

3. Покровский, В. И. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор / В. И. Покровский, А. Б. Жербул. — СПб.: ФБУН НИИЭМ им. Пастера, 2011. — 5 с.

4. Craxi, A. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection / A. Craxi // J. Hepatol. — 2011. — № 2. — P. 245–264.

5. Genetic variation in interleukin-28B predicts SVR in hepatitis C genotype 1 Argentine patients treated with PEG IFN and ribavirin / E. Ridruejo [et al.] // Ann. Hepatol. — 2011. — Vol. 10, № 4. — P. 452–457.

6. IL28B genomic based treatment paradigms for patients with chronic hepatitis C infection: the future of personalized HCV therapies / P. J. Clark [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 106, № 1. — P. 38–45.

7. Возможности персонализированного подхода к лечению гепатита С на основании разработанных генетических тестов определения варианта полиморфизма гена IL-28B человека / А. Н. Козина [и др.] // Лечащий врач. — 2011. — № 10. — С. 39–43.

8. Genetic variation in IL28 B and spontaneous clearance of hepatitis C virus / D. L. Thomas [et al.] // Nature. — 2009. — Vol. 461, № 7265. — P. 798–801.

9. A polymorphism near IL28 B is associated with spontaneous clearance of acute hepatitis C virus and jaundice / H. L. Tillmann [et al.] // Gastroenterology. — 2010. — Vol. 139. — P. 1586–1592.

10. Полиморфизм генов интерлейкина-28В и клиническое значение его выявления у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С / В. М. Мицура [и др.] // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. — 2012. — № 2. — С. 86–97.

Поступила 12.04.2016

УДК 616.72-002.77-08-039.57

## АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Н. Ф. Бакалец, О. Л. Никифорова*

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** провести аналитическую оценку амбулаторного ведения пациентов с ревматоидным артритом в реальной клинической практике и изучить структуру коморбидной патологии.

**Материал и методы.** Проведен анализ 88 медицинских карт амбулаторных пациентов в 6 поликлиниках г. Гомеля. Для количественной оценки коморбидного статуса применялся индекс коморбидности Charlson.

**Результаты.** Наиболее частыми провоцирующими факторами развития ревматоидного артрита были респираторные и обострения хронических заболеваний, а фоновыми заболеваниями — тиреоидная патология. Наиболее частыми осложнениями ревматоидного артрита являлись полиостеоартрит, анемия хронического воспаления, остеопороз, ИБС. Коморбидная патология встречалась у 97,7 % пациентов с ревматоидным артритом.

**Заключение.** В настоящее время проблемами ведения пациентов с ревматоидным артритом являются: поздняя диагностика; несоответствие реального лечения современным рекомендациям EULAR; недостаточное использование болезнь-модифицирующих препаратов; отсутствие индивидуального подхода с целью раннего выявления коморбидной патологии и ее адекватного лечения.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, диспансерное наблюдение, болезнь-модифицирующие препараты.

## ANALYTICAL ASSESSMENT OF OUT-PATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

*N. F. Bakalets, O. L. Nikiforova*

Gomel State Medical University

**Objective:** to carry out the analytical assessment of outpatient management of patients with rheumatoid arthritis in real clinical practice and study the structure of comorbid pathology.

**Material and methods.** The medical records of 88 patients have been analyzed at 6 outpatient clinics of Gomel. The Charlson comorbidity index was applied for the quantitative assessment of the comorbid status.

**Results.** The most common provoking factors of the development of rheumatoid arthritis were acute respiratory viral infections and exacerbation of chronic diseases; and the background disease was thyroid pathology. The most frequent complications of rheumatoid arthritis were osteoarthritis, anemia of chronic inflammation, osteoporosis, coronary heart disease. Comorbid pathology occurred in 97.7 % of the patients with rheumatoid arthritis.

**Conclusion.** At present, the problems of management of patients with rheumatoid arthritis are late diagnostics; discrepancy of real treatment to the modern recommendations of EULAR; insufficient use of disease-modifying antirheumatic drugs; absence of individual approach aimed at early detection of comorbid pathology and its adequate treatment.

**Key words:** rheumatoid arthritis, follow-up examination, disease-modifying antirheumatic drugs.

### Введение

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным воспалительным поражением внутренних органов [1]. Распространенность РА

достигает от 0,6 до 1,3 % населения. Женщины болеют в 2,5 раза чаще мужчин, преимущественно в возрасте 35–50 лет. На конец 2014 г. по данным официальной статистики в Республике Беларусь было зарегистрировано 20768 пациентов с РА. Ежегодно в нашей стране регист-

рируется около 1500 новых случаев болезни. Среди ревматических заболеваний РА занимает третье место в структуре общей заболеваемости [2]. В Российской Федерации в 2002 г. зарегистрировано 280 тыс. пациентов, страдающих достоверным РА (из них 20 тыс. — дети и подростки), около 2,1 млн — в США [3, 4]. Продолжительность жизни у пациентов с РА ниже популяционного уровня на 3 года у женщин и на 7 лет — у мужчин. У пациентов РА кардиоваскулярная патология является самой важной причиной смертности и увеличения заболеваемости [5]. По данным многочисленных исследований сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность у пациентов с РА в 2–4 раза выше, чем в общей популяции [6]. Риск развития атеросклероза значительно увеличивается при РА [7]. Статины в результате снижения уровня интерлейкина-6 могут предотвращать или замедлять развитие атеросклероза и положительно влиять на течение РА [8]. В настоящее время целью лечения РА являются улучшение качества и продолжительности жизни пациента и предотвращение неблагоприятных исходов заболевания. В лечении РА используют базисную терапию, направленную на замедление прогрессирования костно-деструктивных изменений в суставах. Патогенетическая терапия включает препараты стандартной базисной и биологической генно-инженерной терапии [9].

#### **Цель исследования**

Провести аналитическую оценку амбулаторного ведения пациентов с РА, состоящих на диспансерном учете у врача-терапевта участкового поликлиник г. Гомеля; изучить структуру коморбидной патологии.

#### **Материал и методы**

Материалами исследования были учетно-отчетные документы 6 поликлиник г. Гомеля: медицинские карты амбулаторных больных формы

№ 025/у. В исследовании включены 88 пациентов с РА. Преобладали женщины — 90,9 %, что соответствует литературным данным, остальные 9,1 % — мужчин. Средний возраст женщин составил  $62,2 \pm 15,8$  года, мужчин —  $60,9 \pm 15$  лет. Средняя продолжительность заболевания у женщин составила  $6,7 \pm 6,4$  года, у мужчин —  $12 \pm 7,4$  года. Диагноз РА был установлен с использованием критериев АРА 1987 г., при раннем артрите — с использованием классификационных критериев ACR/EULAR 2010 г. «Обследование пациентов включало оценку активности РА с использованием DAS28, наличие внесуставных проявлений, рентгенологическое подтверждение поражения суставов, общий и биохимический анализы крови, определение ревматоидного фактора (РФ), скрининг антител к циклическому цитруллиновому пептиду (АССР)». Для количественной оценки коморбидного статуса применялся индекс коморбидности Charlson [10]. Составление баз данных и обработка полученных результатов проводились с использованием программы «Microsoft Excel 2010».

#### **Результаты и обсуждение**

Средний возраст, в котором заболели женщины, составил  $53,4 \pm 15,6$  года, мужчины —  $48,9 \pm 13,3$  года.

Данные о распределении преморбидной патологии представлена в таблице 1.

Таким образом, у 44 % пациентов провоцирующими факторами были инфекционные заболевания либо обострения хронических вследствие присоединения интеркуррентной инфекции. Среди вышеназванных заболеваний наиболее частыми были ОРВИ и обострение хронического пиелонефрита. Полученные данные подтверждают теорию о запусковой роли вирусов и бактерий в аутоиммунном процессе.

Таблица 1 — Структура преморбидной патологии у пациентов с ревматоидным артритом

Преморбидная патология	Абсолютное число (n=88)	%
Карцинома щитовидной железы	1	1,1
Аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб	8	9,1
Полимиозит	5	5,7
Хронический пиелонефрит	10	11,4
Генерализованная форма иерсиниоза	1	1,1
Острый мастит	1	1,1
ОРВИ, Грипп	20	22,8
Хронический тонзиллит	6	6,8
Хронический бронхит	1	1,1
Бронхиальная астма	4	4,6
Силикоз, фиброзирующий альвеолит	2	2,2
Гастрит, энтероколит	6	6,8
ИБС, АГ	17	19,4
Не известна	6	6,8

По клиническим стадиям заболевания пациенты распределились следующим образом: с очень ранней стадией — 2,7 %, ранней стадией — 6,6 %, развернутой стадией — 6,6 % и поздней стадией — 84,1 %.

По РФ преобладали серопозитивные пациенты (59,1 %), серонегативных — 40,9 %. Скрининг АССР выполнен лишь 13,6 % пациентов, из них 8 % были серопозитивными, 5,6 % — серонегативными. Проведена оценка С-реактивного белка (СРБ), в том числе количественное определение СРБ — 38,6 % пациентам, качественное — 56,8 %. Следует отметить, что у 4,5 % пациентов СРБ не определялся.

По результатам радиологического исследования было определено количество пациентов с различными стадиями поражения: I стадия — 20,5 %, II — 35,2 %, III — 31,8 %, IV — 12,5 % пациентов. Таким образом, у 44,3 % пациентов имеются далеко зашедшие III и IV стадии РА.

По функции нарушения сустава (ФНС) пациенты распределились следующим образом: ФНС I степени — 10,2 %, II степени — 56,8 %, III степени — 29,6 % и IV степени — 3,4 % пациентов. Таким образом, утрата трудоспособности наблюдалась у каждого третьего пациента.

Из висцеральных проявлений присутствовали: ревматоидное легкое — у 1 пациента, нефропатии — у 3 пациентов. Практически все

пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и вероятность лекарственных интерстициальных нефритов у них была высокой. Следовательно, нефропатии у пациентов с РА диагностируются недостаточно. Системные проявления в виде лимфаденопатии, лихорадочного синдрома, глоссалгии были у 1 пациента, синдром Рейно — у 1 пациента, болезнь Стилла у взрослых — у 1, сопутствующий синдром Шегрена — у 2, полимиозит — у 1 одного пациента. Наиболее часто наблюдалась анемия хронического воспаления — 30,7 %, из них у 3,4 % пациентов средней степени тяжести, онкологические заболевания — у 3,4 % пациентов.

Среди осложнений наиболее часто наблюдались полиостеоартрит — у 43,2 %, остеопороз — у 19,3 % пациентов. Следует отметить, что препараты кальция совместно с бифосфонатами получали 14,8 % пациентов из 19,3 %.

ИБС диагностирована у 10,2 % пациентов, что не соответствует литературным данным [6]. Необходима тщательная оценка риска с помощью модели SCORE, а также более тщательное обследование пациентов в плане ранней диагностики атеросклероза коронарных сосудов.

Данные о распределении пациентов по шкале коморбидности Charlson [10] приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Оценка продолжительности жизни пациентов по индексу коморбидности Charlson

Баллы	Количество пациентов с РА	10-летняя выживаемость, %
1	8 %	96
2	10,2 %	90
3	11,3 %	77
4	25 %	53
5 и более	45,5 %	21

Сопутствующая патология имела у 97,7 % пациентов, причем у 69,3 % — отмечалась полиморбидность, а у 2,7 % пациентов не было сопутствующей патологии. Средний балл коморбидности составил  $4,8 \pm 1,7$ , что соответствует 60 % 10-летней выживаемости.

Среди 88 исследуемых болезнь-модифицирующие препараты получали 75 % пациентов. Большинство, а именно 73,9 % пациентов получали синтетические болезнь-модифицирующие препараты, 1,1 % — биологические болезнь-модифицирующие препараты (актепра). Наиболее часто используемым базисным препаратом остается метотрексат [11]. Он назначался 44,4 % пациентов. Метотрексат в дозировке 2,5 мг в неделю принимали 4,6 % пациентов, 5 мг в неделю — 4,6 %, 7,5 мг — 15,9 %, 10 мг — 10,2 %, 12,5 мг — 6,8 %, 15 мг в неделю — 2,3 % пациентов.

Другие препараты использовались реже: лефлуномид принимали 15,8 % пациентов в дозе 20 мг в сутки, гидроксихлорохин — 8 %

пациентов в дозе 200 мг в сутки, сульфасалазин — 5,7 % пациентов. Сульфасалазин в дозировке 0,5 г в сутки принимали 1,1 % пациентов, 1,0 г в сутки — 2,3 %, 1,5 г в сутки — 1,1 %, 2,0 г в сутки — 1,1 % пациентов. Комбинированная терапия болезнь-модифицирующими препаратами ни в одном случае назначена не была. Активность оценивалась по клинико-лабораторным исследованиям и критериям DAS28 (таблица 3).

Таким образом, ремиссия была достигнута у 38,6 % пациентов, что является весьма недостаточным. Возможными причинами недостаточного достижения цели являются: низкие дозы метотрексата; появление побочных эффектов в лечении, отсутствие применения комбинации базисных препаратов; недостаточное применение биологических болезнь-модифицирующих препаратов. В рекомендуемой дозировке метотрексат (12,5-25 мг в неделю) принимали 9,1 % пациентов из 44,4 %.

Таблица 3 — Оценка активности ревматоидного артрита у исследуемых пациентов на фоне лечения

Степень активности	Абсолютное число (n = 88)	%
Ремиссия DAS 28 < 2,6	34	38,6
Низкая (2,6 < DAS 28 < 3,2)	30	34,1
Средняя (DAS 28 = 3,2–5,1)	15	17,1
Высокая (DAS 28 > 5,1)	9	10,2

НПВП принимали 93,2 % пациентов. Мелоксикам принимали 48,9 % пациентов, диклофенак — 15,9 %, нимесулид — 10,2 %, ацеклофенак — 9,1 %, кеторолак — 5,7 %, комбинацию мелоксикам + нимесулид — 3,4 % пациентов. В связи с выраженным болевым синдромом у 2,3 % пациентов применялся опиоидный анальгетик трамадол. Не принимали НПВП 6,8 % пациентов. Следует отметить, что 3 пациентам назначалась недопустимая комбинация одновременно 2 НПВП.

Примечательно, что 70,4 % пациентов принимали глюкокортикостероиды (ГКС), причем 6,8 % пациентов принимали их менее года, 63,6 % пациентов — больше года от начала базисной терапии. Постоянный прием ГКС у пациентов указывает на то, что цель лечения не достигнута. Кроме того, выявленное достаточно большое количество пациентов с остеопорозом, возможно, говорит о вкладе развития стероидного остеопороза как осложнения РА. Из ГКС пациенты принимали метилпреднизолон — 60,2 % и преднизолон — 10,2 % пациентов. Метилпреднизолон в дозировке 2 мг в сутки принимали 2,3 % пациентов, 4 мг в сутки — 33 %, 6 мг в сутки — 9 %, 8 мг в сутки — 14,8 %, 32 мг в сутки — 1,1 % пациентов. Рекомендуемые дозы метилпреднизолона — 8 мг в сутки принимали 14,8 % пациентов, причем он назначался вместе с метотрексатом 5,7 % пациентам, с НПВП — 2,3 %, с лефлуномидом — 5,7 %, с сульфасалазином — 1,1 % пациентам. Прием метилпреднизолона в дозировке 32 мг в сутки был обусловлен наличием коморбидной патологии в виде вторичной аутоиммунной гемолитической анемии. Преднизолон в дозировке 5 мг в сутки принимали 5,7 %, 10 мг в сутки — 4,5 % пациентов.

Производилась оценка качества диспансеризации по лабораторным показателям у обследуемых пациентов за последний год наблюдения. Так, ни одного контроля лабораторных показателей не было у 4,6 % пациентов, 1 раз в год лабораторные показатели контролировались у 10,2 % пациентов, 2 раза в год — у 40,9 %, 3 раза в год — у 5,7 %, 4 раза в год — у 9,1 %, 7 раз в год — у 2,3 %, 10 раз в год — у 1,1 % пациентов. Полученные данные говорят о том, что контроль лабораторных показателей на амбулаторном этапе был недостаточным и проводился в рекомендуемой кратности у 12,5 % пациентов из 73,9 %, принимающих базисную терапию.

### Заключение

В настоящее время проблемой ведения ревматологических пациентов являются: несвоевременная диагностика РА, что препятствует как можно раннему назначению болезнь-модифицирующих препаратов; несоответствие реального лечения пациентов современным рекомендациям EULAR; недостаточное проведение высокоэффективных реабилитационных мероприятий. Каждому пациенту с РА должен быть разработан индивидуальный подход с целью раннего выявления коморбидной патологии и ее адекватного лечения, что значительно увеличивает выживаемость пациентов. А пока терапия РА в реальной практике далека от оптимальной, что ведет к ухудшению прогноза жизни.

### Выводы

1. Наиболее частыми провоцирующими факторами развития ревматоидного артрита являются ОРВИ и обострения хронических заболеваний с присоединением интеркуррентных инфекций, а фоновыми заболеваниями — заболевания щитовидной железы.

2. Наиболее частыми осложнениями ревматоидного артрита являются полиостеоартрит (43,2 %), анемия хронического воспаления (30,7 %), остеопороз (19,3 %), ИБС (10,2 %).

3. Коморбидная патология встречается у 97,7 % пациентов с ревматоидным артритом. Средний индекс коморбидности по Charlson составил  $4,8 \pm 1,7$ , что соответствует 60 % 10-летней выживаемости.

4. Использование болезнь-модифицирующих препаратов в амбулаторной практике является недостаточным, что в конечном итоге приводит к быстрому прогрессированию ревматоидного артрита, увеличению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и уменьшению продолжительности жизни.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е. Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 90.
2. Ревматоидный артрит: учеб.-метод. пособие / Е. В. Кундер [и др.]. — Минск, 2014. — С. 6.
3. Каратеев, Д. Е. Современная медикаментозная терапия ревматоидного артрита / Д. Е. Каратеев // Лечащий врач. — 2007. — № 2. — С. 40–46.
4. Алексеев, В. В. Особенности хронического болевого синдрома при ревматоидном артрите / В. В. Алексеев, Е. С. Филатова, Ш. Ф. Эрдес // Лечащий врач. — 2011. — № 4. — С. 37–40.
5. Wolfe, F. The mortality of Rheumatoid arthritis / F. Wolfe, D. M. Mitchell, J. T. Sibley // Arthritis Rheum. — 1994. — Vol. 37. — P. 481–494.

6. Аничков, Д. А. Ревматоидный артрит и сердечно-сосудистый риск: перспективы применения статинов / Д. А. Аничков, Д. А. Шостак // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2005. — № 3. — С. 47–53.

7. An update on the relationships between rheumatoid arthritis and atherosclerosis / Z. Ozbalkan [et al.] // Atherosclerosis. — 2010. — Vol. 212. — P. 377–382.

8. Роль интерлейкина-6 в развитии атеросклероза при ревматоидном артрите / Е. В. Удачкина [и др.] // Современная ревматология. — 2013. — № 3. — С. 25–29.

9. Internaldiseases (Внутренние болезни): учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

10. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson [et al.] // J Chron Dis. — 1987. — Vol. 40(5). — P. 373–383.

11. Каратеев, Д. Е. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 — шаг вперед к ранней диагностике / Д. Е. Каратеев, Ю. А. Олюнин, Е. Л. Лучихина // Научно-практическая ревматология. — 2011. — № 1. — С. 10–15.

Поступила 09.06.2016

УДК 159.944.4:616-07]-057.875

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Е. И. Сурмач, А. А. Дорощик, Е. М. Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет

**Цель:** определить уровень стресса у студентов разных курсов медицинского и аграрного университетов, оценить степень его выраженности, преобладающие симптомы.

**Материалы и методы.** Уровень и структура стресса оценивались с использованием шкалы PSM-25 в адаптации Н.Е.Водопьяновой. Определен уровень стресса в группах студентов первого и четвертого курсов высших учебных заведений (вузов), проведена оценка преобладающих симптомов в разных возрастных группах.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют о низком уровне стресса у студентов разных курсов и вузов. Выявлено, что уровень стресса выше среди студентов первого курса медицинского университета в сравнении с аграрным. Установлено, что у студентов первого курса медицинского университета преобладают симптомы, связанные с более высоким уровнем тревоги, у студентов четвертого — связанные с физическим недомоганием.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют сформулировать практические рекомендации, способствующие успешной адаптации студентов в вузе.

**Ключевые слова:** шкала PSM-25, уровень стресса, студенты вуза.

## FEATURES OF DIAGNOSIS OF THE STRESS LEVEL IN STUDENTS OF INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION

L. I. Surmach, A. A. Daroshchyk, K. M. Surmach

Grodno State Medical University

**Objective:** to determine the level of stress in students of different years of studies of medical and agrarian universities, to estimate the level of stress expressiveness and prevailing symptoms.

**Material and methods.** The level and structure of stress were estimated using the scale of PSM-25 adapted by N. E. Vodopyanova. The level of stress in groups of first and fourth year students was determined, the prevailing symptoms in different age groups were assessed.

**Results.** The obtained data confirm the low level of stress in different year students of different universities. It has been found that first year medical students had higher level of stress than those of agrarian universities. It has been revealed that first year medical students had prevailing symptoms related to higher level of anxiety and fourth year medical students had prevailing symptoms related to physical ailment.

**Conclusion.** The obtained results make it possible to formulate practical recommendations promoting successful adaptation of students at institutions of higher education.

**Key words:** stress scale PSM-25, level of stress, students of institutions of higher education.

### Введение

В современном обществе стресс определяется как неотъемлемая часть существования. Холмс и Рэй в своих публикациях еще в 1967 г. отметили, что любые изменения в повседневной жизни как позитивные, так и негативные могут быть стрессом для человека [1]. Стресс — привычный компонент в жизни любого индивида. Продолжительные стрессорные ситуации могут вызвать дисрегуляцию в эмоциональной,

физической и социальной сферах, что приведет к проблеме социальной адаптации, возможно, формированию болезни. Особенности восприятия тех или иных событий зависят от пола, возраста, расы, религиозной принадлежности, культуральных особенностей. Молодой возраст представляется особым периодом в становлении человека. В студенческие годы происходит самоопределение, поиск жизненных ценностей и смысла жизни, молодые люди по-