

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ АССОЦИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЕЛЕНА БОРИСОВНА КЛЕСТЕР, докт. мед. наук, доц. кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия, тел. 8-961-994-16-60, e-mail: klester@bk.ru

ВАЛЕРИЙ GERMANOVICH ЛЫЧЕВ, докт. мед. наук, проф., заслуженный работник Высшей школы РФ, зав. кафедрой госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия, тел. 8-385-240-56-57

ЕКАТЕРИНА ВИКТОРОВНА ЛОКТИОНОВА, врач-ординатор ревматологического отделения КГБУЗ ГБ № 4, Барнаул, Россия, тел. 8-385-240-56-57

МАКСИМ ЕВГЕНЬЕВИЧ ИГНАТЬЕВ, врач-лаборант кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия, тел. 8-385-240-56-57.

Реферат. Цель — оценить качество жизни (КЖ) больных РА и корреляционных взаимосвязей его проявлений с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств при ассоциации с артериальной гипертензией. *Материал и методы.* Исследованы 104 больных с достоверным диагнозом РА, из них 54 при сочетании РА и артериальной гипертензии КЖ изучали по опроснику SF-36. Психосоциальный статус пациентов оценивали с помощью опросника депрессии Бека (BDI), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера—Ханина. *Результаты.* Все исходные показатели КЖ у больных РА были статистически значимо ниже, чем в группе популяционного контроля ($p < 0,05$). В наибольшей степени были снижены показатели физического здоровья у больных при ассоциации РА и АГ. У большинства больных РА были выявлены тревожно-депрессивные расстройства, выраженность которых коррелировала с основными клиническими проявлениями РА.

Ключевые слова: качество жизни, ревматоидный артрит, артериальная гипертензия.

THE QUALITY OF LIFE AND THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN ASSOCIATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ELENA B. KLESTER, VALERY G. LYCHEV, EKATERINA V. LOKTIONOVA, MAKSIM E. IGNATYEV

Abstract. The article is devoted to research of the QOL of patients with RA and correlative interconnections of its manifestations with the intensity anxiety-depressive disorders in association with arterial hypertension. 104 patients with authentic diagnosis of RA are investigated, of which 54 with combined RA and arterial hypertension QOL was studied by a scales of SF-36. Psychological — emotional status of patients was evaluated with assistance of the enquirer of depression Beck (BDI), the Hospital of the scale of anxiety and depression (HADS), the Scale of reactive and personal anxiety Spielberger — Huning. All initial indexes of QOL in patients with RA were statistically significantly lower than in the group of population control ($p < 0,05$). To the greatest extent were reduced rates of physical health of the patients of the association of the RA and AH. The majority of patients with RA were identified anxiety-depressive disorders, the intensity of which is correlated with the main clinical manifestations of RA.

Key words: quality of life, rheumatoid arthritis, arterial hypertension.

Введение. В России общее количество больных ревматоидным артритом (РА) по эпидемиологическим данным составляет немногим более 1 млн человек (почти 1% населения) [1].

В течение первых двух лет приблизительно у 70% больных РА появляются рентгенологические признаки разрушения суставных тканей. Через пять лет от начала заболевания половина пациентов становится инвалидами и утрачивает работоспособность. Деструкция суставов, вовлечение в процесс других органов и систем, нежелательные побочные эффекты проводимой терапии приводят к выраженным психосоциальным нарушениям, преимущественно тревожно-депрессивного спектра и социальным ограничениям, что значительно ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов [2].

По современным представлениям, РА, ТДР и ССЗ имеют не только общий провоцирующий фактор —

хронический психосоциальный стресс, но и ряд общих патогенетических механизмов. Ключевая роль принадлежит нарушениям иммунной системы провоспалительного характера [Т-лимфоциты, цитокины, интерлейкины (ИЛ)-1, -6, -8, фактор некроза опухоли (ФНО- α)], выявляемым при РА, психосоциальных нарушениях при РА. Системному воспалению с повышением ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α отводится большое значение в формировании гипертонической болезни и развитии атеросклероза [3, 4, 5].

Цель исследования — оценить КЖ больных РА и корреляционных взаимосвязей его проявлений с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств при ассоциации с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В основу работы положены данные о 154 больных, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом и общетерапевтическом отделениях КГБУЗ «Городская больница № 4» г. Бар-

наула за период с 2011 по 2012 г. Все больные были разделены на группы:

- I группа состояла из 50 больных РА;
- II группа включала 54 больных РА в сочетании с АГ I—II стадии 1—2-й степени.
- III группа включала 50 больных, страдающих АГ I—II стадии 1—2-й степени.

Критерии исключения: особые клинические формы РА, наличие злокачественных новообразований, наличие иных клинически значимых хронических соматических заболеваний с неблагоприятным краткосрочным прогнозом, отказ от участия в исследовании.

Больные включались в исследование по мере поступления. Каждый пациент подписывал бланк информированного согласия.

Пациентам было проведено комплексное общеклиническое обследование, которое включало клинические, биохимические, иммунологические (РФ, СРБ) анализы крови, общий анализ мочи, рентгенографию суставов.

Диагноз РА являлся достоверным согласно критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987) и критериям ACR/EULAR (2010) [2]. Диагноз АГ определен согласно «Российским рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии (четвертый пересмотр, 2010)» [6].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Statistica 8.0. Уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При оценке распределения больных по полу большинство составляли женщины: в I группе — 88%, во II — 83,3%, в III — 82% ($p > 0,05$). Медиана возраста пациентов I группы — 61 [54; 62] год, второй — 57 [51; 66] лет, третьей — 57 [54; 66] лет ($p > 0,05$). Таким образом, группы были сопоставимы по основным демографическим показателям.

Длительность РА в I группе составляла 8 [6; 11], во II — 8,5 [6; 12] лет ($p = 0,56$; $U = 1260,5$; U -тест M-W). Внесуставные проявления РА имелись у 9 больных I группы и у 14 — II группы ($p = 0,334$; Z -test, two-sided). Серопозитивный по ревматоидному фактору (РФ) вариант РА диагностирован у 29 больных I группы и у 42 — II группы ($p = 0,031$; Z -test, two-sided). Преобладала II рентгенологическая стадия (по Steinbroker) без существенных различий по группам (у 22 больных I группы и у

24 больных II группы, $p = 1,00$; Fisher exact p , two-tailed). Необходимо отметить, что у пациентов II группы чаще, чем у пациентов I, диагностирована IV рентгенологическая стадия (у 12 больных, $p = 0,028$; Fisher exact p , two-tailed). Высокая степень активности ($> 5,1$) по индексу DAS 28 превалировала у пациентов II группы (у 32, $p = 0,000$; Fisher exact p , two-tailed), умеренная ($3,2 \leq \text{DAS } 28 \leq 5,1$) и низкая ($\text{DAS } 28 < 3,2$) чаще диагностирована у пациентов I группы (у 28, $p = 0,120$ и у 14, $p = 0,003$; Fisher exact p , two-tailed). Средний балл по DAS 28 составил $4,6 \pm 1,06$ у пациентов I группы и $5,6 \pm 0,93$ — у пациентов II группы ($p < 0,05$). Большинство пациентов имели II класс функциональной недостаточности суставов (ACR, 1992): 26 больных I группы и 28 больных II группы ($p = 1,000$; Fisher exact p , two-tailed), при этом у пациентов I группы чаще, чем у пациентов II, диагностирован I ФК (у 18, $p = 0,017$), а у пациентов II группы — III ФК (у 17; $p = 0,019$; Fisher exact p , two-tailed).

На момент включения в исследование все пациенты с РА получали базисную терапию: метотрексат в дозах 7,5—15 мг в нед (77—82% I и II групп соответственно), сульфазалазин — 10—7,4%, лефлюномид — 14—11,1%. Преднизолон [(10,2±7,3) мг/сут] получали около 55% больных без статистически значимых различий по группам. Около 76% больных получали нестероидные противовоспалительные препараты.

КЖ больных определяли по опроснику SF-36 (Short Form-36-Item Health Survey) [7]. Для оценки влияния заболевания на КЖ пациентов по шкалам SF-36 проводили сравнительную оценку показателей КЖ больных РА, при сочетании РА и АГ, а также показателей популяционных норм соответствующего пола и возраста. Валидированы Межнациональным центром исследования КЖ (г. Санкт-Петербург) с вычислением 8 основных показателей: ФФ — физическое функционирование, РФФ — ролевое физическое функционирование, Б — боль, ОЗ — общее здоровье, Ж — жизнеспособность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ — психическое здоровье и оценкой 2 суммарных измерений: физического (PCS) и психологического здоровья (MCS), которые сравнивали с популяционным контролем соответствующего пола и возраста. Обработка шкал SF-36 производилась с использованием специального лицензионного пакета статистических программ [8, 9] (табл. 1).

Таблица 1

Распределение анализируемых групп больных согласно шкалам опросника SF 36

Шкала	РА	РА и АГ	АГ	Kruskal-Wallis	LSD-test
ФФ	57 [39; 73]	43 [23; 60]	69 [43; 84]	$H = 23,323$; $p = 0,000$	$p_{I-II} = 0,001$; $p_{I-III} = 0,000$
РФФ	45 [26; 57]	38 [24; 60]	56 [39; 74]	$H = 19,272$; $p = 0,000$	$p_{I-II} = 0,821$; $p_{I-III} = 0,000$
Б	53 [33; 63]	32 [21; 50]	60 [47; 77]	$H = 37,506$; $p = 0,000$	$p_{I-II} = 0,001$; $p_{I-III} = 0,000$
ОЗ	49 [32; 62]	38 [28; 54]	53 [36; 60]	$H = 8,792$; $p = 0,012$	$p_{I-II} = 0,015$; $p_{I-III} = 0,008$
Ж	48 [35; 59]	35 [25; 49]	51 [43; 63]	$H = 25,298$; $p = 0,000$	$p_{I-II} = 0,001$; $p_{I-III} = 0,000$
СФ	54 [38; 63]	47 [24; 61]	62 [54; 74]	$H = 25,007$; $p = 0,000$	$p_{I-II} = 0,037$; $p_{I-III} = 0,000$
РЭФ	48 [37; 57]	41 [24; 60]	58 [39; 77]	$H = 16,152$; $p = 0,000$	$p_{I-II} = 0,037$; $p_{I-III} = 0,000$
ПЗ	52 [44; 63]	48 [25; 62]	56 [39; 68]	$H = 5,113$; $p = 0,078$	$p_{I-II} = 0,024$; $p_{I-III} = 0,009$

Корреляционные зависимости между шкалами SF-36 и клинической картиной анализируемых групп больных

Показатель	РА		РА + АГ	
	ФКЗ	ПКЗ	ФКЗ	ПКЗ
Возраст, годы	-0,33(*)	-0,31(*)	0,41(*)	-0,38(*)
Активность по DAS 28	-0,50	-0,41	-0,58(*)	-0,44(*)
Число болезненных суставов, n	-0,29(*)	-0,33(*)	-0,35(*)	-0,43(*)
Боль по ВАШ, мм	-0,56(*)	-0,62(*)	-0,66(*)	-0,73(*)
HAQ, баллы	-0,74(*)	-0,77(*)	-0,84(*)	-0,79(*)
Рентгенологическая стадия	-0,14	-0,10	-0,13	-0,15
РФ, МЕ/мл	-0,09	-0,10	-0,12	-0,09

Примечание. Числовые значения коэффициента корреляции по Пирсону, знак «-» означает отрицательную корреляционную связь. Корреляционная связь, статистически значимая при $p < 0,05$, обозначена звездочкой.

Результаты и их обсуждение. Результаты сравнительного анализа параметров КЖ больных анализируемых групп и группы популяционного контроля соответствующего пола и возраста, оцененных с помощью опросника SF-36, показали, что все показатели КЖ больных были статистически значимо ниже по сравнению с популяционными. В наибольшей степени это касалось показателей физического здоровья II группы (РА и АГ), которое было более чем на 19 баллов ниже средних значений популяционного контроля, что свидетельствовало о значительных ограничениях больных II группы при самообслуживании и выполнении физических нагрузок. В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). ФФ было снижено на 44,2%, показатель РФФ — на 37,7%, показатель — Б на 33,3% по сравнению со средними значениями популяционного контроля.

Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (Ж, СФ, РФФ, ПЗ), в большей степени были снижены Ж на 36,4% и СФ — на 32,9%.

Проведен анализ корреляционных зависимостей некоторых клинических показателей со значениями шкал физического (PCS) и психологического здоровья (MCS) SF-36 (табл. 2).

Как видно из табл. 2, большинство шкал имело умеренные, статистически значимые корреляционные связи с возрастом, активностью заболевания, числом болезненных суставов, болью по ВАШ. Была выявлена высокая отрицательная корреляционная связь между шкалами SF-36 и функциональным статусом больных РА по HAQ. Не было выявлено взаимосвязи КЖ с рентгенологической стадией заболевания ($r = -0,14$; $-0,11$) и наличием или отсутствием ревматоидного фактора ($r = -0,10$; $-0,09$).

При исследовании психоэмоционального статуса у больных РА была выявлена высокая частота тревожно-депрессивных расстройств. Согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) клинически выраженная тревога наблюдалась у каждого третьего (34%) больного РА, более чем у половины (54%; $p_{I-II} = 0,04$) — субклиническая. При сочетании РА и АГ уровень клинически выраженной тревоги был наиболее высоким (61,1%; $p_{I-II} = 0,007$; $p_{II-III} = 0,03$). Клинически выраженная депрессия диагностирована у 55,6% больных II группы ($p_{I-II} = 0,021$; $p_{II-III} = 0,046$), у пациентов III группы статистически значимо чаще диагностирована субклиническая депрессия (у 60%, $p_{II-III} = 0,051$). Аналогичные данные получены при оценке депрессии по шкале депрессии Бека. У большинства

больных РА по опроснику Спилберга—Ханина наблюдалась высокая личностная (у 48%) и ситуативная (у 56%) тревожность.

При проведении регрессионного анализа выраженность тревоги по шкале HADS прямо коррелировала с возрастом ($r = 0,43$), индексом HAQ ($r = 0,67$), активностью заболевания по DAS 28 ($r = 0,55$), длительностью заболевания ($r = 0,33$), функциональным классом ($r = 0,36$), а выраженность депрессии — с ИМТ ($r = 0,61$) и возрастом ($r = 0,77$) пациентов.

Выводы. Комплексное изучение КЖ больных РА, в том числе при ассоциации с артериальной гипертензией выявило существенные взаимосвязи показателей КЖ с основными клиническими характеристиками больных, выраженностью боли и степенью активности заболевания. У 3/4 больных РА выявляются тревожно-депрессивные расстройства, выраженность которых коррелирует с основными показателями активности воспалительного процесса. Наличие ассоциированного поражения костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем и психоэмоциональной сферы формирует порочный круг взаимоотношения и диктует необходимость комплексного обследования пациента с целью адекватной коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанова, Р.М. Динамика распространенности ревматологических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000—2010 гг. / Р.М. Балабанова, Ш.Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2012. — № 52(3). — С.10—12.
2. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 720 с.
3. Covic, T. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS) / T. Covic, S.R. Cumming, J.F. Pallant [et al.] // BMC Psychiatry. — 2012. — Vol. 24, № 2. — P.6.
4. Conen, D. Inflammation, blood pressure and cardiovascular disease: heading east / D. Conen // J. Hum. Hypertens. — 2013. — Vol. 27, № 2. — P.71.
5. Nemeroff, C.B. Heartache and heartbreak — the link between depression and cardiovascular disease / C.B. Nemeroff, P.J. Goldschmidt-Clermont // Nat. Rev. Cardiol. — 2012. — Vol. 9, № 9. — P.526—539.
6. Российские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии (4-й пересмотр, 2010). — М., 2010.

7. Разрешение на использование и воспроизведение опросника SF-36® // Medical Outcomes Trust. — URL: <http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>
8. *Ионова, Т.И.* Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга / Т.И. Ионова, А.А. Новик, Б. Гандек [и др.] // Исследование качества жизни в медицине: тез. докл. Всерос. конф. с международным участием. — СПб., 2000. — С.54—57.
9. *Новик, А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. — 314 с.

REFERENCES

1. *Balabanova, R.M.* Dinamika rasprostranennosti revmatologicheskikh zabolevanii, vhdoyaschih v XIII klass MKB-10, v populyacii vzroslogo naseleniya Rossiiskoi Federacii za 2000—2010 gg. / R.M. Balabanova, S.H.F. Erdes // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. — 2012. — № 52(3). — S.10—12.
2. *Revmatologiya: nacional'noe rukovodstvo / pod red. E.L. Nasonova, V.A. Nasonovoi.* — М.: GEOTAR-Media, 2010. — 720 s.
3. *Covic, T.* Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS) / T. Covic, S.R. Cumming, J.F. Pallant [et al.] // BMC Psychiatry. — 2012. — Vol. 24, № 2. — P.6.

4. *Conen, D.* Inflammation, blood pressure and cardiovascular disease: heading east / D. Conen // J. Hum. Hypertens. — 2013. — Vol. 27, № 2. — P.71.
5. *Nemeroff, C.B.* Heartache and heartbreak — the link between depression and cardiovascular disease / C.B. Nemeroff, P.J. Goldschmidt-Clermont // Nat. Rev. Cardiol. — 2012. — Vol. 9, № 9. — P.526—539.
6. *Rossiiskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu arterial'noi gipertenzii (4-i peresmotr, 2010).* — М., 2010.
7. *Razreshenie na ispol'zovanie i vosproizvedenie oprosnika SF-36® // Medical Outcomes Trust.* — URL: <http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>
8. *Ionova, T.I.* Kachestvo zhizni zdorovogo naseleniya Sankt-Peterburga / T.I. Ionova, A.A. Novik, B. Gandek [i dr.] // Issledovanie kachestva zhizni v medicine: tez. dokl. Vseros. konf. s mezhdunarodnym uchastiem. — SPb., 2000. — S.54—57.
9. *Novik, A.A.* Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine / A.A. Novik, T.I. Ionova. — М.: OLMA-PRESS, 2002. — 314 s.

© Н.И. Бейлина, Р.М. Газизов, 2013

УДК 616.33/.34-002-057.87

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИХ ФОРМ ЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

НАТАЛЬЯ ИЛЬИНИЧНА БЕЙЛИНА, ассистент кафедры терапии и семейной медицины ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-905-023-66-45; e-mail: nataliabeylina@mail.ru

РУСТЕМ МИРГАЛИМОВИЧ ГАЗИЗОВ, канд. мед. наук, доц. кафедры терапии и семейной медицины ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия

Реферат. Цель — изучение особенностей эпидемиологии и клиники эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной области (ГДО) у студентов для обоснования ведения больных в условиях амбулатории (ГАУЗ «Казанская городская поликлиника № 4 «СТУДЕНЧЕСКАЯ»). *Материал и методы.* Диспансерная группа больных составила 104 человека (в том числе 62 мужчины). Среди них 5 человек с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ); 86 человек с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК); 5 человек — с эрозивным антральным гастритом; 2 человека — с эрозивным гастродуоденитом; 6 человек — с эрозивным дуоденитом. Возраст пациентов — 16—26 лет. *Результаты.* Было установлено, что ЯБ у обучающейся молодежи имеет благоприятное течение. Интеллектуальный уровень студентов позволяет осознано выполнять врачебные рекомендации, имеется оптимистический настрой на выздоровление. Оснащенность амбулатории разрешает проблему обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии в рамках протоколов ведения гастроэнтерологических больных. Все это позволяет вести большую часть пациентов молодого возраста в условиях амбулатории.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной области, студенты, амбулатория.

SUBSTANTIATION OF USE RESOURCE SAVE FORMS OF TREATMENT OF STUDENTS WITH EROSION-ULCER DEFECTS GASTRIC-DUODENAL AREAS

NATALIA I. BEYLINA, RUSTEM M. GAZIZOV

Abstract. This article describes results of studying of features epidemiologic and clinics of erosion-ulcer defects of gastric-duodenal zones at students for a substantiation of treatment patients in conditions of an ambulance station.

Key words: erosion-ulcer defects of gastric-duodenal zones, students, an ambulance station.

Актуальность проблемы. Заболевания системы пищеварения — широко распространенная патология среди обучающейся молодежи [1, 3, 8]. По статистическим и отчетным материалам последних лет, прослеживается рост заболеваемости по классу болезней органов пищеварения [10].

Небезынтересен экономический аспект заболеваемости по гастроэнтерологической патологии. По программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 г. [6] на одно посещение амбулаторно-поликлинических учреждений выделено