
**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«КАРДИОЛОГИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УДК 616.72 – 002.77 – 039.57

МЕСНИКОВА ИРИНА ЛЕОНТЬЕВНА

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

14.00.39 – Ревматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Минск 2004

Работа выполнена в Белорусском государственном медицинском университете.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Зюзенков М.В.**,
Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра поликлинической терапии.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Гончарик И.И.**,
Белорусский государственный медицинский университет,
профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней;

доктор медицинских наук, профессор **Королева Е.Г.**,
Гродненский государственный медицинский университет,
заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии

Оппонирующая организация:

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

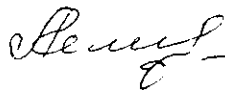
Защита диссертации состоится « 26 » октября 2004 года в « 14 » часов на заседании Совета по защите диссертаций Д 03.08.01 при Республиканском научно-практическом центре «Кардиология» по адресу: 220036, г. Минск, ул. Р. Люксембург, 110, тел. 208-72-29.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Республиканского научно-практического центра «Кардиология».

Автореферат разослан « 25 » сентября 2004 года

Ученый секретарь

Совета по защите диссертаций,
доктор медицинских наук



Л.Г. Гелис

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации.

Ревматоидный артрит (РА) в настоящее время рассматривается как важная медико-социальная проблема вследствие распространенности этого заболевания среди лиц трудоспособного возраста, прогрессирующего течения, ранней инвалидизации больных [В.А. Насонова и соавт., 1989; Р.М. Балабанова, 1990; Н.Ф. Сорока, В.Е. Ягур, 2000; О.М. Фоломеева, 2002].

При оценке эффективности разнообразных методов лечения и реабилитации больных РА важно учитывать не только клинические показатели, но и качество жизни (КЖ) пациентов, рассматриваемое экспертами ВОЗ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей, степени общего неустройства.

В последнее время растет интерес к количественным методам оценки различных показателей, как физического состояния организма, так и психического, и социального статуса в виде опросников (анкет) по самооценке состояния здоровья. В мировой практике используются общие опросники для изучения КЖ, независимо от конкретной патологии, специальные (в узких областях медицины) и частные. Их применение позволяет провести количественную оценку состояния пациента в динамике, исследовать влияние терапии на его субъективное самочувствие, индивидуализировать подход к каждому больному, оценив его физический и психологический статус [А.Л. Сыркин и соавт., 1998; Ж.Д. Кобалава и соавт., 1999; Л.А. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000; J.J. Ware, C.D. Sherbourne, 1992; D.S. Bell, C.E. Kahn, 1996; P.W. Jones, 1998]. Однако в Республике Беларусь данная область не получила широкого распространения в ревматологии из-за отсутствия собственных или адаптированных зарубежных опросников для изучения КЖ больных.

Одним из составляющих КЖ пациентов является их психологическое благополучие. Изменения в психозмоциональной сфере больных РА оказывают существенное влияние как на течение заболевания, утяжеляя его, так и на эффективность фармакотерапии и реабилитации больных [Р. Кочонас, Г. Гуобис, 1983; Н.И. Коршунов и соавт., 1991; Е.В. Зайцева, Г.Г. Багирова, 2000; Е.А. Уланова и соавт., 2000; 2001; S. Hewlett et al., 2002].

Несмотря на проводимые исследования в данной области, остаются недостаточно изученными многие вопросы КЖ больных РА, влияния на него различных факторов (тяжести и длительности заболевания, психозмоционального состояния и личностных особенностей пациентов, комплексной реабилитации в рамках обучающей программы и других медико-социальных факторов), а также пути повышения КЖ.

Одной из возможностей благоприятной эволюции РА наряду с традиционной терапией, по мнению Н.И. Коршунова (1988), может быть мобилизация собственных ресурсов организма на борьбу с болезнью. Для повышения частоты развития случаев

полной клинической ремиссии Н.Ф. Сорока (1992) предложил использовать комплексную терапию больных РА, включая при необходимости коррекцию психологического статуса, активацию ослабленных звеньев регуляторных систем и неспецифической резистентности организма. Поэтому важным аспектом в данном направлении может явиться изучение адаптогенов – средств, способствующих оптимальному приспособлению больного к окружающей среде и повышению КЖ. Это объясняет интерес к препарату «Трофосан 4.1», представляющего собой системный полиэнзимный витаминно-минеральный комплекс, относящийся к классу биорегуляторов, как средства, которое может способствовать повышению КЖ больных РА. Представляет определенный интерес и применение немедикаментозных методов физической и психологической реабилитации, включая обучающую программу при РА, с целью улучшения показателей КЖ пациентов. Данная область до сих пор остается неисследованной и представляет определенный научный и практический интерес.

Таким образом, изложенное выше является актуальной проблемой и основанием к проведению данного исследования.

Связь работы с крупными научными программами, темами.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры поликлинической терапии Белорусского государственного медицинского университета «Совершенствование и внедрение методов диспансеризации и медицинской реабилитации больных ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, ревматизм, диффузные заболевания соединительной ткани) на амбулаторно-поликлиническом этапе» (№ ГР 199881737) и государственной научно-технической программой «Разработать и внедрить новые методы профилактики, диагностики, диспансеризации и лечения ревматоидного артрита (№ ГР 199945)».

Цель исследования: оценить возможность самостоятельного применения общего опросника RAND-36 для изучения с его помощью различных аспектов КЖ больных РА, выявить факторы, оказывающие влияние на отдельные показатели КЖ, в том числе психоэмоциональное состояние и личностные особенности пациентов, и возможности их коррекции.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить возможность практического применения общего опросника RAND-36 для исследования КЖ у больных РА на поликлиническом этапе реабилитации.
2. Провести оценку КЖ больных РА на поликлиническом этапе реабилитации, выявить взаимосвязь между различными показателями КЖ и основными клиническими параметрами, а также некоторыми социально-экономическими и демографическими факторами.

3. Оценить психоэмоциональное состояние и личностные особенности больных РА и изучить взаимосвязь между выявленными изменениями в психоэмоциональной сфере и различными показателями КЖ.

4. Разработать и внедрить обучающую программу для проведения «Школы больных ревматоидным артритом» в поликлинических условиях и исследовать влияние обучения, а также комплексной терапии больных РА с дополнительным включением в схему лечения препарата «Трофосан 4.1» на показатели КЖ и психоэмоциональное состояние.

Объект и предмет исследования.

- Больные ревматоидным артритом – 107 человек.
- Практически здоровые лица – 33 человека.
- Качество жизни.
- Психоэмоциональное состояние.
- Общий опросник The RAND 36 - Item Health Survey.
- Обучающая программа для больных ревматоидным артритом.

Методология и методы проведенного исследования.

Настоящее исследование выполнено с использованием современной стандартной методологии клинического, лабораторного, инструментального и рентгенологического обследования больных РА, а также методологии, включающей стандартизированные опросники для изучения КЖ и психоэмоционального статуса. Полученные цифровые данные обработаны с помощью общепринятых статистических методов (пакет прикладных программ Excel и Biostat for Windows).

Научная новизна и значимость полученных результатов

Обоснована возможность практического применения адаптированного к условиям Республики Беларусь общего опросника RAND-36 для оценки КЖ больных РА в амбулаторных условиях при исследовании различных типов его валидности, в том числе чувствительности и надежности.

Проведено комплексное изучение широкого спектра показателей КЖ больных РА на поликлиническом этапе лечения и реабилитации, а также влияния на них степени активности патологического процесса, функциональной недостаточности суставов (ФНС), рентгенологической стадии (R-стадии), клинической формы, серологического варианта и длительности заболевания.

Выявлена взаимосвязь между различными показателями КЖ больных РА и уровнем образования, материального обеспечения, половой принадлежностью, жилищно-бытовыми условиями, семейным положением.

Показано влияние психоэмоционального состояния и личностных особенностей больных РА на различные показатели КЖ на поликлиническом этапе лечения и реабилитации.

Показано улучшение отдельных показателей КЖ больных РА с помощью курсового применения препарата «Трофосан 4.1» на фоне традиционной терапии.

Разработана и внедрена в практику обучающая программа «Школа больных ревматоидным артритом» на поликлиническом этапе реабилитации и показано ее положительное влияние на показатели КЖ и психоэмоциональное состояние пациентов.

Практическая значимость полученных результатов.

Адаптированный к условиям Республики Беларусь и валидизированный общий опросник RAND-36 позволяет изучать различные показатели КЖ в амбулаторно-поликлинических условиях для контроля и управления лечением и реабилитацией больных РА.

Результаты, полученные в данном исследовании, подтверждают значительное снижение всех изученных показателей КЖ у больных РА по сравнению с практически здоровыми лицами, а также влияние на КЖ отдельных клинических параметров, социально-экономических и демографических факторов, что необходимо учитывать для индивидуализации лечебного и реабилитационного процесса.

Выявленные личностные особенности и психопатологические изменения у больных РА и их отрицательное влияние на все исследованные показатели КЖ показывают необходимость соответствующей коррекции нарушений в психоэмоциональной сфере при определении схемы лечения и реабилитации с целью повышения КЖ пациентов.

Для комплексной терапии больных РА показана целесообразность назначения препарата «Трофосан 4.1», позволяющего улучшить отдельные клинические параметры и показатели КЖ.

На основании результатов данного исследования разработана и внедрена в практическую деятельность обучающая программа «Школа больных ревматоидным артритом», направленная на улучшение показателей КЖ и психоэмоционального состояния, изданы и используются методические рекомендации «Лечение и реабилитация больных ревматоидным артритом в амбулаторных условиях», инструкция по применению «Организация и проведение «Школы больных ревматоидным артритом» в амбулаторных условиях», утвержденные МЗ РБ.

Внедрение. Результаты исследования внедрены в работу клинических поликлиник № 3 и 13 г. Минска, используются в учебном процессе и при выполнении НИР на кафедре поликлинической терапии БГМУ.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Адаптированный к условиям Республики Беларусь общий опросник RAND-36, являясь достоверным (валидным), чувствительным и надежным, может практически применяться для оценки КЖ больных РА.

2. У больных РА значительно снижен уровень КЖ в отношении субъективной оценки физического, психологического и социального функционирования по сравнению с практически здоровыми лицами. На показатели КЖ больных РА оказывают влияние такие клинические параметры, как функциональное состояние опорно-двигательного аппарата, в меньшей степени -- активность патологического процесса

и R-стадия РА, а также некоторые социально-демографические факторы (пол, неблагоприятные материально-бытовые условия, в меньшей степени – возраст, семейное положение пациентов, длительность заболевания).

3. Выраженность психопатологических личностных изменений у больных РА (гипостенический тип реагирования, неврастенические, тревожно-депрессивные и тревожно-фобические расстройства в сочетании с ипохондрическими проявлениями, а также значительная психическая дезадаптация) зависит от степени тяжести (ФНС и R-стадии РА) и не зависит от длительности заболевания. Нарушения в психоэмоциональной сфере больных РА отрицательно влияют на показатели КЖ, касающиеся как психоэмоциональной, так и физической сферы.

4. Дополнительное включение в традиционную схему лечения препарата «Трофосан 4.1» (системного полиэнзимного витаминно-минерального комплекса, относящегося к классу биорегуляторов), а также обучение в «Школе больных ревматоидным артритом» позволяют уменьшить нарушения в психоэмоциональной сфере и улучшить показатели КЖ у больных РА.

Личный вклад соискателя.

Планирование и организация исследования, внедрение и проведение всех методик, использованных в диссертации, обучение в «Школе больных ревматоидным артритом», статистическая обработка, анализ, написание и оформление материалов исследования в виде диссертационной работы осуществлялось лично диссертантом. Участие других лиц в некоторых исследованиях отражено в совместных публикациях. Личное участие соискателя в выполнении диссертации составляет не менее 90 %.

Апробация результатов диссертации.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на Пленумах Правления Белорусского общества терапевтов (г. Гомель, 27-28 мая 1999г.; г. Брест, 25 – 26 мая 2000), Днях науки МГМИ (январь 2000), БГМУ (январь 2001, 2003), X съезде терапевтов Республики Беларусь (г. Минск, 24 – 25 мая 2001). Первичная апробация была проведена 16 марта 2004 года на кафедре поликлинической терапии БГМУ (приказ № 260-О от 4 марта 2004 года).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликовано 16 печатных работ: 9 статей (4 – единолично), 5 тезисов (2 -- единолично), 1 методические рекомендации и 1 инструкция по применению, утвержденные МЗ РБ. Общий объем публикаций 125 страниц (83 страницы – единолично).

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 157 страницах машинописного текста и состоит из 7 глав, содержит введение, общую характеристику работы, основную часть, включающую обзор литературы и 6 глав собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, включающий 296 работ (141 русскоязычных и 155 иностранных), и 3 приложения. Работа иллюстрирована 42 таблицами, 10 рисунками, приведено 3 клинических примера.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Клиническая характеристика больных и методы исследования

В исследование включено 107 больных достоверным РА в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (АРА, 1987г.). Контрольная группа представлена 33 практически здоровыми лицами, сопоставимыми с больными РА по полу и возрасту.

В исследовании преобладали женщины (85,05 %). Средний возраст пациентов составил $54,64 \pm 1,33$ года, средняя длительность заболевания -- $8,97 \pm 0,76$ лет. Системная форма РА диагностирована у 49 больных РА (45,8 %), сочетание РА с остеоартрозом -- у 42 чел. (39,3 %), у 16 пациентов (14,9 %) имелись системные проявления. У 62 больных (57,9 %) определялся серопозитивный вариант РА. У 96,3 % заболевание характеризовалось медленно прогрессирующим типом течения. В момент исследования была установлена следующая степень активности воспалительного процесса: I -- у 34 больных (31,7 %), II -- у 49 (45,8 %), III -- у 19 (17,8 %), отсутствие признаков воспаления (ремиссия) -- у 5 (4,7 %). Выявлены следующие рентгенологические стадии (по Штернброкеру): I -- у 15 пациентов (14,0 %); II -- у 49 (45,8 %); III -- у 36 (33,6 %); IV -- у 7 (6,6 %). ФНС была сохранена у 11,2 % пациентов. I степень нарушений наблюдалась у 34,6 %. II -- у 47,7 % и III -- у 6,5 %. Инвалидами II группы было признано 38,3 % больных и III группы -- 23,4 %. Сопутствующая патология была выявлена у 84,1 % пациентов.

Всем пациентам проводились общепринятые методы клинического и лабораторно-инструментального обследования.

При исследовании КЖ больных РА использовалась русская версия общего опросника The RAND 36-Item Health Survey (1992), включающая следующие шкалы: PF -- физическое функционирование, активность; RP -- ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья; RE -- ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами; EF -- энергичность/усталость; EW -- эмоциональное самочувствие; SF -- социальное функционирование, активность; BP -- телесная боль; GH -- общее восприятие здоровья; HC -- сравнение самочувствия с предыдущим годом.

Выраженность болевого синдрома оценивалась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Количественная оценка функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата проводилась по анкете Health Assessment Questionnaire (HAQ) -- Станфордской анкете оценки здоровья (CAOЗ). Для изучения психологического статуса использовались тест Спилбергера -- Ханина, определяющий уровень ситуационной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности и шкала депрессии Гамильтона, измеряющая уровень выраженности депрессии. Для изучения личностных особенностей больных РА и степени их адаптированности использовался сокращенный вариант стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), модифицированный Л.Н. Собчиком (1990) тест ММРІ. Тест основан на трех оценочных

шкалах (L -- "лжи"; F -- достоверности и К -- коррекции) и десяти основных клинических шкалах (1 -- сверхконтроля; 2 -- депрессии; 3 -- эмоциональной лабильности; 4 -- импульсивности; 5 -- женственности-мужественности; 6 -- ригидности; 7 -- тревожности; 8 -- индивидуалистичности; 9 -- оптимистичности; 0 -- интраверсии).

Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере IBM с помощью пакета прикладных программ Excel и Biostat for Windows с использованием параметрических методов [Гланц С., 1999].

Результаты и обсуждение

Исследование возможности практического применения опросника RAND-36 для оценки КЖ больных РА на поликлиническом этапе реабилитации проводилось следующим образом:

1. *Проанализирована содержательная валидность опросника RAND-36.* Русская версия опросника RAND-36 проста и понятна больным, может заполняться как врачами, так и самими пациентами. Вопросы опросника не содержат трудных терминов и двусмысленных формулировок, включают самооценку пациентами физического, психоэмоционального и социального статуса за последние 4 недели, что соответствует необходимым требованиям.

2. *Проведен анализ критериальной валидности.*

Текущая критериальная валидность определялась путем сравнительного корреляционного анализа отдельных разделов опросника и частных достоверных методик с уже известной валидностью и надежностью, отражающих те же параметры здоровья.

Выявлена значимая обратная корреляция между показателями ВАШ и шкалы ВР опросника (табл. 1) у больных РА, а также шкалами, отвечающими за физическое и психоэмоциональное состояние, что косвенно указывает на отрицательное влияние болевого синдрома на вышеуказанные показатели КЖ и способность опросника определять зависимость данных параметров здоровья от боли.

Таблица 1

Соотношение между показателями КЖ по опроснику RAND-36, ВАШ и CAOЗ у больных РА

Методы	Выраженность корреляционной зависимости (r) с показателями КЖ							
	PF	RP	RE	EF	EW	SF	BP	GH
ВАШ	-0,51***	-0,24**	-0,18	-0,28**	-0,23*	-0,19	-0,62***	-0,25**
CAOЗ	-0,64***	-0,35***	-0,25**	-0,42***	-0,36***	-0,24*	-0,56***	-0,27**

*** -- достоверность r -- $p < 0,001$; ** -- $p < 0,01$; * -- $p < 0,05$.

Аналогичная достоверная отрицательная корреляционная связь установлена между показателями CAOЗ и показателями всех шкал опросника RAND-36 (табл. 1).

Проведенный сравнительный корреляционный анализ значений опросника RAND-36 и шкал теста СМИЛ выявил многочисленные достоверные обратные корреляционные связи (табл. 2), указывающие на способность исследуемых шкал

опросника реагировать на различные психопатологические изменения и личностные особенности больных РА, подобно тесту СМЛ, а также опосредованное влияние психологических факторов на физическое здоровье пациентов и способность опросника распознавать это влияние.

Таблица 2
Соотношение между показателями КЖ по опроснику RAND-36 и шкалами СМЛ у больных РА

Шкалы СМЛ	Выраженность корреляционной зависимости (r) с показателями КЖ							
	PF	RP	RE	EF	EW	SF	BP	GH
1	-0,41***	-0,20*	-0,15	-0,38***	-0,28**	-0,17	-0,3***	-0,24*
2	-0,48***	-0,35***	-0,32***	-0,31***	-0,47***	-0,30***	-0,31***	-0,28**
3	-0,33***	-0,21*	-0,25*	-0,32***	-0,34***	-0,21	-0,26**	-0,22*
4	-0,02	-0,03	-0,14	0,03	-0,23*	-0,11	-0,07	-0,10
5	-0,14	-0,07	-0,18	-0,05	-0,09	-0,11	-0,16	-0,06
6	-0,29**	-0,14	-0,18	-0,21*	-0,32***	-0,19*	-0,31***	-0,19
7	-0,31***	-0,26**	-0,34***	-0,18*	-0,44***	-0,27**	-0,25*	-0,26*
8	-0,28**	-0,24*	-0,24*	-0,24*	-0,41***	-0,28*	-0,23*	-0,23*
9	0,001	0,14	0,14	-0,07	-0,16	-0,08	-0,12	-0,04
0	-0,30***	-0,13	-0,13	-0,22*	-0,35***	-0,39**	-0,25*	-0,12

*** – достоверность r – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$.

Анализ корреляции уровней СТ и ЛТ, выявленных тестом Спилбергера-Ханина, и уровня депрессии по шкале депрессии Гамильтона с показателями КЖ опросника RAND-36, также установил достаточно сильные достоверные отрицательные связи со всеми его шкалами, но особенно касающимися психоэмоциональной сферы (табл.3).

Таблица 3
Соотношение между показателями КЖ по опроснику RAND-36 и уровнем депрессии (по шкале депрессии Гамильтона), ситуационной и личностной тревожности (по тесту Спилбергера-Ханина) у больных РА

Уровни	Выраженность корреляционной зависимости (r) с показателями КЖ							
	PF	RP	RE	EF	EW	SF	BP	GH
ЛТ	-0,35***	-0,28**	-0,39***	-0,35***	-0,62***	-0,36***	-0,27**	-0,26**
СТ	-0,39***	-0,33***	-0,43***	-0,39***	-0,55***	-0,37***	-0,29***	-0,32***
депрессии	-0,51***	-0,37***	-0,22*	-0,45***	-0,54***	-0,43***	-0,36***	-0,33***

*** – достоверность r – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$.

Прогностическая критериальная валидность определена способом когорт. Достоверные различия в показателях КЖ больных РА и практически здоровых лиц по всем шкалам ($P < 0,001$) позволяют судить о хороших прогностических свойствах опросника.

3. Проведен анализ дискриминативной валидности – возможности различия в результатах оценки КЖ исследуемой методикой при разной тяжести заболевания. Определена способность опросника различать пациентов с различной степенью ФНС (по Нестерову).

4. Оценка чувствительности опросника RAND-36 проводилась путем сравнения показателей КЖ у 32 больных РА до и после дополнительного включения в схему лечения в течение 35 дней препарата “Трофосан 4.1” по 5 драже 2 раза в день. До исследования эти пациенты в течение 1 - 3 лет получали традиционную терапию. У 71,9 % человек отмечено улучшение общего состояния, заключающееся в увеличении функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата, уменьшении болевого синдрома, улучшении настроения. По данным опросника RAND-36 у этих пациентов также выявлено улучшение соответствующих показателей КЖ, которое сопоставимо с изменениями, выявленными другими (клиническими и психометрическими) методами исследования, что указывает на хорошую чувствительность опросника.

5. Надежность методики определялась у 107 больных РА повторными измерениями показателей КЖ в одних и тех же условиях одним исследователем с интервалом в одну неделю. Для опросника RAND-36 коэффициент ретестовой надежности колебался от 0,68 до 0,9, что в целом соответствует необходимой надежности.

Исследование показателей КЖ больных РА выявило их значительное снижение (рис. 1) по всем шкалам в 1,5 – 5 раз ($P < 0,001$) по сравнению с группой практически здоровых лиц. Отмечено достоверное ухудшение самочувствия по сравнению с предыдущим годом (рис. 1), указывающее на прогрессирующий характер патологического процесса ($P < 0,05$).

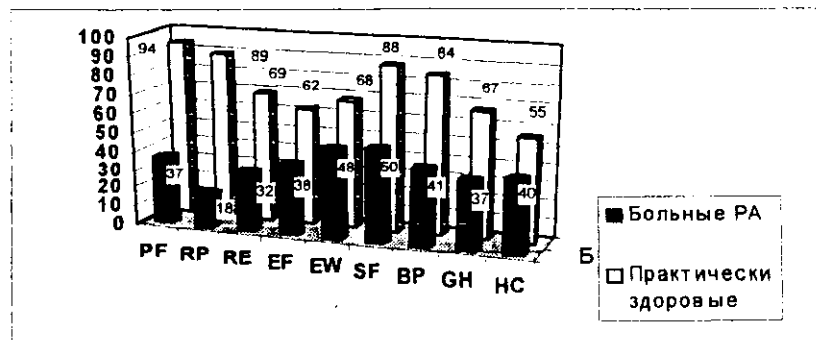


Рис. 1 Сравнительная оценка КЖ больных РА и практически здоровых лиц по опроснику RAND-36

Влияние на КЖ некоторых клинических параметров.

При анализе КЖ у пациентов РА с различными степенями активности ревматоидного процесса установлена достоверная связь между ее выраженностью и лишь

такими показателями КЖ, как PF и BP, которые по мере нарастания активности заболевания достоверно снижаются до крайне низких цифр. Кроме этого, имеются достоверные различия в показателях шкал RP и EW у пациентов со II и III степенью активности заболевания.

Сравнивая показатели КЖ у больных с различными степенями ФНС, было установлено достоверное снижение таких показателей КЖ, как RF, EF, EW, BP при переходе ФНС последовательно от 0 ко II степени, что указывает на их зависимость от функционального состояния опорно-двигательного аппарата. У больных PA со II и III степенью ФНС достоверные различия отмечались лишь при определении выраженности PF, RP.

Анализ КЖ при различных R-стадиях PA установил достоверные различия в зависимости от выраженности деструкции в суставах такого показателя, как EW. При минимальных изменениях в костной ткани имеются достоверные различия только в показателях, указывающих на неблагополучие в психическом здоровье (RE и EW), а также тесно с ними связанным, по данным некоторых авторов, показателе BP. При II и III R-стадиях достоверно снижаются до низких цифр только показатели PF, которые, очевидно, в основном обусловлены выраженностью костно-суставных изменений. Но при III и IV R-стадиях эти показатели достоверно не различаются, что можно объяснить возможной адаптацией к изменяющимся условиям существования.

Анализ показателей КЖ пациентов с PA в зависимости от клинической формы заболевания и серологической принадлежности не выявил их значимых различий ни по одной из шкал.

Влияние на КЖ социально-экономических и демографических факторов.

При сравнении показателей КЖ в зависимости от пола установлено, что все показатели КЖ, за исключением шкалы EF, у практически здоровых мужчин были выше, чем у здоровых женщин ($P < 0,05 - 0,001$). Аналогичное исследование у больных PA мужчин по сравнению с женщинами выявило достоверное повышение показателей КЖ только по шкалам PF и EW, что может свидетельствовать о большей степени дезадаптации больных мужчин в повседневной жизни, а также более выраженном ослаблении их социальных контактов в связи с PA.

Не было выявлено достоверных различий в показателях КЖ пациентов с различным уровнем образования ни по одной из шкал. При этом анализ показателей КЖ в зависимости от материально-бытовых условий больных PA установил их достоверное снижение у пациентов с неудовлетворительным уровнем материально-бытовых условий ($P < 0,05 - 0,001$).

Анализируя влияние семейного положения на КЖ, не получено значимых различий в показателях КЖ пациентов в зависимости от брака.

Сопоставление показателей КЖ разных возрастных групп показало, что у лиц молодого возраста были значительно выше показатели PF, EF, BP и GH по сравнению с другими возрастными группами ($P < 0,05 - 0,001$), что можно объяснить большими

компенсаторными возможностями молодого организма и меньшим количеством сопутствующей патологии.

В исследовании показателей КЖ с течением времени определено значимое их снижение по шкале RE при длительности заболевания более 3-х лет; шкалам PF, EF и GH у болеющих РА более 10-ти лет; и более высокие показатели шкал RP и BP у пациентов первого года болезни ($P < 0,05 - 0,001$).

Личностные особенности пациентов с РА исследовались при помощи теста СМЛ (рис.2). У 8,4 % больных РА тестирование было недостоверным, так как по шкале лжи количество Т-баллов превышало допустимую границу в 70 баллов, что свидетельствует о тенденции обследуемых представлять себя в более выгодном свете, демонстрируя строгое соблюдение социальных норм.

Т-баллы

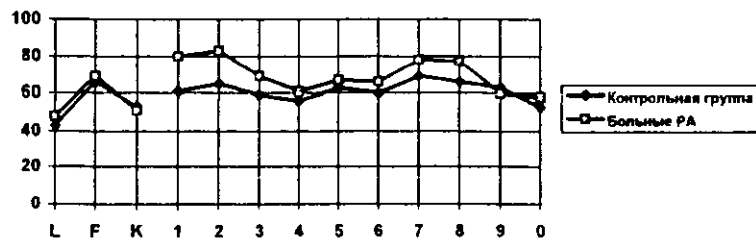


Рис.2 Личностный профиль больных РА и практически здоровых лиц (по данным методики СМЛ)

Усредненный профиль СМЛ у остальных обследованных больных РА в отличие от контрольной группы относится к "пикообразному, двухфазному, высоко-расположенному", с двумя двойными пиками, превышающими уровень 70 Т-баллов по шкалам 2, 1 и 7, 8, что характерно для расстройств неврастенического круга в сочетании с ипохондрическими проявлениями и тревожно-фобическими расстройствами и указывает на состояние внутренней дисгармонии, проявляющейся в постоянно ощущаемом напряжении, сниженном настроении, беспокойстве, тревоге за состояние своего здоровья, навязчивых страхах, заниженной самооценке, повышенном чувстве вины, комплексе неполноценности, потребности в помощи и поддержке. Полученные данные свидетельствуют о выраженном эмоциональном дискомфорте, хронической психической дезадаптации или декомпенсации личности в сторону усиления тормозных реакций, гипостеническом типе реагирования. Защитными механизмами могут являться: отказ от самореализации и усиление контроля сознания, ограничительное поведение, направленное на избегание неуспеха, «бегство в болезнь». У 88 больных РА (89,8 %) выявлено аналогичное вышеуказанному усредненному профилю СМЛ повышение личностного профиля. Высокий уровень Т-баллов у этих пациентов по 1, 2, 3, 7, 8 шкалам достоверно выше ($P < 0,001$), чем в контрольной группе, которая не

имеет вышеуказанных личностных особенностей. Значимое повышение показателей по 6 и 0 шкалам в пределах нормативного разброса ($P < 0,01 - 0,05$) у больных РА по сравнению с контрольной группой означает более выраженную склонность к педантизму, застреванию на негативных переживаниях, меньший уровень общительности и социальной вовлеченности.

У 10 больных РА (10,2 %) личностный профиль находился в пределах 30 -- 70 Т-баллов, что указывает на отсутствие психопатологических изменений и нарушений адаптационных возможностей организма.

Анализ личностных особенностей больных РА с различными степенями ФНС выявил нарастание тревожно-депрессивных и ипохондрических тенденций с элементами соматизации тревоги и формированием хронической психической дезадаптации. Аналогичный результат получен и при прогрессировании костно-суставной деструкции. При анализе влияния длительности заболевания на психо-эмоциональное состояние больных РА не установлено достоверных различий между длительностью процесса и личностным профилем.

У больных с вышеописанными психопатологическими нарушениями достоверно ниже ($P < 0,01$) показатели КЖ, характеризующие как психоэмоциональное, так и физическое состояние (PF, RP, RE, EW, EF, GH, BP и SF). При сравнении показателей КЖ больных РА с повышенным личностным профилем СМИЛ и контрольной группой отмечены достоверные различия по всем критериям опросника RAND-36 ($P < 0,001$). У пациентов без психопатологических изменений по сравнению с контрольной группой достоверных различий не выявлено только по шкалам RE и EW. По остальным шкалам различия достоверны ($P < 0,05 - 0,001$), что можно объяснить влиянием на показатели КЖ не только психоэмоционального состояния и личностных особенностей, но и других факторов.

Психологический статус и КЖ больных РА.

При определении характера и выраженности тревожности с помощью теста Спилберга-Ханина у больных РА в среднем выявлен высокий уровень (более 45 баллов) как ЛТ ($47,93 \pm 0,85$ баллов), так и СТ ($48,85 \pm 0,97$ баллов). Показатели КЖ 79 больных РА (73,8 %) с высоким уровнем тревожности и 28 пациентов (26,2 %) с низким и умеренным уровнем достоверно различаются по всем шкалам ($P < 0,01$; $P < 0,001$), что указывает на отрицательное влияние высокого уровня тревожности на все исследованные показатели КЖ.

Оценка выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона показала, что среди 60 больных РА (56,07 %) с повышенным уровнем депрессии преобладала легкая степень, а у 20 пациентов (18,69 %) депрессия достигала уровня психотической. Средний балл по шкале Гамильтона составил $17,35 \pm 0,55$. Анализ показателей КЖ показал достоверное снижение их по всем шкалам у больных РА с депрессией по сравнению с пациентами без нее, что указывает на отрицательное влияние депрессии на все исследованные показатели КЖ.

Возможности коррекции КЖ больных РА.

С учетом вышеизложенного определенным интерес вызывает препарат «Трофосан 4.1», системный полиэнзимный витаминно-минеральный комплекс, относящийся к классу биорегуляторов.

В результате комплексной терапии с применением трофосана в течение 35 дней у 23 больных РА (71,9 %) отмечено значительное улучшение общего состояния, у 5 обследуемых (15,6 %) – его ухудшение, у 4 пациентов (12,5 %) – отсутствие какой-либо динамики в самочувствии.

При статистической обработке результатов общеклинических лабораторных исследований больных РА до и после лечения с включением в схему трофосана выявлена тенденция к снижению показателей, указывающих на активность воспалительного процесса, однако статистически значимых различий в динамике этих показателей получено не было.

Более показательной была динамика клинических симптомов, что может косвенно свидетельствовать о большей чувствительности субъективной картины РА к различным внешним факторам и лечению, чем объективной, так как заболевание воспринимается пациентами в основном на субъективном уровне. В целом в группе наблюдения боль в суставах в покое достоверно уменьшилась ($P < 0,01$) с $1,22 \pm 0,09$ до $0,83 \pm 0,11$ баллов. При сравнении воспалительного индекса у пациентов до и после назначения трофосана отмечено его достоверное снижение с $0,99 \pm 0,05$ до $0,8 \pm 0,06$ балла ($P < 0,05$). Аналогичные изменения выявлены и при определении суставного индекса: достоверное снижение его с $1,05 \pm 0,04$ до $0,9 \pm 0,06$ ($P < 0,05$). Установлена тенденция к снижению суставного счета (количества активно воспаленных суставов) в исследуемой группе после лечения с $13,19 \pm 1,07$ до $10,66 \pm 1,04$ баллов ($P < 0,1$). Выявлено достоверное уменьшение интенсивности утренней скованности в процессе лечения в целом с $1,71 \pm 0,09$ до $1,33 \pm 0,09$ баллов ($P < 0,01$).

Исходное КЖ больных РА, получавших и не получавших трофосан, не различалось и было достоверно ниже уровня его в группе здоровых лиц по всем шкалам опросника ($P < 0,001$), за исключением показателей шкалы сравнения общего самочувствия с предыдущим годом.

После курса комплексного лечения с включением трофосана отмечена тенденция к повышению показателей КЖ больных по всем шкалам, причем показатель шкалы телесной боли (BP) достоверно повысился с $42,42 \pm 2,89$ до $52,97 \pm 2,28$ баллов ($P < 0,01$). По шкале, касающейся психоэмоциональной сферы (RE), не выявлено достоверных различий показателя с аналогичным показателем в группе практически здоровых лиц. Улучшение показателей КЖ, связанных с психоэмоциональной сферой, произошло, по мнению большинства пациентов, за счет улучшения настроения, снижения внутренней напряженности, беспокойства, утомляемости, повышения работоспособности.

Тестирование по методике Спилбергера-Ханина до лечения трофосаном выявило достоверное снижение среднего уровня ЛТ к концу наблюдения, а средний уровень СТ и повышенный уровень депрессии по шкале Гамильтона практически не изменился (табл.5).

Таблица 5

Динамика показателей психологического тестирования больных РА после комплексного курса лечения с включением «Трофосана 4.1» (M ± m)

Показатели, баллы	Группы обследованных			Достоверность различий		
	1	2	3	P ₁ -P ₂	P ₁ -P ₃	P ₂ -P ₃
Уровень ЛТ	48,49 ± 1,66	50,31 ± 1,65	45,97 ± 1,39	< 0,5	< 0,5	< 0,05
Уровень СТ	49,22 ± 1,97	47,63 ± 1,29	46,06 ± 1,34	< 0,5	< 0,5	< 0,5
Уровень депрессии	17,75 ± 0,94	18,84 ± 1,07	16,31 ± 1,15	< 0,5	< 0,5	< 0,5

1 – контрольная группа больных РА (n=33); 2 -- больные РА до лечения; 3 -- больные РА после лечения (n=32).

Более 70 % нами опрошенных больных РА были недостаточно осведомлены в отношении особенностей течения и лечения своего заболевания, профилактики обострений и осложнений, диетотерапии, навыков самоконтроля, соблюдения определенных правил поведения и ограничений. Решению данной проблемы способствовала разработанная и внедренная автором в ряде поликлиник г. Минска образовательная программа «Школа больных ревматоидным артритом».

Программа обучения была рассчитана на цикл занятий, состоявший из 6 теоретических занятий в форме лекций-бесед. В ходе занятий освещался материал в рамках разработанного обучающего модуля для больных РА, а также проводился обмен мнениями и опытом пациентов, давались ответы на все интересующие вопросы. Обратная связь между врачом и пациентом способствовала укреплению партнерских отношений, создавала атмосферу взаимопонимания. Наряду с циклом теоретических занятий со слушателями проводились также практические занятия в виде циклов: 12 занятий 3 раза в неделю по аутотренингу и 12 занятий 3 раза в неделю по обучению комплексу физических упражнений The ROM Dance Program (подвижная танцевальная программа).

Исходный уровень КЖ 35 больных РА, обучавшихся в «школе» был достоверно ниже по всем показателям, чем у практически здоровых лиц (P < 0,001) и не различался от такового с контрольной группой. При тестировании этих больных по методике Спилбергера-Ханина в среднем в исследуемой группе ЛТ составила 50,09 ± 1,42 баллов, СТ – 49,69 ± 1,39 баллов. Средний балл по шкале Гамильтона составил 17,91 ± 1,04.

Проведенное нами исследование показало высокую эффективность образовательной программы для больных РА в виде «школы». Подавляющее большинство больных РА, прошедших вышеуказанное обучение, отметило улучшение общего со-

стояния по сравнению с предыдущим годом, в среднем показатель НС (СС) повысился от $36,43 \pm 4,01$ до $50,71 \pm 3,9$ баллов ($P < 0,05$), что указывает на некоторую стабилизацию патологического процесса.

Сразу после обучения, в группе больных произошло достоверное улучшение следующих показателей: EF, SF и BP ($P < 0,01 - 0,05$). Наблюдались также достоверное снижение уровня ЛТ до $46,06 \pm 1,34$ баллов, СТ до $44,23 \pm 1,34$ балла ($P < 0,05$) и тенденция к снижению уровня депрессии до $15,66 \pm 1,01$ баллов ($P < 0,1$).

Через 1 месяц после завершения курса занятий вышеуказанные показатели существенно не изменились, вместе с тем, произошло достоверное улучшение ($P < 0,01; 0,05$) показателей, связанных с физической сферой – PF и RP, а также показателя EW, указывающего на положительные сдвиги в психоэмоциональной сфере. Уровень ЛТ, СТ и депрессии в исследуемой группе стал достоверно ниже, чем до занятий ($P < 0,01$) и составил соответственно $45,23 \pm 1,11$, $44,97 \pm 1,57$ и $14,06 \pm 0,88$ баллов.

Через 3 месяца после обучения сохранилась тенденция к поддержанию показателей, которые улучшились до этого времени, на прежнем уровне. При этом у пациентов повысился показатель GH с $34,29 \pm 2,43$ до $42,29 \pm 2,6$ баллов ($P < 0,05$), а показатель EW существенно не отличался от такового у практически здоровых лиц. Средний уровень ЛТ, СТ и депрессии существенно не изменился составил в среднем соответственно $45,86 \pm 1,35$; $45,74 \pm 1,24$ и $15,0 \pm 0,92$ баллов и был достоверно ниже, чем до обучения ($P < 0,05$), что положительно повлияло на психоэмоциональное состояние больных РА и показатели КЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Русская версия общего опросника RAND-36 является валидной, чувствительной, надежной и может практически применяться для оценки качества жизни больных РА на поликлиническом этапе лечения и реабилитации [4, 5, 7, 8, 9].

2. Исследованные показатели качества жизни больных РА в 1,5 – 5 раза ниже по сравнению с практически здоровыми лицами ($P < 0,001$). Наиболее значимо на снижение показателей качества жизни влияет ухудшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата, в меньшей степени – активность патологического процесса и рентгенологическая стадия ревматоидного артрита ($P < 0,05 - 0,001$). Клиническая форма и серологический вариант заболевания не влияют на показатели качества жизни [6, 9, 12, 15].

3. Социально-экономические и демографические факторы оказывают различное влияние на показатели качества жизни, касающиеся как физического, так и психоэмоционального здоровья больных РА: отрицательное – неблагоприятные материально-бытовые условия, длительность РА более 3-х лет, положительное – мужской пол, молодой возраст, жизнь вне брака ($P < 0,05 - 0,001$). Уровень образования существенно не влияет на показатели качества жизни больных РА [13].

4. Личностные особенности и психоэмоциональное состояние у 89,8 % больных РА характеризуется гипостеническим вариантом неврастенических расстройств, тревожно-депрессивными и тревожно-фобическими расстройствами в сочетании с ипохондрическими проявлениями, а также значительной психической дезадаптацией, выраженность которых зависит от степени тяжести функциональной недостаточности суставов и рентгенологической стадии и не зависит от длительности заболевания. У 73,8 % больных РА встречается повышенный уровень тревожности (по тесту Спилбергера-Ханина средний балл личностной тревожности -- $47,93 \pm 0,85$; ситуационной -- $48,85 \pm 0,97$), у 56,07 % -- депрессии (средний балл по шкале Гамильтона -- $17,35 \pm 0,55$). Выявленные нарушения в психоэмоциональной сфере больных РА достоверно отрицательно ($P < 0,05$ -- $0,01$) влияют на все исследованные показатели качества жизни [1, 3, 11, 14, 15].

5. Включение препарата «Трофосан 4.1» в схему комплексной терапии больных РА позволяет у большинства больных достичь статистически значимого ($P < 0,05$ -- $0,01$) клинического эффекта (уменьшения болевого синдрома, суставного и воспалительного индексов, выраженности утренней скованности), повышения показателя качества жизни по шкале телесной боли, уменьшения личностной тревожности [2].

6. Обучающая программа «Школа больных ревматоидным артритом» позволяет повысить осведомленность больных о заболевании, методах контроля и управления симптомами, что способствует установлению партнерских отношений с врачом, улучшению показателей качества жизни практически по всем шкалам опросника RAND-36, снижению уровня личностной и ситуационной тревожности, депрессии [10, 16].

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Месникова И.Л., Зюзенков М.В. Психоэмоциональное состояние и личностные особенности больных ревматоидным артритом // Мед. новости. -- 2000. -- № 9 -- С. 57-60.
2. Месникова И.Л., Хурса Р.В. Опыт применения препарата «Трофосан 4.1» в комплексной амбулаторной терапии больных ревматоидным артритом. // Бел. мед. журн. -- 2002. -- № 1. -- С. 97-100.
3. Месникова И.Л. Влияние психоэмоционального состояния и личностных особенностей на качество жизни больных ревматоидным артритом // Здоровоохранение. -- 2002. -- № 3. -- С. 12-15.
4. Месникова И.Л. Применение русской версии опросника The RAND – 36 для исследования качества жизни больных ревматоидным артритом // Здоровоохранение. -- 2003. -- № 7. -- С. 18-22.

5. Месникова И.Л. Эффективность и переносимость диклоберла ретард в комплексном лечении больных ревматоидным артритом // Мед. новости. – 2003. -- № 11. – С.76-79.
6. Месникова И.Л., Зюзенков М.В. Качество жизни, как показатель эффективности реабилитации больных ревматоидным артритом на амбулаторном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. статей / Под ред. В.Б. Смычка. – Минск, 1999. -- С. 205-212.
7. Месникова И.Л. Адаптация и валидизация русской версии опросника RAND – 36 для исследования качества жизни больных ревматоидным артритом // Достижения медицинской науки Беларуси. Рецензир. науч.-практ. ежегодник / ГУРНМБ. – Минск, 2003. – С. 87-88.
8. Зюзенков М.В., Месникова И.Л., Яковлева Е.В. К вопросу преемственности медицинской реабилитации больных ревматоидным артритом // Курортные факторы и здоровье человека: Материалы конф. / Под ред. В.С. Улащика. – Барановичи, 2002. – С.202-204.
9. Зюзенков М.В., Месникова И.Л. Качество жизни – показатель эффективности реабилитации больных ревматоидным артритом // Медицинская реабилитация в санаториях Федерации профсоюзов Беларуси: Материалы науч.-практ. конф. – Минск, 2003. -- С.90-93.
10. Зюзенков М.В., Хурса Р.В., Месникова И.Л., Яковлева Е.В. Анализ лечения больных ревматоидным артритом в амбулаторных условиях // Современные проблемы внутренней медицины: Тез. докл. Пленума правл. Бел. о-ва терапевтов. - Гомель, 1999. – Ч. I. – С.153-154.
11. Месникова И.Л., Зюзенков М.В. Психозмоциональное состояние больных ревматоидным артритом в амбулаторных условиях: Тез. Пленума правл. Бел. о-ва терапевтов // Рецепт (Recipe). 2000. – № 1 (10).—С. 102.
12. Месникова И.Л., Зюзенков М.В. Роль показателей качества жизни в реабилитации больных ревматоидным артритом: Тез. Пленума правл. Бел. о-ва терапевтов// Рецепт. (Recipe). -- 2000. -- № 1 (10). – С.101-102.
13. Месникова И.Л. Влияние некоторых медико-социальных факторов на качество жизни больных ревматоидным артритом // Факторы риска, адаптация, первичная и вторичная профилактика неинфекционных заболеваний: Тез. Всерос. конф. с междунар. участием. – М.: Иваново, 2001. – С.229-230.
14. Месникова И.Л. Корреляционные взаимосвязи показателей качества жизни и тревожности у больных ревматоидным артритом // X съезд терапевтов Респ. Беларусь: Тез. докл. – Минск, 2001.—С.85.
15. Зюзенков М.В., Хурса Р.В., Ягур В.Е., Месникова И.Л., Яковлева Е.В., Сорока Н.Ф. Лечение и реабилитация больных ревматоидным артритом в амбулаторных условиях: Метод. рекомендации / Мин. гос. мед. ин-т. -- Минск, 2001. – 37 с.

16. Месникова И.Л., Зюзенков М.В., Хурса Р.В. Организация и проведение «Школы больных ревматоидным артритом» в амбулаторных условиях: Инструкция по применению / Бел. гос. мед. ун-т. – Минск, 2004. – 42с.



РЕЗЮМЕ

МЕСНИКОВА ИРИНА ЛЕОНТЬЕВНА

Качество жизни больных ревматоидным артритом на поликлиническом этапе реабилитации

Ключевые слова: ревматоидный артрит (РА), качество жизни (КЖ), психоэмоциональное состояние, коррекция, трофосан, обучающая программа.

Объект исследования: 107 больных РА и 33 практически здоровых лица.

Цель исследования: адаптировать и валидизировать общий опросник RAND-36, изучить с его помощью разнообразные аспекты КЖ больных РА, выявить факторы, оказывающие влияние на различные показатели КЖ и возможности их коррекции.

Полученные результаты и их новизна: адаптированный к населению РБ и валидизированный опросник RAND-36 позволяет изучать показатели КЖ больных РА. Подтверждено значительное снижение всех исследованных показателей КЖ больных РА по сравнению с практически здоровыми лицами, а также влияние на КЖ отдельных клинических параметров, социально-экономических и демографических факторов, что способствует индивидуализации лечебного и реабилитационного процесса. Выявленные психопатологические изменения у больных РА и их отрицательное влияние на все показатели КЖ показывают необходимость соответствующей коррекции нарушений в психоэмоциональной сфере при определении схемы лечения и реабилитации. Для комплексной терапии больных РА, особенно имеющих психопатологические нарушения, целесообразно назначение препарата «Трофосан 4.1», позволяющего улучшить отдельные клинические параметры и показатели КЖ. Разработанная нами обучающая программа в виде «Школы больных РА» позволяет улучшить показатели КЖ и психоэмоциональное состояние.

Область применения: ревматология, терапия, реабилитация, медицинская психология.

РЭЗЮМЭ
МЯСНІКОВА ГРЫНА ЛЯВОНАЎНА

Якасць жыцця хворых на рэўматоідны артрыт на паліклінічным этапе рэабілітацыі

Ключавыя словы: рэўматоідны артрыт (РА), якасць жыцця (ЯЖ), псіхаэмацыянальны стан, карэкцыя, трафасан, навучальная праграма.

Аб'ект даследавання: 107 хворых на рэўматоідны артрыт і 33 практычна здаровых асоб.

Мэта даследавання: адапціраваць і валідзіраваць агульны апытальнік RAND-36, вывучыць з яго дапамогай разнастайныя аспекты ЯЖ хворых на РА, вызначыць фактары, якія аказваюць уплыў на розныя паказчыкі ЯЖ і магчымасці іх карэкцыі.

Вынікі даследавання і іх навізна: адаптаваны да насельніцтва і валідатаваны апытальнік RAND-36 дазваляе вывучыць паказчыкі ЯЖ хворых на РА. Пацверджана значнае зніжэнне ўсіх паказчыкаў ЯЖ хворых на РА ў параўнанні з практычна здаровымі асобамі, а таксама ўплыў на ЯЖ асобных клінічных параметраў, сацыяльна-эканамічных і дэмаграфічных фактараў, што садзейнічае індывідуалізацыі лячэбнага і рэабілітацыйнага працэсу. Вызначаны псіхапаталагічныя змяненні ў хворых на РА і іх адмоўны ўплыў на ўсе паказчыкі ЯЖ падцвярджаюць неабходнасць адпаведнай карэкцыі парушэнняў у псіхаэмацыянальным стане пры вызначэнні схемы лячэння і рэабілітацыі. Для комплекснай тэрапіі хворых на РА, асабліва тых, хто мае псіхапаталагічныя парушэнні, абгрунтавана назначэнне прэпарата «Трафасан 4. I», які дазваляе палепшыць асобныя клінічныя параметры і паказчыкі ЯЖ. Распрацаваная намі навучальная праграма ў выглядзе «Школы для хворых на РА» дазваляе палепшыць паказчыкі ЯЖ і псіхаэмацыянальны стан.

Галіна ўжывання: рэўматалогія, тэрапія, рэабіліталогія, медыцынская псіхалогія.

SUMMARY

MESNIKOVA IRINA

Quality of Life of Rheumatoid Arthritis Patients at an out-hospital Rehabilitation Stage

Key words: rheumatoid arthritis (RA), quality of life (QL), psychoemotional status, correction, trophosan, educational program.

Subject: 107 patients with RA and 33 apparently healthy persons.

Objective: to adapt and validate the RAND-36 questionnaire, to investigate different aspects of QL with RA patients, to expose the factors influencing different indices of QL and their correction possibilities.

Investigation results and newness: The RAND-36 questionnaire, adapted and validated to the population of the Republic of Belarus, allows to investigate QL indices with RA patients. Considerable reduction of all investigated indices of QL compared with apparently healthy persons, the influence of some medical parameters on QL, some social and demographic factors have been confirmed, which support the individualization of treatment and rehabilitation processes. Exposed psychoemotional status changes with the RA patients and their negative impacts on all indices of QL have revealed the necessity of corresponding corrections of psychoemotional status disturbances while determining treatment and rehabilitation schemes. For complex RA patients treatment, especially those with psychoemotional status disturbances, Trophosan-4.1 prescription is advisable, which allows to improve some medical parameters and some indices of QL. The worked out educational program in the form of School for patients allows to improve some indices of QL and psychoemotional status.

Application: rheumatology, therapeutics, rehabilitology, medical psychology.

Подписано в печать 22.09.04. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 116. Уч.-изд. л. 155. Тираж 100 экз. Заказ 482.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИБ № 02330/0056970 от 01.04.2004; ЛП № 02330/0056679 от 29.03.2004.
220050, г. Минск, Ленинградская, 6.