

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова Н.М., Галеев Ю.М., Попов М.В. и др. Особенности функциональных изменений гепатобилиарной системы у больных с заболеваниями желчевыводящих путей // Сиб. мед. журнал. — 2005. — № 3. — С.53-56.
2. Тюрюмин Я.Л. Закономерности морфофункциональных нарушений в желчном пузыре и печени в патогенезе холестеринового холелитиаза: Дисс. ...д-ра мед. наук. — Иркутск, 2000. — 258 с.
3. Carey M.C., Duane W.C. Enterohepatic circulation // The Liver, Biology and Pathobiology / I.M. Arias, J.L. Boyer, N. Fausto et al. - 3rd ed. - New York: Raven Press, 1994. - P.719-767.
4. Cooper A.D., Fromm H., Leuschner U. Plasma lipoprotein metabolism // Bile Acids-Cholestasis-Gallstones. Advances in Basic and Clinical Bile Acid Research. - Dordrecht: Kluwer, 1996. - P.97-126.
5. Cooper A.D. Role of the enterohepatic circulation of bile salts in lipoprotein metabolism // Gastroenterol Clin North Amer., 1999. - Vol. 289. - P.1161-1171.
6. Neuman D.M., Hylemon P.B., Vlahcevic Z.R. Regulation of bile acid synthesis. III. Correlation between biliary bile acid hydrophobicity index and the activities of enzymes regulating cholesterol and bile acid synthesis in the rat // J. Lipid Res. — 1989. — Vol. 30. — P.1161-1171.
7. Hofmann A.F. Bile Acids // The Liver, Biology and Pathobiology. - New York: Raven Press, 1994. - P.677-718.
8. Hofmann A.F. Bile secretion and the enterohepatic circulation of bile acids // Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. - Philadelphia: WB Saunders Company, 1998. - P.937-948.
9. Hofmann A.F. Bile Acids: The good, the bad, and the ugly // News Physiol Sci. — 1999. — Vol. 14. — P.24-29.
10. Honda A., Yoshida T., Tanaka N. et al. Increased bile acid concentration in liver tissue with cholesterol gallstone disease // J. Gastroenterol. — 1995. — Vol. 30. — P.61-66.
11. Mendez-Sanchez N., Chavez-Tapia N.C., Motola-Kuba D. Metabolic syndrome as a risk factor for gallstone disease // World J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 11, № 11. — P.1653-1657.
12. Mendez-Sanchez N., Bahena-Aponte J., Chavez-Tapia N. C. et al. Strong association between gallstones and cardiovascular disease // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 100, № 4. — P.827-830.
13. Trauner M., Boyer J.L. Bile salt transporters: molecular characterization, function, and regulation // Physiol. Rev. — 2003. — Vol. 83. — P.633-671.

© ГАЕВА Н.Ю., КУЗНЕЦОВ С.Р., КАСПАРОВ Э.В., КЛЕМЕНКОВ Э.В., КЛЕМЕНКОВА С., КУБУШКОЙ.В., СЕРЕБРЯКОВ Г. — 2006

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ УКОРОЧЕННЫХ КУРСОВ ОБЩИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН И ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ СВЕРХВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И АРИТМИЮ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н.Ю. Гаева, С.Р. Кузнецов, Э.В. Каспаров, Э.В. Клеменков, А.С. Клеменков, И.В. Кубушко, В.Г. Серебряков

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра восстановительной медицины и курортологии, зав. — д.м.н., проф. С.В. Клеменков)

Резюме. Проведено обследование 107 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией второго функционального класса (ФК) с желудочковой и наджелудочковой экстрасистолой в сочетании с гипертонической болезнью второй стадии по классификации ВОЗ в условиях санатория. Больные получали лечение общими искусственными углекислыми ваннами в сочетании с электромагнитными полями сверхвысокой частоты (ЭМП СВЧ) или лечебной гимнастикой. Состояние физической работоспособности оценивалось с помощью спирометрии, велоэргометрии; влияние физических факторов на нарушения ритма и ишемию миокарда — мониторингирования ЭКГ по Холтеру. Доказано, что общие углекислые ванны в сочетании ЭМП СВЧ оказывают достоверно одинаковое повышение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с ИБС и гипертонической болезнью при укороченных (14 дней) и обычных (21 день) курсах санаторного лечения.

Ключевые слова: углекислые ванны, электромагнитные поля сверхвысокой частоты, укороченные курсы санаторного лечения, физическая работоспособность, нарушение ритма, стабильная стенокардия, гипертоническая болезнь.

Немедикаментозные методы приобретают все большее значение в реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Недостаточно исследованы возможности применения укороченных курсов бальнеотерапии, преднормированных физических факторов комбинированной физиотерапии у больных сочетанной патологией стабильной стенокардии и гипертонической болезнью с нарушениями сердечного ритма. Настоящая работа является частью многоцентровых исследований по проблеме применения бальнеотерапии, гидрокинезотерапии и преднормированных физических факторов, в том числе укороченными курсами в восстановительном лечении у больных сочетанной патологией ишемической болезни сердца и гипертонической болезнью с нарушениями ритма [1-10]. Эти исследования позволили выявить некоторые особенности влияния различных бальнеофакторов на ИБС и определить дифференцированные подходы к их назначению. Вместе с тем, до сих пор остаются мало исследованными вопросы комбиниро-

ванного применения укороченных курсов общих углекислых ванн и электромагнитных полей сверхвысокой частоты (ЭМП СВЧ) у больных сочетанной патологией стабильной стенокардии и гипертонической болезнью с нарушениями ритма, особенно в условиях пригородного санатория.

Целью настоящего исследования является изучение влияния комбинированного применения укороченных курсов общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ на физическую работоспособность и нарушения ритма у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией второго функционального класса (ФК) и гипертонической болезнью второй стадии по классификации ВОЗ в условиях пригородного санатория.

Материалы и методы

Обследовано 104 больных ИБС со стабильной стенокардией второго ФК по Канадской классификации в сочетании с гипертонической болезнью второй степени по классификации ВОЗ. Средний возраст больных 51 ± 2 года.

Больные были разделены на 3 равноценные группы, сопоставимые по основным клиническим показателям.

Первая группа — 37 больных ИБС, получавших курс

общих искусственных углекислых ванн с концентрацией углекислоты 1,2 г/л и ЭМП СВЧ (воздействие мощностью 40 Вт на область проекции сердца) (2 дня подряд, день отдыха). Курс лечения 14 дней. Вторая группа — 35 больных ИБС, получавших курс общих искусственных углекислых ванн с концентрацией углекислоты 1,2 г/л и ЭМП СВЧ (2 дня подряд, день отдыха). Курс лечения 21 день. Третья — 32 больных ИБС, получавших курс общих искусственных углекислых ванн с концентрацией углекислоты 1,2 г/л и лечебной гимнастики (2 дня подряд, день отдыха). Курс лечения 21 день. Лечение осуществлялось в пригородном санатории «Магистраль» г. Красноярска. Физические факторы назначались со второго дня пребывания больных в санатории. Больные ИБС первой группы получали по 9 ванн и ЭМП СВЧ. Во второй и третьей группе по 12 соответственно.

До и после лечения больным ИБС всех трех групп проводили спирометрическое исследование (аппараты ВЭ-02, Мингограф — 34, Спиролит-2).

На высоте физической нагрузки определяли потребление кислорода на 1 кг массы тела, частное отдыха, двойное произведение (пульс $\times$ давление). Амбулаторное мониторирование ЭКГ осуществлялось с помощью комплекса «Хьюлет-Паккард». До и после лечения записывали ЭКГ на магнитную ленту в отведениях V2 и V5 в течение 24 часов. Определяли за 24 часа следующие показатели: среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну (1971); среднее число наджелудочковых экстрасистол, среднее число эпизодов болевой (БИМ) и «немой» (НИМ) ишемии миокарда, общую длительность БИМ, НИМ (мин.), среднюю длительность 1 эпизода БИМ, НИМ (мин.). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β -блокаторами, антагонистами кальция, нитратами, амидофероном, моноприлом.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с помощью t-критерия Стьюдента для связанных и не связанных выборок в доверительном интервале более 95%, при нормальном распределении вариационного ряда. Для связи признаков применяли корреляционный анализ. Достоверность коэффициентов корреляции и их различий принимали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В группах больных ИБС до лечения достоверной разницы в величине показателей физической работос-

ных 1 и 2 группы показатели физической работоспособности после лечения достоверно не различались, и были большими, чем в 3 группе (табл. 1).

По данным амбулаторного мониторирования ЭКГ, до лечения у больных ИБС 1-3 группы среднее число желудочковый и наджелудочковых аритмий достоверно не различалось. После курса лечения достоверно уменьшилось в 1 группе больных ИБС среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну на 72,2%, наджелудочковых экстрасистол — на 84,9%. Во 2 группе больных ИБС после курса лечения достоверно уменьшилось среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну на 76,9%, наджелудочковых экстрасистол — на 85,4%. В 3 группе больных ИБС после курса лечения достоверно уменьшилось среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну на 63,5%, наджелудочковых экстрасистол на 80,7%. Уменьшение среднего числа желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну, наджелудочковых экстрасистол после курса лечения в 1 и 2 группах больных ИБС достоверно не различались и были большими, чем в 3 группе.

Следовательно, комбинированное применение укороченных курсов (14 дней) и обычных курсов (21 день) общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ оказывает достоверно одинаковое тренирующее и антиаритмическое воздействие у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью 2 стадии с нарушениями ритма.

В 1-3 группах больных ИБС до лечения достоверных различий показателей, характеризующих БИМ и НИМ, не отмечалось. После курса лечения у больных ИБС 1 группы достоверно уменьшились: среднее количество эпизодов БИМ на 78,7%, средняя длительность 1 эпизода БИМ — на 45,0%, общая длительность

Таблица 1

Показатели физической работоспособности у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью на пороговой нагрузке до и после лечения углекислыми ваннами и ЭМП СВЧ

Показатели физической работоспособности	Группы больных	Средние величины показателей ($M \pm m$) и достоверность различий				
		до лечения	после	p	p	
					до лечения	после
Мощность пороговой нагрузки (Вт)	1	102,2 $\pm$ 1,1	125,7 $\pm$ 0,3	<0,001	$p_{1,2} > 0,05$	> 0,05
	2	101,2 $\pm$ 1,1	125,2 $\pm$ 0,2	<0,001	$p_{1,3} > 0,05$	< 0,001
	3	101,4 $\pm$ 0,3	117,3 $\pm$ 0,4	<0,001	$p_{2,3} > 0,05$	< 0,001
Частное отдыха (ед.)	1	2,2 $\pm$ 0,01	2,5 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{1,2} > 0,05$	> 0,05
	2	2,2 $\pm$ 0,01	2,5 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{1,3} > 0,05$	< 0,001
	3	2,2 $\pm$ 0,01	2,4 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{2,3} > 0,05$	< 0,001
Потребление кислорода на 1 кг массы тела (мл/мин/кг)	1	204,9 $\pm$ 1,1	259,4 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{1,2} > 0,05$	> 0,05
	2	205,1 $\pm$ 1,2	259,4 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{1,3} > 0,05$	< 0,001
	3	205,0 $\pm$ 1,2	234,2 $\pm$ 1,4	<0,001	$p_{2,3} > 0,05$	< 0,001
Двойное произведение (ед.)	1	19,2 $\pm$ 0,1	22,8 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{1,2} > 0,05$	> 0,05
	2	19,1 $\pm$ 0,1	23,1 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{1,3} > 0,05$	< 0,001
	3	19,1 $\pm$ 0,1	21,2 $\pm$ 0,1	<0,001	$p_{2,3} > 0,05$	< 0,001

пособности не отмечалось. Следовательно, уровень физической работоспособности и коронарного резерва сердца у больных ИБС 1-3 групп существенно не различался. После курса лечения показатели физической работоспособности больных ИБС всех трех групп возросли: достоверно увеличилась мощность пороговой нагрузки, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела, двойное произведение. Причем у боль-

БИМ — на 45,2%, среднее количество эпизодов НИМ — на 67,6%, средняя длительность 1 эпизода НИМ — на 41,5%, общая длительность НИМ — на 70,0%. Во 2 группе больных ИБС после курса лечения достоверно уменьшилось среднее число эпизодов БИМ на 78,9%, средняя длительность 1 эпизода БИМ — на 43,9%, общая длительность БИМ — на 44,8%, среднее количество эпизодов НИМ — на 67,6%, средняя длительность 1 эпи-

зода НИМ — на 43,9%, общая длительность НИМ — на 71,1%. В 3 группе больных ИБС после курса лечения достоверно уменьшилось среднее число эпизодов БИМ на 72,0%, средняя длительность 1 эпизода БИМ — на 23,8%, общая длительность БИМ — на 37,7%, среднее количество эпизодов НИМ — на 51,8%, средняя длительность 1 эпизода НИМ — на 19,5%, общая длительность НИМ — на 63,3%. В 1 и 2 группах больных ИБС уменьшение показателей БИМ и НИМ после курса лечения достоверно не отличались и были достоверно большими, чем в 3 группе. Следовательно, комбинированное применение укороченных курсов (14 дней) и обычных курсов (21 день) общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ оказывает достоверно одинаковое влияние на БИМ и НИМ (45,0-78,7%) и (43,9-78,5%) соответственно у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью 2 стадии с нарушениями ритма.

Установлено, что у больных ИБС 1 и 2 группы антиаритмическое влияние коррелировало с уменьшением ишемии миокарда. Так, коэффициент корреляции (r) между средним количеством желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну за 24 часа составил в 1 группе (+0,61), во 2 группе (+0,65), между средним количеством эпизодов НИМ и средним количеством желудочковых аритмий 1-3 класса по Б. Лауну — (+0,64) и (+0,64) соответственно. Можно полагать, что антиаритмическое влияние комбинированного применения укороченных курсов (14 дней) общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью 2 стадии с нарушениями ритма во многом обусловлено уменьшением ишемии миокарда.

Оценивая результаты лечения больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью 2 стадии с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б. Лауну, наджелудочковой экстрасистолой следует сказать, что комбинированное применение укороченных курсов (14 дней) общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ существенно улучшает клиническое течение заболевания. При этом отмечается исчезновение или урежение периодов стенокардии, уменьшение ощущений перебоев в работе сердца в покое и при физических нагрузках, снижение систолического и диастолического АД. Переносимость лечения была хорошей, приступы стенокардии во время процедур и после них не отмечались. У 35 (94,6%) больных ИБС 1 группы и у 33 (94,3%) больных ИБС 2 группы после курса лечения отмечалось повышение физической работоспособности и коронарного резерва сердца.

У 2 (5,4%) больных ИБС 1 группы и у 2 (5,7%) 2 группы показатели физической работоспособности снизились, т.е. происходило снижение уровня их физической работоспособности и коронарного резерва сердца.

Установлено, что у больных ИБС 1 и 2 группы со снижением уровня физической работоспособности, при пробе с физической нагрузкой обнаружена ишемия миокарда, которая не наблюдалась до лечения. При амбулаторном мониторингировании ЭКГ после лечения у этих больных общая длительность болевой и «немой» ишемии миокарда увеличилась, что указывает на ухудшение коронарного кровообращения. При мониторингировании ЭКГ после лечения у этих больных регистрировались желудочковые аритмии 4а класса по Б. Лауну. Надо отметить, что у этих больных до лечения желудочковые аритмии 4а класса по Б. Лауну выявлялись, но после курса антиаритмической терапии (алиферон) они исчезли и больные включились в лечение.

Следовательно, комбинированное применение укороченных курсов (14 дней) общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ противопоказано больным сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью с желудочковыми аритмиями 4а класса по Б. Лауну.

Таким образом, комбинированное применение укороченных курсов (14 дней) общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью 2 стадии оказывает достоверно одинаковое антиаритмическое воздействие в сравнении с обычными курсами лечения (21 день). Антиаритмическое влияние укороченных курсов общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ коррелирует у больных ИБС с уменьшением проявлений болевой и «немой» ишемии миокарда. Комбинированное применение укороченных курсов общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ дает существенный тренирующий эффект у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б. Лауну, наджелудочковой экстрасистолой, который проявляется повышением уровня физической работоспособности и коронарного резерва сердца. Ограничением для назначения укороченных курсов общих углекислых ванн и ЭМП СВЧ у больных сочетанной патологией ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК и гипертонической болезнью 2 стадии является выявление при мониторингировании ЭКГ по Холтеру желудочковой аритмии 4а класса по Б. Лауну, так как при этом происходит ухудшение коронарного кровообращения.

INFLUENCE OF COMBINED APPLICATION OF THE SHORTENED COURSES OF GENERAL CARBONIC ACID GAS BATHS AND ELECTROMAGNETIC FIELDS OF MICROWAVE FREQUENCY ON PHYSICAL EFFICIENCY AND ARRHYTHMIA OF THE PATIENTS WITH ASSOCIATED CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY

N.J. Gaeva, S.R. Kuznetsov, E.V. Kasparov, E.V. Klemenkov, A.S. Klemenkov, I.V. Kubushko, V.G. Serebryakov
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

There was carried out an examination of 107 patients who have ischemic heart-disease (IHD) with a stable stenocardia of the second functional class (FC) with ventricular and supraventricular premature beats together with the second stage hypertension according to the WHO classification in sanatorium conditions. Patients were treated with general not natural carbonic acid gas baths in combination with electromagnetic fields of microwave frequency (EMF MVF) or curative

gymnastics. Condition of physical efficiency was estimated with the help of spiroergometry, bicycle ergometry; influence of physical factors on rhythm disturbance and myocardial ischemia - monitoring of electrocardiogram per Holter. It's proved, that the general carbonic acid gas baths in combination with EMF MVF give authentically identical increase of the direct and follow up results of treatment of patients with CHD and hypertonic illness in short (14 days) and usual (21 day) courses of sanatorium treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клеменков С.В., Левицкий Е.Ф., Давыдова О.Б. Физиотерапия больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма. — Красноярск-Томск-Москва: Сибирь, 2002. — 336 с.
2. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Давыдова О.Б. и др. Бальнеотерапия и физические тренировки в восстановительном лечении больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости. — Красноярск-Томск-Москва: Сибирь, 2002. — 296 с.
3. Клеменков С.В., Явися А.М., Разумов А.Н. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости длительным комбинированным применением бальнеотерапии и физических тренировок. — Красноярск-Москва: Сибирь, 2002. — 125 с.
4. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Разумов А.Н. и др. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости с помощью физических факторов. Т.1. — Красноярск-Москва-Томск-Пятигорск: Кларетианум, 2003. — 332 с.
5. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф., Клеменков А.С. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости с помощью физических факторов. Т.2. — Красноярск-Москва-Томск-Пятигорск: Кларетианум, 2003. — 276 с.
6. Кубушко И.В., Каспаров Э.В., Клеменков С.В. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением бальнеотерапии с электротерапией или физическими тренировками. — Красноярск-Москва: Сибирь, 2003. — 151 с.
7. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Петрова М.М. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением электросна с психотерапией или углекислыми ваннами. — Красноярск: Кларетианум, 2004. — 144 с.
8. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Каспаров Э.В. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма длительным применением бальнеотерапии в амбулаторных условиях. — Красноярск-Москва: Кларетианум, 2004. — 120 с.
9. Мышенко О.А. Качество и эффективность укороченных сроков санаторно-курортного лечения больных ишемической болезнью сердца в сочетании с начальной дисциркуляторной энцефалопатией: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Томск, 2006. — 24 с.
10. Серебряков В.Г., Клеменков С.В., Клеменков А.С. и др. Оптимизация восстановительного лечения больных стабильной стенокардией с нарушением ритма (непосредственные и отдаленные результаты) разными методами бальнеотерапии в амбулаторных условиях. — Красноярск-Москва: Кларетианум, 2005. — 124 с.

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю., МЕНЬШИКОВА Л.В. — 2006

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАННИМИ АРТРИТАМИ

Н.Ю. Казанцева, Л.В. Меньшикова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф., Ю.А. Горяев; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова)

Резюме. В статье оценено влияние ранних артритов на социальные аспекты качества жизни больного.
Ключевые слова: ранние артриты, качество жизни.

С каждым годом все большие позиции завоевывает концепция лечения, предполагающая оценку достигнутых результатов с точки зрения больного [5]. Совокупность представлений больного о заболевании составляет так называемую внутреннюю картину болезни [4].

Выделяют качество жизни (КЖ) в широком и узком медицинском смысле, когда учитывают влияние самого заболевания и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности. Как и при других хронических болезнях, при РЗ происходит взаимодействие факторов болезни с личностью больного [4]. Знание проблем социальной адаптации больных ревматическими заболеваниями (РЗ) позволяет более направленно планировать и проводить реабилитацию больных [3]. Недостаточно изучен вопрос влияния болезни на социальную адаптацию больных РЗ в сравнении с больными с другими хроническими заболеваниями.

Литературные данные по влиянию РЗ на социальное функционирование разрознены, порой противоречивы и относятся к больным с определенными артритами, преимущественно с РА [3,5]. Между тем, представляет интерес определить какие же функции страдают в первую очередь у больных неуточненными артритами. Нередко не только боль, но и снижение КЖ приводит больных с неуточненными артритами к врачу.

Материалы и методы

Исследование проводилось на 311 больных с неуточненными артритами, направленных в ГРЦ. Из них неуточненными РА — 120 больных, 62 — с неуточненными PsA, 60 — с неуточненными AC, 69 — с неуточненными ReA.

В качестве инструментов оценки КЖ нами был использован опросник SF-36, с помощью которого измеряют широкий спектр функций восприятия здоровья и пользуются в большом диапазоне у больных с различными нозологическими формами. Он позволяет сравнить качество жизни между группами больных с любыми заболеваниями. Специфические вопросники быстрее реагируют на динамику состояния. SF-36 относится к общим вопросникам. Вопросник предназначен для самостоятельного заполнения. Он обладает высокой чувствительностью и позволяет оценить КЖ у больных с различными нозологиями.

В анализ включаются следующие шкалы.

1. Физическая активность, включающая самообслуживание (ходьба, подъем по лестнице, переноску тяжести, выполнение наклонов).
2. Ролевое физическое функционирование — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности.
3. Боль: оценка боли и ее влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу на дому и вне его.
4. Общее здоровье — оценка параметров всего состояния здоровья, оценка сопротивляемости болезни.
5. Жизнеспособность — оценка себя полным сил или наоборот бессильным.
6. Социальная активность отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ее ограничивает.
7. Роль эмоциональных проблем — когда эмоциональное состояние мешает выполнению работ или повседнев-