

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ

THE COMPLEX MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS DURING THE HEALTH RESORT TREATMENT

**L. Gymenyuk
I. Kabatova**

Summary. The assessment of the treatment and rehabilitation effect of the system of the complex medical and psychological support of patients with juvenile rheumatoid arthritis at the stage of the health resort treatment has been conducted. The complex medical and psychological support with the use of art therapy for patients with juvenile rheumatoid arthritis is characterized by a higher efficiency compared to the health resort treatment that is common for this category of patients, which is confirmed by the dynamic analysis data. It has been determined that the «physical functioning» level in the main group improved by $83.9 \pm 7.4\%$, in the control one — by $59.9 \pm 5.6\%$ ($p=0.016$), the «mental health» level — by $88.1 \pm 7.4\%$ and $52.8 \pm 5.0\%$ ($p=0.003$) respectively. The follow-up study proves the achieved long-term effect, the main result of which is the improvement of QOL (Quality of Life): the «physical component of QOL» in the main group improved by $87.9 \pm 7.5\%$, in the control one — by $61.6 \pm 6.0\%$ ($p=0.007$); the «mental component of QOL» — by $88.1 \pm 7.4\%$ and $52.8 \pm 5.0\%$ ($p=0.003$) respectively.

Keywords: juvenile rheumatoid arthritis, emotional disorders, quality of life, medical and psychological support, art therapy.

Гуменюк Леся Николаевна

*Д.м.н., профессор, Медицинской академии имени С. И. Георгиевского; Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского
lesya_gymenyuk@mail.ru*

Кабатова Илона Николаевна

Аспирант, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского.

Аннотация. Проведена оценка лечебно-реабилитационного эффекта системы комплексного медико-психологического сопровождения больных ювенильным ревматоидным артритом на этапе санаторно-курортного лечения. Комплексное медико-психологическое сопровождение с использованием арт-терапии для больных ювенильным ревматоидным артритом характеризуется более высокой эффективностью в сравнении с общепринятым для данной категории пациентов санаторно-курортным лечением, что подтверждается данными динамического анализа. Установлено, что уровень «физическое функционирование» в основной группе улучшился на $83,9 \pm 7,4\%$, в контрольной — на $59,9 \pm 5,6\%$ ($p=0,016$), «психическое здоровье» — на $88,1 \pm 7,4\%$, $52,8 \pm 5,0\%$ ($p=0,003$), соответственно. Качественное исследование свидетельствует о стойкости достигнутого эффекта, основным результатом которого является улучшение КЖ: «физический компонент КЖ» в основной группе улучшился на $87,9 \pm 7,5\%$, в контрольной — на $61,6 \pm 6,0\%$ ($p=0,007$); «психический компонент КЖ» — на $88,1 \pm 7,4\%$, $52,8 \pm 5,0\%$ ($p=0,003$), соответственно.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, эмоциональные нарушения, качество жизни, медико-психологическое сопровождение, арт-терапия.

Актуальность исследования. Реабилитация больных ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной педиатрии, ревматологии в связи с неуклонным ростом числа данного контингента во всех возрастных группах с удельным весом до 10–14% среди ревматических болезней [1–5]. На сегодняшний день в литературе накоплены данные, свидетельствующие о широком распространении в клинической практике комбинированных или интегративных подходов, использующих медикаментозные и немедикаментозные способы лечения детей с ЮРА, что и составляет современный стандарт помощи данному контингенту больных. Опыт отечественных и зарубежных исследователей показывает, что кроме медикаментозной терапии больные ЮРА нуждаются в обязательном проведении реабилитационного лече-

ния. При этом, современное функциональное лечение рассматривается не как альтернатива биологическому, а как параллельный, взаимодополняющий элемент терапевтического процесса. В общем комплексе реабилитационных мероприятий, этап санаторно-курортного лечения (СКЛ), базирующийся на достижениях современной курортологии, занимает одно из ведущих мест в системе восстановительного лечения [6–7]. В связи с этим в последние годы все большее значение придается реабилитационным мероприятиям больных ЮРА на санаторно-курортном этапе лечения. Особенностью СКЛ является комплексное использование как естественных, так и преформированных физических факторов, лечебной физической культуры, психотерапии, трудотерапии. С учетом того, что у больных ЮРА выявляется высокая частота встречаемости эмоциональных расстройств, актуальным является включение в тради-

ционный комплекс СКЛ методов, направленных на коррекцию тревожно-депрессивных расстройств, для чего наиболее эффективным способом является психотерапия, в частности, арт-терапевтические интервенции.

Цель исследования. Оценка лечебно-реабилитационного эффекта системы комплексного медико-психологического сопровождения больных ювенильным ревматоидным артритом на этапе санаторно-курортного лечения.

Материал и методы исследования. Выборка включала 60 больных ЮРА в возрасте от 7 до 17 лет, находившихся на санаторно-курортном лечении. Длительность СКЛ составила 28–30 дней. По характеру лечебного комплекса, дети были разделены на 2 группы: основную — составили 30 детей с ЮРА, которым в традиционный комплекс СКЛ была включена арт-терапия; контрольную — 30 больных, которым проводилось традиционное СКЛ. Группы были гомогенны по клиническим и социально-демографическим характеристикам.

Основными методами исследования являлись общеклинический в сочетании с лабораторной диагностикой, психологический. Оценка эффективности комплексной системы медико-психологического сопровождения больных ЮРА на СКЛ проводилась с учетом динамики психоэмоциональных показателей и параметров качества жизни. Согласно поставленной цели и задачам исследования, для изучения динамики уровня качества жизни (КЖ) применяли, адаптированный для детей, опросник MOS SF-36 (J. Ware), позволяющий определить следующие показатели: «Physical Functioning» — физическое функционирование: «Role Physical» — ролевое функционирование — влияние физического состояния на профессиональную деятельность (учебу детей.); «Bodily Pain» — выраженность физической боли и ее влияние на способность заниматься обычной повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; «General Health» — общее состояние здоровья — оценка пациентом своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения; «Vitality» — жизнеспособность (прилив жизненных сил) — ощущение пациентом себя, наполненным силой и энергией или обессиленным; «Social Functional» — социальное функционирование — определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (у детей — твоё состояние ограничивает дружбу с другими детьми?); «Role Emotional» — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование — оценка степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества; «Mental Health» — характери-

сти психического здоровья (депрессия, тревога, общий показатель положительных эмоций). Для математико-статистической обработки полученных данных использовали методы: относительных величин с определением статистических коэффициентов; описательной статистики с определением характера распределения полученных результатов, среднего арифметического значения (M), стандартного отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (m); параметрической и непараметрической статистики. Достоверность различий при правильном распределении признака определялось с помощью Т-теста для зависимых и независимых выборок. Сравнение данных взаимосвязанных совокупностей проводили с использованием парного критерия Вилкоксона, а между группами с независимыми вариантами — U теста Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст исследованных составил $13,2 \pm 2,4$ года. По гендерным показателям пациенты распределились следующим образом: мальчики — 47,2%, девочки — 52,8%. Средний возраст начала заболевания составил $5,9 \pm 0,4$ лет. Среди факторов, непосредственно предшествовавших возникновению заболевания, встречались: ОРВИ — у 54(43,9%), ангины — у 31(25,2%), травмы — у 12(9,8%), переохлаждение — у 10(8,1%) больных. У 16(13%) пациентов триггерного фактора не выявлено.

На момент обследования у большинства детей (48(39,0%)) длительность заболевания составила более 6 лет; у 46(37,4%) — до 3-х лет и у 29(23,6%) пациентов — от 3-х до 6 лет. На момент осмотра, в соответствии с классификацией ювенильного ревматоидного артрита, суставная форма заболевания наблюдалась у 109(88,61%) больных, суставно-висцеральная — у 14(11,38%). Полиартрит диагностирован у 85(69,18%), олигоартрит — у 28(21,05%), моноартрит — у 10(7,52%) детей. У большинства обследованных (66(53,6%): у 68(62,39%) с суставной формой и у 8(57,4%) — с суставно-висцеральной) наблюдалось подострое начало болезни; у 57(46,3%): 6(42,85%) с суставно-висцеральным вариантом и 41(37,61%) детей с суставным — острое.

На основании данных клинико-лабораторного исследования у большинства больных (56(45,5%)): у 36(29,3%) с полиартритом, у 16(13,0%) с олигоартритом и у 4(3,25%) детей с моноартритом установлена 1-я степень активности процесса, у 36(29,3%): у 23(18,7%), 8(6,5%) и 5(4,1%) исследованных, соответственно — фаза ремиссии, у 23(18,7%): у 18(14,6%) с полиартритом и у 4(3,25%) с моноартритом — 2-я степень активности, у 8(6,5%) детей с полиартритом — 3-я степень активности. У 87(70,7%) больных регистрировалось нарушение функциональной способности суставов: у 59(48,0%) — ограничение функциональной способности суставов без ограничений

самообслуживания, у 28(22,7%) — ограничение функциональной способности суставов с частичной утратой способности к самообслуживанию; у 36(29,3%) детей функциональная способность суставов была сохранена.

При рентгенологическом исследовании пораженных суставов были выявлены следующие изменения (при оценке тяжести процесса принимали во внимание максимально выраженные изменения любого сустава, классификация Штейнброекера: у 54(43,9%) больных — околосуставной остеопороз (Ro-стадия 1), у 38(30,9%) — остеопороз, сужение суставной щели, единичные костные узурсы (Ro-стадия 2), у 9(7,3%) пациентов — выраженная костно-хрящевая деструкция, подвывихи в суставах (Ro-стадия 3) и у 2(1,6%) больных — анкилозирование (Ro-стадия 4).

В зависимости от характера течения заболевания больные распределились следующим образом: у 91(74,0%) — медленно прогрессирующее, у 17(13,8%) — быстро прогрессирующее течение, у 15(12,2%) детей — без заметного прогрессирования.

При клиническом обследовании у всех 123(100,0%) исследованных выявлена сопутствующая патология, в структуре которой преобладали нарушения опорно-двигательного аппарата (72(58,5%): нарушение осанки наблюдалось у 53(43,1%), сколиоз у 19(15,4%); хронический тонзиллит регистрировался у 26(21,1%) пациентов; патология желудочно-кишечного тракта у 21(17,1%); хронический ринит отмечался у 13(10,6%) больных; патология сердечнососудистой системы у 10(7,52%); задержка физического развития диагностирована у 9(7,3%) пациентов.

На момент обследования большинство детей (83(64,5%) предъявляли жалобы на боли в суставах различной интенсивности: у 35(28,5%) — незначительные суставные боли, у 26(21,1%) — умеренные боли, ограничивающие движения, у 12(9,75%) — сильные боли; на утреннюю скованность в суставах жаловались 73(54,9%) ребенка, на общую слабость и повышенную утомляемость — 98(73,7%) исследованных. Жалобы на нарушение сна предъявляли 46(34,6%) исследованных, на головную боль — 39(31,7%), на боли в сердце — 18(14,6%), снижение аппетита — 12(9,8%) больных.

В анамнезе 64(52,0%) больных получали гормональное лечение. Длительность приёма глюкокортикоидных препаратов составляла от 1 года до 5 лет. На момент обследования 14(11,4%) детей продолжали принимать поддерживающие дозы стероидных гормонов (от 2,5 мг до 10 мг/сут). Внутрисуставное введение глюкокортикоидов применялось у 22(17,9%) больных.

В контрольной группе проводилось общепринятое для больных ЮРА СКЛ, включавшее 3 этапа: адаптационный, предусмотрен для акклиматизации больного и проведения необходимых исследований (3 дня); основной (составил 21 день); заключительный (включал повторное обследование пациентов и подготовку к домашнему режиму, продолжительность 2 дня) с использованием полноценного сбалансированного питания, обогащенного витаминами, микроэлементами, с содержанием кальция 1200–1500 мг/сут; санаторно-курортного режима щадящего либо щадяще-тренирующего; климатолечения: аэротерапию в виде пешеходных прогулок, спортивных игр на воздухе, воздушных ванн по I режиму при ЭЭТ не ниже 19°C или по II режиму при ЭЭТ не ниже 17°C, гелиотерапию в виде дозированных солнечных ванн ослабленной или рассеянной радиации на берегу моря в утренние и послеполуденные часы при ЭЭТ 16–21°C; талассотерапию по I режиму (при ЭЭТ не ниже 19°C и температуре воды в море не ниже 22°C); утренней гигиенической гимнастики; лечебной гимнастики малогрупповым методом и (или) индивидуально; ручного классического массажа конечностей соответственно локализации пораженных суставов; ортопедической профилактики с применением съемных гипсовых лонгет; а также включало санацию очагов хронической инфекции. Предусмотрено использование медикаментозной терапии по показаниям во время СКЛ.

В основной группе в комплексе традиционного СКЛ, в целях психокоррекции эмоциональных расстройств, осуществлялись психотерапевтические интервенции с использованием арт-терапии. Основными принципами проведения арт-терапевтического воздействия у больных с ЮРА на этапе СКЛ являлись системность; комплексность; индивидуальный подход; принцип непрерывности и перманентности; принцип этапности; принцип своевременности; принцип динамического мониторинга; сеттинг; организация терапевтического процесса. Целью проведения арт-терапии являлась мобилизация креативного потенциала детей для восстановления недостаточных или утраченных вследствие болезни когнитивных, эмоциональных, поведенческих и психосоматических ресурсов, совершенствования умений и навыков взаимодействовать, адекватно использовать стилевые психологические защиты, избирать оптимальные копинг-стратегии совладания со стрессорами внутреннего и внешнего порядка, что способствует социальной адаптации, ресоциализации и реинтеграции в общество. Арт-терапевтическая интервенция имела краткосрочный характер и состояла из двух последовательных блоков: интенсивного и поддерживающего. Общее количество арт-терапевтических занятий – 18. Длительность сеанса составляла 45–60 минут. Адекватным являлось использование группового варианта арт-терапии. Арт-терапевтическое воздействие осуществлялась в закрытых

группах под руководством врача-психотерапевта. При работе использовали сочетание импрессиивно-экспрессивных свойств визуально-пластических изобразительных средств; аудио-музыкальных воздействий; повествований; танцевально-двигательных и драматически ролевых компонентов самовыражения больных ЮРА. Занятия с больными проводилась в специально оборудованном арт-терапевтическом кабинете с полным набором необходимых материалов и инструментов в специально выделенное время.

Система медико-психологического сопровождения с использованием арт-терапии, базирующаяся на предложенных принципах, для больных ЮРА характеризовалась более высокой эффективностью в сравнении с традиционным СКЛ, что подтверждалось данными динамического анализа степени выраженности эмоциональных расстройств и уровня КЖ. Установлено, что уровень «физическое функционирование» в основной группе улучшился на $83,9 \pm 7,4\%$, в контрольной — на $59,9 \pm 5,6\%$ ($p=0,016$); «ролевое функционирование» — на $80,9 \pm 7,4\%$, $60,7 \pm 6,1\%$, соответственно ($p=0,040$); «боль» в основной группе улучшился на $81,7 \pm 7,5\%$, в контрольной — на $60,4 \pm 5,8\%$ ($p=0,031$); «общее здоровье» — на $87,7 \pm 7,3\%$, $62,4 \pm 6,1\%$, соответственно ($p=0,001$). «Жизнеспособность» в основной группе улучшился на $85,3 \pm 7,4\%$, в контрольной — на $61,4 \pm 6,0\%$ ($p=0,018$); «социальное функционирование» — на $88,1 \pm 7,8\%$, $59,1 \pm 5,6\%$ ($p=0,001$), соответственно. Показатель «эмоциональное функционирование» в основной группе улучшился на $89,4 \pm 7,4\%$, в контрольной — на $54,32 \pm 5,1\%$ ($p=0,001$); «психическое здоровье» — на $88,1 \pm 7,4\%$, $52,8 \pm 5,0\%$ ($p=0,003$), соответственно.

Катамнестическое исследование, которое осуществлялось на протяжении одного года, свидетельствовало о стойкости достигнутого эффекта у пациентов на фоне применения предложенной системы медико-психологического сопровождения. Основным результатом было улучшение КЖ: «физический компонент КЖ» в основной группе улучшился на $87,9 \pm 7,5\%$, в контрольной — на $61,6 \pm 6,0\%$ ($p=0,007$); «психический компонент КЖ» — на $88,1 \pm 7,4\%$, $52,8 \pm 5,0\%$ ($p=0,003$), соответственно.

Выводы. 1. Комплексное медико-психологическое сопровождение с использованием арт-терапии для больных ювенильным ревматоидным артритом характеризуется более высокой эффективностью в сравнении с общепринятым для данной категории пациентов санаторно-курортным лечением, что подтверждается данными динамического анализа степени выраженности эмоциональных расстройств и уровня качества жизни. Установлено, что уровень «физическое функционирование» в основной группе улучшился на $83,9 \pm 7,4\%$, в контрольной — на $59,9 \pm 5,6\%$ ($p=0,016$), «психическое здоровье» — на $88,1 \pm 7,4\%$, $52,8 \pm 5,0\%$ ($p=0,003$), соответственно.

2. Катамнестическое исследование свидетельствует о стойкости достигнутого эффекта, основным результатом которого является улучшение КЖ: «физический компонент КЖ» в основной группе улучшился на $87,9 \pm 7,5\%$, в контрольной — на $61,6 \pm 6,0\%$ ($p=0,007$); «психический компонент КЖ» — на $88,1 \pm 7,4\%$, $52,8 \pm 5,0\%$ ($p=0,003$), соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрождина Е.Н., Ковалевская Е. Н., Дрождина О. Б., Серавина О. Ф. Роль психотравмирующих факторов в дезадаптации детей и подростков, страдающих ювенильным артритом. Социальная и клиническая психиатрия. 2012; 22(1):44–50.
2. Smolen J., Landewe R., Breedveld F. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann. Rheum. Dis. 2010; 69:964–975.
3. Насонов Е. Л. Вопросы оказания медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями. Качество жизни. Медицина, 2008; 5(28):7–10.
4. Насонов Е. Л. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита. Москва: ИМА-ПРЕСС, 2013.
5. Каладзе Н.Н., Скоромная Е. М. Некоторые аспекты гормональной регуляции иммунного ответа при ювенильном ревматоидном артрите. Материалы научных чтений, посвященных памяти профессора Н. И. Королевой «ЮРА и близкие к нему заболевания». Евпатория, 2012:2–11.
6. Зелинская Д. И. Основы детской реабилитологии. Д. И. Педиатрия. 2012; 91(3.): 15–20.
7. Игишева Л.Н., Притчина С. С. Системный вариант ювенильного артрита: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение. Мать и Дитя. 2016; 3(66):4–8.

© Гуменюк Леся Николаевна (lesya_gumenyuk@mail.ru), Кабатова Илона Николаевна.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»