

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. — 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.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с использованием пакета программ «Statistica» 10.0. Для определения взаимосвязи между двумя ранговыми переменными использовался коэффициент ранговой корреляции τ -Кендалла. Статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было установлено, что согласно оценке по шкале тревожности Спилберга — Ханинапо выраженности тревожно-депрессивных симптомов пациенты значительно отличались друг от друга. Так, высокий уровень тревожности был выявлен у 83 % пациентов с РА, а низкий и умеренный в 7 и 10 % соответственно.

При изучении фенотипов РА выявлено, что серопозитивными по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) были 77 %, по ревматоидному фактору (РФ) — 67 % исследуемых пациентов. При оценке взаимосвязи между значениями маркеров и уровнем тревожности у пациентов с РА установлено, что их высокий титр сопутствовал более высокому уровню тревожности ($\tau = 0,96$, 95 % ДИ: 257,3–368,7; $p = 0,03$ и $\tau = 0,72$, 95 % ДИ: 120,1–342,4; $p = 0,05$, соответственно).

Пациенты значительно варьировали и по характеристикам болевого синдрома, локализующегося в основном в области суставов. Более половины респондентов (70 %) оценили испытываемую ими боль по шкале ВАШ как умеренную, что соответствовало значениям шкалы в диапазоне от 40 до 70 мм. Меньшее количество пациентов (20 %) отметили на предложенной шкале точку на расстоянии 80–100 мм, что соответствовало сильной выраженности суставной боли. Минимальное число пациентов (10 %) описали интенсивность боли как слабую. При оценке взаимосвязи между выраженностью болевого синдрома и уровнем тревожности установлено, что уровень тревожности возрастает по мере роста интенсивности болевого синдрома ($\tau = 0,87$, 95 % ДИ: 67,5–86,9; $p = 0,04$).

Оценка по индексу активности заболевания DAS28 показала, что высокая активность воспаления имела место у 30 % пациентов, умеренная активность у 53 % пациентов, минимальная у 17 % пациентов. При оценке взаимосвязи между выраженностью воспалительного процесса и уровнем тревожности выявлено, что высокая активность воспаления связана с более высоким уровнем тревожных расстройств ($\tau = 0,94$, 95 % ДИ: 4,2–5,4; $p = 0,01$).

Рентгенологическое прогрессирование патологии суставов в исследуемой группе соответствовало II рентгенологической стадии по Штейнбрökerу у 54 % пациентов. Все остальные пациенты (46 %) имели III рентгенологическую стадию. При оценке взаимосвязи между выраженностью рентгенологических изменений в суставах и уровнем тревожности связи не обнаружено ($\tau = 0,32$, 95 % ДИ: 2–3; $p = 0,56$).

Большинство пациентов из исследуемой группы (77%) имели умеренную функциональную недостаточность суставов. У 17 % пациентов она соответствовала 1-й степени, у 6 % — 3-й степени. При оценке взаимосвязи между степенью функциональной недостаточности суставов и уровнем тревожности связь не была установлена ($\tau = 0,42$, 95 % ДИ: 1,8–3,7; $p = 0,27$).

Выводы

Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства имеют прямую корреляционную взаимосвязь между уровнем тревожно-депрессивных расстройств и количественными значениями РФ и АЦЦП, значениями индекса активности DAS28 и выраженности болевого синдрома согласно ВАШ. Следовательно, назначение эффективной базисной терапии у больных с РА будет приводить не только к значимому клиническому улучшению, но и повышению стрессоустойчивости, снижению степени астении и соматизированной депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филатова, Е. С. Полиневропатия при ревматоидном артрите: значение в патогенезе болевого синдрома / Е. С. Филатова, Ш. Ф. Эрдес // Русский медицинский журнал. — 2017. — № 7. — С. 470–473.