

Нові підходи у діагностиці хворих з ранньою стадією ревматоїдного артрит у поєднанні з тривожно-депресивними розладами на первинному рівні медичної допомоги

С.С. Касинець, Т.М. Жабо, І.А. Голованова, І.В. Пилипенко
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Лікар загальної практики–сімейний лікар відіграє важливу роль в оптимізації перебігу ревматоїдного артрит. Значна поширеність тривожно-депресивних розладів серед пацієнтів з ранньою стадією ревматоїдного артрит потребує своєчасної діагностики, особливо на первинному рівні медичної допомоги. Ультразвукове дослідження суглобів є чутливим методом у діагностиці раннього ревматоїдного артрит.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, тривожно-депресивні розлади, сімейний лікар, опитувальники, ультразвукове дослідження суглобів.

Ревматоїдний артрит (РА) – це захворювання, яке скорочує тривалість життя і призводить до інвалідизації хворих. Приблизно 33% хворих на РА, що працюють до початку захворювання, змушені залишити роботу вже в наступні 5 років [1, 5]. Погіршення якості життя у хворих на РА, навіть на ранній стадії (рРА), призводить до високого ступеня дезадаптації [4, 6] та розвитку тривожно-депресивних розладів (ТДР). Наявність ТДР у хворих із рРА може впливати на динаміку захворювання [3].

Своєчасне виявлення та лікування РА позитивно впливає на перебіг захворювання. Тому раннє виявлення лікарем загальної практики–сімейним лікарем ознак РА та направлення пацієнта до лікаря-ревматолога з метою встановлення діагнозу і призначення хворобомодифікуювальної терапії дуже важливо. Затримка хворого на рівні первинної ланки медичної допомоги, несвоєчасне направлення до ревматолога є однією з головних причин погіршення прогнозу у даній категорії хворих. Не менш відповідальним для перебігу захворювання є і після-госпітальний етап, на якому найбільш тісно хворий контактує також із сімейним лікарем. У зв'язку з цим роль лікаря загальної практики в оптимізації перебігу РА важко переоцінити.

Мета дослідження: удосконалення діагностики РА на ранній стадії у поєднанні з ТДР на первинному рівні медичної допомоги.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При обстеженні 179 хворих на недиференційований артрит, які перебували на лікуванні у ревматологічному відділенні Луганської обласної клінічної лікарні, було виявлено 95 осіб із рРА. Згідно із записами в амбулаторних картках хворих 90% з них спочатку потрапляли на прийом до сімейного лікаря, а потім вже були направлені до ревматолога. Вік хворих становив від 22 до 59 років (в середньому $41,27 \pm 10,41$ року), серед них були 16,84% чоловіків і 83,16% жінок у віці в середньому $40,3 \pm 9,22$ року і $41,2 \pm 10,27$ року відповідно. Тривалість захворювання у більшості випадків була від 1 до 28 міс.

Діагноз РА був верифікований відповідно до критеріїв ACR/EULAR, 2010 [2]. Верифікацію діагнозу ТДР здійснювали згідно із наказом МОЗ України № 271 від 27.10.2000 «Про затвердження Критеріїв діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки». Згідно із МКХ-10 захворювання класифікувалося як змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2). Усі пацієнти з ТДР були оглянуті психотерапевтом та було рекомендовано їхнє динамічне спостереження.

Усі хворі із рРА були обстежені з метою виявлення ТДР. Спочатку у пацієнтів урахували клінічні діагностичні критерії, потім пацієнти були опитані за скринінговою госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS та опитувальником Бека.

У 62 (65,3%) хворих із рРА (з 95 осіб, включених в дослідження) сумарний бал за шкалою HADS складав ≥ 11 балів, а за шкалою Бека ≥ 10 балів, тобто у них були виявлені ознаки ТДР. Ці пацієнти склали групу спостереження (І група), а решта – 33 особи (34,7%) були віднесені до групи порівняння (група ІІ). Контрольну групу (КГ) склали 32 практично здорові особи (6 чоловіків і 26 жінок), співставних за віком і статтю з обстеженими хворими.

Для оцінювання психологічного стану використовували опитувальники з доведеною валідністю: шкалу госпітальної тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); наявність та вираженість депресії оцінювали за шкалою Бека. Шкала HADS має дві підшкали для окремої оцінки тривоги (HAS) та депресії (HDS) у пацієнтів. Оцінка 11–21 бал відповідає наявності тривоги й/або депресії. За опитувальником Бека результати оцінювали як: 0–9 балів – норма, 10–18 – помірно виражена депресія, 19–29 – критичний рівень, 30–63 – явно виражена депресія.

УЗД суглобів проводили за допомогою ультразвукового апарату «ESAOTE MyLAB40» (Нідерланди, 2011) з лінійним датчиком довжиною 7 см та робочою частотою 7,5 МГц. Оцінювали стан кісткових суглобових поверхонь (наявність кіст, ерозій, інших дефектів), суглобової щілини, синовіальної оболонки (СО), навколосуглобових м'яких тканин, наявність випоту, кровообігу в синовії, змін зв'язкового апарату.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили в системі Statistica, версії 8.0 (StatSoft., USA). Величини представлені як медіана (Me), нижні та верхні квартилі (LQ; UQ), $M \pm sd$. Використовували Т-тест Стьюдента (t), тест Манна–Уїтні (Z). Оцінювали коефіцієнти кореляції Пірсона і Спірмена (r, R), критерій Вілкоксона (W), Хі-квадрат (χ^2). Достовірність статистичних показників (p) вважали такою за рівня значущості $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Психоемоційний стан на підставі даних опитувальників HADS та Бека в обох групах хворих відрізнявся від показників КГ, що набувало статистичної значущості практично в усіх випадках ($p < 0,001$), окрім II групи ($Z = 1,91$; $p = 0,05$). Як видно на мал. 1, у пацієнтів групи спостереження показники достовірно високо перевищували показники КГ відповідно за результатами HAS ($Z = 7,91$; $p < 0,001$), HDS ($Z = 7,93$; $p < 0,001$), опитувальника Бека ($Z = 6,77$; $p < 0,001$). Серед пацієнтів групи спостереження ТДР зустрічалися частіше у жінок – у 88,7% випадків та в більшості випадків в середньому віці (від 39 до 49 років) – 59,6%.

У більшості хворих обох груп (96,7% та 96,9% відповідно) при УЗД суглобів виявляли розширення суглобової щілини за рахунок внутрішньосуглобового випоту (мал. 2). Потовщення СО також відзначали у більшості хворих, а саме: у 95,1% у I групі та у 81,8% у II групі.

Виявлення при УЗД достовірних кістково-хрящових ерозій у 55 (57,9%) хворих з 95 обстежених є важливим, оскільки рентгенографія дозволила виявити ерозії лише у 6 хворих (6,3%) із рРА, що було у 9 разів менше. В обстежених хворих із рРА найбільш часто уражались сухожилля м'язів-згиначів і розгиначів кистей. УЗ-ознаки теносиновіту були зафіксовані у більшості хворих (60 та 27 пацієнтів відповідно) обох груп. Дані УЗД васкуляризації СО співвідносяться з активністю рРА та при вищому ступені активності РА (активна фаза II та III) відповідають більшим УЗ-даним (2–3 бали васкуляризації СО за М. Нау et al., 1999). Більш значні зміни УЗ-показників (випіт у порожнині суглобів, потовщення СО та її гіперваскуляризація, наявність теносиновітів), які встановлені у пацієнтів I групи, свідчать, що наявність ТДР у хворих із рРА погіршує УЗ-показники.

ВИСНОВКИ

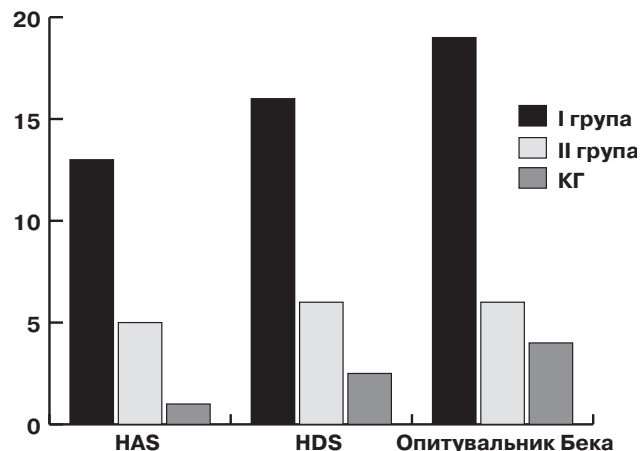
1. ТДР у хворих із рРА діагностують у 65% випадків, найчастіше серед жінок середнього віку. Таким чином, депресія є важливою характеристикою раннього РА і кожен сімейний лікар повинен її розпізнати. Багатьом сімейним лікарям здається незручним обговорювати з пацієнтом його настрій і особисті проблеми. У цьому випадку необхідно застосовувати у хворих із рРА існуючі анкети-опитувальники оцінки депресії (HADS та Бека), які вони можуть заповнити, поки чекають прийому.

2. УЗД суглобів є чутливим методом діагностики раннього РА. Слід зазначити, що такі безсумнівні переваги УЗД-методу, як технічна простота, відсутність променево-

Новые подходы в диагностике больных с ранней стадией ревматоидного артрита в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами на первичном уровне медицинской помощи
С.С. Касинец, Т.М. Жабо, И.А. Голованова, И.В. Пилипенко

Врач общей практики – семейный врач играет важную роль в оптимизации течения ревматоидного артрита. Значительная распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов с ранней стадией ревматоидного артрита требует своевременной диагностики, особенно на первичном уровне медицинской помощи. Ультразвуковое исследование суставов является чувствительным методом в диагностике раннего ревматоидного артрита.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, тревожно-депрессивные расстройства, семейный врач, опросники, ультразвуковое исследование суставов.



Мал. 1. Виразеність психоемоційних порушень у хворих досліджуваних груп порівняно з КГ, Ме



Мал. 2. УЗ-зображення випоту у II п'ястно-фаланговому суглобі. Стрілками показано розміри випоту та об'єм

го навантаження і відносно низька собівартість, дозволяють вважати дане дослідження найбільш ефективним. Своєчасне встановлення діагнозу на підставі УЗД-критеріїв РА дозволить призначати базисну терапію на ранніх етапах розвитку захворювання, що сприятиме гальмуванню прогресування кісткової деструкції і подальшої інвалідизації пацієнтів.

New opportunities of diagnostic patients with rheumatoid arthritis in combination with anxiety and depressive disorders in the primary level of care
S.S. Kasynets, T.M. Zhabo, I.V. Pilipenko, I.A. Golovanova

General practitioner - a family doctor plays an important role in optimizing the course of rheumatoid arthritis. A significant prevalence of anxiety and depressive disorders in patients with early rheumatoid arthritis requires early diagnosis especially at the primary level of care. Ultrasound diagnosis joints are sensitive method for the diagnosis of early rheumatoid arthritis.

Key words: rheumatoid arthritis, anxiety and depressive disorders, family physician questionnaires ultrasound joints.

Сведения об авторах

Касинец Светлана Сергеевна – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23. E-mail: kasinec84@mail.ru

Жабо Татьяна Максимовна – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Голованова Ирина Анатольевна – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Пилипенко Инна Валерьевна – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко В.М. Ревматичні хвороби суглобів: медико-соціальні проблеми в Україні та шляхи їх вирішення / В.М. Коваленко // Український ревматологічний журнал. – 2003. – № 3 (13). – С. 3–7.
2. Коваленко В.Н. Будущее начинается сегодня: рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита с использованием биологических агентов и их реализация в Украине / В.Н. Коваленко // Укр. ревматологічний журнал. – 2011. – № 1 (43). – С. 37–41.
3. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 56–58.
4. Ревматоидный артрит и депрессия: патогенетическая роль стрессовых факторов (обзор литературы) / А.Е. Зельтман, Д.Ю. Вельтищев, Ю.С. Фофанова, Т.А. Лисицына, Е.Н. Дрожжина, О.Б. Ковалевская, О.Ф. Серавина, Е.Л. Насонов // Псих. расстройств в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 13–22.
5. Шуба Н.М. Ранній ревматоїдний артрит: клініко-патологічні аспекти. / Н.М. Шуба // Мистецтво лікування. – 2004. – № 3. – С. 12–15.
6. Zink A, Fischer-Betz R, Thiele K et al. Health care and burden of illness in systemic lupus erythematosus compared to rheumatoid arthritis: result from the national database of the German Collaborative Arthritis Centres. // Lupus. – 2004. – Vol. 13. – P. 529–36.

Статья поступила в редакцию 15.03.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

НЕВРОПАТОЛОГИ АКТИВНО ВЫСТУПАЮТ ЗА ВНЕДРЕНИЕ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТОВ

Американские Ассоциации кардиологов и невропатологов обнародовали новые рекомендации по лечению ишемических инсультов, в которые включен и метод реваascularизации с помощью специального стента. Ученые отмечают высокую эффективность этого метода.

До последнего времени на протяжении нескольких десятилетий "золотым стандартом" лечения ишемического инсульта являлось введение специального препарата, который называется тканевый активатор плазминогена (tPA). Такое лекарство способствует растворению тромба и восстановлению кровотока.

Но на днях впервые за, как минимум, 20 лет в официальных рекомендациях, адресованных невропатологам США, упомянут и альтернативный метод лечения обширных

ишемических инсультов с помощью стента, обеспечивающего реvascularизацию головного мозга.

Преимущества этого метода особенно проявляются в тех случаях, когда тромб, блокировавший артерию головного мозга, является крупным и практически не растворяется с помощью тканевого активатора плазминогена. Кроме этого, "терапевтическое окно" применения стента больше по сравнению с лекарственной терапией tPA - 6 часов после появления первых симптомов инсульта против максимум 4,5 часов.

При этом больному, которому будут удалять тромб с помощью стента, все равно предварительно следует ввести активатор плазминогена.

Авторы рекомендаций ученые из двух врачебных Ассоциаций США -

кардиологов и невропатологов (American Heart Association и American Stroke Association) решили включить этот метод в новую редакцию рекомендаций после того как ознакомились с результатами 6 исследований, посвященных изучению эффективности этого метода.

При реvascularизации головного мозга после инсульта с помощью стента врач под визуальным контролем с помощью рентгеновского аппарата или компьютерного томографа вводит стент в заблокированную артерию и затем проводит стент в сложном состоянии через тромб.

После этого стент распрямляется и "всасывает" тромб благодаря созданию отрицательного давления в присоединенном к нему катетере.

www.health-ua.org