

*У Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

1. У пациентов с неосложненной артериальной гипертензией отмечается следующее распределение риска по шкале SCORE: женщины имели риск, мужчины - очень высокий.

2. «Сосудистый» возраст на 10 и более лет выше паспортного выявлен у 3 пациентов по BP-LabVasotens, у 5 пациентов по ADVANT'AGE и у 4 пациентов по SCORE. Самый высокий показатель «сосудистого» возраста у мужчин получен с использованием калькулятора ADVANT'AGE, а у женщин - с BP-LabVasotens.

3. Применение методов расчета сосудистого возраста может быть эффективным инструментом для информированности врачей и пациентов, модификации факторов риска, повышения приверженности пациентов к терапии.

Список литературы:

1. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2018. / Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH) // Российский кардиологический журнал. – 2018. – №23(12). – С.143-228.

2. Троицкая Е.А. Концепция сосудистого возраста: новый инструмент оценки сердечно-сосудистого риска / Е.А. Троицкая, С.В. Вельмакин, Ж.Д. Кобалава // Артериальная гипертензия. - 2017. - № 23 (2). - с. 160-171.

3. Шаповалова Э.Б. Половые и гендерные различия сердечно-сосудистого риска / Э.Б. Шаповалова, С.А. Максимов, Г.В. Артамонова // Российский кардиологический журнал. – 2019. – №24(4). – с.99–104

4. Perk J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, et al. //EuropHeart J 2012;33: 1635-701.

5. Prieto-Merino D. ASCORE: an up-to-date cardiovascular risk score for hypertensive patients reflecting contemporary clinical practice developed using the ASCOT-BPLA trial data. / D. Prieto-Merino, J. Dobson, AK Gupta, et al. //J HumHypert2013;27:492-6

УДК 616.721-002.77(615.825.4)

**БабаеваН.В., МарковМ.А., КуприяноваИ.Н.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

BabaevaN.V., MarkovM.A., KupriyanovaI.N.

THE INFLUENCE OF PHYSICAL EXERCISES ON THE QUALITY OF LIFE IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Department of faculty therapy and endocrinology, allergology and immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Natashab1008@mail.ru

Аннотация. В статье представлен литературный обзор влияния физических упражнений на качество жизни и уровень тревоги/депрессии при анкилозирующем спондилите. Приведен клинический случай пациента с анкилозирующим спондилитом, который на протяжении сорока лет ежедневно занимается физическими упражнениями при отказе от медикаментозной терапии.

Annotation. The article presents a literary review of the effect of exercises on quality of life, and the level of anxiety/depression in ankylosing spondylitis. A clinical case of a patient with ankylosing spondylitis, who has been doing physical exercises every day for forty years at refusal of drug therapy.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, физические упражнения, качество жизни, опросник SF-36.

Key words: ankylosing spondylitis, physical exercises, quality of life, questionnaire SF-36.

Введение

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся поражением крестцово-подвздошных суставов и/или позвоночника, приводящее к функциональным ограничениям и, как следствие, к ухудшению качества жизни (КЖ) [1]. Качество жизни – это физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе (ВОЗ). При АС к снижению КЖ приводят боль, мышечная скованность, снижение функциональной активности и подвижности позвоночника и грудной клетки, развитие осложнений, например, легочно-сердечной недостаточности (ЛСН) [3]. Симптомы АС часто сопровождаются нарушениями сна, развитием депрессии [2]. Принципами терапии АС являются немедикаментозные методы, в частности физические упражнения, и медикаментозные. Доказана польза дозированных физических нагрузок, которые улучшают течение АС и снижают риск развития осложнений [3, 4].

Материалы и методы исследования

Метаанализ данных 38 исследований, проводивших оценку КЖ пациентов с помощью опросника SF-36, показал, что пациенты с АС имели значительное нарушение КЖ по сравнению с общей популяцией [6]. При этом КЖ напрямую зависело от степени тяжести заболевания. Так, индекс активности BASDAI имел

отрицательную связь со шкалами BP, PC, VT, SF, MH и MCS ($r_s = -0.668, -0.686, -0.747, -0.625, -0.44, -0.821$ соответственно; $p < 0.05$ для всех). Кроме того, более низкие значения индекса BASFI были связаны с более высокими баллами по шкалам PF, PCS и MCS ($r_s = -0.758, -0.83, \text{ и } -0.711$ соответственно; $p < 0.01$ для всех). Авторы выявили сильную корреляционную зависимость между активностью AC по индексу BASDI и психическим компонентом КЖ, и обратную связь между BASFI и показателем шкалы физического функционирования.

При помощи опросников HADS-D/HADS-A установлено, что больные с AC в 31% случаев имели депрессию, в 39% - тревогу. Выявлены достоверные корреляционные связи между индексами активности BASDAI/BASFI и уровнем депрессии по шкале HADS-D ($p < 0.0001$), уровнем тревоги по шкале HADS-A (с BASDI $p < 0.0001$, с BASFI – $p = 0.001$) [2].

Заслуживает внимания влияние легочно-сердечной недостаточности на КЖ больных. В группе пациентов с легочной артериальной гипертензией общими (NHP) и специфическими методами (CAMPHOR) было выявлено значительное снижение КЖ, зависящее от тяжести функционального класса (ФК) ЛСН. На основании результатов теста 6-минутной ходьбы (6MWT) и индекса одышки Борга показана прямая связь с нарушением КЖ у данных лиц [5]. Достоверные корреляции обнаружены между показателями опросника SF-36 и функциональными показателями (ФК по ВОЗ, 6MWT) при ЛСН. Наиболее сильная связь наблюдалась между функциональными показателями и шкалой физического функционирования (PF) ($r = -0.51, p < 0.001$ и $r = 0.60, p < 0.001$ для ФК ВОЗ и 6MWT соответственно), а также шкалой социального функционирования (SF) ($r = 0.56, p < 0.001$ и $r = -0.40, p < 0.001$ для ФК ВОЗ и 6MWT соответственно) [4].

В метаанализе изучено влияние разных физических упражнений (занятия на дому, плавание, пилатес и др.) на пациентов с AC и их КЖ [3]. Регулярные занятия физическими упражнениями на дому показали наибольшее улучшение подвижности в суставах. Под их влиянием наблюдался более значительный эффект по улучшению показателей BASMI, BASDAI и BASFI в динамике. Физические упражнения (ФУ) увеличивали экскурсию грудной клетки, показатели 6MWT, модифицированного теста Шобера, что указывает на улучшение сердечно-легочной функции у больных с AC. Для достижения наилучшего результата при AC рекомендуется использовать комбинации различных видов физических нагрузок. У пациентов с легочной гипертензией занятия ФУ были ассоциированы с клинически значимым улучшением КЖ по опроснику SF-36 [4].

Приводим клинический случай пациента с AC, который на протяжении пятидесяти лет ежедневно занимается физическими упражнениями при отказе от медикаментозной терапии. В терапевтическое отделение МБУ ЦГБ №2 им. А.А. Миславского в ноябре 2019 г. обратился пациент Г., 82 года. Предъявлял жалобы на постоянную ноющую боль в спине, усиливающуюся по ночам; утреннюю

скованность в спине и периферических суставах; выраженное ограничение подвижности в позвоночнике; одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке; сердцебиение при ходьбе до 500 м. Из анамнеза известно, что в 1963 г. впервые появилась постоянная ноющая боль в плечевом поясе без связи с физической нагрузкой. В 1964 г. ревматологом был установлен диагноз АС. Пациент отметил положительный эффект по уменьшению болей в спине после выполнения ФУ, поэтому сознательно отказался от предложенной медикаментозной терапии. С детства занимался различными видами спорта (бегом, беговыми лыжами, конькобежным спортом, велосипедной ездой, ездой на роликовых коньках до 10-15 км в день). В домашних условиях ежедневно выполнял ФУ для укрепления мышечного корсета. Последние 5-7 лет появилась одышка при физической нагрузке, выраженные ограничения в движении позвоночника, поэтому ограничил бег/лыжи до 1-2 км в день. В 1978 г. – правосторонняя лобэктомия по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза правого лёгкого. В 2000 г. – повышение цифр АД до 170/100 мм рт. ст., от медикаментозной терапии отказался. За последние 1,5 года дважды перенес внебольничную пневмонию слева в нижней доле. Объективно: состояние удовлетворительное. ИМТ = 17,5. Серо-землистый оттенок кожи. Отеков нет. Гиперкифоз грудной клетки. Дыхание везикулярное, поверхностное, тип дыхания брюшной. Участие вспомогательной мускулатуры. ЧДД 28/мин. Экскурсия грудной клетки 2,5 см. АД 150/100 мм рт. ст., ЧСС 98 уд/мин. Аускультация сердца: симптом Риверо-Корвалло, акцент и расщепление 2 тона на легочной артерии, шум Грэхема-Стилла. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у реберного края по СКЛ справа, размеры печени по Курлову 10 x 7 x 6 см. Уровень боли в позвоночнике по ВАШ – 5 баллов; BASDAI – 8,5 б., BASMI – 8 б., BASFI – 5,7 б. Оценка ограничения подвижности осевого скелета: модифицированный тест Шобера – 1 см, боковое сгибание в поясничном отделе – 2 см, экскурсия грудной клетки – 2,5 см, симптом Отта – 2 см, расстояние подбородок-грудина – 15 см, расстояние от козелка уха до стены – 38 см, угол шейного вращения – 30°. Вовлечение энтезисов умеренное (MASSES = 4). Рентгенография ОГК: грудной гиперкифоз, анкилозы, квадратизация позвонков, выбухание ствола ЛА. На ЭКГ признаки гипертрофии правых отделов сердца. Спирометрия: вентиляционные нарушения по рестриктивному типу. ЖЕЛ = 45%. В ОАК СОЭ – 23 мм/ч, СРБ – 15 мг/л. При выполнении теста 6-минутной ходьбы пациент прошел 450 м. После применения шкалы Борга для оценки одышки был пересмотрен результат и установлен III функциональный класс ХСН. Установлен основной диагноз: Анкилозирующий спондилит, поздняя стадия, HLA B27 – позитивный, очень высокой активности (BASDAI 8,5 б., ASDAS – 3,89) с внеаксиальными проявлениями (энтезопатия в грудинно-реберных сочленениях, гребнях подвздошных костей). Аксиально-осевая форма по ASAS, III ф. кл. Осложнения: Шейно-грудной кифоз (затылок-стена – 28 см). Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Легочно-сердечная недостаточность III ст.ФК.

Для исследования влияния физических нагрузок на качество жизни был использован опросник SF-36, госпитальные шкалы HADS-D и HADS-A. Данные анкетирования представлены на рисунке 1.

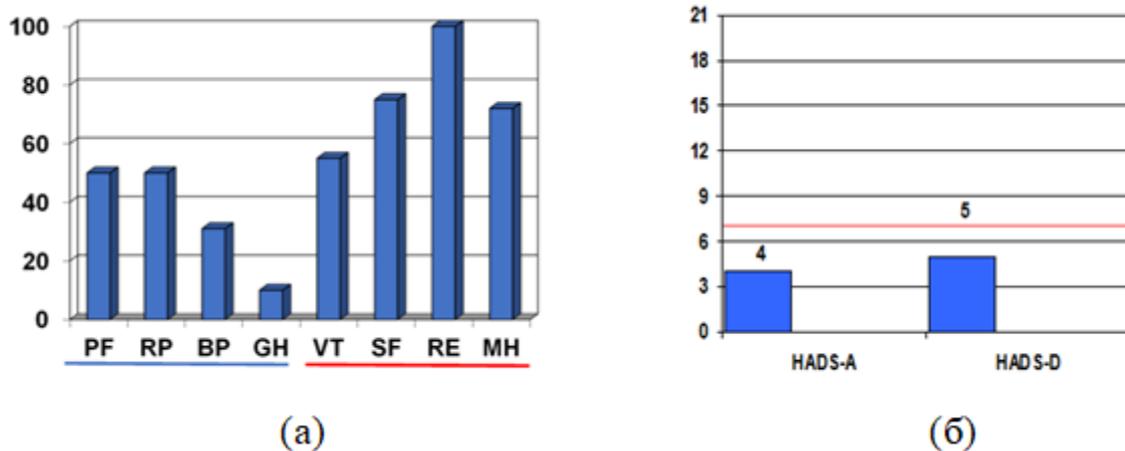


Рис.1. Показатели пациента Г. по результатам: а) опросника SF-36; б) госпитальной шкалы HADS.

По опроснику SF-36 значение психического компонента КЖ составило 56,9, а физического компонента – 25,88 из 100. Минимальное значение из всех шкал (10,0) наблюдалось по шкале общего состояния здоровья. По шкале ролевого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием результат пациента максимальный (100,0). Оценка пациента Г. по шкале тревоги HADS-A – 4 балла, по шкале депрессии HADS-D – 5 баллов.

Результаты исследования и их обсуждение

В представленном клиническом случае пациент 82 лет страдает АС более 50 лет, медикаментозную терапию не получает. В ноябре 2019 г. установлен диагноз: Анкилозирующий спондилит, поздняя стадия, HLA B27 – позитивный, очень высокой активности (BASDAI 8,5 б., ASDAS – 3,89) с внеаксиальными проявлениями (энтезопатия в грудинно-реберных сочленениях, гребнях подвздошных костей). Аксиально-осевая форма по ASAS, III ф. кл. Осложнения: Шейно-грудной кифоз (затылок-стена – 28 см). Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4. Легочно-сердечная недостаточность III ст.ФК. Больной ежедневно занимается различными видами ФУ, которые направлены на уменьшение прогрессирования анкилозов, повышение эластичности мышечно-связочного аппарата, увеличение дыхательной возможности легких. Изучение качества жизни пациента Г. с использованием опросника SF-36 показало суммарное снижение КЖ. Физический компонент здоровья составил 25,8 баллов (физические проблемы в ограничении деятельности, боли), значительно снижен показатель общего состояния здоровья до 10 баллов. Психический компонент составил 56,9 баллов, что свидетельствует о хорошей социализации, преобладании положительных эмоций. Отличные показатели по шкале ролевого эмоционального функционирования отражают желание заниматься повседневной деятельностью и не отличаются от среднего показателя у

практически здоровых людей [6]. При оценке психоэмоционального статуса по шкалам HADS-A и HADS-D пациент набрал 4 и 5 баллов соответственно, что свидетельствует об отсутствии симптомов тревоги и депрессии. Не было выявлено обратной зависимости между BASDAI, BASFI и шкалой психического компонента SF-36, а также прямой зависимости между BASDAI, BASFI и шкалами HADS-D, HADS-A, установленной в литературе. [2, 6].

Выводы

Данный клинический пример демонстрирует, что у пациента 82 лет на протяжении более чем 50 лет заболевания при отсутствии медикаментозного лечения регулярные ФУ способствуют субъективному улучшению настроения, снижению скованности в позвоночнике, увеличению экскурсии грудной клетки, нормализации уровня АД. Это позволило, при наличии нарушений физического здоровья, сохранить качество жизни за счет психического компонента по SF-36.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита / ред.совет: Бочкова А.Г. [и др.] – Москва, 2016.
2. Ben Tekaya A. Depression and Anxiety in Spondyloarthritis: Prevalence and Relationship with Clinical Parameters and Self-Reported Outcome Measures. / Ben Tekaya A., Mahmoud I., Hamdi I., Hechmi S., etc. // Turkish Journal of Psychiatry. – 2019. – Vol. 30, № 2. – P. 90-98.
3. Chang W. Comparison between specific exercises and physical therapy for managing patients with ankylosing spondylitis: a meta-analysis of randomized controlled trials / Chang W., Tsou Y., Lee C. // International Journal of Clinical and Experimental Medicine. – 2016. – № 9 – P. 17028-17039.
4. Mathai S.C. Health-related Quality of Life and Survival in Pulmonary Arterial Hypertension / Mathai S.C., Suber T., Khair R.M., Kolb T.M., etc. // Annals of the American Thoracic Society. – 2016. – Vol. 13, № 1. – P. 31-39.
5. Reis A. Health-Related Quality of Life in Pulmonary Hypertension and Its Clinical Correlates: A Cross-Sectional Study / Reis A., Santos M., Vicente M., Furtado I., etc. // BioMed Research International. – 2018. – P. 1-10.
6. Yang X. The health-related quality of life of ankylosing spondylitis patients assessed by SF-36: a systematic review and meta-analysis / Yang X., Fan D., Xia Q., Wang M., etc. // Quality of Life Research. – 2016.– №25 – P. 2711-2723.

УДК 612.17

**Белозерова Е.А., Исакова А.П., Вишнева Е.М.
ПАТОЛОГИИ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С
РАЗНЫМИ ФРАКЦИЯМИ ВЫБРОСА**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии