

УДК 616.72-002.772  
ББК 55.5

И.Б. БАШКОВА, Ю.В. ЦЫГАНОВА, Т.И. ВОРОБЬЁВА

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, расстройства тревожно-депрессивного спектра, качество жизни, болевой синдром, активность заболевания, психосоматика.

Целью настоящей работы явилось изучение распространённости расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) при ревматоидном артрите (РА) и особенностей клинической картины при данном состоянии у пациентов, постоянно проживающих в Чувашской Республике. В ходе исследования выявлено, что на указанной территории у 51% пациентов с РА развиваются различные РТДС. Установлено, что к развитию РТДС более склонны неработающие женщины в менопаузе или пенсионеры, не находящиеся в данный момент в браке, имеющие сниженный порог восприятия боли, в более поздних клинической и рентгенологической стадиях заболевания имеющие группу инвалидности и принимающие глюкокортикостероиды. У больных РА с РТДС чаще диагностируется наличие внесуставных проявлений и осложнений. Сделан вывод о том, что своевременная диагностика психических расстройств, прежде всего тревожно-депрессивного спектра, необходима для проведения эффективной комплексной терапии больных с РА.

I. BASHKOVA, Yu. TSYGANOVA, T. VOROBYOVA

### PREVALENCE OF ANXIODEPRESSIVE DISORDERS IN RHEUMATOID ARTHRITIS IN THE CHUVASH REPUBLIC: SPECIFICS OF CLINICAL PICTURE AND PHARMACOTHERAPY

**Key words:** rheumatoid arthritis, anxiodepressive disorders, quality of life, pain syndrome, disease activity, psychosomatics.

The purpose of this work was to study the prevalence of anxiodepressive disorders (ADD) in rheumatoid arthritis (RA) and the clinical features of this condition in patients permanently residing in the Chuvash Republic. During the study it is revealed that in the indicated territory, various ADDs develop in 51% of patients with RA. It has been established that non-working menopausal women or pensioners who are not currently married, with a lowered pain perception threshold, in later clinical and radiologic stages of the disease having a disability group and taking glucocorticosteroids, are more likely to develop ADDs. In RA patients with ADDs, presence of extra-articular manifestations and complications is more often diagnosed. The conclusion is made that timely diagnosis of mental disorders, first and foremost those of anxiety-depressive spectrum, is necessary for effective complex therapy of RA patients.

Ревматоидный артрит – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, поражающее 0,5-1,1% населения земного шара, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов [1, 7, 11].

Классическое течение РА имеет хронический прогрессирующий характер, наличие множества суставных и внесуставных проявлений. К составляющим суставного синдрома относятся выраженные постоянные боли, продолжительная утренняя скованность в поражённых суставах, на более поздних этапах развития болезни – визуально заметные суставные деформации, выраженное уменьшение объема активных движений в суставах. Внесуставные признаки отражают поражение практически всех органов и систем. Наиболее

частыми симптомами являются генерализованная слабость, недомогание. Пациенты жалуются на появление ревматоидных узелков, кожных изъязвлений различных локализаций [3], одышки, кашля, болей в области грудной клетки, брюшной полости, поясничной области [12] и других симптомов, значительно снижающих качество жизни человека. Кроме того, рациональная фармакотерапия предусматривает обязательный длительный, нередко пожизненный приём медикаментов для снижения скорости развития патологии и купирования уже имеющихся симптомов.

Выраженная клиническая симптоматика, вынужденное изменение образа жизни, наличие большого количества самых разных ограничений способны привести к социальной дезадаптации личности, что не является нормой поведения в здоровом обществе.

Реакция на болезнь и длительную терапию у каждого человека различна. Одни пациенты способны быстро приспособиться к новым условиям существования и научиться жить с диагнозом, у других же развиваются различные пограничные психические расстройства [13]. Зачастую таким симптомам, как заторможенность, эмоциональная лабильность, бессонница, снижение работоспособности, нарушение аппетита, не придаётся должного значения [21]. Кроме того, часто возникает проблема нехватки времени, которая не дает возможности обсудить иные проблемы пациента, помимо имеющихся основных жалоб.

Наиболее часто среди психических расстройств встречаются тревожные и депрессивные расстройства, объединяющиеся в единый тревожно-депрессивный спектр. По разным данным, частота встречаемости РТДС при РА колеблется от 30 до 89%. Они могут развиваться при прогрессировании РА либо с первыми признаками заболевания, усугубляя его клинику и исход [8].

В литературе имеются сведения о том, что тревожно-депрессивные расстройства значительно ухудшают как психологические, так и соматические показатели, существенно снижают качество жизни пациентов и комплаентность к лечению, увеличивают расходы на лечение [5, 22].

В. Löwe и соавт. [19] выявлено, что тяжесть депрессии, как и тяжесть основного заболевания, является независимым предиктором нетрудоспособности. Наличие тревожно-депрессивной симптоматики, наряду с тяжелым течением ревматического заболевания, увеличивает нетрудоспособность с 25 до 50%.

Стоит отметить, что хроническая боль при системных заболеваниях усугубляет течение тревожно-депрессивных расстройств, которые, в свою очередь, усиливают восприятие боли [2, 9, 15, 16, 18–20]. Возникает так называемый «порочный круг», из которого без сочетанного назначения психофармакотерапии сложно выбраться. Вот почему так важно вовремя распознать психические расстройства в рамках соматических заболеваний.

Раннее выявление РТДС с последующей их терапией позволит не только настроить пациента на лечение и уменьшить клинические проявления основного заболевания, но и улучшить прогноз заболевания. Возможно, именно своевременная психологическая коррекция поможет лучше купировать боль пациентов и позволит им снизить прием глюкокортикостероидов (ГКС), нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и/или обходиться без симптоматической терапии.

Чувашская Республика – регион, в котором в силу этнического состава населения несколько иначе распространены и протекают многие патологии

[5, 13]. Поэтому нами было принято решение провести исследование, целью которого стало изучение распространённости РТДС при РА и особенностей клинической картины при данном состоянии у пациентов, постоянно проживающих в Чувашской Республике.

**Материалы и методы исследования.** Проведено обследование 80 пациентов в возрасте от 21 года до 77 лет (средний возраст –  $54,3 \pm 12,7$  года), имеющих верифицированный диагноз РА. Часть из них проходила стационарное лечение в ревматологическом отделении БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР, часть – в терапевтическом отделении БУ «Центральная городская больница» МЗ ЧР (г. Чебоксары).

Большинство пациентов – 63 (78%) – составили женщины. Средняя продолжительность РА –  $8,83 \pm 6,4$  года. Серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 87% пациентов, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 89% пациентов. Среднее значение индекса активности DAS28 составило  $5,16 \pm 0,8$  балла, что свидетельствует о преобладании высокой и умеренной степени активности заболевания. На момент исследования половина пациентов (49%) имела III рентгенологическую стадию, функциональная недостаточность (ФН) 2-й степени отмечена в 89% случаев. Системные проявления выявлены у 42% пациентов, осложнения РА – у 47% больных. Качество жизни оценивалось с помощью шкалы оценки здоровья (HAQ) и индекса EQ-5D, медианы составили  $1,25 \pm 0,5$  балла и  $0,64 \pm 0,4$ , соответственно. Выраженность боли в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила  $64 \pm 13$  мм.

На момент осмотра базисные противовоспалительные препараты (БПВП) получали 71,3% исследуемых, причем в 92,5% случаев – метотрексат, средняя терапевтическая доза которого составила  $12,0 \pm 3,8$  мг/нед. ГКС принимали 43,8% пациентов в средней суточной дозе  $4,3 \pm 2,5$  мг в перерасчете на преднизолон, средняя продолжительность терапии ГК составила  $38,4 \pm 11$  мес. 2,5% пациентов проводилась терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Все пациенты с РА на момент осмотра принимали НПВП.

Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями диагностики ACR (1987), ранний РА – ACR/EULAR (2010). Для оценки и выявления тревожно-депрессивного синдрома использовались скрининговая карта для выявления депрессии и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Статистический анализ проводился с применением стандартного пакета статистических программ Statistica 6.0 и MS Excel 2007 в среде Windows XP.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам опроса с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, РТДС выявлены у 51% пациентов. В 68% случаев (28 человек) отмечалась тревога, а в 32% (13) – депрессия, из них субклинически выраженные тревога и депрессия наблюдались у 19 и 9 человек, соответственно.

Результаты сравнительной характеристики пациентов с РА в зависимости от наличия/отсутствия РТДС приведены в табл. 1.

Отметим, что к развитию РТДС более склонны неработающие женщины в менопаузе или пенсионеры, не находящиеся в данный момент в браке и имеющие группу инвалидности.

Таблица 1

**Сравнительная оценка основных социальных показателей больных РА  
с РТДС (n = 41) и без РТДС (n = 40)**

Показатели	Пациенты с РА	
	с РТДС	без РТДС
Пол:		
мужчины	7	29*
женщины	34	11*
Менопауза у женщин	22	5*
Семейное положение:		
не замужем/не женаты	4	3
замужем/женаты	28	35*
разведен(а)	3	0*
вдова/вдовец	6	2*
Образование:		
начальное	0	3*
среднее	30	21*
незаконченное высшее	11	14*
высшее	0	2
Социальный статус:		
работает	8	23*
учащийся	0	1
пенсионер	20	10*
не работает	13	6*
Инвалидность		
I группа	1	0
II группа	8	5*
III группа	14	8*

Примечание. Здесь и далее \* –  $p < 0,05$ .

Основные параметры, характеризующие течение РА у обеих групп исследуемых пациентов, представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Сравнительная оценка параметров, характеризующих течение РА у пациентов,  
страдающих РА с РТДС (n = 41) и без РТДС (n = 40)**

Показатели	Пациенты с РА	
	с РТДС	без РТДС
Длительность заболевания, годы	11,6±7,5	10,2±5,7
Клиническая стадия		
очень ранняя	4	3
ранняя	2	7*
развернутая	9	13*
поздняя	26	17*
Оценка боли по ВАШ, мм	68,4±11,8	59,0±10,8*
Активность болезни по DAS28		
высокая	24	23
умеренная	17	17
низкая	0	0
Индекс HAQ	1,4±0,7	1,1±0,5
Индекс EQ-5D	0,6±0,3	0,6±0,2
Рентгенологическая стадия		
I	2	5*
II	12	17*
III	24	15*
IV	3	3

Окончание табл. 2

Показатели	Пациенты с РА	
	с РТДС	без РТДС
Функциональный класс		
1-й	3	2
2-й	37	35
3-й	1	3
Осложнения РА	23	15*
Получают ГКС	24	19*
Средняя доза ГКС, мг/сут.	7,1±2,1	6,7±2,6
Длительность приема, мес.	40,9± 12,3	32,2± 11,7
Принимают БПВП:		
метотрексат	26	27
другие препараты	3	1
ГИБП	2	0

Как видно из данных табл. 2, при общей сходной длительности и активности заболевания пациенты с РТДС в среднем имеют более позднюю клиническую стадию РА и предъявляют жалобы на большую интенсивность болевого синдрома. Вероятно, с этим связано частое назначение ГКС пациентам с РТДС (59% против 47% у пациентов без нарушений психической сферы). По приему БПВП существенных отличий не выявлено.

Обращает на себя внимание различие выраженности изменений на рентгенограмме у пациентов двух групп: более половины (56%) больных с РТДС имеют III рентгенологическую стадию, в то время как без РТДС – менее 38%. У пациентов с РТДС чаще отмечаются осложнения РА.

Что касается сопутствующих патологий, большинство пациентов с РТДС имеют в анамнезе артериальную гипертензию (36 чел.), ИБС – 12 чел., 4 чел. перенесли инсульт и 4 – инфаркт миокарда, тогда как в отсутствие РТДС артериальная гипертензия встречается лишь у 20 чел., ИБС – 6 чел., наличие в анамнезе инфарктов и инсультов не зарегистрировано.

Значительная часть обследованных с РТДС (39%) предъявляли жалобы на нарушение сна, без РТДС – только 9 пациентов (22%).

Проведенное исследование еще раз показывает высокую частоту встречаемости РТДС у больных с РА [9].

Обнаружена прямая зависимость интенсивности болевого синдрома от наличия РТДС. Факт взаимосвязи РТДС и боли при РА подтверждается данными литературы и объясняется их общим патогенетическим звеном, проявляющимся дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и характеризующимся снижением концентрации кортизола с последующей гиперпродукцией кортикотропин-релизинг-гормона и адренкортикотропного гормона [2, 16, 17]. Происходят повышение уровня провоспалительных цитокинов и нарушение болевой чувствительности вследствие снижения выработки триптофана, который является предшественником серотонина. Снижение концентрации нейромедиаторов-монаминов – норадреналина, дофамина и серотонина в синаптической щели – может уменьшить их модулирующий эффект на нисходящие антиноцицептивные пути. Поэтому при лечении пациентов с РА и РТДС большая эффективность в отношении купирования боли возможна при сочетании активной иммуносупрессивной, противовоспалительной терапии РА и психологической коррекции РТДС, механизм действия которой связан с регуляцией нейронального захвата моноаминов в центральной нервной системе, что позволяет уменьшить

выраженность боли за счет активации нисходящих антиноцицептивных влияний, модулирующих болевую импульсацию [2].

Различные авторы пишут о взаимосвязи РТДС и сердечно-сосудистых заболеваний при РА, вызванной как сходными элементами патогенеза обоих патологий, так и сниженной приверженностью к лечению у больных с депрессией [4, 6]. В результатах проведенного нами исследования сохраняется общая тенденция: больные с РТДС чаще страдают от сердечно-сосудистых патологий, имеют случаи сосудистых катастроф.

Многие пациенты с РТДС предъявляют жалобы на нарушение сна [17, 23, 24], что выявлено и в нашем исследовании. Полагаем, данный факт связан с высокой воспалительной активностью, выраженностью боли и тревожно-депрессивными состояниями.

Частота приема и доза БПВП у пациентов с РТДС и без них существенно не отличалась. Пациенты с РТДС получали ГКС чаще, хотя в нашей работе доза и длительность приема ГКС существенно не отличались.

**Выводы.** В ходе нашего исследования было обнаружено, что к развитию РТДС более склонны неработающие женщины в менопаузе или пенсионеры, не находящиеся в данный момент в браке, имеющие сниженный порог восприятия боли, в более поздних клинической и рентгенологической стадиях заболевания, имеющие группу инвалидности и принимающие ГКС. Больные РА с РТДС чаще имеют внесуставные проявления и осложнения.

У пациентов с РА достаточно часто встречаются РТДС, которые непосредственно влияют как на течение самого заболевания, так и на развитие различных осложнений. Своевременная диагностика психических расстройств при РА и подбор адекватной терапии в тесном сотрудничестве ревматологов, психиатров и психологов способны улучшить течение и прогноз заболевания.

#### Литература

1. *Абрамкин А.А.* Влияние коморбидных психических расстройств на эффективность терапии у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2016. № 54(3). С. 339–345.
2. *Акарачкова Е.С., Соловьева А.Д.* Хроническая боль и депрессия: антидепрессанты в терапии хронической боли // Consilium medicum. 2008. № 10(2). С. 67–70.
3. *Башкова И.Б., Цыганова Ю.В.* Поражения кожи при ревматических заболеваниях // Медицинская сестра. 2016. № 8. С. 16–20.
4. *Иванов С.В.* Депрессия и сердечно-сосудистая патология // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. Т. 11. № 3. С. 27–31.
5. *Коришунов Н.И.* Медикаментозное лечение в системе реабилитации больных с различным клиническим течением ревматоидного артрита: дис. ... д-ра мед. наук. Ярославль, 1986. 356 с.
6. *Крючкова О.Н., Костюкова Е.А., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю.* Оценка вероятности коморбидной патологии: сердечно-сосудистые заболевания и депрессия // Ульяновский медико-биологический журнал. 2016. № 2. С. 20–26.
7. *Насонов Е.Л.* Лечение ревматоидного артрита. Клинические рекомендации. М.: Алмаз, 2006. 118 с.
8. *Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю.* Психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями: диагностика и лечение // Научно-практическая ревматология. 2015. № 5(53). С. 512–521.
9. *Лисицына Т.А., Лытищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Зелтынь А.Е., Фофанова Ю.С., Новикова Д.С., Попкова Т.В., Насонов Е.Л.* Психические расстройства у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2011. № 3. С. 29–36.
10. *Маркова Т.Н., Кичишин В.А., Мадьянов И.В., Семакина С.М., Диомидова В.Н.* Гормонально-метаболические аспекты формирования ожирения и метаболического синдрома в этнических группах (на примере популяции Чувашской Республики) // Терапевтический архив. 2014. № 5(86). С. 73–77.
11. *Насонов Е.Л.* Ревматология: Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 15–37.
12. *Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М.* Диффузные болезни соединительной ткани (системные ревматические заболевания). Руководство для врачей. М.: Медицина, 2004. 640 с.

13. Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А., Зелтынь А.Е., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Вельтищев Д.Ю., Насонов Е.Л. Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2009. № 4. С. 49–55.
14. Шувалова Н.В., Герасимова Л.И., Тюрникова С.Р., Барсукова Е.В., Разумова З.В. Особенности заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Чувашской Республики с 2001 по 2011 гг. // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8243> (дата обращения: 22.04.2018).
15. Academic Highlights of The Primary Care Companion. Translating Evidence on Depression and Physical Symptoms Into Effective Clinical Practice. *J. Clin. Psychiatry.*, 2007, no. 9(4), pp. 295–302.
16. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch. Intern. Med.*, 2003, no. 163(10), pp. 2433–2445.
17. Drewes A.M. Pain and sleep disturbances with special reference to fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 1999, no. 38, pp. 1035–1044.
18. Gerecz-Simon E.M., Tunks E.R., Heale J.A. et al. Measurement of pain threshold in patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, ankylosing spondylitis, and healthy controls. *Clin. Rheumatol.*, 1989, no. 8(4), pp. 467–474.
19. Huskisson E.C., Dudley Hart F. Pain Threshold and Arthritis. *Br. Med. J.*, 1972, no. 4, pp. 193–195.
20. Lee Y.C., Chibnik L.B., Lu B. et al. The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Arthr. Res. Ther.*, 2009, no. 11, pp. 160.
21. Levenson J.L. Psychiatric issues in rheumatology. *Prim. Psychiatry.*, 2006, no. 13(11), pp. 23–27.
22. Qzacetin A., Ataoglu S., Kocer E. et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med. J.* 2007, no. 56(2), pp. 122–129.
23. Treharne G.J., Lyons A.C., Hale E.D. et al. Sleep disruption frequency in rheumatoid arthritis: perceived stress predicts poor outcome over one year. *Musculoskeletal Care*, 2007, no. 5(1), pp. 51–64.
24. Wolf F., Michaud K., Li T. Sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis: evaluation by medical outcomes study and visual analog sleep scales. *J. Rheumatol.*, 2006, no. 33(10), pp. 1942–1951.

#### References

1. Abramkin A.A. *Vliyaniye komorbidnykh psikhicheskikh rasstroystv na effektivnost terapii u bolnykh revmatoidnym artritom* [The influence of comorbid psychiatric disorders on the efficacy of therapy in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Scientific and Practical Rheumatology], 2016, no. 54(3), pp. 339–345.
2. Akarachkova E.S., Soloveva A.D. *Khronicheskaya bol i depressiya: antidepressanty v terapii khronicheskoi boli* [Chronic pain and depression: antidepressants in chronic pain therapy]. *Consilium medicum*, 2008, no. 10(2), pp. 67–70.
3. Bashkova I.B., Tsyganova Yu.V. *Porazheniya kozhi pri revmaticheskikh zabolevaniyakh* [Skin lesions in rheumatic diseases]. *Meditsinskaya sestra* [Medical sister], 2016, no. 8, pp. 16–20.
4. Ivanov S.V. *Depressiya i serdechno-sosudistaya patologiya* [Depression and cardiovascular pathology]. *Psixiatriya i psihofarmakoterapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy], 2009, vol. 11, no. 3, pp. 27–31.
5. Korshunov N.I. *Medikamentoznoe lechenie v sisteme reabilitatsii bolnykh s razlichnym klinicheskim techeniem revmatoidnogo artrita: dis. ... d-ra med. nauk* [Medication in the system of rehabilitation of patients with different clinical course of rheumatoid arthritis. Doct. Diss.]. Yaroslavl, 1986, 356 p.
6. Kryuchkova O.N., Kostyukova E.A., Ickova E.A., Lutay Yu.A., Turna E.Yu. *Otsenka veroyatnosti komorbidnoi patologii: serdechno-sosudistye zabolevaniya i depressiya* [Evaluation of the probability of comorbid pathology: cardiovascular disease and depression]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal* [Ulyanovsk Medical Biological Journal], 2016, no. 2, pp. 20–26.
7. Nasonov E.L. *Lechenie revmatoidnogo artrita. Klinicheskie rekomendatsii* [Treatment of rheumatoid arthritis. Clinical recommendations]. Moscow, Almaz Publ., 2006, 118 p.
8. Lisitsyna T.A., Veltishchev D.Yu. *Psikhicheskie rasstroistva u bolnykh revmaticheskimi zabolevaniyami: diagnostika i lechenie* [Mental disorders in patients with rheumatic diseases: diagnosis and treatment]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Scientific and practical rheumatology], 2015, no. 5(53), pp. 512–521.
9. Lisitsyna T.A., L'tishchev D.Yu., Seravina O.F., Kovalevskaya O.B., Zeltyn' A.E., Fofanova Yu.S., Novikova D.S., Popkova T.V., Nasonov E.L. *Psikhicheskie rasstroistva u bolnykh revmatoidnym artritom* [Mental disorders in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Scientific and practical rheumatology], 2011, no. 3, pp. 29–36.

10. Markova T.N., Kichigin V.A., Madyanov I.V., Semakina S.M., Diomidova V.N. *Gormonalno-metabolicheskie aspekty formirovaniya ozhireniya i metabolicheskogo sindroma v etnicheskikh gruppakh (na primere populyatsii Chuvashskoi Respubliki)* [Hormonal metabolic aspects of the formation of obesity and metabolic syndrome in ethnic groups (by the example of the population of the Chuvash Republic)]. *Terapevticheskii arkhiv* [Therapeutic archive], 2014, no. 5(86), pp. 73–77.
11. Nasonov E.L. *Revmatologiya: Klinicheskie rekomendatsii* [Rheumatology: Clinical recommendations]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010, pp. 15–37.
12. Sigidin Ya.A., Guseva N.G., Ivanova M.M. *Diffuznye bolezni soedinitelnoi tkani (sistemnye revmaticheskie zabolevaniya). Rukovodstvo dlya vrachei* [Diffuse diseases of connective tissue (systemic rheumatic diseases). A guide for doctors]. Moscow, Meditsina Publ., 2004, 640 p.
13. Fofanova Yu.S., Lisitsyna T.A., Zeltyn A. E., Seravina O.F., Kovalevskaya O.B., Veltishchev D.Yu., Nasonov E.L. *Depressivnye rasstroistva u bolnykh revmatoidnym artritom* [Depressive disorders in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Scientific and practical rheumatology], 2009, no. 4, pp. 49–55.
14. Shuvalova N.V., Gerasimova L.I., Tyurnikova S.R., Barsukova E.V., Razumova Z.V. *Osobennosti zabolevaemosti boleznyami sistemy krovoobrashcheniya vzroslogo naseleniya Chuvashskoi Respubliki s 2001 po 2011 gg.* [Features of the incidence of diseases of the circulatory system of the adult population of the Chuvash Republic from 2001 to 2011]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2013, no. 1. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8243>.
15. Academic Highlights of The Primary Care Companion. Translating Evidence on Depression and Physical Symptoms Into Effective Clinical Practice. *J. Clin. Psychiatry.*, 2007, no. 9(4), pp. 295–302.
16. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Krocnke K. Depression and pain comorbidity. *Arch. Intern. Med.*, 2003, no. 163(10), pp. 2433–2445.
17. Drewes A.M. Pain and sleep disturbances with special reference to fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 1999, no. 38, pp. 1035–1044.
18. Gerecz-Simon E.M., Tunks E.R., Heale J.A. et al. Measurement of pain threshold in patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, ankylosing spondylitis, and healthy controls. *Clin. Rheumatol.*, 1989, no. 8(4), pp. 467–474.
19. Huskisson E.C., Dudley Hart F. Pain Threshold and Arthritis. *Br. Med. J.*, 1972, no. 4, pp. 193–195.
20. Lee Y.C., Chibnik L.B., Lu B. et al. The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Arthr. Res. Ther.*, 2009, no. 11, pp. 160.
21. Levenson J.L. Psychiatric issues in rheumatology. *Prim. Psychiatry.*, 2006, no. 13(11), pp. 23–27.
22. Qzcerin A., Ataoglu S., Kocer E. et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med. J.* 2007, no. 56(2), pp. 122–129.
23. Treharne G.J., Lyons A.C., Hale E.D. et al. Sleep disruption frequency in rheumatoid arthritis: perceived stress predicts poor outcome over one year. *Musculoskeletal Care*, 2007, no. 5(1), pp. 51–64.
24. Wolf F., Michaud K., Li T. Sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis: evaluation by medical outcomes study and visual analog sleep scales. *J. Rheumatol.*, 2006, no. 33(10), pp. 1942–1951.

---

**БАШКОВА ИННА БОРИСОВНА** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары ([innabashkova@yandex.ru](mailto:innabashkova@yandex.ru)).

**BASHKOVA INNA** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Faculty and Hospital Therapy, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

**ЦЫГАНОВА ЮЛИЯ ВАДИМОВНА** – аспирантка, ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары ([j.v.tsyganova@mail.ru](mailto:j.v.tsyganova@mail.ru)).

**TSYGANOVA YULIYA** – Post-Graduate Student, Assistant Lecturer, Department of Faculty and Hospital Therapy, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

**ВОРОБЬЁВА ТАТЬЯНА ИВАНОВНА** – врач-терапевт, Республиканская клиническая больница, Россия, Чебоксары.

**VOROBYOVA TATYANA** – Therapist, Chuvash Republican Clinical Hospital, Russia, Cheboksary.

---