

Параметры внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой

Ялтонский В.М.¹, Абросимов И.Н.¹, Андрушкевич Т.Д.¹, Шашурина Е.М.¹,
Соловьев С.К.², Асеева Е.А.²

¹Кафедра клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва;

²лаборатория интенсивных методов терапии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

¹Россия, 127473, ул. Делегатская, 20, стр. 1; ²Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Цель исследования – анализ структурных особенностей внутренней картины болезни (ВКБ) у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и ее соотношения с параметрами качества жизни (КЖ) как показателя адаптации к заболеванию.

Пациенты и методы. В исследование включен 51 пациент с СКВ. В группы сравнения вошли пациенты, отличающиеся по психологическому параметру – восприятию имеющегося заболевания как угрозы для жизни и здоровья: пациенты 1-й группы (n=17) относились к своему заболеванию как к умеренной угрозе жизни и благополучию, пациенты 2-й группы (n=34) – как к выраженной угрозе.

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе когнитивного уровня ВКБ были обнаружены статистически значимые различия между пациентами 1-й и 2-й групп по шкалам: «Течение болезни» ($p < 0,001$), «Личный контроль» ($p < 0,001$), «Контроль лечения» ($p < 0,001$), «Понятность болезни» ($p < 0,001$), «Эмоциональная реакция на болезнь» ($p < 0,005$), «Общий уровень угрозы болезни» ($p < 0,001$). Оказалось, что пациенты 1-й группы лучше понимают особенности протекания и проявления болезни, более уверены в эффективности и важности назначенного лечения, а также в собственных возможностях улучшить свое состояние. Пациенты 2-й группы были более склонны к попыткам совладания с имеющимися негативными переживаниями путем уклонения от проблемы.

Заключение. ВКБ у пациентов с СКВ может быть различной. Восприятие болезни как выраженной угрозы негативно влияет на эффективность терапии, психическое благополучие, социальную активность и в конечном счете на КЖ. Полученные результаты можно использовать при разработке программ психологического сопровождения пациентов с ревматическими заболеваниями, в частности с СКВ.

Ключевые слова: системная красная волчанка; внутренняя картина болезни; качество жизни; адаптация к болезни.

Контакты: Владимир Михайлович Ялтонский; yaltonsky@mail.ru

Для ссылки: Параметры внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой. Ялтонский ВМ, Абросимов ИН, Андрушкевич ТД и др. Современная ревматология. 2020;14(3):57–62. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-57-62

Parameters of the internal picture of the disease and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus

Yaltonsky V.M.¹, Abrosimov I.N.¹, Andrushkevich T.D.¹, Shashurina E.M.¹, Solovyev S.K.², Aseeva E.A.²

¹Department of Clinical Psychology, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia, Moscow; ²Intensive Care Laboratory, V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow

¹20, Delegatskaya St., Build. 1, Moscow 127473, Russia; ²34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia

Objective: to analyze the structural features of the internal picture of the disease (IPD in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and its ratio with quality of life (QOL) as an indicator of adaptation to the disease.

Patients and methods. The investigation enrolled 51 patients with SLE. Comparison groups included patients differing in the psychological parameter – the perception of the existing disease as a threat to life and health: Group 1 (n=17) regarded their disease as a moderate threat to life and well-being; Group 2 (n=34) considered it as a severe threat.

Results and discussion. Comparative analysis of the cognitive level of IPD revealed statistically significant differences between the patients of Groups 1 and 2 in the following scales: «course of the disease» ($p < 0.001$), «personal control» ($p < 0.001$), «treatment control» ($p < 0.001$), «understandability of the disease» ($p < 0.001$), «emotional response to the disease» ($p < 0.005$), and «overall level of disease threats» ($p < 0.001$). It turned out that Group 1 patients better understood the features of the course and manifestation of the disease, were more confident in the efficiency and importance of the treatment prescribed, as well as in their own capabilities to improve their health status. Group 2 patients were more inclined to try to cope with the existing negative experiences, by avoiding the problem.

Conclusion. IPD can be different in patients with SLE. The perception of illness as a severe threat negatively affects the efficiency of therapy, mental well-being, social activity, and ultimately QOL. The findings can be used to develop programs for psychological support of patients with rheumatic diseases, in particular those with SLE.

Keywords: systemic lupus erythematosus; internal picture of the disease; quality of life; adaptation to disease.

Contact: Vladimir Mikhailovich Yaltonsky; yaltonsky@mail.ru

For reference: Yaltonsky VM, Abrosimov IN, Andrushkevich TD, et al. Parameters of the internal picture of the disease and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(3):57–62. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-57-62

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение иммунной регуляции, определяющее образование органоспецифических антител к антигенам ядер клеток и иммунных комплексов с развитием иммунного воспаления в тканях многих органов [1].

СКВ является наиболее часто встречающейся патологией из группы системных заболеваний соединительной ткани, ее распространенность составляет от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения. 90% больных СКВ составляют женщины репродуктивного возраста, пик заболеваемости приходится на 15–25 лет [2, 3].

Отличительная черта СКВ – многообразие клинических проявлений и вариантов течения. Среди возможных клинических проявлений СКВ – гематологические и иммунологические нарушения, поражение кожи, язвы слизистых оболочек, артрит, поражение почек, а также центральной нервной системы. В разные периоды заболевания может наблюдаться несколько симптомов, которые существенно варьируются, но для более развернутой картины СКВ типично полиорганное поражение. Течение СКВ характеризуется чередованием ремиссий и обострений [4–7].

Заболевание в значительной степени негативно влияет на качество жизни (КЖ) пациентов, которым нередко приходится полагаться на помощь близких при выполнении даже незначительных повседневных дел, многие теряют трудоспособность и вынуждены оставить привычную работу, часто менять планы в зависимости от состояния здоровья [8–10].

Важным представляется изучение заболевания в рамках концепции внутренней картины болезни (ВКБ), или, в зарубежной терминологии, – концепции восприятия болезни. ВКБ является одним из главных понятий, которое рассматривают в психологии и медицине, когда в связи с болезнью индивиду необходимо адаптироваться к новым жизненным условиям [11].

В настоящей работе использована классификация В.В. Николаевой [12], которая определяет ВКБ как *психическое отражение человеком переживаемого им заболевания и выделяет четыре ее основных уровня: чувственный* – совокупность соматических ощущений, возникших в связи с болезнью; *эмоциональный* – совокупность эмоциональных реакций в ответ на болезненные симптомы; *когнитивный* – совокупность знаний больного о своем заболевании, а также его представлений о течении и исходе заболевания; *мотивационный* – деятельность, образ жизни и его изменения, которые избрал больной для выздоровления.

В медицине и психологии рассматривается КЖ, связанное со здоровьем, т. е. сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации [13, 14]. При исследовании КЖ пациентов с соматическими заболеваниями необходимо учитывать не только телесные страдания, причиняемые болезнью, но и эмоциональную составляющую, являющуюся реакцией на заболевание, субъективную оценку пациентом своего психического состояния, связанного с болезнью, а также то, как менялась социальная ситуация при появлении заболевания и что это для него означает [15]. Каждый человек при оценке удовлетворенности своей жизнью опирается на

индивидуальные ценности, представления, имеющийся опыт и др., при этом многочисленные аспекты и сферы жизни имеют для него неодинаковую ценность: для одних наиболее важно здоровье, для других – профессиональная реализация. Ценность здоровья также может пониматься по-разному: от способности к самообслуживанию, выполнению повседневных дел без посторонней помощи или возможности планировать свой день без учета ограничений, накладываемых заболеванием, до занятий спортом и активного образа жизни [16].

Значимой частью КЖ, связанного со здоровьем, является отношение пациента к имеющемуся заболеванию, сложившейся социальной ситуации и т. д., что позволяет соотносить КЖ с ВКБ. Допускается рассмотрение этих понятий как сложных, многоуровневых компонентов адаптационной системы человека, поэтому изучение ВКБ применительно к КЖ и адаптации к заболеванию весьма актуально [17].

Оценка особенностей когнитивного и мотивационного уровней ВКБ у пациентов с СКВ поможет понять, как пациенты данной группы воспринимают свое заболевание и оценивают его тяжесть и опасность для жизни, какие шаги предпринимают для улучшения своего состояния. Полученные данные позволят составить комплекс необходимых психологических интервенций, которые будут способствовать разработке мероприятий, направленных на улучшение адаптации пациентов к заболеванию, а также повышению КЖ.

Цель исследования – анализ особенностей структуры ВКБ у пациентов с СКВ и ее соотношения с КЖ как показателем адаптации к заболеванию.

Пациенты и методы. Исследование проводилось с сентября по декабрь 2019 г. на базе 5-го ревматологического отделения ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой». В исследование включен 51 пациент с диагнозом СКВ: 47 женщин и 4 мужчины в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $39,04 \pm 12,45$ года), находившихся на плановом стационарном лечении.

Все больные были разделены на две группы в зависимости от типа восприятия болезни как угрозы для жизни и здоровья на основании факторного и кластерного анализа с включением показателей «Краткого опросника восприятия болезни». В 1-ю группу вошли 17 пациентов, воспринимающих свое заболевание как умеренную угрозу жизни и благополучию; во 2-ю группу – 34 пациента, оценивающих свое заболевание как выраженную угрозу жизни и благополучию.

Для исследования когнитивного уровня ВКБ использовали «Краткий опросник восприятия болезни» [18] – скрининговую методику для исследования структуры субъективных представлений человека об имеющемся у него заболевании. Мотивационный уровень ВКБ оценивали с помощью «Методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» [17]. Эта методика позволяет проанализировать особенности поведения в проблемных и трудных для личности ситуациях (одной из которых является болезнь), выявить характерные способы преодоления стресса у разных испытуемых. Исследовали ряд копинг-стратегий: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответ-

Таблица 1. Результаты исследования когнитивного уровня ВКБ
Table 1. Results of studying the cognitive level of IPD

Параметр	1-я группа (n=17)	2-я группа (n=34)	p
Последствия болезни	6,06±2,41	7,12±2,79	0,170
Течение болезни	10,00±0,01	8,29±2,80	0,001
Личный контроль	8,35±1,16	5,26±2,06	0,001
Контроль лечения	8,94±1,19	5,82±2,22	0,001
Идентификация болезни	7,24±2,61	6,44±2,27	0,294
Обеспокоенность болезнью	6,59±3,20	7,91±2,22	0,139
Понятность болезни	9,47±0,80	6,18±2,85	0,001
Эмоциональные реакции на болезнь	4,71±3,21	7,44±2,36	0,005
Общий уровень угрозы болезни	37,82±9,37	49,94±8,92	0,001

ственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

КЖ, связанное со здоровьем, изучали с помощью опросника SF-36 [19], позволяющего определить, насколько человек удовлетворен состоянием тех сфер жизни, на которые оказывает влияние его здоровье, а также своим благополучием в целом.

Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерной программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Результаты представлены в виде средних величин (M) и стандартных отклонений (SD). Проверка соответствия распределения показателей нормальному закону осуществлялась по величине коэффициентов асимметрии и эксцесса и критерия Колмогорова–Смирнова. При нормальном распределении значения определяли среднее (M) и стандартное отклонение (σ), при распределении, отличном от нормального, – медиану (Me) и интерквартильный размах (25-й; 75-й перцентили). Для сравнения количественных показателей разных групп пациентов для нормально распределенных переменных применяли t-критерий Стьюдента. Непараметрические статистические методы использовали, когда закон распределения исследуемых величин отличался от нормального. Степень выраженности взаимосвязи показателей изучали с помощью корреляционного анализа. При сравнении групп по количествен-

Таблица 2. Результаты исследования мотивационного уровня ВКБ
Table 2. Results of studying the motivational level of IPD

Параметр	1-я группа (n=17)	2-я группа (n=34)	p
Конфронтация	44,12±9,19	49,50±10,06	0,065
Дистанцирование	48,29±13,57	51,82±12,54	0,377
Самоконтроль	51,53±11,54	47,26±11,84	0,227
Поиск социальной поддержки	50,76±9,83	51,26±9,17	0,862
Принятие ответственности	49,53±10,86	47,97±10,03	0,624
Бегство-избегание	47,47±6,13	52,26±10,68	0,048
Планирование решения проблемы	51,41±11,16	48,76±10,47	0,422
Положительная переоценка	44,59±8,18	46,71±8,79	0,402

ным показателям использовали t-критерий Стьюдента (две группы) и метод множественных сравнений Шеффе (сравнение более двух групп), по качественным признакам (анализ таблиц сопряженности) – критерий χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты исследования когнитивного уровня ВКБ. При сравнительном анализе когнитивного уровня ВКБ были обнаружены статистически значимые различия по шкалам: «Течение болезни», «Личный контроль», «Контроль лечения», «Понятность болезни», «Эмоциональная реакция на болезнь», «Общий уровень угрозы болезни» (табл. 1). Оказалось, что пациенты 1-й группы лучше пони-

мают особенности протекания и проявления болезни, более уверены в эффективности и важности назначенного лечения, а также в собственных возможностях улучшить свое состояние. Они более точно оценивают длительность заболевания и понимают, что СКВ полностью не излечима. Результаты, полученные у пациентов 2-й группы, свидетельствуют о наличии многочисленных негативных переживаний, касающихся болезни и жизни в целом. Больные обеих групп не отрицали того, что болезнь вносит изменения в их физическое состояние, но недооценивали выраженность и тяжесть данных изменений. Пациенты, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу, затруднились определить, что именно из соматических ощущений можно отнести к симптомам заболевания.

Результаты исследования мотивационного уровня ВКБ. Сравнительный анализ мотивационного уровня ВКБ показал статистически значимые различия по шкале «Бегство-избегание» (табл. 2).

Пациенты 2-й группы, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу, были более склонны к попыткам совладания с имеющимися негативными переживаниями путем уклонения от проблемы. Такая позиция имеет негативные стороны: избегание решения проблемы из-за нежелания сталкиваться с негативными переживаниями усугубляет состояние здоровья. Стратегия «бегство-избегание» считается малоадаптивной. Пациенты 2-й группы чаще использовали и стратегию дистанцирования, которая подразумевает преодоление негативных эмоций, связанных с проблемой, путем снижения значимости проблемы и отвлечения, переключения внимания. Данная стратегия позволяет уменьшить эмоциональные переживания, однако вероятно недооценка серьезности проблемы и снижение активных действий по ее преодолению.

У пациентов 1-й группы наблюдалась тенденция к более частому использованию стратегий самоконтроля и планирования решения пробле-

Таблица 3. Результаты анализа корреляции между когнитивным уровнем ВКБ и показателями КЖ
Table 3. Results of analyzing the correlation between the cognitive level of IPD and QOL indicators

Параметр	Последствия болезни	Идентификация болезни	Обеспокоенность болезнью	Эмоциональные реакции	Угроза
Физическое функционирование	$r=-0,406$; $p=0,002$	$r=-0,486$; $p=0,004$	–	–	–
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	$r=-0,374$; $p=0,030$	$r=-0,538$; $p=0,001$	–	–	–
Интенсивность боли	–	$r=-0,587$; $p=0,001$	–	–	$r=-0,399$; $p=0,019$
Жизненная активность	$r=-0,371$; $p=0,031$	–	–	–	$r=-0,474$; $p=0,005$
Социальное функционирование	$r=-0,441$; $p=0,009$	$r=-0,345$; $p=0,046$	$r=-0,339$; $p=0,049$	$r=-0,377$; $p=0,028$	$r=-0,438$; $p=0,010$
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	–	–	$r=-0,349$; $p=0,043$	$r=-0,406$; $p=0,017$	$r=-0,499$; $p=0,001$
Психическое здоровье	–	–	–	$r=-0,404$; $p=0,018$	$r=-0,410$; $p=0,016$
Психический компонент здоровья	–	–	$r=-0,408$; $p=0,017$	$r=-0,491$; $p=0,003$	$r=-0,500$; $p=0,003$
Физический компонент здоровья	$r=-0,417$; $p=0,014$	$r=-0,563$; $p=0,001$	–	–	–

мы. Копинг-стратегия самоконтроля, вероятно, проявляется более рациональным и рассудительным взглядом на проблему. Стратегия планирования решения проблемы включает анализ ситуации и разработку линии поведения, что дает позитивный результат при разрешении возникших трудностей.

Результаты исследования КЖ. Сравнительный анализ уровня КЖ у пациентов обеих групп позволил обнаружить значимые различия по следующим шкалам: «Общее состояние здоровья» ($p=0,029$), «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p=0,006$), «Психическое здоровье» ($p=0,009$) и «Психический компонент здоровья» ($p=0,003$). По каждой из этих шкал пациенты, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу, набрали меньшее количество баллов, что может указывать на наличие у них тенденции оценивать свое состояние как сугубо неудовлетворительное (при этом различий в оценке интенсивности боли, утомляемости, степени влияния состояния здоровья на физическую активность не выявлено), кроме того, у них отмечалась тревожная и депрессивная симптоматика. Пациенты 2-й группы также считали, что их эмоциональное состояние является помехой для успешной профессиональной деятельности и повседневных занятий (сюда можно отнести увеличение времени на выполнение заданий, ухудшение конечного результата и т. д.). Это может объясняться тенденцией к выраженно пессимистичному восприятию своего заболевания, что повышает интенсивность отрицательных эмоций и формирует более негативную оценку течения болезни, эффективности лечения и т. д. Таким образом, негативные переживания, вызванные особенностями осмысления заболевания, ухудшают КЖ у больных СКВ. В целом пациенты обеих групп указывали на то, что заболевание влияет на каждую из представленных сфер жизнедеятельности и в значительной степени ухудшает КЖ.

Результаты анализа корреляции между параметрами когнитивного уровня ВКБ и показателями КЖ. Анализ связей (табл. 3) между показателями КЖ и параметрами когнитив-

ного уровня ВКБ показал, что тяжесть клинических проявлений, боль, выраженность усталости, значительные изменения внешнего вида и т. д. взаимосвязаны с более тягостным восприятием дальнейших проявлений заболевания, а также с его влиянием на другие сферы жизни (трудовую, социальную и т. д.) и в целом с отношением к болезни как несущей большую угрозу. Можно предположить, что пессимистичная оценка последствий болезни непосредственно отражается на оценке параметров КЖ, поскольку представление о дальнейшем тяжелом течении заболевания может сформировать суждение о собственной жизни как полностью подчиненной заболеванию и негативно влиять на самостоятельное выполнение различных видов деятельности, а также усугублять симптомы заболевания, выраженность усталости и др.

Важно отметить, что чем лучше пациент понимает свое заболевание, тем больше знает об особенностях его проявлений, тем легче ему составлять распорядок дня, оценивать, сколько дел он сможет сделать за определенный промежуток времени, в чем именно его может ограничить заболевание и т. д. Уверенность в эффективности назначенного лечения сопряжена с меньшим количеством негативных переживаний и их влиянием на жизнь. Помимо этого, сильная обеспокоенность болезнью и выраженность эмоциональных реакций, связанных с заболеванием, могут стать причиной снижения адаптации при взаимодействии с другими людьми, в трудовой сфере, при выполнении обычных повседневных дел.

Результаты анализа корреляции между параметрами мотивационного уровня ВКБ и показателями КЖ. Установлена отрицательная связь умеренной силы между копинг-стратегией конфронтации и показателем КЖ «Социальное функционирование» ($r=-0,317$, $p=0,023$). Это может быть объяснено тем, что при высоком уровне благополучия в сфере социальных взаимодействий человеку не требуется прибегать к излишней активности, направленной на изменение сложившейся ситуации, и к действиям, снижающим эмоциональное напряжение.

Обсуждение. Пациенты, воспринимающие заболевание как выраженную угрозу, дают более низкую оценку общему состоянию своего здоровья и эффективности лечения, чем больные, которые относятся к заболеванию как к умеренной угрозе. Также эти пациенты отмечают собственное психическое неблагополучие и негативное влияние эмоционального состояния, связанного с заболеванием, на выполнение повседневных дел, трудовых обязанностей и социальную активность. Таким образом, данная группа пациентов оценивает КЖ по всем жизненным сферам более низко.

На ухудшение КЖ пациентов с СКВ влияют выраженность негативных переживаний, являющихся реакцией на заболевание, оценка его возможных последствий как критичных для жизни и благополучия, высокий уровень обес-

покоенности болезнью, трудности в понимании своего заболевания, низкая оценка эффективности лечения.

Заключение. Полученные результаты можно использовать при разработке программ психологического сопровождения пациентов ревматологического профиля, в частности больных СКВ. Комплексное лечение пациентов с СКВ и оценка его результатов должны опираться не только на клинические показатели течения болезни, но и на субъективные клинико-психологические параметры, центральными из которых являются восприятие болезни, КЖ, связанное со здоровьем, и совладающее поведение, т. е. умение преодолевать трудности, невзгоды повседневной жизни, эффективно адаптироваться к ним, регулировать свое эмоциональное состояние.

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

1. Баранов АА. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с системной красной волчанкой. Москва; 2015. [Baranov AA. *Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po оказaniyu meditsinskoi pomoshchi detyam s sistemoi krasnoi volchankoi* [Federal clinical guidelines for providing medical care to children with systemic lupus erythematosus]. Moscow; 2015].
2. Насонов ЕЛ, редактор. Системная красная волчанка. В кн.: Российские клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. С. 113-41. [Nasonov EL, editor. *Systemic lupus erythematosus*. In: *Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii* [Russian clinical guidelines]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. P. 113-41].
3. Yen EY, Singh RR. Lupus – An Unrecognized Leading Cause of Death in Young Women: Population-based Study Using Nationwide Death Certificates, 2000–2015. *Arthritis Rheumatol*. 2018 Aug; 70(8):1251-55. doi: 10.1002/art.40512. Epub 2018 Jun 27.
4. Асеева ЕА, Соловьев СК, Клюквина НГ и др. Необратимые органные повреждения в когорте пациентов с системной красной волчанкой (РЕНЕССАНС). Научно-практическая ревматология. 2016;54(4):404-11. [Aseeva EA, Solov'ev SK, Klyukvina NG, et al. Irreversible organ damages in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus (RENAISSANCE). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2016;54(4):404-11. (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2016-404-411]
5. Попкова ТВ, Лисицына ТА. Рекомендации по ведению больных СКВ в клинической практике (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги – EULAR). Современная ревматология. 2011;5 (1):4-12. [Popkova TV, Lisitsyna TA. Rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh sistemoi krasnoi volchankoi u v klinicheskoy praktike po materialam rekomendatsiy Evropeyskoy antirevmaticheskoy ligi – EULAR). *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2011;5 (1):4-12. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2011-645]
6. Соловьев СК, Асеева ЕА, Попкова ТВ и др. Системная красная волчанка: новые горизонты диагностики и терапии. Научно-практическая ревматология. 2020;58(1):5-14. [Solov'ev SK, Aseeva EA, Popkova TV, et al. Systemic lupus erythematosus: new horizons for diagnosis and therapy. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2020;58(1):5-14. (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2020-5-14]
7. Maneeton B, Maneeton N, Louthrenoo W. Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:799-804. doi: 10.2147/NDT.S44248. Epub 2013 Jun 5.
8. Асеева ЕА, Амирджанова ВН, Лисицына ТА и др. Качество жизни у больных системной красной волчанкой. Научно-практическая ревматология. 2013;51(3):324-31. [Aseeva EA, Amirdzhanova VN, Lisitsyna TA, et al. Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(3):324-31. (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2013-1508]
9. Насонов ЕЛ, Насонова ВА. Ревматология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. [Nasonov EL, Nasonova VA. *Revmatologiya: natsional'noe rukovodstvo* [Rheumatology: national guidelines]. Moscow: GEOTAR-Media; 2008.]
10. Тарасова ИА, Иванова ММ. Исходы и прогноз при системной красной волчанке. Научно-практическая ревматология. 2003;41(2):53-8. [Tarasova IA, Ivanova MM. Outcomes and prognosis in systemic lupus erythematosus. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2003; 41(2):53-8. (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2003-770]
11. Абросимов ИН, Ялтонский ВМ. Выбор копинг-стратегии как фактор психологической адаптации пациента к хроническому соматическому заболеванию. Вестник омского университета. 2018;(4):12-8. [Abrosimov IN, Yaltonskii VM. Choice of coping strategy as a factor of psychological adaptation of the patient to a chronic somatic disease. *Vestnik omskogo universiteta*. 2018; (4):12-8. (In Russ.).]
12. Николаева ВВ. Психосоматика: телесность и культура. Учебное пособие для вузов. Москва: Академический проект; 2009. [Nikolaeva VV. *Psichosomatika: telesnost' i kul'tura*. *Uchebnoe posobie dlya vuzov*. Moscow: Akademicheskii projekt; 2009.]
13. Панкратов ВВ, Ягудаева ИП, Давыдов АИ. Качество жизни, связанное со здоровьем: терминология, методология, особенности оценки в акушерско-гинекологической практике. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012;11(2):22-3. [Pankratov VV, Yagudaeva IP, Davydov AI. Health-related quality of life: terminology, methodology, evaluation features in obstetric and gynecological practice. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2012;11(2):22-3. (In Russ.).]
14. Стекольников ЛВ, Герасимова ЛИ. Современное исследование качества жизни, связанного со здоровьем, на популяционном уровне (обзор литературы). Здравоохранение Чувашии. 2014;(4-1): 92-101. [Stekol'shchikov LV, Gerasimova LI. Current research on health-related quality of life at the population level (literature review). *Zdravookhranenie Chuvashii*. 2014;(4-1): 92-101. (In Russ.).]
15. Шелкова ОЮ, Усманова ЕБ, Горбунов ИА, Сушенцов ЕА. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением кос-

тей. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2018;25(3):62-72. [Shchelkova OYu, Usmanova EB, Gorbunov IA, Sushentsov EA. Psychological adjustment and quality of life in patients with bone tumor. The Scientific Notes of Pavlov University. 2018;25(3):62-72. (In Russ.)]. doi: 10.24884/1607-4181-2018-25-3-62-72

16. Goerling U, Stickel A. Quality of Life in Oncology. *Recent Results Cancer Res.* 2018; 210:163-80. doi: 10.1007/978-3-319-64310-6-10.

17. Вассерман ЛИ, Трифонова ЕА, Федорова ВЛ. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с со-

матической патологией. Сибирский психологический журнал. 2008;(27):67-71. [Vasserman LI, Trifonova EA, Fedorova VL. Internal picture of the disease in the structure of quality of life in patients with somatic pathology. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal.* 2008;(27):67-71. (In Russ.)].

18. Ялтонский ВМ, Ялтонская АВ, Сирота НА, Московченко ДВ. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;(10):1. [Yaltonskii VM, Yaltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. Psychometric character-

istics of the russian version of the short questionnaire on the perception of illness. *Psikhologicheskie issledovaniya.* 2017;(10):1. (In Russ.)].

19. Шевченко ЮЛ, редактор. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. Москва: ОЛМА Медиа Групп; 2007. [Shevchenko YuL, redaktor. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. 2-e izdanie* [Guide to quality of life research in medicine. 2nd edition]. Moscow: OLMA Media Grupp; 2007].

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
7.06.2020/22.07.2020/29.07.2020

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.

Ялтонский В.М. <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>
Абросимов И.Н. <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>
Андрюшкевич Т.Д. <https://orcid.org/0000-0002-7450-9083>
Шашурина Е.М. <https://orcid.org/0000-0001-6999-8612>
Соловьев С.К. <https://orcid.org/0000-0002-5206-1732>
Асеева Е.А. <https://orcid.org/0000-0002-1663-7810>