



Әбішева С.Т.

УДК 616.12-72-002.77:528.085.4

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫРЛЫ ЖАЛПЫ ҚАУІПТІ БАҒАЛАУ

С.Т. ӘБІШЕВА^{1,2}, Ж.Б. АМАНГЕЛЬДИЕВА¹, Ж.Б. СЕРІКОВА¹¹«Астана Медицина Университеті» АҚ, Астана қ., Қазақстан Республикасы,²Травматология және ортопедия ғылыми зерттеу институты, Астана қ., Қазақстан Республикасы

Ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастарда жүрек қан-тамырлық оқиғалар қауіпті жалпы популяциямен салыстырғанда 3 есе жиі кездеседі [1].

Біздің зерттеуіміздің негізгі мақсаты – осы санаттағы науқастарда жүрек қан тамырлы ауруларының (ЖҚТА) жалпы қауіпін (ЖҚ) анықтау және бағалау болып саналады.

МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Астана қаласының Травматология және Ортопедия ғылыми зерттеу институтының артрология бөлімшесінде 2015-2016 жылдар аралығында стационарлық ем қабылдаған науқастардың медициналық құжаттарына ретроспективті талдау жүргізілді. РА диагностикасы үшін ACR/EULAR 2010 критерийлері қолданылды [1, 2]. Зерттеу әдістері ретінде стандартты жалпы клиникалық және зертханалық-аспаптық мәліметтері алынды. Зерттеу деректердің статистикалық өңдеуі «Microsoft Office Excel 2010», IBMSPSS 21 статистикалық бағдарламалар жинағын қолдану нәтижесінде іске асырылды.

Зерттеуге РА ауыратын 70 науқас алынды, жынысқа қарай қатынасы (ер/әйел) 32,9% (n=23)/67,1% (n=47) құрады. Науқастардың орта жасы – ерлерде 53,22±12,14, әйелдерде 53,96±9,65; ал РА ауру ұзақтығының орта мәні – ерлерде 9,83±5,14, әйелдерде 10,13±6,78 жылды құрады. Науқастардың басым бөлігі ревматоидты фактор (РФ) және циклді цитрулинденген пептидке қарсы антидененің (ЦЦПА) көрсеткіші бойынша позитивті болды: ерлерде 16 (69,6%)/14 (60,9%), ал әйелдерде 46 (97,9%)/37 (78,7%). РА клиникалық белгілері бойынша буыннан тыс көріністер науқастардың 52,85% (n=37) болды. РА рентген сатысы Штейнброкер бойынша орташа мәні - ерлерде 2,83±0,93, әйелдерде 2,87±0,74 құрады. Ревматоидты қабынулық маркерлерлердің көрсеткіштері: РФ – ерлерде 42,92±109,5, әйелдерде 60,37±57,75; С реакциялық белок (СРБ) – ерлерде 16,53±33,21, әйелдерде 12,82±19,01; эритроциттердің тұну жылдамдығы (ЭТЖ) – ерлерде 25,91±20,73, әйелдерде 28,62±13,44 болды. Ауру белсенділігін DAS28 (Disease Activity Score) шкаласымен – ерлерде 7,06±2,39, ал әйелдерде 6,93±1,77 болды. Зерттеуде ЖҚТА келесі қауіп факторлары (ҚФ) талдауға алынды: жас, жыныс, дене салмағының индексі (ДСИ), тұқымында ЖҚТА ерте дамуы, әйелдерде менопаузадан кейінгі кезең; қан сары суындағы жалпы холестерин (ЖХ) және глюкозаның мөлшері, артериялық қан қысымының (АҚҚ) деңгейі, анамнезінде II типті қантты диабет (ҚД) және глюкозаға

толеранттылықтың бұзылуы (ГТБ), темекі тартудың болуы. ЖҚТА ЖҚ бағалауға SCORE шкаласының жоғары қауіпті елдерге арналған түрі қолданылды.

НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУЫ

РА ауыратын науқастарда қан сары суындағы ЖХ мөлшері – ерлерде 5,33±1,17, ал әйелдерде 5,25±0,70; глюкозаның көрсеткіші ерлерде 5,31±1,69, ал әйелдерде 5,39±1,32 орташа мәнді құрады. АҚҚ деңгейі бойынша систолалық қан қысымы 125,71±15,30, ал диастолалық қан қысымы 81,14±7,90 мм с.б. көрсеткішін құрады. ЖҚТА ҚФ 1 науқасқа есептегенде орташа есеппен 2,67±0,69 көрсетті. Ал ҚФ кездесу жиілігі бойынша: 1 – 3 (4,3%), 2 – 11 (15,7%), ≥3 – 54 (77,1%) және ҚФ жоқ адамдар саны – 2 (2,9%) көрсеткішін құрады. ҚФ құрылымын талдасак: ер жынысты науқастар саны – 23 (32,9%); жас факторы бойынша (ерлерге 45 жастан, ал әйелдерге 55 жастан жоғары болғанда) – 39 (55,7%); темекі тартушылар – 16 (22,9%); дене салмағының артық болуы (ДСИ>25 кг/м²) – 48 (68,6%), оның ішінде 20 (41,6%) науқаста ДСИ >30 кг/м², яғни семіздік анықталды; тұқым қуалау факторы – 6 (8,6%); әйелдерде менопаузадан кейінгі кезең – 41 (58,6%); ЖХ мөлшері >5 ммоль/л – 32 (45,7%); систолалық қан қысымы 140 мм с.б. биік болған науқастар саны – 30 (42,9%); II типті ҚД және ГТБ – 11 (15,7%) көрсеткішін құрады. Науқастардың жасы, жынысы, темекі тартудың бар жоқтығына қарай, ЖХ және АҚҚ есепке алып, 10 жылдың ішінде ЖҚТА өлім-жітімнің ЖҚ SCORE шкаласымен бағаланды. 14 (20%) науқаста ЖҚТА диагнозы дәлелденген, сондықтан жоғары/өте жоғары қауіпті топтарға кіргіздік. 56 (80%) науқасқа SCORE шкаласымен балы: 0-2 – 73,21% (n=41), 3-4 – 12,5% (n=7), 5-10 – 8,93% (n=5), 10 және жоғары – 5,36% (n=3) көрсеткішті көрсетті. ЖҚТА асқынулардың дамуына ЖҚ: төмен – 29 (41,43%), орташа – 16 (22,86%), жоғары – 7 (10%), өте жоғары – 18 (25,71%) болды.

ҚОРЫТЫНДЫ

Зерттеу нәтижелерін түйіндесек, науқастардың көпшілігінде (77,1%) ЖҚТА ≥3 ҚФ анықталды. Ең жиі

Контакты: Абишева Сауле Тлеубаевна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики интернатуры АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, ул. Бейбітшилик, 49а, индекс 010000. E-mail: saule tabisheva@mail.ru

Contact: Saule T. Abisheva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief of Faculty of General Medical Practice, JSC "MUA", Astana c., Beibitshilik str., 49a, index 010000. E-mail: saule_tabisheva@mail.ru

кездесетін фактор – дене салмағының артық болуы ($ДСИ > 25 \text{ кг/м}^2$) – (48 (68,6%)) ерекше назарға ие болып отыр. ЖҚТА асқынулардың дамуы бойынша науқастардың басым бөлігінде, 41,43% - төмен қауіп анықталды. Науқастарда ЖҚТА ЖҚ дәстүрлі тәсілмен SCORE шкаласымен анықтаған дұрыс. Алайда ревматоидты қабынуға байланысты арнайы көрсеткіштер (аурудың ұзақтығы, серопозитивтілік, ЦЦПА-позитивтілік, буыннан тыс көріністердің болуы, ауру белсенділігі DAS28 бойынша жоғары болуы) қан тамырларда атеросклероз процесін үдететін факторлары ретінде қарастыруға болады [3]. Сондықтан РА ауыратын науқастарда жүрек қан тамырлық патологияның даму қаупін бағалаумен

күресу үшін, тек дәстүрлі факторларды ғана емес, РА тәуелді факторларды да есепке алу қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Ревматология. Национальное руководство. Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 750 б.
- 2 Ревматология. Клинические лекции / Под ред. В.В.Бадюкина. – М.: Литтера, 2012. – 592 б.
- 3 Kaplan M.J. Is rheumatoid arthritis a risk factor for cardiovascular disease? // Nature Clinical Practice Rheumatology. – 2007. – Vol. 3. – P. 260–261

УДК 616.72-002.77:614.253.8

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

С.Т. АБИШЕВА^{1,2}, О.Ю. ЖУМАБАЕВА¹, Н.А. САДЫРБАЕВА²,
К.С. РУЦКАЯ¹, Г.Ж. АКИМБАЕВА¹

¹АО "Медицинский университет Астана", г. Астана, Республика Казахстан,

²Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Астана, Республика Казахстан

Психологические и социальные аспекты РА являются предметом исследования уже многие годы, однако до настоящего времени изученные вопросы по комплексной оценке качества жизни (КЖ), как интегрального показателя здоровья, единичны и мало изучены.

Цель. Исследование качества жизни пациентов с ревматоидным артритом.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были включены пациенты, госпитализированные в отделение артрологии НИИТиО, г. Астана. В основу работы лег анализ данных анкетирования такими опросниками, как SF-36, ВАШ.

В исследовании приняли участие 65 пациентов с верифицированным диагнозом: ревматоидный артрит, согласно классификационным критериям ACR/EULAR 2010. Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 20 лет, средняя длительность составила 4 ± 2 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении анкетирования с помощью опросника SF-36 было выявлено умеренное ограничение функциональной способности у 40 пациентов (61%) пациентов, выраженное ограничение функциональной способности – у 17 пациентов (26%), 8 наблюдаемых (13%) имели сохранную функциональную способность. При оценке ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, проявлялась зависимость от характеристики функциональных способностей пациента: 53 пациента (82%) отметили затруднение в работе и/или обычной по-

вседневной деятельности в течение 1 месяца, связанное со степенью активности основного заболевания, что подтверждается статистически ($r=0.82$). При оценке социального функционирования, жизненной активности и психического состояния 15 пациентов отметили лабильность эмоционального фона за последние 4 недели, и 8 пациентов связывали ограничение общения с друзьями, семьей, коллегами (23 и 12% соответственно). Но при этом была обнаружена слабая обратная связь между ограничением функциональной активности и эмоциональным состоянием ($r=-0.1$). Оценка боли проводилась с помощью ВАШ и по интенсивности боли согласно шкале SF-36. 26 опрошенных пациентов отмечали умеренную интенсивность боли на момент исследования (40%), 18 пациентов (28%) имели сильную или очень сильную интенсивность болевых ощущений. 11 пациентов (16%) на момент исследования отмечали легкую непостоянную боль, 11 пациентов (16%) не испытывали каких-либо болевых ощущений. Среднее значение болевых ощущений по шкале ВАШ – 5,136. Длительность утренней скованности в среднем составляет 2 часа. Между субъективной оценкой боли пациента и физической активностью существует умеренная прямая связь ($r=0.57$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ревматоидный артрит значительно снижает качество жизни пациентов ввиду ограничения функциональных способностей. Существует прямая связь между активностью ревматоидного артрита и степенью ограничения выполняемых действий пациентами ($r=0.82$). Связь между эмоциональным состоянием пациентов и физическим практически отсутствует ($r=-0.1$).