

нарушение функции органов  $Me = 7,5$  (0,25–0,75Q 4–9),  $t = 3,19$ ; половая жизнь  $Me = 5,5$  (0,2–0,75Q 5–10),  $t = 2,66$ ; негативные эмоции и переживания  $Me = 27$  (0,25–0,75Q 26–30),  $t = 2,61$ ; мышление и память  $Me = 20$  (0,25–0,75Q 20–23),  $t = 2,39$ ; общее состояние  $Me = 170,5$  (0,25–0,75Q 161–173),  $t = 9,64$ .

Данный анализ не выявил значительных изменений в психологическом состоянии и отношении к качеству жизни до и после лечения, за исключением вопроса «На сколько физическое и эмоциональное состояние мешало в общении в течение последнего месяца?» находящегося в группе «общая оценка здоровья и качества жизни» ( $r = 0,02$ ,  $p < 0,05$ ), результат анкетирования показал, что у 7 (70 %) пациентов были улучшения.

#### **Вывод**

Исходя из того, что за период лечения 2 года статистически значимых различий в субъективном отношении к собственному качеству жизни выявлено не было, мы можем сделать вывод, что препараты, входящие в курс лечения, не дают ухудшиться состоянию пациентов и являются действенными в лечении РС.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Никифоров, А. С. Частная неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 768 с.
2. Потт, А. Дж. Руководство по неврологии / А. Дж. Потт, Э. М. Дэшайе; под ред. Н. Н. Яхно. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 688 с.
3. Сенчукова, Т. Н. Избранные вопросы неврологии: современные методы диагностики и лечения / Т. Н. Сенчукова; рец. К. А. Серафимович. — М.: ООО РИФ «Стройматериалы», 2012. — 192 с.

**УДК 616.348-002-002.44-036.82**

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

*Бандель В. Е.*

**Научный руководитель: профессор Е. И. Михайлова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Несмотря на то, что практикующий врач в своей работе в большей степени опирается на объективные данные, в последние годы особое внимание стали уделять субъективным показателям, касающимся определения качества жизни (КЖ) у пациентов с различной патологией, в том числе и с воспалительными заболеваниями кишечника, к которым относят язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона. Анализ КЖ позволяет мониторить не только течение заболевания, но и решать многие вопросы, возникающие в процессе лечения. Оценка КЖ может использоваться как дополнительный критерий при подборе индивидуальной схемы терапии для определения степени тяжести состояния больного, оценки эффективности лечения, особенно при всестороннем расширенном клиническом анализе новых препаратов, для анализа эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике заболеваний [1, 2].

#### **Цель**

Оценить влияние стандартной терапии на КЖ пациентов с язвенным колитом на основе применения международного специализированного опросника IBDQ-32.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование КЖ пациентов с ЯК проводилось на базе гастроэнтерологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в период с 01.09.2019 по 31.12.2019 гг. В исследование вошли 28 пациентов в возрасте  $35,4 \pm 1,2$  лет, из которых было 16 (57,14 %) мужчин и 12 (42,86 %) женщин. Диагноз ЯК был выстав-

лен на основе стандартных клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических методов обследования. Комплекс проводившихся лечебных мероприятий соответствовал общепринятым методам лечения и стандартам.

Все пациенты, вошедшие в исследование, подверглись анкетированию с применением международного специализированного опросника IBDQ-32 до и через 2 недели после начала лечения. IBDQ-32 (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) — международный опросник для определения КЖ пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, разработанный канадскими гастроэнтерологами в период с 1988 по 1993 гг. Опросник переведен и прошел адаптацию в 18 странах мира. Он состоит из 32 вопросов и включает кишечные (10 вопросов), системные (5 вопросов), социальные (5 вопросов) и эмоционально-психические проявления заболевания (12 вопросов). Диапазон ответов на каждый вопрос варьирует от 1 до 7 баллов. Минимальное итоговое значение — 32 балла, максимальное — 224. Наивысшему результату соответствуют лучшие показатели параметров КЖ [1].

Статистический анализ результатов осуществляли с применением программных пакетов «Statistica» 8.0. Для проверки различий между двумя выборками парных измерений использовали Т-критерий Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

До лечения все пациенты с ЯК предъявляли жалобы, которые соответствовали активности, имеющегося у них воспалительного процесса. К ним, в первую очередь, относились, диарея и примесь крови в кале. Реже их беспокоили абдоминальные боли, лихорадка, неконтролируемое снижение массы тела, бессонница, общая слабость, снижение работоспособности и др.

Согласно опроснику IBDQ-32 медиана показателей КЖ пациентов с ЯК в этот период составила для кишечной сферы 35,5 баллов (95 % ДИ: 31,88–40,55), для системной сферы — 15,5 баллов (95 % ДИ: 13,36–18,64), для эмоционально-психической сферы — 44,5 балла (95 % ДИ: 44,09–52,41) и для социальной сферы — 19 баллов (95 % ДИ: 18,2–22,99). Медиана общего показателя КЖ находилась на уровне 118 баллов (95 % ДИ: 111,53–135,33).

После проведения лечения большинство пациентов отмечали значительное улучшение самочувствия, обусловленное снижением частоты дефекации и уменьшением и (или) отсутствием примеси крови в кале. Одновременно наблюдались уменьшение и (или) исчезновение абдоминальной боли, повышение работоспособности, нормализация сна и др. Согласно опроснику IBDQ-32 КЖ пациентов с ЯК после лечения значительно улучшилось, а медиана значений показателей составила для кишечной сферы 47,5 баллов (95 % ДИ: 45,5–52,56;  $p = 0,0002$ ), для системной сферы — 23 балла (95 % ДИ: 22,24–25,98;  $p = 0,000004$ ), для социальной сферы — 27 баллов (95 % ДИ: 25–28,36;  $p = 0,000006$ ), и для эмоционально-психической сферы 62 балла (95 % ДИ: 58,74–65,1;  $p = 0,00001$ ). Медиана общего показателя КЖ, согласно тому же опроснику, составила 156,5 баллов (95 % ДИ: 149,8–170,1);  $p = 0,0002$ .

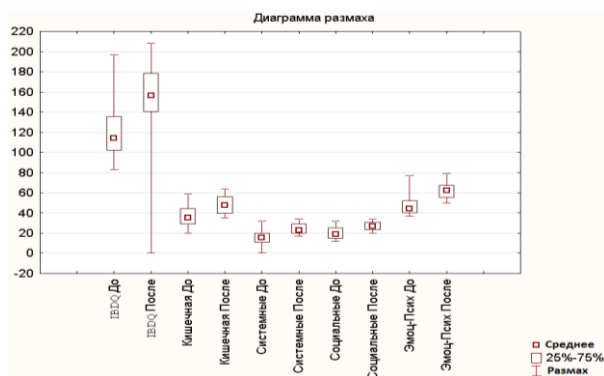


Рисунок 1 — КЖ пациентов до и после лечения согласно IBDQ-32

### **Выводы**

Таким образом, КЖ следует рассматривать как важный независимый показатель оценки течения заболевания и эффективности лечения пациентов с ЯК. Использование опросников для оценки КЖ в широкой медицинской практике позволит лучше контролировать лечение и состояние пациентов с ЯК.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шептулин, А. А. Неспецифический язвенный колит: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении / А. А. Шептулин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2001. — № 5. — С. 8–12.
2. Антонычев, С. Ю. Исследование качества жизни больных с сахарным диабетом 1-го типа / С. Ю. Антонычев, Т. В. Мохорт // Мед. панорама. — 2003. — № 3.
3. Электронный ресурс. — Режим доступа: [http://healtheconomics.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104](http://healtheconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104). — Дата доступа: 26.05.2013.

УДК616.891.4:616.72-002.77

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

*Беляева Е. А., Ярошевич Б. С.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ревматоидный артрит (РА) является системным иммуновоспалительным заболеванием соединительной ткани, поражающим 0,5–2 % населения земного шара. Основным проявлением заболевания является эрозивно-деструктивный полиартрит, чаще с симметричным поражением суставов стоп и кистей [1]. Наиболее характерным клиническим признаком РА является хронический болевой синдром, локализующийся в основном в области суставов. Именно хронический болевой синдром, отличающийся по выраженности у различных пациентов, оказывает решающее влияние на ухудшение психоэмоционального состояния, основным проявлением которого являются тревожно-депрессивные расстройства. Их наличие значительно ухудшают как психологические, так и соматические показатели деятельности организма пациента, существенно снижают качество их жизни и комплаентность к лечению, а соответственно увеличивают расходы, как на лечение, так и реабилитацию пациентов с РА.

### **Цель**

Изучение психосоматических взаимосвязей у пациентов с различными фенотипами РА.

### **Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 30 пациентов с РА в возрасте от 36 лет до 69 лет (средний возраст  $52,3 \pm 12,7$  года). Большинство пациентов (83 %), включенных в исследование, относились к женскому полу. Средняя продолжительность РА соответствовала  $8,83 \pm 6,4$  года. Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями диагностики ACR/EULAR (2010).

Для оценки и выявления тревожности у пациентов с РА использовалась шкала тревожности Спилбергера — Ханина, которая позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией. С целью определения интенсивности болевого синдрома применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Для оценки активности воспалительного процесса использовался модифицированный показатель, основанный на исследовании болезненности и припухлости 28 суставов, известный как DAS28.