели активности болезни. Индекс активности рассчитывался по формуле DAS28-CRP. Каждому пациенту предлагалось заполнить опросники HADS, FIRST**. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

* DAS28-CRP — оценка активности заболевания с учетом С-реактивного белка (англ. Disease Activity Score 28 C reactive protein).

** HADS — госпитальная шкала тревожности и депрессии (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale). FIRST — инструмент для быстрого скрининга фибромиалгии (англ. Fibromyalgia Rapid Screening Tool).

Результаты. Индекс DAS 28-CRP рассчитан у 83 пациентов. В соответствии со значениями индекса DAS28-CRP, с ремиссией или низкой активностью заболевания оказалось 38 (45,8 %) пациентов; средней активностью — 34 (41,0 %); высокой активностью — 11 (13,3 %).

С учетом того, что индекс DAS28-CRP учитывает только мнение пациента без мнения врача, а также не предусматривает разницу припухших и болезненных суставов, отдельно проведен анализ показателей, используемых для расчета индекса DAS28-CRP. В ходе анализа выявлено, что у 56 (67,5 %) пациентов число болезненных суставов (из 68) превышало число припухших суставов (из 66). Оценка активности заболевания врачом (ОАЗВ) отличалась от мнения пациента (по 100 мм-шкале на 20 мм и более) у 59 (71,1 %) человек. CRP превышал верхнюю границу нормы лаборатории (5 мг/л) всего у 24 (29,0 %) пациентов.

Анализ результатов опросника HADS показал, что признаки тревожности и (или) депрессии присутствуют у 36 (39,6 %) пациентов из 91; проявления тревожности встречались чаще, чем проявления депрессии — у 26 (28,6 %) и 22 (24,2 %) пациентов соответственно, — но именно симптомы депрессии ассоциировались с завышением оценки активности болезни пациентом по сравнению с оценкой активности болезни врачом. У пациентов с завышенной оценкой активности болезни по сравнению с оценкой врача (на 20 мм и более) депрессия встречалась в 31,0 % случаев; при совпадении оценки активности врачом и пациентом — 8,3 % ($p = 0,03$). Фибромиалгия по данным опросника FIRST встречалась у 18 пациентов из 91 (18,7 %), из них у 10 человек без сочетания с тревогой и депрессией, при этом ассоциации с завышением ОАЗП выявлено не было.

ОАЗП в зависимости от наличия тревоги, депрессии, фибромиалгии ($n = 91$)

Группа пациентов	ОАЗП > ОАЗВ на 20 мм и более	ОАЗП ≤ ОАЗВ	p
Депрессия	20 (18,2 %)	2 (1,8 %)	<0,05
Тревога	19 (17,3 %)	7 (6,4 %)	>0,05
Фибромиалгия	14 (12,7 %)	4 (3,6 %)	>0,05

Обсуждение. Высокая доля пациентов с умеренной и высокой активностью (45 (54,2 %) человек) на первый взгляд свидетельствует о неадекватной помощи и необходимости эскалации терапии. Вместе с тем в ходе анализа подгруппы пациентов с высокой и умеренной активностью по DAS28-CRP ($n = 45$) выявлены нормальные значения CRP у 26 (57,8 %) человек. У 10 (22,2 %) не было ни одного припухшего сустава. В этой подгруппе также проведена оценка регулярности посещения ревматолога. Определено, что 20 (44,4 %) пациентов посещают ревматолога реже 1 раза в 6 месяцев. С учетом объективных признаков активности болезни (один и более припухших су-

ставов и повышение CRP выше верхней границы нормы) выделены пациенты, нуждающиеся в усилении противовоспалительной терапии. Число таких пациентов составило 15 (33,3 %) человек от подгруппы пациентов с умеренной и высокой активностью, что составило 18 % от всей выборки пациентов с РА. Из них только 5 человек посещали ревматолога по месту жительства по крайней мере 2 раза в год. Остальные 10 человек наблюдались у ревматолога по месту жительства нерегулярно. Представленные результаты свидетельствуют о необходимости регулярного наблюдения у ревматолога в рамках диспансерного наблюдения.

В отношении психоэмоционального статуса пациентов обращает на себя внимание высокая распространенность тревоги и депрессии, при этом именно симптомы депрессии ассоциировались с завышением ОАЗП по сравнению с ОАЗВ. При наличии фибромиалгии, напротив, ассоциации с завышением ОАЗП выявлено не было, что позволяет предположить более значимый вклад аффективной симптоматики, чем болевого синдрома, в субъективную оценку активности заболевания.

Заключение. Активность болезни, оцененная по DAS28-CRP, может дать завышенную оценку за счет высоких показателей активности заболевания по мнению пациента, что может быть обусловлено наличием депрессии или боли иной природы. 39,6 % пациентов с РА имеют признаки тревоги и (или) депрессии по опроснику HADS, что требует дообследования у соответствующего специалиста. Число пациентов с умеренной и высокой активностью, оцененной по объективным показателям, составляет 18 %, большинство из них наблюдается у ревматолога нерегулярно, что свидетельствует о необходимости диспансерного наблюдения.

Список источников

1. Clinical Phenotypes, Serological Biomarkers, and Synovial Features Defining Seropositive and Seronegative Rheumatoid Arthritis: A Literature Review / J. Perera, C. A. Delrosso, A. Nerviani, C. Pitzalis // *Cells*. 2024. Vol. 13, Iss. 9. Art. No. 743. DOI: <https://doi.org/10.3390/cells13090743>.
2. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis / L. Fraenkel, J. M. Bathon, B. R. England [et al.] // *Arthritis & Rheumatology*. 2021. Vol. 73, Iss. 7. P. 1108–1123. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.41752>.
3. Validation of the 28-Joint Disease Activity Score (DAS28) and European League Against Rheumatism Response Criteria Based on C-Reactive Protein Against Disease Progression in Patients with Rheumatoid Arthritis, and Comparison with the DAS28 Based on Erythrocyte Sedimentation Rate / G. Wells, J. C. Becker, J. Teng [et al.] // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2009. Vol. 68, Iss. 6. P. 954–960. DOI: <https://doi.org/10.1136/ard.2007.084459>.
4. Лиля А. М., Олюнин Ю. А., Гордеев А. В. Оценка статуса больных ревматоидным артритом: современные тенденции // *Современная ревмато-*

логия. 2020. Т. 14, № 2. С. 7–13. DOI: <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2020-2-7-13>.

5. Should Quantitative Assessment of Rheumatoid Arthritis Include Measures of Joint Damage and Patient Distress, in Addition to Measures of Apparent Inflammatory Activity? / T. Pincus, J. Schmukler, J. A. Block [et al.] // ACR Open Rheumatology. 2022. Vol. 5, Iss 1. P. 49–50. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr2.11514>.

Информация об авторах

Надежда Михайловна Русланова — ординатор, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: nadya.ruslanova@mail.ru.

Людмила Петровна Евстигнеева — доктор медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии, институт клинической медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия; заведующий отделением ревматологии, Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия. E-mail: levstigneyeva@mail.ru.

Екатерина Сергеевна Добрыдина — ревматолог, Городская больница, Каменск-Уральский, Россия. E-mail: ek.fedyeva@inbox.ru.

Татьяна Станиславовна Морозова — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: t_moroz2012@mail.ru.