

А.В. Цыган

## Психосоматическая характеристика больных ревматоидным артритом и подагрой

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Представлены результаты сравнительного анализа психосоматического статуса больных ревматоидным артритом и подагрой. Показано, что у всех больных ревматоидным артритом снижается уровень качества жизни вне зависимости от проводимой медикаментозной терапии. Признаков депрессии у больных ревматоидным артритом и подагрой не обнаружено. У больных ревматоидным артритом отмечен повышенный уровень тревоги, наиболее выраженный при наличии высокой степени лабораторной активности, III–IV рентгенологических стадий; ограничения непрофессиональной, профессиональной деятельности и самообслуживания (III–IV функциональные классы). Больные подагрой позитивно оценивают общее состояние здоровья и физическое функционирование. Высокий уровень жизнелюбия, уверенность в себе, позитивность самооценки, выявленные у больных подагрой, указывают на неадекватность оценки тяжести заболевания и, как следствие, низкую приверженность к лечению, что коррелирует с гиперурикемией.

**Ключевые слова:** психосоматическая характеристика, ревматоидный артрит, подагра, тревога, депрессия, качество жизни, амитриптилин, гиперурикемия.

**Введение.** В развитии ревматических заболеваний (РЗ) существенную роль играют факторы внешней среды, в том числе психоэмоциональные. Однако к настоящему времени существует крайне ограниченное число доказательств, провоцирующей роли психосоциальных факторов в развитии РЗ. Депрессивные расстройства среди больных РЗ наиболее часто встречаются при ревматоидном артрите (РА) [6]. Эпидемиологические исследования показывают, что психические расстройства встречаются более чем у 60% больных РА [19]. Среди них преобладают расстройства тревожно-депрессивного спектра, более трети пациентов РА имеют признаки «большой» депрессии или дистимии [11]. Распространенность депрессии в общей популяции составляет 5–8% [15]. По данным литературы, частота депрессивных расстройств при РА колеблется от 11 до 65%, тревожных – от 13 до 44,4% [12, 14–17]. Если в дебюте развития РА в психопатологической картине чаще проявляются как психогенные, так и нозогенные тревожные и депрессивные расстройства, то по мере развития заболевания выраженность депрессивных расстройств заметно возрастает при снижении качества жизни (КЖ), особенно в случае отсутствия эффективности лечения, хронизации болевого синдрома [1].

РА и подагра – системные хронические РЗ, их объединяют высокая частота встречаемости в последние годы и поражение лиц трудоспособного возраста. РА – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов [8].

Женщины заболевают чаще мужчин в 2–5 раз, соотношение мужчин и женщин составляет в среднем 1:3. Пик заболеваемости РА приходится на 40–45 лет. Распространенность РА составляет 0,38–1,4%. Высокую частоту развития РА отмечают у близких родственников больных – 3,5%, особенно у лиц женского пола – 5,1% [8]. Социальное значение РА обусловлено следующими факторами: 33% больных вынуждены оставить работу в первые 5 лет заболевания; смертность больных РА выше в 2,5 раза, чем в популяции. Основными причинами сокращения продолжительности жизни больных РА на 5–10 лет являются сердечно-сосудистые заболевания (инсульт, острый инфаркт миокарда), вторичный амилоидоз, сопутствующие инфекции (пневмонии, нагноения мягких тканей); выживаемость при РА сопоставима с болезнью Ходжкина, сахарным диабетом, инсультом [2, 7].

Подагра – системное заболевание, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия и у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами [4].

Частота подагры в различных популяциях колеблется и составляет от 5 до 50 на 1000 мужчин и 1–9 на 1000 женщин. Соотношение мужчин и женщин составляет 7:1, у мужчин пик заболеваемости 40–50 лет, у женщин – 60 лет и старше. Течение заболевания протекает приступообразно; по характеру течения выделяют острый подагрический артрит, интермиттирующее течение и хронический подагрический артрит несмотря на то, что оно является хроническим заболеванием. Наиболее часто заболевание дебютирует с артрита I плюснефалангового сустава стоп. У 15–20%

пациентов подагра дебютирует с поражением других суставов: 2–4 плюснефаланговых, голеностопного, коленного. В 5% случаев наблюдается полиартикулярное начало заболевания [2].

Основной причиной смерти больных подагрой являются почечная недостаточность и осложнения сердечно-сосудистых заболеваний. Причиной снижения КЖ при подагре могут быть как коморбидные заболевания, так и собственно поражение опорно-двигательного аппарата, особенно при хроническом артрите с вовлечением большого числа суставов деформациями и тофусами [5].

В середине прошлого века Е.М. Тареев [9] писал: «Прогноз в отношении жизни при подагре в значительной степени определяется сопутствующими прогрессирующими сердечно-сосудистыми заболеваниями: коронаросклерозом, гипертонией, нефроангиосклерозом. Сами по себе подагрические нарушения, как правило, не угрожают жизни. Однако изменения суставов могут значительно мешать передвижению и понижать трудоспособность больных».

В отечественной медицине влияние соматической болезни на психическое состояние рассматривают в аспекте ятрогений. Считают, что общий эффект психологического воздействия связан с представлениями о масштабе болезни, изменяющей привычный жизненный стереотип. Болезнь оказывает соматогенное воздействие в связи с развивающейся интоксикацией, метаболическими нарушениями, что отражается и на уровне психического функционирования. Таким образом, соматическое заболевание оказывает двойное действие: психогенное и соматогенное [1, 10].

Важное отличие психики соматически больного человека от здорового – осознание факта имеющегося заболевания. При развитии соматического заболевания в зависимости от его тяжести у пациента возникают отдельные психологические и психопатологические феномены, что связано с начальными изменениями в работе определенных функциональных систем посредством интерорецептивных сигналов от пораженных тканей и органов. Постепенно формируются изменения в работе всего организма, приспособляющегося к новым условиям существования в рамках болезни, что влияет на самочувствие больного и его жизненный тонус. Появление новых, непонятных ощущений вызывает защитные психологические реакции в форме тревоги, опасения за здоровье, в том числе возникают специфические для поражения данного органа симптомы [1, 10].

При РА выявляют достаточно сложные сомато-психические расстройства. У таких больных в связи с особенностями соматического заболевания нередко полностью меняется привычный образ жизни, возникают проблемы адаптации. Личные и социальные конфликты, изменение качества жизни предопределяют возможность развития психических девиаций различной глубины. К числу патогномичных для РА расстройств следует отнести астению, тревожную депрессию, мозаичную личностную патологию. Генез

расстройств адаптации и невротических синдромов сложен и определен взаимодействием соматогенных, психогенных, конституционально-личностных факторов, способствующих индивидуализации динамики расстройств в каждом конкретном случае [1, 10].

При развитии хронического подагрического артрита снижается уровень КЖ пациентов, касающийся, прежде всего физического здоровья. Это может происходить из-за развития стойких функциональных нарушений, а также нарушения социальных адаптации больных подагрой [5].

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ психосоматического статуса больных РА и подагрой.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 67 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет. Все пациенты были разделены на три группы. В I группу вошли 16 женщин и 7 мужчин (средний возраст женщин –  $53,6 \pm 10,8$  лет, мужчин –  $52,7 \pm 13,9$  лет) с достоверным по критериям ассоциации ревматологов России (АРР) [8] диагнозом ревматоидный артрит. Серопозитивность выявлена у 17 (73,9%) больных, позитивность антител к циклическому цитрулиновому пептиду (АЦЦП) выявлена у 18 (78,2%) больных. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 24 лет (средняя длительность  $7,2 \pm 5,23$  г.). Преобладали пациенты с развернутой (34,8%) и поздней (52,2%) клиническими стадиями; средней (56,5%) и высокой (26,1%) степенями активности по disease activity score – 28 (DAS-28); II (39,1%) и III (39,1%) рентгенологическими стадиями; 2-м (39,1%) и 3-м (34,7%) функциональными классами; внесуставными проявлениями (73,9%). В качестве базисной терапии пациенты I группы получали «золотой» стандарт базисной терапии – метотрексат (10–20 мг/нед.), 75% пациентов данной группы получали антидепрессант амитриптилин (25–50 мг/сут.).

Во II группу вошли 14 женщин и 4 мужчин (средний возраст –  $47,6 \pm 13,1$  и  $55,7 \pm 10,7$  лет соответственно) с достоверным по критериям АРР диагнозом ревматоидный артрит. У всех больных выявлена позитивность по ревматоидному фактору (РФ) и АЦЦП. Длительность заболевания варьировала от 1 до 21 г. (средняя длительность  $7,1 \pm 4,7$  г.). Преобладали пациенты с развернутой (22,2%) и поздней (61,1%) клиническими стадиями; низкой (33,3%) и средней (55,5%) степенями активности по DAS-28; II (44,4%) и III (38,8%) рентгенологическими стадиями; 2-м (88,8%) функциональным классом; внесуставными проявлениями (77,7%), таблица 1. В качестве базисной терапии пациенты II группы получали метотрексат (7,5–12,5 мг/нед.) + инфликсимаб (3 мг/кг, не менее 3 выполненных инфузий) (табл. 2).

В III группу вошли 26 мужчин в возрасте  $51,3 \pm 8,4$  лет с критериально подтвержденным диагнозом подагра. Средняя длительность заболевания составила  $9,2 \pm 7,6$  лет. Преобладали пациенты с хронической тофусной подагрой (73,1%), с артритом более 3

Таблица 1

Клинико-иммунологическая характеристика больных РА, %

Характеристика	Показатель	Группа	
		I	II
Иммунологическая позитивность	Серопозитивность по РФ АЦЦП позитивны	17/73,9	18/78,2
Клиническая стадия	Очень ранняя	0	0
	Ранняя	3/13	3/16,7
	Развернутая	8/34,8	4/22,2
	Поздняя	12/52,2	11/61,1
Активность (DAS-28)	0 – ремиссия DAS28 меньше 2,6	0	0
	1 – низкая DAS28 2,6–3,2	4/17,4	6/33,3
	2 – средняя DAS28 2,6–3,2	13/56,5	10/55,5
	3 – высокая DAS28 больше 5,1	6/26,1	2/11,2
Внесуставные проявления		17/73,9	14/77,7
Рентгенологическая стадия	1	3/13	0
	2	9/39,1	8/44,4
	3	9/39,1	7/38,8
	4	2/8,7	3/16,7
Функциональный класс	1	6/26,2	2/11,1
	2	9/39,1	16/88,8
	3	8/34,7	0
	4	0	2/11,1

Примечание: числитель – женщины; знаменатель – мужчины.

Таблица 2

Базисная терапия больных РА (доза/кол-во пациентов, %)

Показатель	Группа	
	I	II
Метотрексат	10–20 мг/нед/100	7,5–12,5 мг/нед/100
Ремикейд	0	3 мг/кг (≥3 инфузий) /100
НПВП	мовалис 15 мг/сут; целебрекс 200 мг/сут; аркоксиа 60–90мг/сут; найз 100–200 мг/сут/100	мовалис 7,5 мг/сут; аркоксиа 60–90 мг/сут; найз 100–200 мг/сут/100
ГКС	5–15 мг/сут/60,8	5 мг/сут/22,2
Амитриптилин	25–50 мг/сут/75	0

Примечание: НПВП – нестероидный противовоспалительный препарат; ГКС – глюкокортикоид.

суставов (53,9%). Внесуставные проявления были представлены периферическими тофусами (53,9%) и уратным нефролитиазом (53,9%). В качестве фармакотерапии 73,1% пациентов данной группы получали аллопуринол (100–300 мг/сут) вне острого подагрического артрита, а также криоплазмозорбцию (61,5% пациентов). Средний уровень мочевой кислоты у них составил 434,1±63,9 мкмоль/л (табл. 3).

Больные всех 3 групп получали НПВП – селективные ингибиторы циклооксигеназы 2: мовалис 15 мг/сут; или целебрекс 200 мг/сут, или аркоксиа 60–120мг/сут. Кроме того, всем пациентам проводились физи-

кальное и стандартные лабораторные исследования, рентгенография суставов. Психосоматический статус исследовали с помощью опросника оценки КЖ SF-36, шкалы Цунга 9 (определение уровня тревоги и депрессии), опросника MINI-MULT и ТОБОЛ (определение преобладающего типа отношения к болезни).

При статистической обработке данных использовались среднегрупповые значения, дисперсия, стандартное отклонение, которые вычислялись с помощью инструментом «Описательной статистики». При распределении признака, отличающегося от нормального, применяли непараметрический U-критерий Манна

Характеристика больных подагрой

Показатель	Абс. (%)
Впервые возникший острый подагрический артрит	7 (26,9)
Интермиттирующее течение	0
Хроническая тофусная подагра	19 (73,1)
Моноартрит	7 (26,9)
Олигоартрит	5 (19,2)
Артрит более 3 суставов	14 (53,9)
Внесуставные проявления: Тофусы	14 (53,9)
Уратный нефролитиаз	14 (53,9)
Функциональная недостаточность суставов	I – 5 (19,2) II – 17 (65,4) III – 4 (15,4)
НПВП (доза/кол-во пациентов)	мовалис 15 мг/сут; целебрекс 200 мг/сут; аркоксиа 60–120мг/сут/(100)
Аллопуринол (доза/кол-во пациентов)	100–300 мг/сут/(73,1)
Криоплазмасорбция (кол-во пациентов)	16/(61,5)

– Уитни. Для окончательных выводов рассматривались результаты на уровне достоверности ( $p < 0,05$ ).

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что у пациентов всех 3 групп значения по шкале МН находятся на одном уровне (рис. 1).

При этом в шкалах GH, PF, RP определяются достоверные ( $p < 0,05$ ) отличия между 3-й и 1, 2-й группами. У больных 3-й группы показатель шкалы GH составил 61,6%, однако у 1-й и 2-й групп он не превысил 42%. При этом достоверных различий в группах РА (41,4% – 1-я группа и 37,3% – 2-я группа) не выявлено. Больные РА хуже оценивают состояние своего здоровья и перспективы лечения, чем больные подагрой. Более высокий уровень шкалы PF по сравнению с больными РА свидетельствует о том, что физическая активность (ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.п., ограничение непрофессиональной деятельности) больных РА в значительной степени ограничена состоянием их здоровья.

По шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) во всех трех группах показатель ниже 45%. При этом в группах РА уровень шкалы не превышает 21%, что свидетельствует о значительном ограничении непрофессиональной повседневной деятельности физическим состоянием. Это согласуется с характеристиками групп по параметрам рентгенологической стадии, активности по DAS-28 и ФК.

В группе больных подагрой уровень шкалы SF составил 52%, у больных РА – 43%. Наибольшее снижение при РА отмечено по шкалам RP и RE. Это указывает на то, что у пациентов РА значительно ограничены социальные контакты, повседневная деятельность, снижен уровень общения. Больные подагрой, по сравнению с больными РА, позитивно оценивают общее состояние здоровья и физическое функционирование.

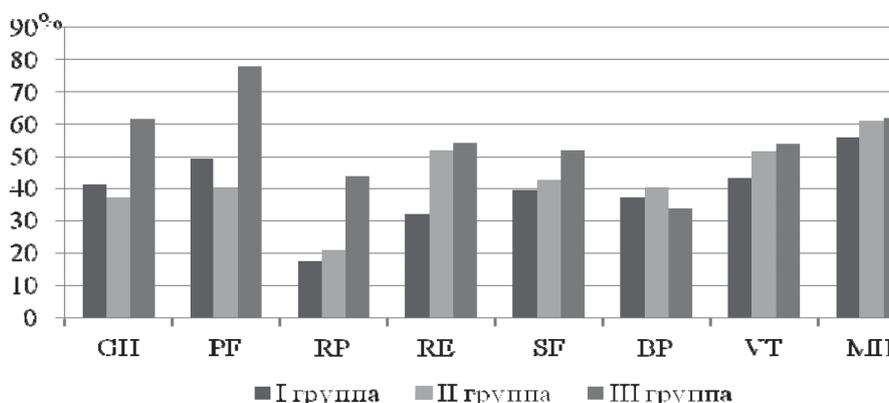


Рис. 1. Показатели КЖ больных РА. Шкалы: GH – общее состояние здоровья; PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; SF – социальное функционирование; VT – жизненная активность; MN – психическое здоровье

Вероятно, низкие оценки влияния эмоционального состояния на ролевое и социальное функционирование больных РА связаны с их характерологическими особенностями (склонность к самопожертвованию и зависимости преувеличенной готовности помочь; подавленность, обязательность, разочарование и обиду они пытаются компенсировать «внутренней стойкостью») [10]. Это становится особенно очевидным при сравнении с пациентами, страдающими подагрой. Нельзя исключить и влияния различий половой принадлежности сравниваемых групп (больные РА – преимущественно женщины, подагрой – только мужчины).

В исследуемых группах по шкале депрессии Цунга различий не выявлено. Выраженность депрессии находится в пределах нормальных значений (до 50 Т-баллов), рисунок 2. Однако у пациентов 1 и 2 групп выявлено наличие тревоги (рис. 3).

Наибольший уровень тревоги (средней степени – больше 0,5 Т-баллов) отмечен у пациентов с мак-

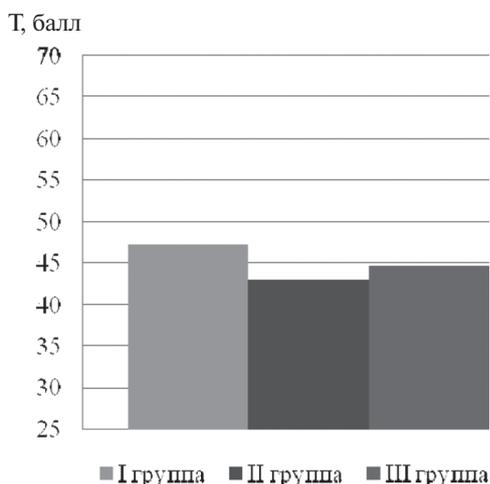


Рис. 2. Средние значения по шкале Цунга (самооценка депрессии) больных РА и подагрой

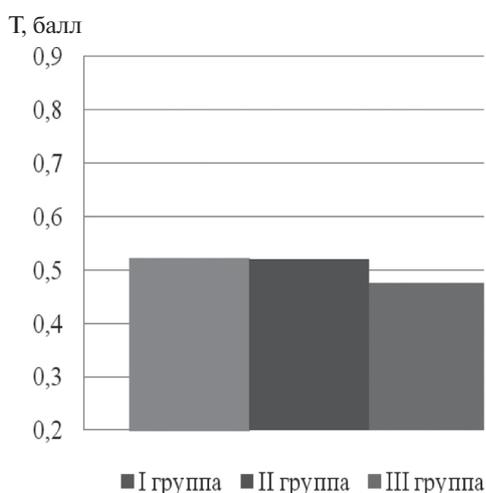


Рис. 3. Средние значения по шкале Цунга (самооценка тревоги) больных РА и подагрой

симальной степени активности РА, III–IV рентгенологической стадий и при наличии ограничения непрофессиональной и профессиональной деятельности, а также самообслуживания (ФК III–IV), таблицы 4, 5.

Сравнительный анализ усредненных профилей MINI-MULT пациентов I–III групп представлен на рисунке 4.

Из рисунка 4. видно, что показатели шкал во всех группах находятся в пределах нормальных значений (40–70 баллов). Однако у 1 и 2 групп отмечается тенденция повышения показателей по шкалам Hs (I гр. – 65,4 балла; II гр. – 66,8 балла), D (I гр. – 58,4 балла; II гр. – 61,3 балла), Hy (I гр. – 54,2 балла; II гр. – 56,7 балла), Pt (I гр. – 60,6 балла; II гр. – 63,6 балла). Для больных РА характерно преобладание пассивной личностной позиции, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность и подвластность средовыми воздействиями, повышенная чуткость к опасности. Больные РА отличаются от больных подагрой развитым чувством ответственности, совестливостью, обязательностью, скромностью, повышенной тревожностью в отношении мелких житейских проблем, тревогой за свою судьбу и судьбу близких. У больных подагрой, по сравнению с больными РА, значительно ниже показатели аналогичных шкал. Полученные результаты подтверждают положение о том, что мочевая кислота является мощным стимулятором центральной нервной системы, ингибируя фосфодиэстеразу, которая участвует в биосинтезе стероидных гормонов. Мочевая кислота пролонгирует действие адреналина и норадреналина на центральную нервную систему, а также обладает антиоксидантными свойствами, поэтому высокий уровень во многом определяет повышенный жизненный тонус [11].

В целом, больных подагрой отличала склонность к гипомании (Ma – «оптимистичность»), что проявлялось высоким уровнем жизнелюбия, уверенностью в себе, позитивной самооценкой, отсутствием склонности к серьезному углублению в сложные проблемы, преобладанием беспечности и радужности надежд, уверенности в будущем, радостном восприятии окружающего. Больные подагрой, неадекватно оценивающие тяжесть своего состояния, отличаются низкой приверженностью к лечению.

Гармоничный тип отношения к болезни выявлен у больных РА I группы, получающих в комплексном лечении антидепрессант амитриптилин, и II группы, где проводилась генно-инженерная биологическая терапия инфликсимабом, а также у пациентов III группы. У пациентов I группы, не получавших в комплексном лечении амитриптилин (25%), выявлен тревожный тип отношения к болезни, что проявлялось непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения хронического заболевания, развития возможных осложнений, неэффективности и опасности проводимого или предстоящего лечения, поиском любой дополнительной информации о болезни и способах лечения.

Таблица 4

**Уровень тревоги в I и II группах больных РА в зависимости от степени активности, абс. (%)**

Группа	Степень активности			
	0	I	II	III
1	0	0,52* (17,4)	0,52* (56,5)	0,55* (26,1)
2	0	0,51* (33,3)	0,5(N) (55,5)	0,57* (11,2)

**Примечание:** \* – уровень тревоги соответствует средней степени тяжести.

Таблица 5

**Уровень тревоги в I и II группах больных РА в зависимости от рентгенологической стадии и степени функционального класса (ФК), абс. (%)**

Группа	Рентгеновская стадия			
	I	II	III	IV
1	0,5 (N) (13)	0,51* (39,1)	0,55* (39,1)	0,59* (8,7)
2	0	0,47 (N) (44,4)	0,53* (38,8)	0,6* (16,8)
Группа	Степень ФК			
	I	II	III	IV
1	0,53* (26,2)	0,52* (39,1)	0,55* (34,7)	0
2	0,55* (11,1)	0,5 (N) (88,8)	0	0,57* (11,1)

**Примечание:** \* – уровень тревоги соответствует средней степени тяжести.

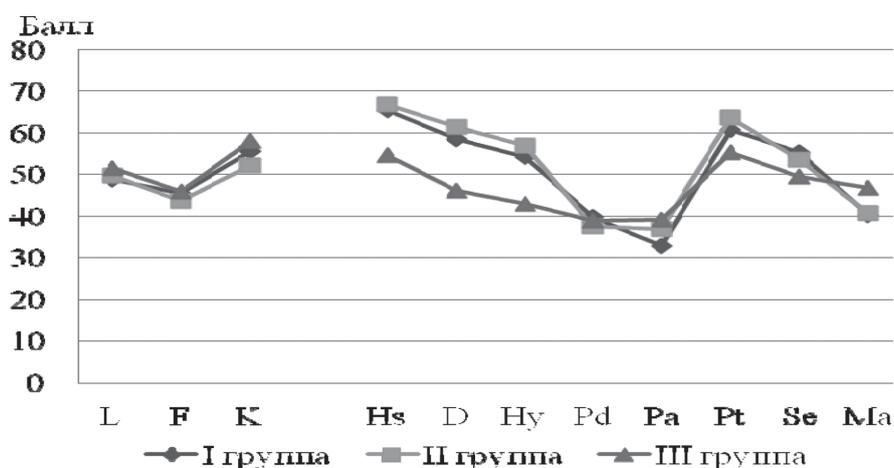
**Заключение.** Установлено, что у больных РА значительно снижен уровень КЖ. Больные подагрой позитивно оценивают общее состояние здоровья и физическое функционирование. Признаков депрессии у больных РА и подагрой не выявлено. У больных РА выявлен повышенный уровень тревоги, наиболее выраженный при наличии высокой степени активно-

сти, продвинутой (III–IV) рентгенологической стадии, а также ограничении непрофессиональной и профессиональной деятельности, самообслуживания (ФК III–IV).

В психоэмоциональном статусе больных РА преобладали склонность к ипохондрии, депрессии, истерии, психастении (преобладание пассивной личностной позиции, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность, повышенная чуткость к опасности, тревожность в отношении мелких житейских проблем, тревога за свою судьбу и судьбу близких).

Больные подагрой отличала склонность к гипомании, с высоким уровнем жизнелюбия, уверенности в себе и позитивной самооценкой. Отсутствовала склонность к серьезному углублению в сложные проблемы, преобладали беспечность, радужность надежд, уверенность в будущем, радостное восприятие окружающего. Больные подагрой часто неадекватно оценивали тяжесть своего состояния, проявляли низкую приверженность к лечению, что коррелирует с гиперурикемией.

Гармоничный тип отношения к болезни отмечен у больных подагрой и РА, получавших в комплексном лечении наряду с базисной терапией метотрексатом антидепрессант амитриптилин (25–50 мг/сут) и инфликсимаб (3 мг/кг не менее 3 инфузий). Больные РА, получавшие стандартную базисную терапию без дополнительного приема амитриптилина, отличались тревожным типом отношения к болезни. Коррекция эмоционального состояния с помощью антидепрессанта амитриптилина в дозе 25–50 мг/сут закономерно с учетом действия препарата. Считаем, что эффект стандартной дозировки инфликсимаба при наличии не менее 3 выполненных инфузий, в отношении снижения уровня тревоги связан с мощным противовоспалительным действием, что определяет позитивную динамику эмоционального фона. Для ингибиторов



**Рис. 4.** Усредненные личностные профили по опроснику MINI-MULT больных РА, получающих различную фармакотерапию. Шкалы: L – ложь; F – достоверность; K – коррекция; Hs – ипохондрия; D – депрессия («пессимистичность»); Hy – истерия («эмоциональная лабильность»); Pd – психопатия («импульсивность»); Pa – паранойальность («ригидность»); Pt – психастения («тревожность»); Se – шизоидность («индивидуальность»); Ma – гипомания («оптимистичность»)

фактора некроза опухоли  $\alpha$  характерны высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, активное воздействие на суставные и системные проявления РА, существенное влияние на физические и психологические параметры болезни, значительное влияние на КЖ, а также относительно небольшое число побочных реакций [3].

Таким образом, у больных РА при значительном снижении уровня КЖ выявлены особенности в психоэмоциональном статусе, принципиально отличающиеся от больных подагрой, зависящие от характеристик заболевания и проводимой терапии. Применение в комплексном лечении РА амитриптилина в дозе 25–50 мг/сут на фоне стандартной базисной терапии метотрексатом + инфликсимаб в стандартной дозировке позволяют улучшить параметры психоэмоционального статуса пациентов.

Больным подагрой, учитывая их психоэмоциональные особенности, необходимо разъяснять характер течения и прогноз заболевания с целью изменения образа жизни, повышения приверженности к лечению, коррекции гиперурикемии до оптимальных значений, замедления прогрессирования заболевания и уменьшения риска развития осложнений.

#### Литература

- Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000 – С. 146–148.
- Багирова, Г.Г. Избранные лекции по ревматологии / Г.Г. Багирова // Учебная литература для слушателей последипломного профессионального образования врачей. – М.: Медицина, 2008 – С. 63–94.
- Бадюкин, В.В. Диагностика и современная терапия ревматоидного артрита / В.В. Бадюкин // Медицинский совет. – 2010, № 7–8. – С. 42–46.
- Барскова, В.Г. Кристаллические артропатии / В.Г. Барскова, Ф.М. Кудаева // Национальное рук-во. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 372–375.
- Елисеев, М.С. Современная ревматология / М.С. Елисеев, М.В. Мукагова, М.В. Барскова. – М.: Деком, 2011, № 4 – С. 35–37.
- Зелтынь, А.Е. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом / А.Е. Зелтынь [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. XIX, № 2. – С. 69–75.
- Мазуров, В.И. Болезни суставов / В.И. Мазуров // Руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 111–153.
- Насонов, Е.Л. Ревматоидный артрит / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанов // Национальное рук-во. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 290–331.
- Тареев, Е.М. Внутренние болезни / Е.М. Тареев. – М.: Медгиз, 1956. – С. 578.
- Тухтарова, И.В. Соматопсихология / И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров // Хрестоматия. – Ульяновск: УлГУ 2006. – С. 373–390.
- Халфина, Т.Н. Мочевая кислота как про-/антиоксидант у пациентов с подагрой / Т.Н. Халфина, И.Х. Валеева, И.Г. Салихов // Практическая медицина. Кардиология. Ревматология. Функциональная диагностика. – Казань: Практика, 2011, № 4. – С. 129–132.
- Dickens, C. Association of depression and rheumatoid arthritis / C. Dickens, M.R.C. Psycii, J. Jackson // Psychosomatics. – 2003. – Vol. 44, № 3. – P. 209–215.
- Frank, R.G. Depression in rheumatoid arthritis / R.G. Frank, N.C. Beck, J.C. Parker // J. rheumatology. – 1988. – Vol. 15. – P. 920–925.
- Murphy, S. Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis / S. Murphy, F. Creed, M.I. Jayson // Br. j. rheumatology. – 1988. –Vol. 27, № 5. – P. 357–363.
- Nicassio, P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic / P.M. Nicassio // Arthritis rheum. – 2008. – Vol. 59, № 2. – P. 155–158.
- Sheehy, C. Depression in rheumatoid arthritis underscoring the problem / C. Sheehy, E. Murphy, M. Barry // Rheumatology. – 2006. – Vol. 45. – P. 1325–1327.
- VanDyke, M.M. Anxiety in rheumatoid arthritis / M.M. VanDyke [et al.] // Arthritis rheum. – 2004. – Vol. 51, № 3. – P. 408–412.
- Wells, K.B. Psychiatric disorders in a sample of the general population with and without chronic medical conditions / K.B. Wells, J.M. Golding, M.A. Burnam // Am. j. psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – P. 297–299.

A. V. Tsygan

#### Psychosomatic characteristic of patients with rheumatoid arthritis and gout

**Abstract.** Results of the comparative analysis of the psychosomatic status of patients are presented for rheumatoid arthritis and gout. It is shown that in all patients with rheumatoid arthritis the life level of quality regardless of carried-out medicamentous therapy decreases. Symptoms of depression in patients with rheumatoid arthritis and gout were not revealed. At patients with rheumatoid arthritis the raised level of alarm was most expressed in the presence of high degree of laboratory activity, the III–IV radiological stages; restrictions of nonprofessional, professional activity and self-service (III–IV functional classes). Patients with rheumatoid arthritis, who were accepting methotrexate + infliximab or methotrexate + amitriptylin had better estimated condition, than patients which received basic monotherapy by a methotrexate. It was connected with features of fast anti-inflammatory effect of biological therapy and antidepressant action of antidepressant that defines positive dynamics of emotional background. Patients with gout positively estimated the general state of health and physical functioning. High level of cheerfulness, self-confidence, positivity of the self-rating, revealed at patients with gout specify on inadequacy of an assessment of weight of a disease and, as a result, low commitment to treatment correlated with existence of hyperuricemia.

**Key words:** psychosomatic characteristic, rheumatoid arthritis, gout, alarm, depression, quality of life, amitriptylin, infliximab, hyperuricemia.

Контактный телефон: +7-921-759-06-11; e-mail: tanava2009@gmail.com