

УДК 616-092.12+661.72-002.77+617.711-002

*О.В.Синяченко, В.В.Яковленко, Е.М.Денисова, Ю.А.Подлина, Г.А.Игнатенко, И.Ю.Чибисова***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: болезнь Рейтера, качество жизни

Одним из новых критериев оценки тяжести клинического течения заболеваний и эффективности их медикаментозной и немедикаментозной реабилитации является качество жизни (КЖ) [6]. Хотя концепция КЖ еще не получила универсального определения, его чаще обозначают как «способность индивида функционировать в обществе соответственно своему социальному положению и получать удовлетворение от жизни» [7]. КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [16]. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, составляют более полную и относительно объективную характеристику состояния здоровья больного. При изучении различных сфер жизни (многопрофильная оценка) учитываются такие компо-

ненты, как субъективное благополучие и объективное функционирование в разных социальных ролях и условиях жизни [8].

Костно-мышечная патология занимает ведущее место среди хронических заболеваний, ухудшающих показатели КЖ [6, 12]. Болезни суставов, характеризующиеся постоянными болями и функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата, сопровождаются широким спектром изменений в психоэмоциональной сфере (расстройств тревожного ряда), которые оказывают существенное влияние на основные компоненты КЖ [2, 6]. К одному из наиболее частых заболеваний локомоторного аппарата, особенно у молодых людей мужского пола, относится болезнь Рейтера (БР), наносящая немалый медико-социальный ущерб государству [1, 3, 9, 10, 13, 15]. Нами впервые проведена оценка КЖ больных с БР, а анализ полученных результатов стал целью данной работы.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 257 больных БР (153 мужчины и 104 женщины) в возрасте от 15 до 60 лет (в среднем $32,9 \pm 0,72$ лет). При постановке диагноза использовались критерии, предложенные Ю.Н.Ковалевым [4], М.Дугадос [11], С.Рачесо-Тена et al. [14]. В урогениталиях хламидии обнаружены у 88,7% больных, а у остальных пациентов — в сыворотке крови антитела к хламидиям в титрах 1:32 и более. Женщины оказались более старших возрастных групп ($s^2=19,9$, $p=0,001$), а их средний возраст был равен $35,9 \pm 1,11$ лет (у мужчин $30,9 \pm 0,92$ лет; $kS=3,52$, $p=0,001$, $kF=0,98$, $p=0,452$). В среднем длительность заболевания составляла $4,0 \pm 0,34$ лет. Активность I ст. установлена в 24,5% наблюдений, II ст. — в 40,9%, III ст. — в 34,6%. Необходимо отметить, что мужская и женская группы больных не отличались между собой как по продолжительности БР ($s^2=0,58$, $p=0,965$), так и по активности па-

тологического процесса ($s^2=5,11$, $p=0,078$).

У всех обследованных имел место периферический артрит, у 35,4% — бурситы и тендиниты, в 16,0% — энтезопатии, у 23,0% — сакроилеит, у 94,2% — поражение урогениталий (у мужчин — уретрит, простатит, везикулит, эпидидимит, а у женщин — эндометрит, аднексит, сальпингоофорит, цервицит, кольпит, цистит), у 39,7% — поражение глаз (конъюнктивит, кератит, эписклерит, иридоциклит), у 9,0% — кожный синдром (псориазоподобная сыпь, многоформная экссудативная эритема, эрозии полости рта, кератодермия подошв, ониходистрофия, баланопостит), у 53,7% — кардиопатия (пороки сердца, миокардит, миокардиодистрофия), у 45,9% — нефропатия (пиелонефрит, интерстициальный нефрит, гломерулонефрит). У женщин чаще наблюдались поражения кожи ($s^2=6,42$, $p=0,011$) и почек ($s^2=11,4$, $p=0,001$).

При оценке КЖ больных БР мы учитывали

такие показатели, как необходимость лечиться, наличие ограничений в питании, трудовой деятельности, досуге, половой жизни, физической, умственной и эмоциональной нагрузках, изменение взаимоотношений с близкими, друзьями и сослуживцами, уменьшение доходов и снижение общей активности в жизни. В последующем анализировали критерии КЖ в баллах, к которым относили здоровье, социальное и эмоциональное функционирование, удовлетворенность жизнью,

условия жизни и вредные привычки [2,8].

Статистическая обработка полученных результатов исследований выполнена на компьютере с помощью программы «STADIA.6.1» [5]. Определяли средние значения показателей (M), их ошибку (m), коэффициенты корреляции (r), критерии различия Стьюдента (kS), Фишера (kF), c2 (непараметрический тест кросстабуляции), Крускала-Уоллиса (kKU, однофакторный дисперсионный анализ), их достоверность (p).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено снижение КЖ больных БР, причем причины его у мужчин и женщин разнятся (табл. 1). Так, для мужской группы были более характерными (S3=69,5% против S3=13,7%) изменение взаимоотношений с друзьями (c2=9,32, p=0,002), ограничения в трудовой деятельности (c2=5,14, p=0,023) и в досуге (c2=13,7, p<0,001), снижение активности в жизни (c2=5,03,

p=0,025), ограничения в половой жизни (c2=11,1, p<0,001), а для женщин (S3=51,6% против S3=8,0%) – уменьшение физической нагрузки (c2=14,1, p<0,001), изменения взаимоотношений с близкими (c2=21,2, p<0,001) и ограничения в питании (c2=4,69, p=0,030). Эти данные необходимо учитывать при психологической реабилитации больных БР разного пола.

Таблица 1

Информативность причин снижения качества жизни у больных БР разного пола

Причины	Группы больных						Различия групп больных	
	мужчины (n=153)			женщины (n=104)			χ^2	p
	Ч	С	З	Ч	С	З		
1	53,6	47,7	12,2	58,7	52,3	16,1	0,64	0,423
2	40,5	38,6	6,0	64,4	61,4	24,3	14,1	<0,001
3	2,0	100,0	2,0	0	0	0	2,06	0,151
4	7,2	51,8	1,9	6,7	48,2	1,6	0,02	0,887
5	21,6	30,6	2,0	49,0	69,4	23,6	21,2	<0,001
6	14,4	83,2	10,0	2,9	16,8	0,1	9,32	0,002
7	7,8	50,3	2,0	7,7	49,7	1,9	0,01	0,965
8	38,6	60,7	14,2	25,0	39,3	3,9	5,14	0,023
9	5,9	60,2	2,1	3,9	39,8	0,6	0,54	0,465
10	16,3	89,6	13,1	1,9	10,4	0	13,7	<0,001
11	64,1	56,2	20,3	50,0	43,8	9,6	5,03	0,025
12	0,7	12,7	0	4,8	87,3	3,7	4,69	0,030
13	17,7	81,9	11,9	3,9	18,1	0,1	11,1	0,001

Примечание: Ч – чувствительность причины, С – специфичность причины, З – значимость причины; 1 – необходимость лечиться, 2 – ограничение физической нагрузки, 3 – ограничение умственной нагрузки, 4 – ограничение эмоциональной нагрузки, 5 – изменение взаимоотношений с близкими, 6 – изменение взаимоотношений с друзьями, 7 – изменение взаимоотношений со служивцами, 8 – ограничение в трудовой деятельности, 9 – уменьшение доходов, 10 – ограничения в досуге, 11 – снижения активности в жизни, 12 – ограничения в питании, 13 – ограничения в половой жизни.

На КЖ при БР оказывают свое влияние пол больных (kKU=5,83, p=0,016), их возраст (kKU=23,6, p<0,001), длительность заболевания

(kKU=105,0<0,001) и активность патологического процесса (kKU=18,7, p<0,001). Наличие или отсутствие хламидий в уrogenиталиях никак не

отражалось на состоянии КЖ пациентов с БР (kKU=0,025, p=0,876). С возрастом и продолжительностью болезни показатель КЖ имеет прямую корреляционную связь (соответственно $r=+0,350$, $p<0,001$ и $r=+0,569$, $p<0,001$), а со степенью активности БР – отрицательную ($r=-0,180$, $p=0,004$). Необходимо отметить, что показатель КЖ у такой категории больных прямо соотносится с распространенностью ($r=+0,177$, $p=0,006$) и выраженностью ($r=+0,162$, $p=0,012$) артрита.

На КЖ при БР оказывает влияние тяжесть ахилло- и других бурситов (kKU=8,61, $p=0,013$), а также наблюдается корреляция с выраженностью изменений со стороны сердца ($r=+0,131$, $p=0,033$). Тяжесть периферического артрита, энтезопатий, сакроилеита, спондилоартрита и спондилоартроза, урогениталий, глаз, кожи, периферической нервной системы и почек статистически достоверного влияния на уровень КЖ у больных с БР не оказывают (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязь тяжести отдельных признаков БР с показателем качества жизни таких больных

Признаки		Статистический показатель			
		влияние признака на качество жизни		корреляция признака с качеством жизни	
		kKU	p	r	p
Тяжесть	периферического артрита	3,91	0,141	+0,124	0,053
	бурситов, тендинитов	8,61	0,013	+0,090	0,147
	энтезопатий	0,86	0,651	+0,077	0,217
	сакроилеита	1,20	0,549	+0,065	0,300
	спондилита, спондилоартроза	1,48	0,477	-0,086	0,165
	поражения урогениталий	0,23	0,891	-0,030	0,642
	поражения глаз	1,09	0,579	-0,077	0,215
	поражения кожи	0,14	0,931	+0,026	0,684
	поражения периферической нервной системы	1,68	0,432	+0,063	0,317
	поражения сердца	4,44	0,109	+0,131	0,033
	поражения почек	2,71	0,258	-0,082	0,187

Продолжительность заболевания увеличивает частоту таких факторов снижения КЖ, как необходимость лечиться ($c2=13,7$, $p<0,001$), изменения взаимоотношений с друзьями ($c2=17,7$, $p<0,001$) и сослуживцами ($c2=13,8$, $p<0,001$), уменьшение доходов ($c2=19,3$, $p<0,001$), снижение активности в жизни ($c2=16,8$, $p<0,001$) и ограничение в питании ($c2=11,0$, $p=0,001$). Длительность БР не оказывает своего влияния на уменьшение физической ($c2=0,01$, $p=0,915$) и умственной ($c2=0,10$, $p=0,747$) нагрузок, изменения взаимоотношений с родственниками ($c2=0,01$, $p=0,940$), ограничения в трудовой деятельности ($c2=2,82$, $p=0,093$), досуге ($c2=0,30$, $p=0,584$) и половой жизни ($c2=0,66$, $p=0,417$).

Показатель КЖ следует использовать для ин-

тегральной оценки общего состояния здоровья больных БР. Уровень функции опорно-двигательного аппарата и трудовая активность больных являются важными факторами, влияющими на КЖ. К одному из существенных составляющих относятся изменения социального статуса (табл. 3). Ипохондрический, апатический и неврастенический типы отношения к болезни отрицательно влияют на качество жизни больных БР. У 40,1% больных отмечались тревожные расстройства, в формировании которых большое значение придается психоэмоциональным факторам. Типы тревожных расстройств были представлены внутренней напряженностью у 56,3%, ситуацией эмоционального стресса — у 24,3%, тревожно-депрессивными расстройствами — у 19,4%.

Показатели качества жизни больных БР и здоровых людей (M±m, баллы)

Показатели	Группы обследованных	
	больные	здоровые
Здоровье	4,3±0,12	5,3±1,16
Социальное функционирование	5,2±0,27	5,6±0,43
Эмоциональное функционирование	4,7±0,55	6,5±0,49
Удовлетворенность жизнью	4,4±0,68	6,1±1,37
Условия жизни	4,6±0,50	4,8±0,95
Вредные привычки	3,2±0,41	3,1±1,24

Отдельные показатели качества жизни у больных БР и здоровых отличались недостоверно. Это же касалось и усредненных параметров (соответственно 4,4±0,27 балла и 5,2±0,49 балла, kS=1,48, p=0,166, kF=0,31, p=0,111). Между тем в целом, БР оказывает значительное влияние на систему психологических защитных механизмов личности, а, в свою очередь, измененная личность способна воздействовать на эффективность реабилитационных мероприятий у такой категории больных.

Таким образом, установлено снижение КЖ при БР, причины нарушения которого у муж-

чин и женщин отличаются. На КЖ оказывают свое влияние возраст больных, длительность заболевания, степень активности патологического процесса, функция опорно-двигательного аппарата, трудовая активность пациентов и их отношение к болезни, а показатели, характеризующие КЖ, соотносятся с распространенностью и выраженностью артрита, тяжестью бурситов и поражения сердца. Представленные данные необходимо учитывать при комплексной реабилитации больных БР с подключением психотерапевтических методов лечения.

О.В.Синяченко, В.В.Яковленко, О.М.Денисова, Ю.О.Подліна, Г.А.Ігнатенко, І.Ю.Чибисова

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ХВОРОБОЮ РЕЙТЕРА

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

В процесі обстеження 257 хворих на хворобу Рейтера виявлено зниження їх якості життя (ЯЖ), причини порушення якого у чоловіків та жінок різні. На ЯЖ чинять свій вплив вік хворих, тривалість захворювання, ступінь активності патологічного процесу, функція опорно-рухового апарату і відношення пацієнтів до хвороби, а показники, що характеризують ЯЖ, співвідносяться з розповсюдженістю та вираженістю артриту, тяжкістю бурситів й ураження серця. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 87-91)

O.V.Sinyachenko, V.V.Jakovlenko, E.M.Denisova, Yu.A.Podlina, G.A.Ignatenko, I.Yu.Chibisova

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH REITER'S DISEASE

Gorky State Medical University, Donetsk, Ukraine

The study of 257 patients with Reiter's disease has revealed deterioration of their quality of life (QL), its cause being different in the males and females. The QL is influenced by the patients age, the length of his disease, the agree of activity of the pathologic process, functions of the locomotor system, the patients attitude to his disease, while the indices characterizing the QS correlate with the prevalence and pronouncement of arthritis, severity of bursites and the cardiac disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 87-91)

Литература

1. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты и синдром Рейтера / В кн.: Ревматические болезни / Под ред. В.А.Насоновой и Н.В.Бунчука.-М.: Медицина, 1997.-С.324-331.
2. Вуколова Н.В. Лечение пограничных психических расстройств у больных ревматоидным артритом // Рос. психиатр. журн.-1998.-№2.-С.22-26.
3. Дубенский В.В. Болезнь Рейтера // Рос. журн. кожн. венер. болезней.-1999.-№5.-С.26-29.
4. Ковалев Ю.Н. Болезнь Рейтера // ЗППП.-1998.-№1.-С.22-24.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства анализа данных в среде Windows STADIA.-М.: Информатика и компьютеры, 1999.-342с.
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клин. мед.-2000.-Т.78, №2.-С.10-13.
7. Проворогов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. и др. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Клин. мед.-1998.-Т.76, №11.-С.25-27.
8. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом // Клин. мед.-2001.-Т.79, №1.-С.47-49.
9. Barth W.F., Segal K. Reactive arthritis (Reiter's syndrome) // Am. Fam. Physician.-1999.-Vol.60, N2.-P.499-503.
10. Bryant G.A. Reiter's syndrome // Orthop. Nurs.-1998.-Vol.17, N1.-P.57-62.
11. Dougados M. The concept of reactive arthritis // Presse Med.-1997.-Vol.26, N5.-P.204-206.
12. Glazier R. The future of rheumatology: paradigm shift or turf war? // J. Rheumatol.-1996.-Vol.23, N9.-P.1484-1496.
13. Keat A. Reactive arthritis // Adv. Exp. Med. Biol.-1999.-Vol.455.-P.201-206.
14. Pacheco-Tena C., Burgos-Vargas R., Vazquez-Mellado J. et al. A proposal for the classification of patients for clinical and experimental studies on reactive arthritis // J. Rheumatol.-1999.-Vol.26, N6.-P.1338-1346.
15. Pavlica L., Mitrovic D., Mladenovic V. et al. Reiter's syndrome--analysis of 187 patients // Vojnosanit. Pregl.-1997.-Vol.54, N5.-P.437-446.
16. Salek M.S., Luscombe D.K. Health-related quality of life: a review // J.Drug Dev.-1992.-Vol.5, N3.-P.137-153.

Поступила в редакцию 16.03.2002г.