

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ
СПОНДИЛОАТРИТЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Киселёвой Анастасии Сергеевны

Научный руководитель
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент
Врач пульмонологического отделения
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Андреева Н.П.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ	6
1.1. Определение. Этиопатогенез. Классификация. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.....	6
1.2. Качество жизни при анкилозирующем спондилоартрите. Определение. Составляющие качества жизни	20
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ	25
2.1. Результаты собственного исследования.....	25
2.2. Рекомендации пациентам с анкилозирующим спондилоартритом для повышения качества жизни.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	45
ПРИЛОЖЕНИЕ	46

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что в настоящее время вопросы, касающиеся качества жизни, имеют принципиальную важность, потому что именно они очень часто становятся главным фактором в способности индивида управлять своим заболеванием и в дальнейшем поддерживать свое здоровье и благополучие.

Качество жизни – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Качество жизни является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих проводить анализ составляющих жизнедеятельности человека в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Изучение качества жизни больных ревматическими заболеваниями является особенно актуальным, так как основными чертами ревматических болезней является хроническое прогрессирующее течение, приводящее к нарушению функции опорно-двигательного аппарата и инвалидизации. Все эти факторы придают им характер социальных болезней, которые снижают биологическую, физиологическую и психологическую активность членов общества.

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) встречается достаточно часто среди ревматологических заболеваний. В разных странах, в том числе в Российской Федерации, болезнь Бехтерева составляет 0,5-2%. На 60 больных ревматологического отделения приходится в среднем 3 больных с данным заболеванием, что составляет приблизительно 5 % от общего числа больных. Чаще болеют мужчины. Соотношение заболевших мужчин и женщин равно 9:1. Пик данного заболевания приходится на возраст 15-30 лет. Данная возрастная категория захватывает детскую часть населения, а так же является самой работоспособной. Анкилозирующий спондилоартрит несёт большой

процент потери трудоспособности и инвалидизации, что и указывает на несомненную актуальность данного заболевания, и разработку мероприятий по его выявлению, постановке на диспансерный учёт, лечению и реабилитации, что улучшит качество жизни пациентов с этим заболеванием.

Практическая значимость исследования состоит в том, что изучение, а так же оценка качества жизни пациентов с анкилозирующим спондилоартритом, вызывает огромный интерес для медицинских работников в разработке рекомендаций, которые позволяют улучшить качество жизни больных, помогают определить возможные причины неэффективного управления заболеванием.

Цель исследования: изучить качество жизни и психологические особенности пациентов с анкилозирующим спондилоартритом.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по проблеме качества жизни больных анкилозирующим спондилоартритом.
2. Изучить картину заболевания, отношение к данной патологии и лечению пациентов, страдающих анкилозирующим спондилоартритом.
3. Выполнить исследование эмоционального состояния пациентов.
4. Дать пациентам с анкилозирующим спондилоартритом необходимые рекомендации для повышения качества жизни.
5. Изучить психологические особенности пациентов.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Социологический метод (анкетирование).
3. Психодиагностический метод (беседа).
4. Эмпирический метод (наблюдение).
5. Статистический метод (обработка статистических данных).

Предмет исследования: качество жизни пациентов при анкилозирующем спондилоартрите.

Объект исследования: пациенты с анкилозирующим спондилоартритом.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

1.1. Определение. Этиопатогенез. Классификация. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – хроническое системное воспаление суставов, преимущественно позвоночника, с ограничением его подвижности за счет анкилозирования апофизальных (синовиальных межпозвоночных) суставов, формированием синдесмофитов (мостиков между позвонками) и кальцификацией спинальных связок

Этиопатогенез

Этиология и патогенез анкилозирующего спондилоартрита окончательно не выяснены, однако, не подлежит сомнению наследственная предрасположенность к ней. На семейный характер болезни указывал еще В. М. Бехтерев, в пользу этого свидетельствует высокая частота обнаружения у больных антигена гистосовместимости HLA-B27 (до 90%). Ни при одной из ревматических болезней нет такого четкого сцепления наличия антигена гистосовместимости, как при данном заболевании. Антиген HLA-B27 встречается и при других сходных болезнях. Это так называемые реактивные артриты, болезнь Рейтера, псориатический артрит и некоторые другие. Пока роль HLA-B27 окончательно не ясна, потому что большого нарушения иммунологических процессов при этом заболевании нет, кроме изменений IgE в случаях поражения периферических суставов при анкилозирующем спондилоартрите. Также имеется определенная связь начала развития болезни с инфекцией, в частности с мочеполовой.

«Пусковым фактором» может быть переохлаждение и физическая травма позвоночника

Классификация

«Предусматривают выделение четырех клинических форм заболевания:

- 1) центральной, при которой ведущим является поражение позвоночника, периферические суставы не поражаются;
- 2) ризомелической, при которой в процесс вовлекаются и «корневые» суставы (плечевые, тазобедренные);
- 3) периферической, когда поражаются коленные, локтевые, лучезапястные, голеностопные суставы;
- 4) скандинавской, при которой поражаются мелкие суставы кистей и стоп.

При центральной форме заболевания различают:

- а) кифозный тип – с резко выраженным кифозом грудного и гиперлордозом шейного отдела позвоночника (именно этот тип был описан В. М. Бехтеревым);
- б) ригидный тип – физиологические изгибы сглажены, спина плоская.

При всех формах заболевания может быть *поражение внутренних органов* (аорты, сердца, почек, глаз). Довольно частым осложнением является вторичный амилоидоз, что должно иметь немаловажное значение при построении клинического диагноза. Варианты течения: медленно прогрессирующее с периодами обострения, быстро прогрессирующее (за короткое время приводящее к полному анкилозу).

Рентгенологические стадии процесса:

I – начальная, или ранняя (изменений нет или отмечается нечеткость и неровность суставных поверхностей крестцово-подвздошных сочленений, очаги субхондрального остеосклероза и остеопороза, расширение суставных щелей);

II – стадия умеренных повреждений (сужение крестцово-подвздошных суставных щелей или частичное анкилозирование этих суставов, сужение межпозвонковых суставных щелей или признаки анкилоза истинных суставов позвоночника);

III – поздняя стадия (костный анкилоз крестцово-подвздошных суставов, межпозвоноковых и реберно-позвоноковых суставов с оссификацией связочного аппарата).

Степени активности заболевания по клинико-лабораторным данным:

1-ая – минимальная (боль в позвоночнике и суставах конечностей преимущественно при движении, небольшая скованность в позвоночнике по утрам, СОЭ до 20 мм/ч, С-реактивный белок – 1 мм);

2-ая – умеренная (постоянная боль в позвоночнике и суставах, умеренная скованность по утрам, СОЭ 20-40 мм/ч, С-реактивный белок – 2 мм);

3-я – выраженная (сильная боль в позвоночнике и суставах постоянного характера, субфебрильная температура тела, экссудативные изменения при поражении периферических суставов, СОЭ выше 40 мм/ч, С-реактивный белок – 3 мм).

Степени функциональной недостаточности:

1-ая – изменение физиологических изгибов позвоночника и ограничение подвижности позвоночника и суставов;

2-ая – больной вынужден менять профессию;

3-я – потеря трудоспособности» [1, с231].

Факторы риска

Факторов риска возникновения анкилозирующего спондилоартрита немного. Совершенно точно имеют значение наследственность (значимость этого фактора составляет не менее 20%), возраст (20-40 лет), пол (мужской), перенесенное инфекционное заболевание кишечника и мочеполовой системы.

Так ген гистосовместимости HLA-B27 повышает заболеваемость в 80 раз. Наличие ФНО-альфа приводит к костным разрушениям. При болезни беспокойных ног – болезнь Бехтерева выявляется в 4 раза чаще, чем у здоровых, а при весе новорожденного меньше 3 кг; и при частых инфекционных заболеваниях от 5 до 12 лет риск появления анкилозирующего спондилоартрита возрастает в 3 раза.

Клиника

Заболевание обычно начинается в молодом возрасте (15-30 лет), развивается чаще медленно. «Один из наиболее ранних симптомов – боль и ощущение скованности в поясничном отделе позвоночника, реже в его грудном отделе, вначале они эпизодические, затем усиливаются особенно по ночам, уменьшаются после легкой физической зарядки и тепловых процедур. Иногда боль напоминает боль при «радикулите», отличаясь все же меньшей интенсивностью, а также тем, что уменьшается при движениях и усиливается после отдыха. При осмотре отмечают болезненность остистых отростков позвонков и в паравертебральных точках, боль при надавливании у места прикрепления ребер к X-XII позвонкам (из-за поражения реберно-позвоночных сочленений – симптом Зацепина). Постепенно происходит сглаживание поясничного лордоза и ограничение движений в этом отделе позвоночника. Последнее, как и ощущение скованности в позвоночнике, на первых этапах болезни связывают со спазмом паравертебральных мышц, вызванным воспалением межпозвоночных суставов. Мышечным спазмом в значительной степени объясняется так же болезненная пальпация позвоночника и паравертебральных областей. На более поздних этапах болезни ригидность позвоночника усугубляется и закрепляется фиброзными и костными анкилозами межпозвоночных суставов. Как правило, боли, болезненность при пальпации и нарушение подвижности ярче выражены в поясничном отделе, несколько менее – в грудном и еще менее – в шейном. Ограничение движений определяется по отсутствию нормального дугообразного изгибания позвоночника и растяжения кожи над поясничным отделом при наклоне вперед. При выраженном анкилозирующем спондилоартрите спина больного становится либо ровной, плоской, лишенной физиологических изгибов, либо напоминает вопросительный знак из-за усиления шейного лордоза и грудного кифоза» [1, с.113].

Для количественного выражения *степени ограничения подвижности позвоночника* используют ряд стандартных приемов:

1) «симптом Томайера - больной, сомкнув ноги вместе и не сгибая их в коленях, наклоняется вперед, пытаясь достать пол пальцами рук (в норме расстояние от кончиков пальцев до пола не превышает 10 см);

2) симптом Шобера - при наклоне вперед оценивают изменение расстояния между двумя заранее отмеченными точками (пересечением оси позвоночника с линией, соединяющей боковые углы ромба Михаэлиса и точкой на 10 см выше); в норме при полном сгибании это расстояние увеличивается не менее чем на 5-6 см» ;

3) симптом Форестье - больной должен плотно прижаться спиной к стене, медсестра измеряет расстояние между поверхностью стены и затылком (позволяет определить степень шейного кифоза)» [1, с.210].

У больных анкилозирующим спондилоартритом вследствие поражения реберно-позвоночных сочленений прогрессирует снижение дыхательных экскурсий грудной клетки, возникает «брюшной» тип дыхания. Ограничения дыхательных экскурсий грудной клетки легко определить, измеряя сантиметровой лентой окружность груди, которая обычно значительно меньше чем у здоровых. При данном заболевании также больные отмечают припухание и болезненность в области симфиза, грудинно-ключичных сочленений, возможен артрит одного или нескольких крупных суставов. В связи с развитием поражения суставов, таких как тазобедренных, коленных с последующим образованием контрактур, появляется резкое нарушение движений в конечностях

Из внесуставных поражений при анкилозирующем спондилоартрите чаще всего наблюдается ирит (иридоциклит), который иногда становится важным «маркером» данного заболевания, который возникает задолго до развития клинической картины. Редки, но разнообразны поражения сердечнососудистой системы. Могут возникнуть адгезивный перикардит, который обнаруживается с помощью эхокардиографии, миокардит различной тяжести, поражение эндокарда и клапанного аппарата с возникновением пороков клапанов (чаще в

виде их недостаточности). Также не исключается возникновение аортита с расширением аорты, иногда с образованием аневризмы восходящей аорты.

Сердце поражается чаще при высокой активности процесса или при периферической форме заболевания. Нечасто встречается пневмонит с кашлем, одышкой и кровохарканьем. Поражения центральной нервной системы нередко бывают результатом механического сдавления спинного мозга из-за легко возникающих переломов позвонков, атланта-затылочных подвывихов.

Диагностика

Важнейшим диагностическим признаком анкилозирующего спондилоартрита является воспаление крестцово-подвздошных сочленений – сакроилеит, встречающийся практически в 100% случаев, поэтому всегда при подозрении на болезнь Бехтерева необходимо выявить клинические и рентгенологические признаки сакроилеита

Рентгенологическая картина при болезни Бехтерева характерна. «Наиболее ценным рентгенологическим признаком является поражение суставов межпозвонковых дуг, т.е. полиартрит с начальной локализацией в так называемых мелких (задних) суставах. Эти изменения в сочетании с изменениями в крестцово-подвздошных суставах дают возможность своевременно поставить диагноз. При рентгенографическом исследовании установлена следующая типичная триада.

- анкилозирование крестцово-подвздошных, межпозвонковых и реберно-позвонковых сочленений;
- остеопороз позвоночника, возрастающий в дистальном направлении;
- окостенение связочного аппарата позвоночника, которое обычно начинается с передней продольной связки, с ее боковых отделов, что на задних снимках, вследствие выпячивания окостеневших связок на уровне дисков, придает позвоночнику сходство с бамбуковой палкой.

К этому нередко присоединяется анкилозирование крупных суставов, чаще всего тазобедренных.

Важным, но поздним признаком заболевания бывают синдесмофиты (костные мостики между соседними позвонками вследствие оссификации периферических отделов межпозвоночных дисков). Они придают позвоночнику вид «бамбуковой палки».

Обнаруживают также передний спондилит – деструкцию верхних и нижних отделов соседних позвонков спереди («обструганные позвонки»), спондилодисцит с кальцификацией дисков, оссификацию связок позвоночника»[1, с.314].

Из лабораторных показателей наиболее характерны повышение СОЭ, увеличение других неспецифических показателей активности воспалительного процесса. Однако в целом при анкилозирующем спондилоартрите лабораторные данные имеют вспомогательное значение и не всегда коррелируют с клинической картиной заболевания. Поэтому при контроле за эффективностью лечения и активностью процесса следует ориентироваться преимущественно на клинические данные.

Определенную помощь в диагностике болезни Бехтерева могут оказать приведенные ниже критерии:

- 1) постоянные боли в области поясницы, продолжающаяся более 3 месяцев;
- 2) скованность и боли в грудной клетке;
- 3) уменьшение экскурсии грудной клетки;
- 4) скованность в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе;
- 5) поражение глаз в виде ирита, иридоциклита;
- 6) характерные изменения при рентгенологическом изменении, в виде двустороннего сакроилеита и синдесмофитоза.

«Диагноз анкилозирующего спондилита считается достоверным при наличии у больного одностороннего или двустороннего сакроилеита в сочетании с любым из нижеперечисленных признаков:

- боль в поясничной области, не проходящая в покое, облегчающаяся при движении и длящаяся более 3 месяцев;
- ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях;
- ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки относительно нормальных величин сообразно возрасту и полу (модифицированные Нью-Йоркские критерии, 1984)» [1, с.319].

Лечение

Лечение должно быть систематическим и длительным.

Необходимо учитывать, что в основе заболевания лежат воспалительные изменения. С этой точки зрения важнейшим является применение нестероидных противовоспалительных препаратов, особенно пирозолонового ряда (при обострении), которые в последующем заменяются производными индола. «В первый период лечения применяется полная доза, после достижения терапевтического эффекта она может быть снижена, но полностью препарат не отменяется. От курсового, прерывистого метода применения этих средств следует отказаться. При отсутствии эффекта, когда к тому же имеются признаки полиартрита, применяются глюкокортикостероидные гормоны.

Очень важны для больных анкилозирующим спондилоартритом занятия лечебной физкультурой, препятствующие тугоподвижности позвоночника и периферических суставов. В период, когда процесс анкилозирования суставов имеет еще ограниченный характер и не полностью утрачена подвижность позвоночника, задачи восстановительного лечения следующие.

- увеличение подвижности в пораженных суставах конечностей и позвоночника, предупреждение развития порочного положения в суставах;
- компенсаторное развитие движений в непораженных отделах позвоночника, смежных с патологически измененными;
- укрепление ослабленных мышц (в особенности мышц спины);
- улучшение функции дыхания и сердечно-сосудистой системы;

- развитие локомоторных качеств, мобилизация компенсаторных возможностей организма (например, с использованием при ходьбе движений тазового пояса).

В связи с постепенным изменением у больного типа дыхания (оно становится диафрагмальным) в занятия лечебной гимнастикой включают дыхательные упражнения (статические и динамические), направленные на:

- нормализацию и совершенствование механизма дыхания и взаимокоординацию дыхания и движений;
- укрепление дыхательных мышц (основных и вспомогательных);
- улучшение подвижности грудной клетки и диафрагмы; предотвращение и коррекцию деформаций грудной клетки.

От полноценной координации зависит соразмерность мышечных усилий и соответствие выполняемого движения по направлению, скорости и амплитуде заданному. Упражнения, направленные на улучшение координации движений, выполняют без гимнастических предметов и с ними (мячи, гимнастические палки, легкие отягощения и др.). Поскольку ухудшение координации наблюдается в той или иной степени у больных с болезнью Бехтерева, показано самое широкое использование этих упражнений.

Упражнения в равновесии активизируют не только вестибулярные, но и тонические и статокINETические рефлексy. При проведении этих упражнений у больных нередко наблюдается выраженная дискоординация между двигательной и вегетативной функциями. В связи с этим рекомендуются упражнения, характеризующиеся:

- перемещениями в различных плоскостях вестибулярного анализатора при движениях головы и туловища;
- изменениями в момент выполнения упражнений величины площади опоры (например, переход из основной стойки в стойку на одной ноге);
- перемещением высоты общего центра тяжести тела по отношению к опоре (например, при переходе из исходного положения сидя в положение стоя на носках с поднятыми вверх руками).

В связи с резким снижением функциональной способности мускулатуры увеличение подвижности в суставах нижних конечностей может быть достигнуто путем их пассивной мобилизации, для чего следует исключить из движения тазовый пояс (фиксируя его). Возможность развития больным активных самостоятельных движений облегчается путем создания условий для их выполнения. Для этого используются скользящие плоскости, роликовые тележки, подставки со шнурами для упражнений с самопомощью и др.

С целью укрепления ослабленной мускулатуры рекомендуется включать в занятия лечебной гимнастикой упражнения с дозированным мышечным напряжением. Степень напряжения мышц регулируется за счет длины рычага и быстроты движения перемещаемого сегмента тела; облегчения или исключения напряжения одних мышц путем передачи нагрузки на другие (например, при поднимании вперед одной руки с помощью другой); использования движений, совершаемых полностью или частично за счет действия силы тяжести; различной интенсивности волевого напряжения мышц.

Восстановление силы наиболее успешно достигается систематическим повторным выполнением изометрических напряжений, близких к предельным, и напряжений динамического характера с усилием, достигающим 69-80% от максимально возможного для данной мышцы. Восстановление скорости сокращения мышц лучше всего достигается с помощью упражнений динамического характера, выполняемых с напряжением, равным 20-25% от предельного для данной мышцы.

Влияние этих упражнений на деятельность отдельных внутренних органов обусловлено как степенью напряжения мышц, так и факторами биомеханического порядка. Например, можно содействовать мобилизации подвижности диафрагмы, выполняя повороты туловища при фиксированном тазовом поясе, экстензионные упражнения и др.

«Важным элементом в лечении больных является использование системы многофункционального петлевого комплекса. При проведении процедур мы можем получить следующие возможности:

- полное расслабление мышц в положении лежа на спине позволяет прежде всего увеличить объем движения боковых наклонов позвоночника и поддерживать хороший объем движения отведения и приведения в плечевых и тазобедренных суставах;

- при подключении определенных грузов можно сформировать кривизну позвоночника. Например, в том случае, когда исчезновение лордоза в поясничном отделе позвоночника еще не фиксировано, его можно восстановить в условиях подвешивания и углубить путем подтягивания определенных лямок-фиксаторов, поддерживающих таз; поднятие таза ведет в этом положении к некоторому распрямлению тазобедренных суставов;

- при подвешивании, во время которого наступает расслабление чрезмерно напряженных в положении стоя мышц, выполняют вращательные движения таза (приближение к движению таза во время ходьбы) посредством подвешивания таза в положении больного лежа на спине;

- система подвесок позволяет проводить также дыхательные упражнения с коррекцией кифоза в грудном отделе позвоночника.

Больным также рекомендуются занятия в лечебном бассейне (физические упражнения, плавание).

Проводимое восстановительное лечение должно быть направлено также на улучшение у больного навыка передвижения. В ряде случаев это достигается мобилизацией заместительных движений (использование так называемых компенсаторных приспособлений). Например, при анкилозированных тазобедренных суставах шаг осуществляется не за счет выноса ноги вперед, а путем поворота туловища, таза, маховых движений рук» [6, с. 482].

Комплекс физических упражнений, следует выполнять несколько раз в день, чередуя с достаточным отдыхом.

Такие упражнения оказываются более эффективными и менее болезненными после предварительных тепловых процедур (горячий душ, аппликации лечебных грязей).

«Для укрепления мышц спины рекомендуется массаж. «При массаже в первую очередь применяется поверхностное, а затем плоскостное глубокое и обхватывающее поглаживание ладонями обеих рук, возможно шире обхватывая спину. Направление массажных движений - от крестца и гребня подвздошных костей параллельно остистым отросткам позвоночника вверх до надключичных ямок, после чего ладони возвращаются в исходное положение, и поглаживающие движения, несколько отступя от позвоночника, продолжают до подкрыльцовых впадин.

При массаже области таза проводят поглаживание, растирание снизу вверх, вспомогательные приемы (поглаживание с отягощением, гребнеобразное, глажение); далее растирание - круговое, с отягощением, гребнеобразное, пиление; разминание - обеими руками, продольное и поперечное, восходящее и нисходящее; вибрация - рубление, поколачивание, прерывистая вибрация, похлопывание.

При массаже спины следует соблюдать следующие методические рекомендации.

При массаже спины такие приемы как похлопывание, рубление в области межлопаточного пространства следует проводить осторожно, учитывая их возбуждающее влияние на легкие и сердце.

Необходимо избегать приемов поколачивания, рубления, похлопывания в области почек, если это не вызывается специальными показаниями» [7, с. 385.

При показаниях проводится физиотерапевтическое лечение.

Профилактика

Специфических мер профилактики болезни Бехтерева нет. Так как до сих пор не выявлены точные причины появления болезни, то первичные профилактические меры сводятся к укреплению мышечного каркаса и оздоровлению позвоночника, надо стараться избегать чрезмерных физических нагрузок, инфекционных болезней. Главными мишенями этого коварного недуга являются межпозвоночные суставы, связки и сухожилия. Чем раньше забита тревога и предпринимаются правильные действия, тем лучший будет

эффект. При патологии происходит сращение межпозвонковых суставов, позвоночник теряет гибкость. Поэтому важно предотвратить прогрессирование болезни до образования анкилозов, когда еще можно ей противостоять и избежать обездвиживания.

Вторичная профилактика при уже начавшейся болезни заключается в следующем:

1. Лечебная гимнастика.

Лечебной физической культурой необходимо заниматься каждый день 2 раза минимум по 30 минут. Занятия должны быть регулярными и ежедневными. Очень важно питать хрящ. Это возможно только благодаря работе мышц, окружающей сустав. Поэтому необходимо каждый день разрабатывать суставы, чтобы процесс окостенения тормозить. Упражнения должны составляться инструктором. Следует избегать приседаний, поднятия тяжести, стремиться сохранять правильную осанку.

2. Физиотерапия.

Физиотерапевтические процедуры показаны вне обострения. Они помогают продлить периоды ремиссии. Выбор физиопроцедуры зависит от тяжести болезни, от патологических изменений, от возраста больного, от квалификации врача, от восприимчивости организма. Наиболее эффективными считаются курсы:

- магнитотерапии;
- лазеротерапии;
- криотерапии;
- фототерапии;
- бальнеотерапия.

Процедуры облегчают состояние пациента и замедляют прогрессирование болезни.

3. Правильная осанка.

Надо забыть об удобных и расслабленных позах и постоянно контролировать свою осанку. Нельзя сидеть в мягких креслах, находиться в

неудобном положении длительное время. Важно правильно организовать рабочее пространство, учитывая законы эргономики.

4. Положение во время сна.

Сон должен быть достаточный. Матрас в меру жесткий, ортопедический с небольшой подушкой-валиком. Ноги должны быть во время сна прямыми.

5. Санация очагов хронической инфекции.

Даже элементарная простуда может вызвать обострение болезни. А хронические очаги инфекции являются постоянным источником поступления микробов в организм. Поэтому больные должны избавиться от хронического тонзиллита, кариозных зубов, отитов и т.д. Противопоказано переохлаждение!

6. Избегание стрессовых ситуаций.

Эмоциональный комфорт важен всегда. Но для пациентов, знающих, что их болезнь неизлечима, положительный настрой просто необходим. Любое психическое перенапряжение, стресс может спровоцировать ухудшение недуга. Надо знать техники расслабления и медитации, уметь уходить от конфликтов.

7. Занятия спортом.

Не все виды спорта показаны пациентам с болезнью Бехтерева. Перед выбором вида спорта надо проконсультироваться с лечащим специалистом. Обычно врачи рекомендуют занятия в бассейне, плавание, ходьбу на лыжах. Противопоказан бег и контактные виды спорта. Но занятия физкультурой являются оптимальным средством облегчения боли и профилактикой ухудшения состояния. Надо помнить о следующих моментах:

- нельзя заниматься спортом и физкультурой при выраженном болевом синдроме;

- нельзя выполнять упражнения резко;

- нагрузки должны нарастать постепенно;

- исключить бег, приседания, жимы со штангой;

- включить в занятия упражнения на тренировку равновесия.

8. Отказ от вредных привычек.

Болезнь Бехтерева диктует особое внимание к своему здоровью и в обязательном порядке отказе от вредных привычек. Курение и алкоголь создают дополнительные проблемы пациентам с анкилозирующим спондилоартритом.

Для того, чтобы облегчить состояние и продлить полноценную жизнь, больные с патологией Бехтерева должны постоянно находиться под наблюдением специалиста и выполнять все его рекомендации. Только в этом случае качество жизни больного если и будет страдать, то минимально. Надо помнить о позитивном настрое и понимать, что медицина не стоит на месте, каждый день врачи получают новые знания, а фармакологическая промышленность создает более качественные и эффективные препараты.

1.2. Качество жизни при анкилозирующем спондилоартрите.

Определение. Составляющие качества жизни

«Качество жизни является наиболее важной социальной категорией, которая характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения. Применительно к медицине, качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия.

По определению ВОЗ качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Качество жизни больных анкилозирующим спондилоартритом обусловлено, прежде всего, степенью функциональной недостаточности, которая связана с характером и уровнем поражения позвоночника. Болезнь Бехтерева характеризуется поздней диагностикой, которая по литературным данным запаздывает на 5-10 лет, что приводит к ранней инвалидизации. По данным ряда авторов, от 34 до 81% больных являются частично или полностью нетрудоспособными» [6, с.437].

Составляющие качества жизни

Качество жизни, связанное со здоровьем, базируется на 3 основных составляющих:

1. Физическая сфера:

- отдых и сон;
- ощущение физической боли и дискомфорта;
- жизненная активность, энергия и усталость;
- способность выполнять повседневные дела;
- способность к деятельности – учебе, работе и т.д.;
- подвижность;
- зависимость от лекарств в лечении.

2. Социальная сфера:

- личные отношения;
- практическая социальная поддержка;
- сексуальная активность, финансовые ресурсы;
- медицинская и социальная помощь;
- возможности для приобретения новой информации и навыков;
- возможности для полноценного отдыха и развлечений;
- климат;
- транспорт.

3. Психологическая сфера:

- положительные и отрицательные эмоции;

- мышление, обучаемость, память и концентрация;
- самооценка;
- внешность, религиозные убеждения.

Физическая сфера при анкилозирующем спондилоартрите

«Анкилозирующий спондилоартрит характеризуется выраженными медицинскими и социально-экономическими последствиями. Начало заболевания в молодом возрасте, его неуклонное прогрессирование с анкилозированием позвоночника и крупных суставов, потеря способности осуществлять важные для пациента виды деятельности и утрата профессиональной независимости, значительные затруднения в выполнении простых бытовых двигательных навыков – все это тяжелые последствия болезни.

Боль – основной симптом данного заболевания наряду с деформацией суставов и нарушением их подвижности. Именно выраженность болевого синдрома оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов, имеющих патологию суставов, и может вызывать различные эмоциональные расстройства, нарушения сна и формировать болевое поведение. Большинство больных анкилозирующим спондилоартритом в первую очередь ожидают от лечения уменьшение болевого синдрома по сравнению с другими проявлениями заболевания.

У пациентов с болезнью Бехтерева происходят также изменения жизненной активности. Они становятся менее активны из-за присутствующей боли и скованности в суставах, быстро утомляются при выполнении повседневных дел. Поэтому после выявления данного заболевания больным приходится значительно менять свой привычный уклад жизни. Иногда даже приходится менять место работы, профессию.

По мере прогрессирования заболевания пораженные суставы становятся все менее подвижными вплоть до полного анкилоза, что также существенно

меняет образ жизни больного и значительно влияет на его эмоциональное и физическое состояние.

Социальная сфера при анкилозирующем спондилоартрите

Анкилозирующий спондилоартрит довольно распространен во всем мире. Для него характерно хроническое воспаление, которое без соответствующего лечения приводит человека к инвалидности, существенному сокращению продолжительности жизни и значительному ухудшению ее качества. Болезнь Бехтерева входит в число наиболее дорогих в лечении заболеваний. При отсутствии своевременной диагностики и активной терапии пациент становится инвалидом в течение первых 5 лет с момента начала заболевания.

Данное заболевание имеет высокую социальную значимость. Анкилозирующий спондилоартрит, или болезнь Бехтерева, может затрагивать до полумиллиона россиян. А учитывая, что от нее страдают в основном молодые активные люди, то есть будущее страны, проблема приобретает более общий, социально-экономический характер.

По мере прогрессирования заболевания внешний вид человека с анкилозирующим спондилоартритом начинает меняться: позвоночник больного становится либо ровным, лишенным физиологических изгибов, либо напоминает вопросительный знак из-за усиления шейного лордоза и грудного кифоза. Из-за этого может появляться замкнутость и неуверенность в себе, что в дальнейшем может приводить к нарушению социализации и развития здоровых межличностных взаимоотношений» [1, с.432].

Психологическая сфера

К ухудшению качества жизни пациентов с болезнью Бехтерева и значительным психосоциальным проблемам приводят неясность этиопатогенеза заболевания, частое несоответствие клинических проявлений болезни степени тяжести анкилозирующего спондилоартрита, необходимость постоянного приема лекарственных средств, недостаточная терапевтическая эффективность используемых медикаментов.

При этом личность больного изменяется как вследствие прямого воздействия заболевания, так и в результате психологического переживания пациентом своего состояния, что отражается в снижении самооценки и уверенности в себе, неудовлетворенности своим образом жизни, развитии тревоги, враждебности, гнева и депрессии.

Именно личностный аспект реакции на болезнь лежит в основе формирования специфической внутренней картины болезни, которая может значительно трансформировать клиническую картину заболевания и оказывать существенное негативное влияние на эффективность терапевтических мероприятий.

Эти проблемы занимают центральное место в феномене так называемой «внутренней картины болезни». Длительно протекающее заболевание способно приводить к различным перестройкам внутренней картины болезни, связанным с особенностями течения болезни и со сложными процессами адаптации и дезадаптации. Неадекватная внутренняя картина заболевания опосредованно негативно влияет на течение и исход болезни, способствует деструктивному изменению личности пациента, развитию внутренних конфликтов различного плана, тяжелых невротических нарушений, дезадаптивных типов реакций на болезнь, которые усугубляют картину органического страдания, его течение и длительность, и, как правило, ухудшают поведение больных в отношении проводимой терапии.

Таким образом, анкилозирующий спондилоартрит оказывает значительное влияние на все сферы жизнедеятельности больного, приводит к значительному снижению качества жизни пациента, ограничивая не только функциональную, но и психологическую составляющую, способствует формированию социальной дезадаптации.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

2.1. Результаты собственного исследования

Исследование проводилось в ревматологическом отделении на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» методом анкетирования.

В анкете было представлено 48 вопросов, охватывающих все аспекты жизнедеятельности человека, к которым прилагалось несколько вариантов ответа, один из которых необходимо было выбрать.

В исследовании принимало участие 30 человек.

По результатам исследования полученные данные представлены следующим образом:

Соотношение по полу: среди респондентов мужчины составили 67%, а женщины 33%. Таким образом, мы видим, что анкилозирующим спондилоартритом страдают мужчины почти в два раза чаще, чем женщины (Рис. 1).

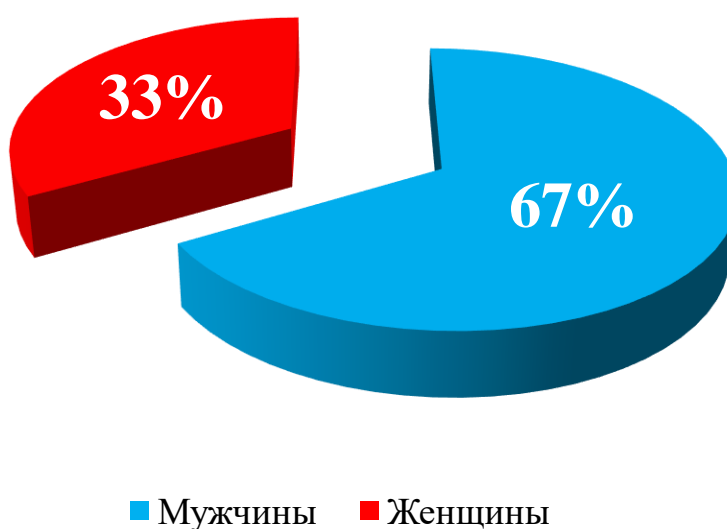


Рис. 1. Соотношение по полу

Соотношение по возрасту: среди респондентов 40% имели возраст от 20 до 40 лет, 33% – от 40 до 60 лет и 27% имели возраст 60 лет и старше. Таким образом, мы выявили, что в большинстве случаев анкилозирующим спондилоартритом страдают в основном люди молодого, трудоспособного возраста (Рис. 2).

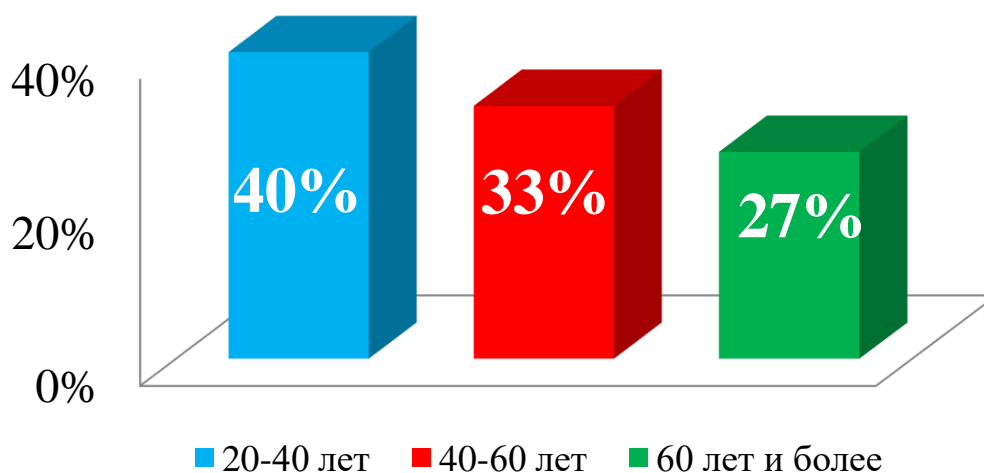


Рис. 2. Соотношение по возрасту

По месту проживания респонденты распределились следующим образом: городские жители составили 58%, жители сельской местности – 42%. Исходя из этого, было выявлено, что процент пациентов, страдающих болезнью Бехтерева, в городе выше (Рис. 3).

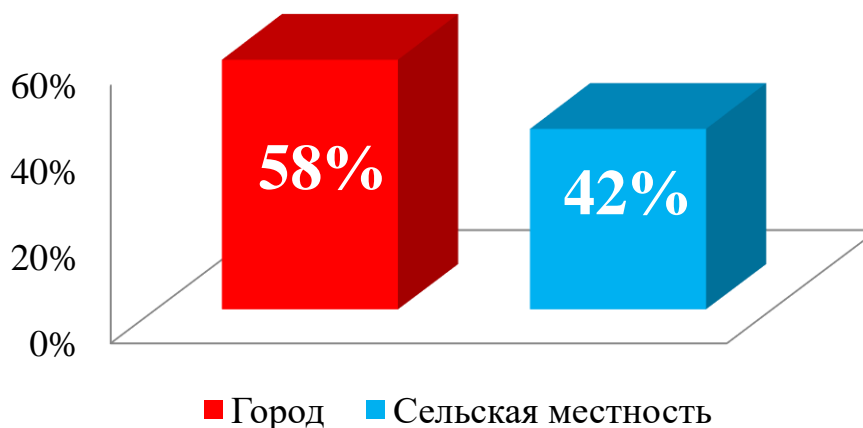


Рис. 3. Соотношение респондентов по месту проживания

На вопрос по трудовой занятости респонденты ответили следующим образом: работаю – 70%, не работаю – 13%, на пенсии – 17%. Это еще раз доказывает то, что данное заболевание поражает людей молодого возраста (Рис. 4).

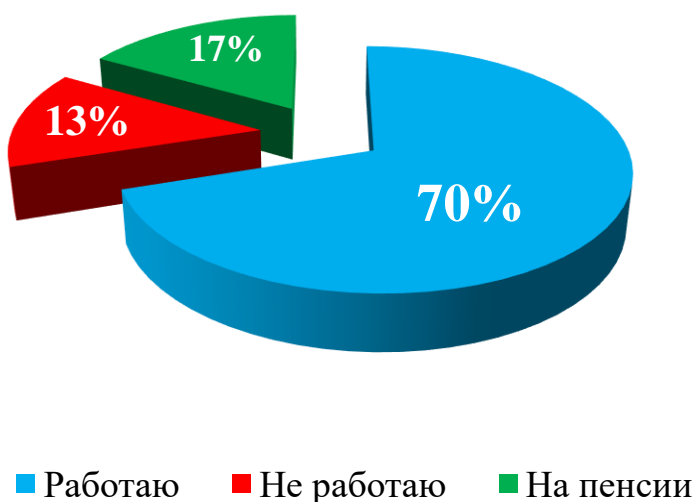


Рис. 4. Трудовая занятость

У 64% респондентов трудовая занятость связана с подъемом тяжести, а у 36% - не связана (Рис. 5).

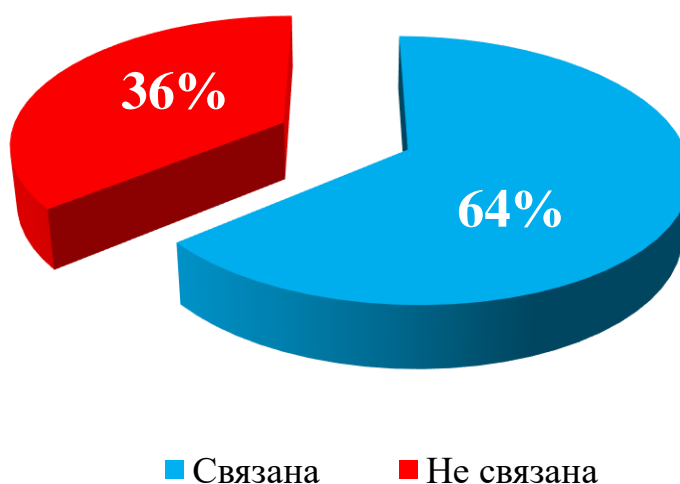


Рис. 5. Связь работы с подъемом тяжести

У 53% респондентов трудовая занятость связана со сквозняками и переохлаждением, у 47% - не связана (Рис. 6).

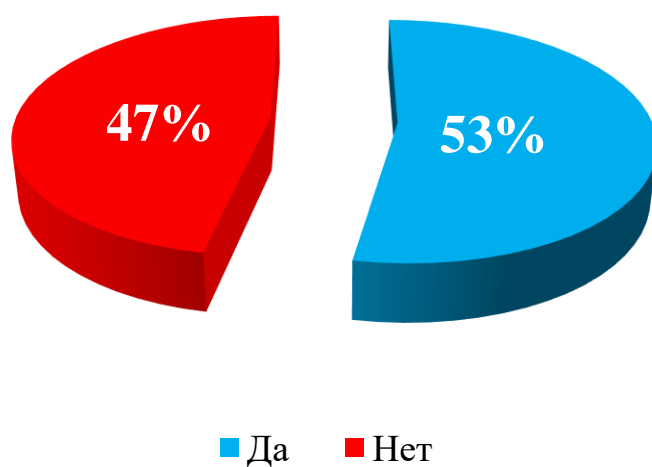


Рис. 6. Связь работы с переохлаждением и сквозняками

На вопросы «Ваша работа связана с длительным стоянием?» и «Ваша работа связана со статическим положением?» 58% респондентов ответили положительно, 42% - отрицательно (Рис. 7).

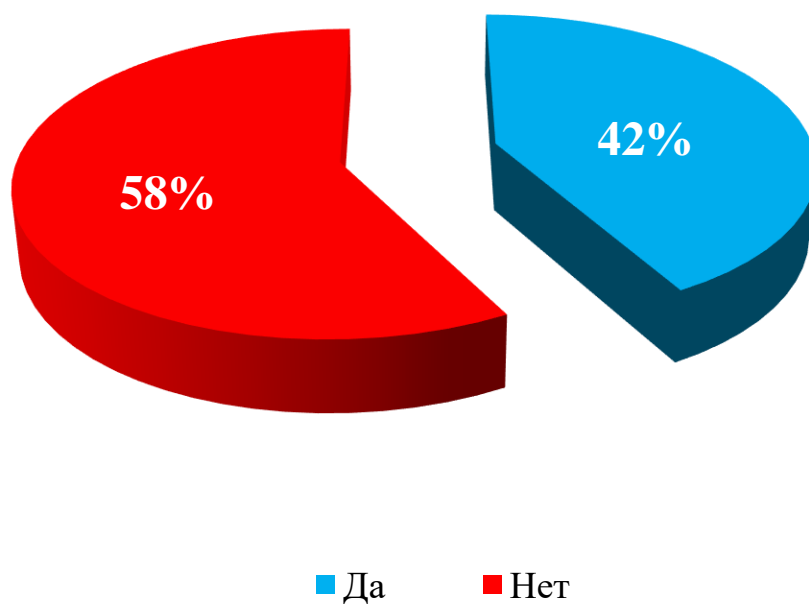


Рис. 7. Связь работы с длительным стоянием, статическим положением

У 54% опрошенных имеются в анамнезе травмы суставов или хирургические вмешательства на суставах, у 46% - не имеются (Рис. 8).

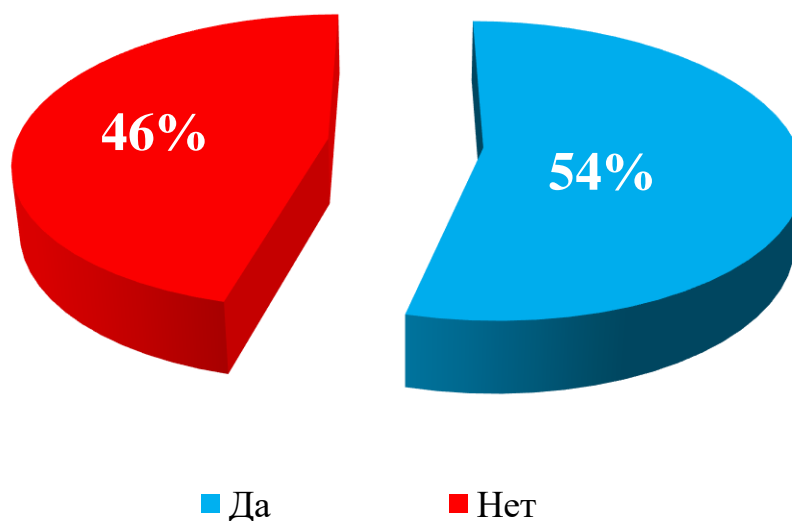


Рис. 8. Наличие у респондентов предшествующей травмы суставов, либо хирургических вмешательств на суставах

В результате исследования было выявлено, что 67% респондентов имеют наследственную предрасположенность, а 33% - не имеют (Рис. 9).

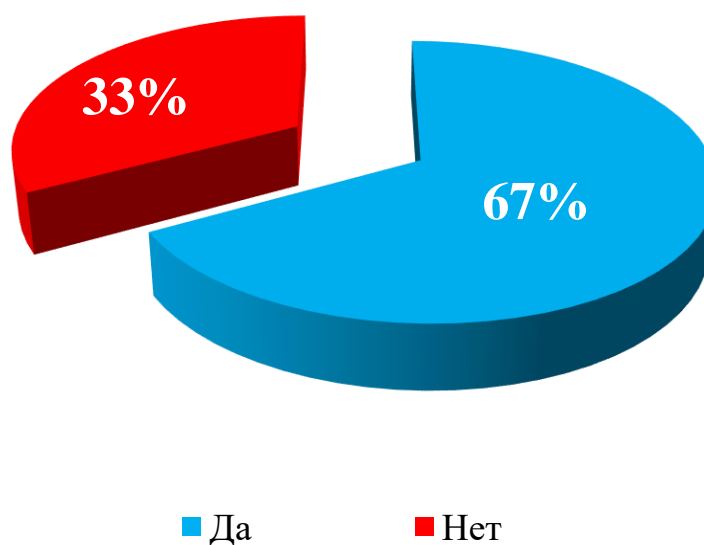


Рис. 9. Наследственная предрасположенность

По наличию инвалидности респонденты распределились в следующем порядке: 35% респондентов не имеют инвалидности, 30% имеют 3 группу инвалидности, 27% имеют 2 группу инвалидности и лишь 8% имеют 1 группу инвалидности (Рис. 10).

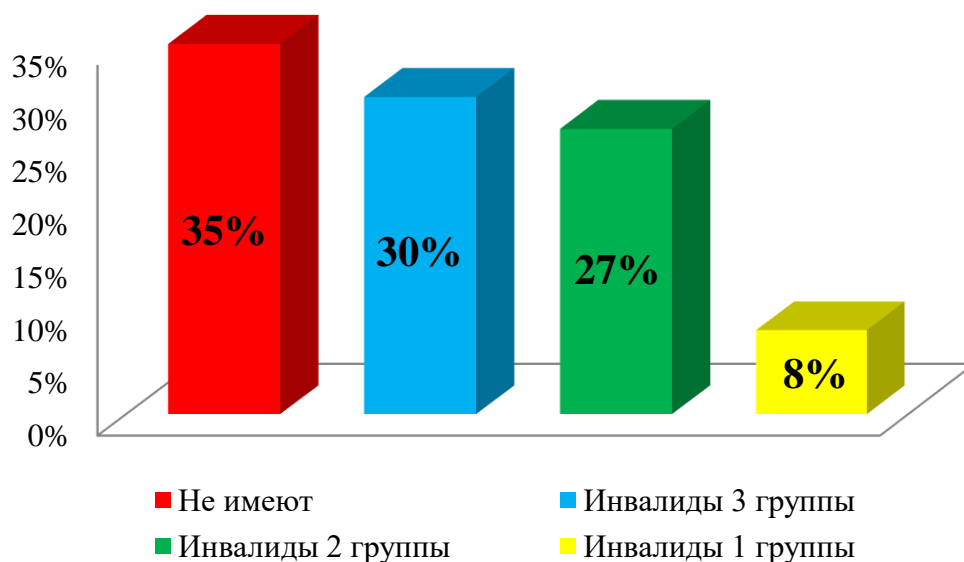


Рис. 10. Соотношение респондентов по наличию инвалидности

У 37% пациентов ухудшилось материальное положение в связи с заболеванием, у 63% – нет (Рис. 11).

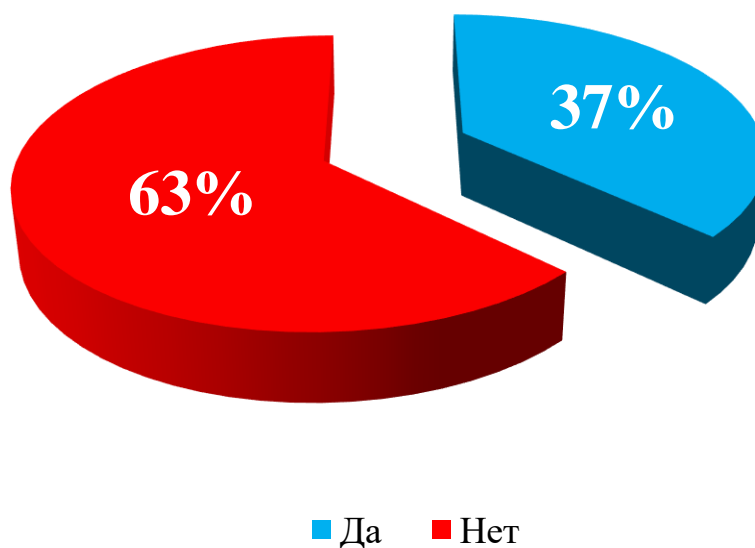


Рис. 11. Ухудшение материального положения в связи с заболеванием

Наличие боли и скованности: 88% респондентов отмечают боль и скованность в пояснично-крестцовой области, грудной клетке, суставах (Рис. 12).

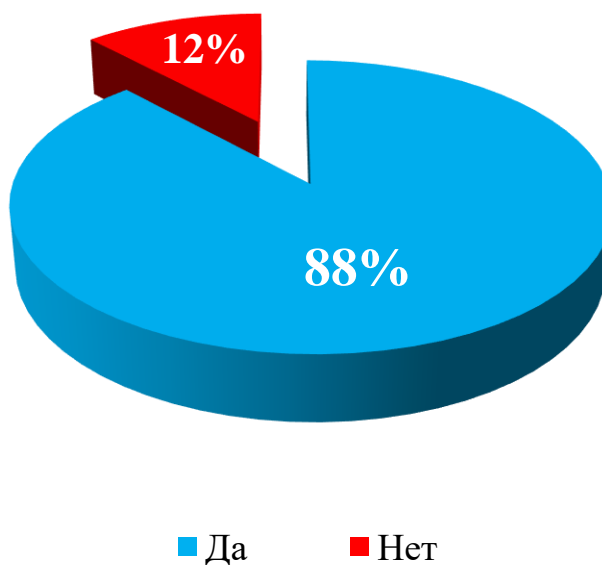


Рис. 12. Наличие боли в пояснично-крестцовой области, грудной клетке, суставах

Наличие у респондентов поражений глаз: у 32% опрошенных имеются поражения глаз, у 68% – нет (Рис. 13).

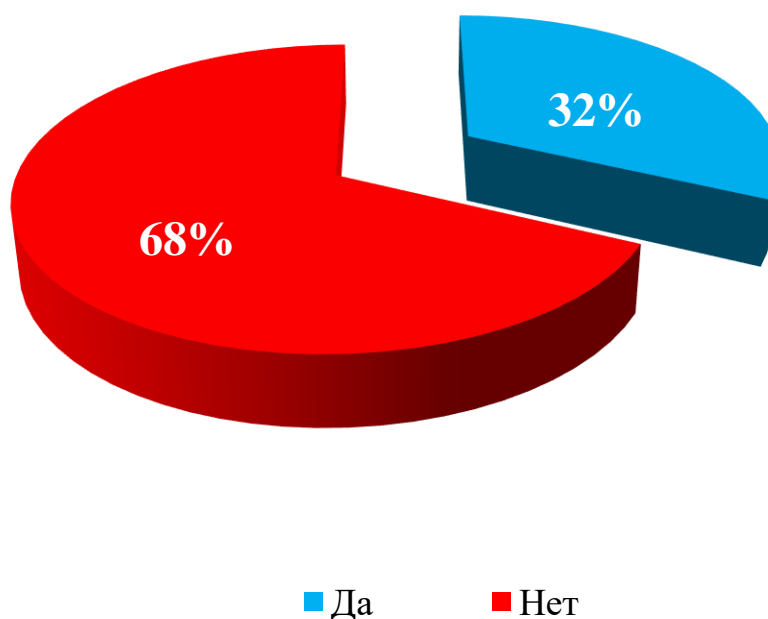


Рис. 13. Наличие у респондентов поражений глаз

В ходе исследования было выявлено, что 68% респондентов имеют хронические очаги инфекции, 32% не имеют (Рис. 14).

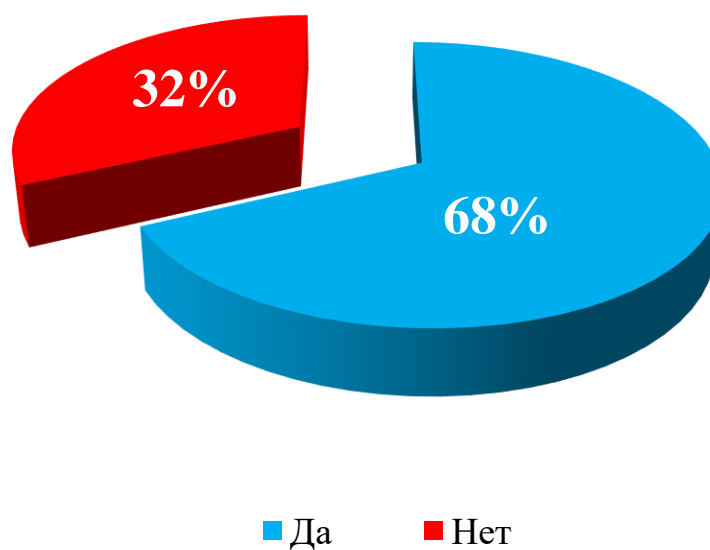


Рис. 14. Наличие хронических очагов инфекции

На вопрос о частоте стрессов, которые испытывают респонденты дома или на работе, опрошиваемые ответили следующим образом: 49% испытывают стресс, 34% не испытывают стресс, 17% испытывают стресс редко (Рис. 15).

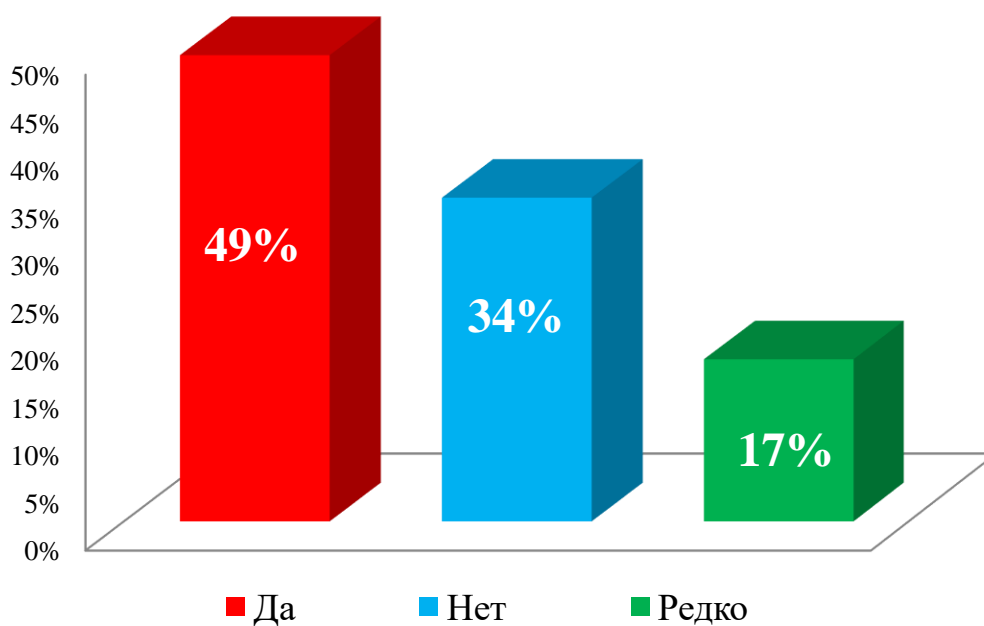


Рис. 15. Частота стрессов у респондентов

О своем заболевании знают 69%, не имеют представления 7%, частично знают 24% (Рис. 16).

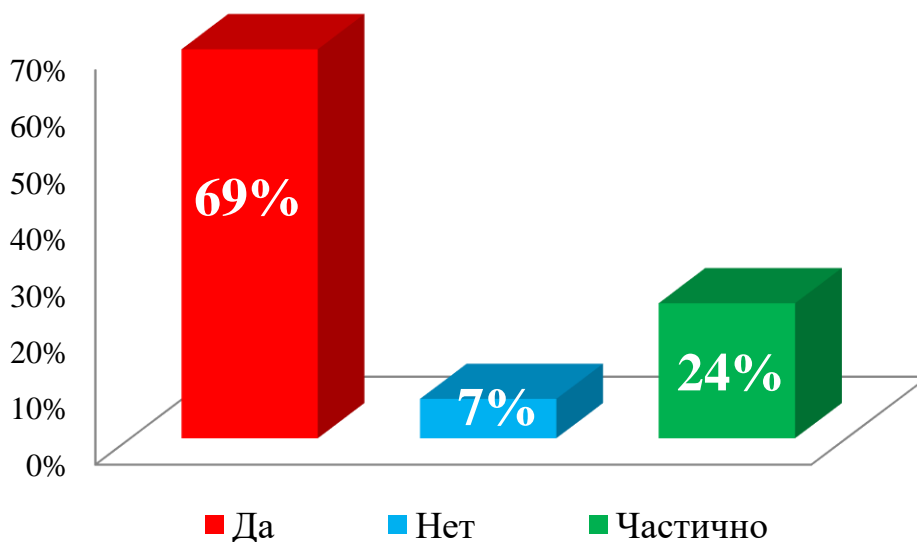


Рис. 16. Знание респондентов о своем заболевании

При анкетировании было выявлено, что 68% пациентов регулярно посещают врача и выполняют его рекомендации, 12% – не регулярно, 20% – при ухудшении состояния (Рис. 17).

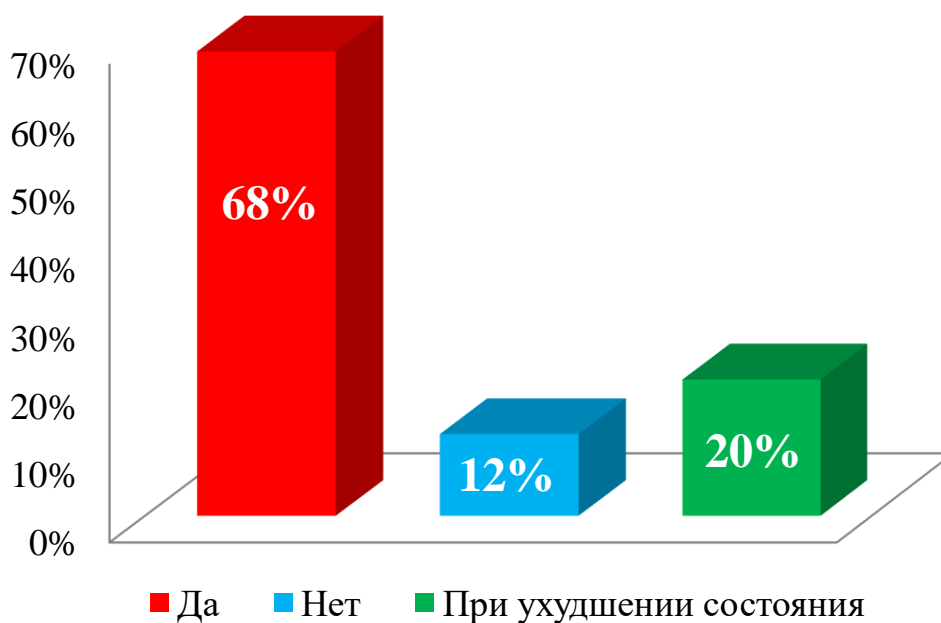


Рис. 17. Регулярность посещения врача и выполнение его рекомендаций

На вопрос «Вы нуждаетесь в приобретении дорогостоящих препаратов?» 61% опрошенных ответили – «Да», 39% - «Нет» (Рис. 18).

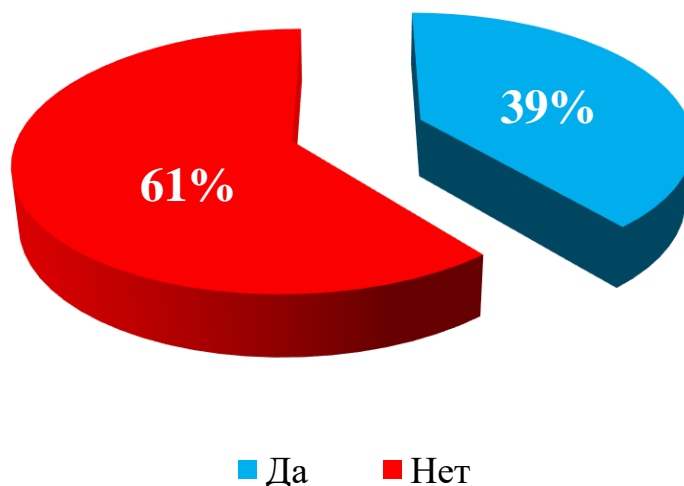


Рис. 18. Нуждаемость в дорогостоящих препаратах

63% респондентов отмечают значительное ухудшение состояния в сравнении с прошлым годом, 34% не отмечают ухудшения, 3% затрудняются ответить (Рис. 19).

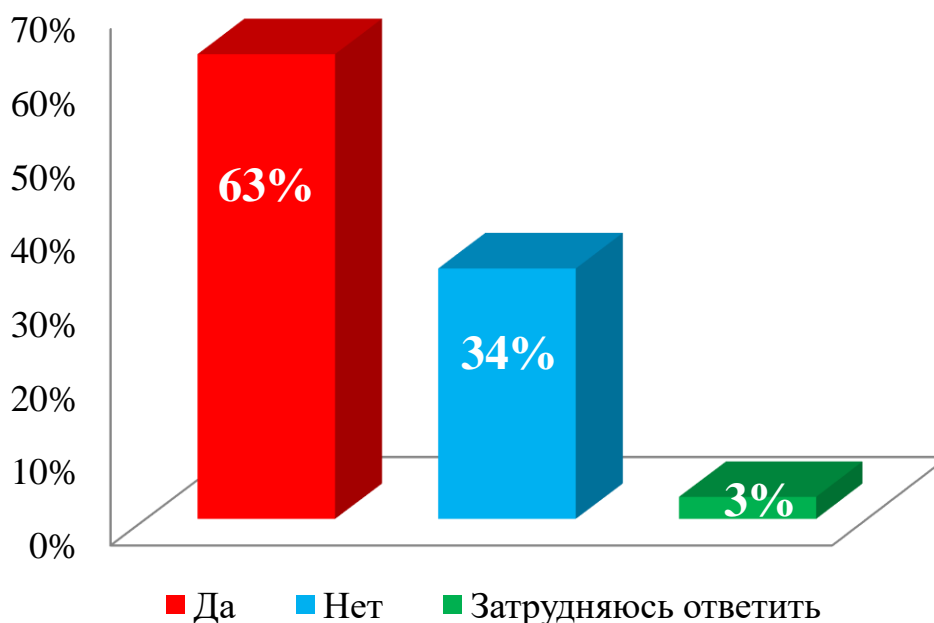


Рис. 19. Ухудшение состояния в сравнении с прошлым годом

На вопрос о частоте обострений, респонденты ответили так: 28% отмечает обострение 1-2 раза в год, 54% – 3-4 раза, 18% – 4 и более раз (Рис. 20).

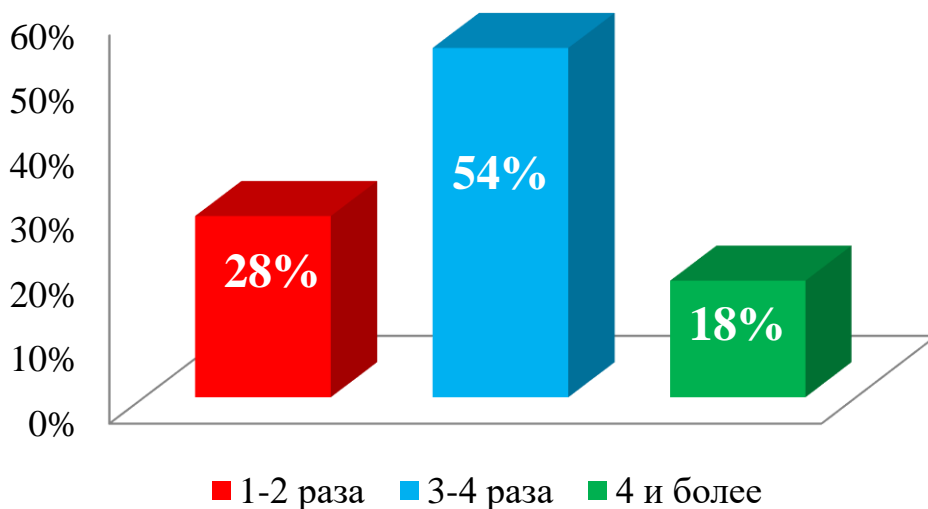


Рис. 20. Частота обострений в год

На вопрос о частоте лечения в стационаре респонденты ответили следующим образом: 11% – не прохожу, 35% – 1-2 раза в год, 32% – 3-4 раза в год, 22% – 4 и более раз в год (Рис. 21).

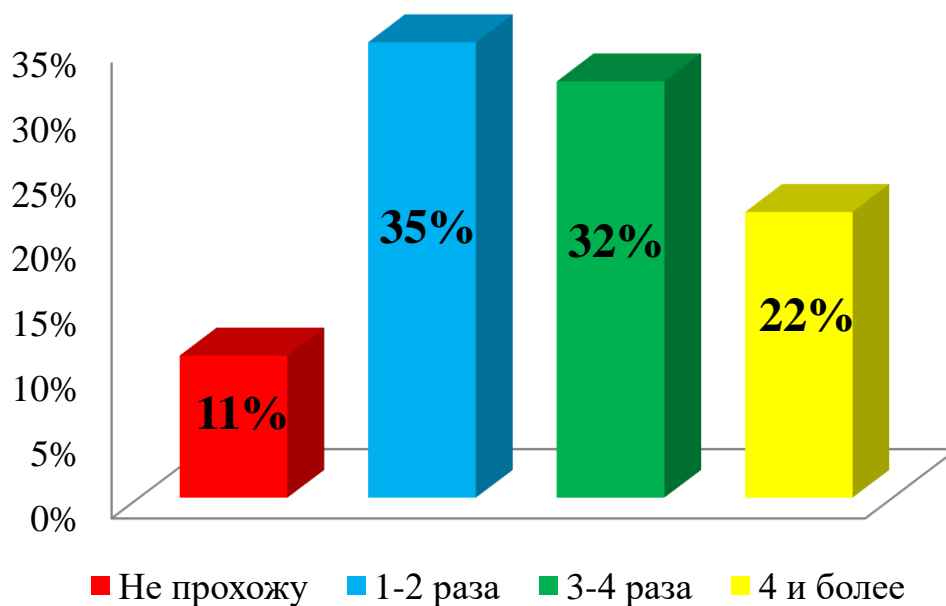


Рис. 21. Частота лечения в стационаре при обострении

Регулярность получения санаторно-курортного лечения: 39% исследуемых ответили, что получают санаторно-курортное лечение регулярно, 26% – не регулярно, 35% – редко (Рис. 22).

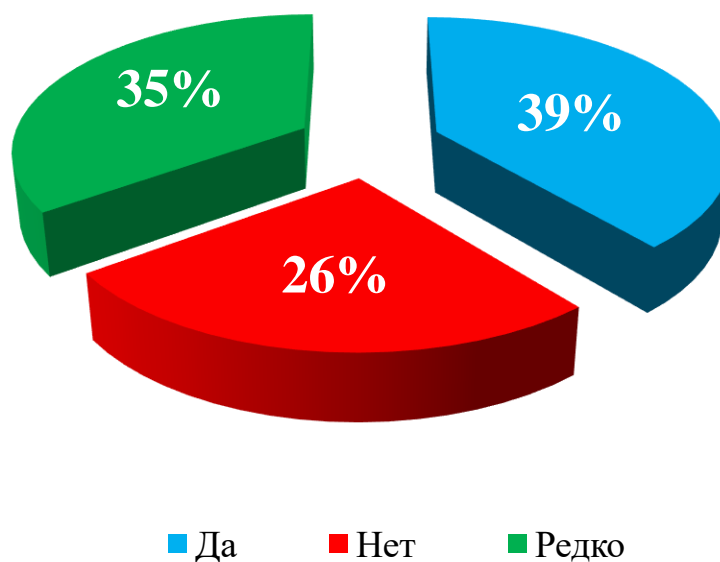


Рис. 22. Регулярность получения санаторно-курортного лечения

На вопрос о частоте выполнения комплекса лечебной физкультуры мы получили следующие данные: 38% респондентов ответили, что выполняют ЛФК ежедневно, 46% – 2-3 раза в неделю, 16% – не регулярно (Рис. 23).

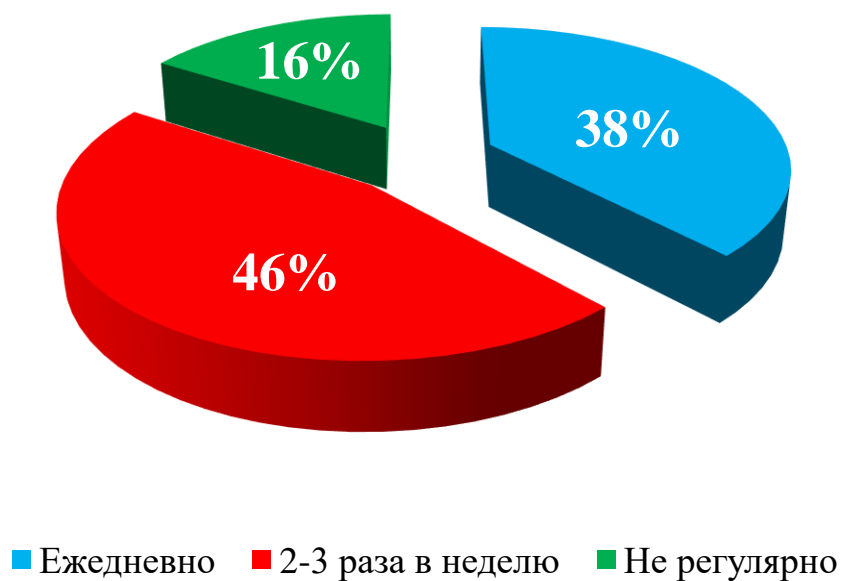


Рис. 23. Частота выполнения ЛФК

В результате исследования 34% опрошенных ответили, что посещают бассейн, 66% не посещают (Рис. 24).

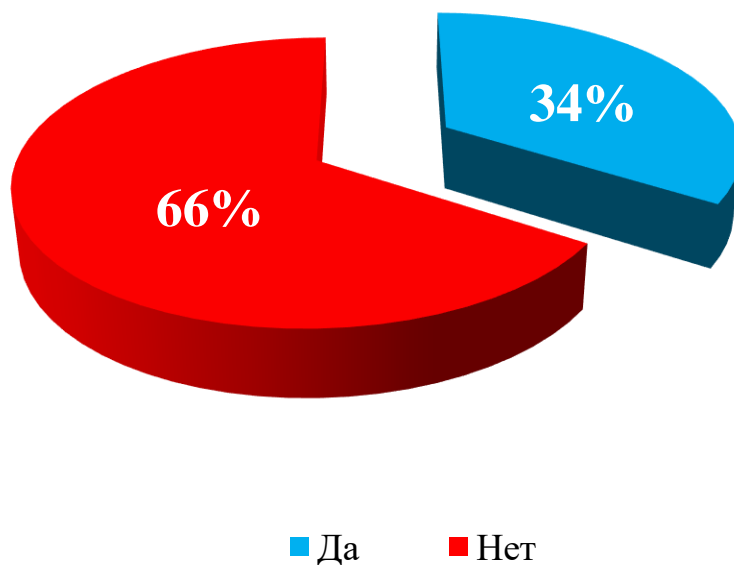


Рис. 24. Посещение бассейна

На вопрос об употреблении алкоголя и табака 11% опрошенных ответили, что употребляют, 31% респондентов не употребляют, 58% делают это иногда (Рис. 25).

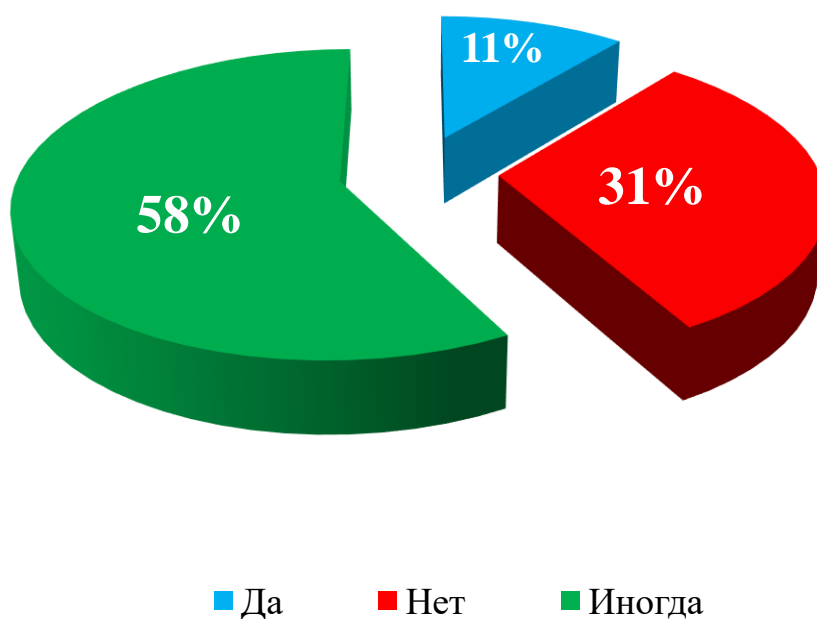


Рис. 25. Употребление алкоголя и табака

Подавляющее большинство респондентов (86%) ответили, что заболевание значительно влияет на их повседневную жизнь, остальные (14%) ответили отрицательно (Рис. 26).

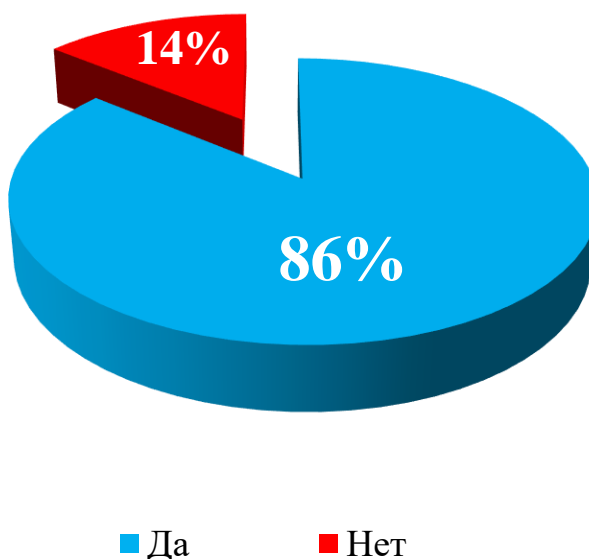


Рис. 26. Влияние заболевания на повседневную жизнь

На вопрос об оценке состояния здоровья получены следующие данные: 24% считают, что их состояние здоровья плохое, 43% – удовлетворительное, 27% – хорошее, 6% – отличное (Рис. 27).

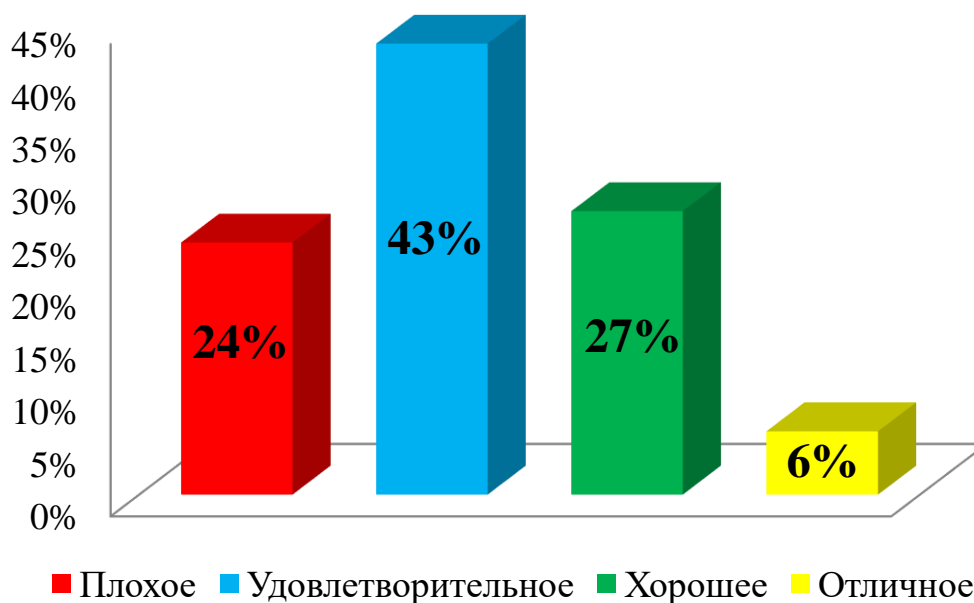


Рис. 27. Оценка состояния здоровья

Большинство респондентов, что составило 78%, ощущают психологический дискомфорт в связи с заболеванием, остальные 22% - не ощущают (Рис. 28).

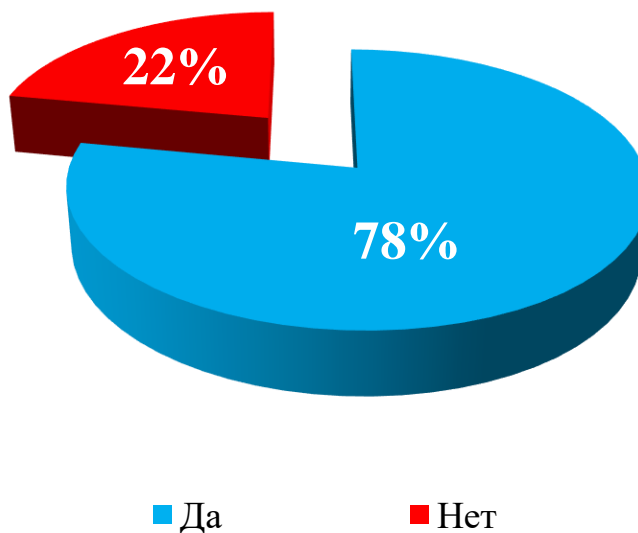


Рис. 28. Ощущение психологического дискомфорта

В результате исследования мы выявили, что 28% респондентов находятся в депрессивном состоянии часто, 39% – нечасто, 33% - очень редко (Рис. 29).

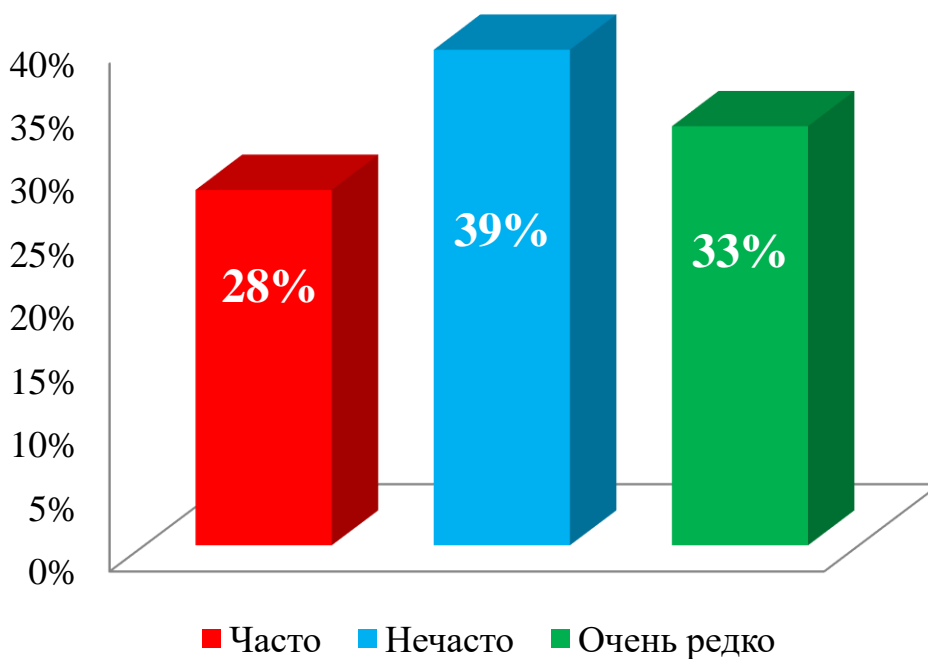


Рис. 29. Частота депрессий

На вопрос о том, могут ли респонденты полностью себя обслужить, были получены такие ответы: да – 87%, нет – 13% (Рис. 30).

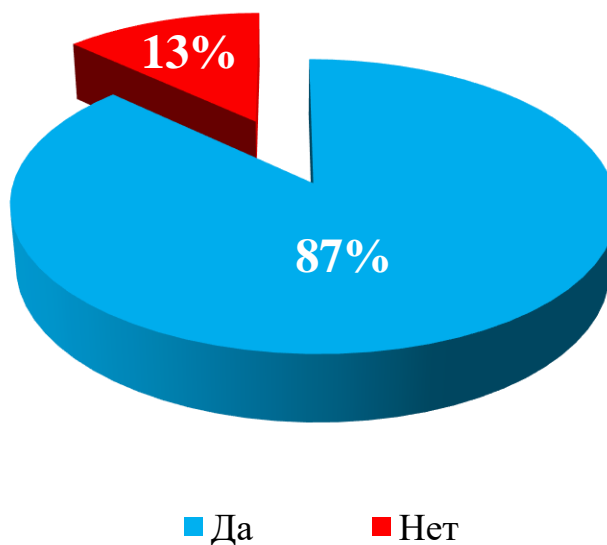


Рис. 30. Возможность самостоятельного обслуживания

На вопросы «Хотели бы вы, чтобы в медицинском учреждении существовала «Школа здоровья»? и «Вы посещали бы ее?» 62% опрошенных ответили положительно, 18% – отрицательно, 20% затруднились ответить (Рис. 31).

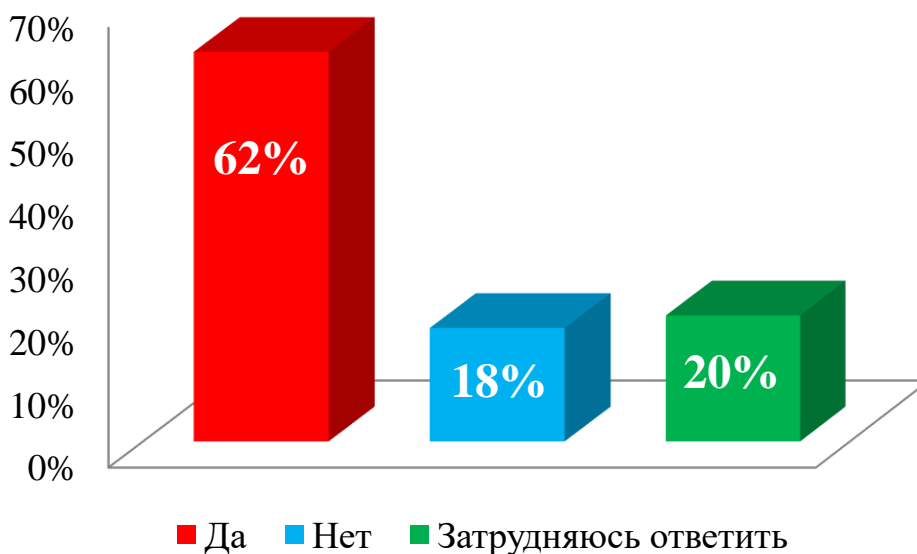


Рис. 31. Посещение «Школы здоровья»

Выводы

В результате проведенного исследования было выявлено, что в анкилозирующим спондилоартритом страдают мужчины (67%) трудоспособного возраста (73%), проживающие преимущественно в городской местности (58%), работа которых чаще всего связана с подъемом тяжести (64%), сквозняками (53%) часто испытывающие стресс (49%).

Основные жалобы, которые они предъявляют – это сильные боли в суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, боль и скованность в грудной клетке (88%). Также у некоторых пациентов имеют поражения глаз – ириты, увеиты (32%). Многие испытывают психологический дискомфорт в связи с заболеванием (86%). Это негативно влияет на трудовую и повседневную деятельность пациентов, а также значительно снижает качество жизни.

В то же время большинство пациентов (70%) оценивают свое состояние как хорошее или удовлетворительное, что еще раз доказывает, что качество жизни зависит не столько от физического состояния больного, сколько от психологического настроя самого пациента на позитив, желанием его жить полноценной жизнью.

Большинство пациентов (68%) постоянно наблюдаются у врача и выполняют все его рекомендации и назначения, получают санаторно-курортное лечение (68%), большинство (84%) регулярно выполняют ЛФК, ведут преимущественно здоровый образ жизни (89%).

Таким образом, качество жизни – это субъективная оценка больного своего состояния, которая в большинстве случаев зависит больше от положительного психологического отношения пациента к своему заболеванию и своей жизни, нежели от тяжести заболевания.

2.2. Рекомендации пациентам с анкилозирующим спондилоартритом для повышения качества жизни

1. Регулярно посещать врача и выполнять все его рекомендации.
2. Санировать все очаги инфекции.
3. Соблюдать режим труда и отдыха
4. Следить за осанкой.
5. Соблюдать положение на спине в постели в ночное время.
6. Ежедневно выполнять комплекс физических упражнений (ЛФК).
7. Максимально ограничить употребление алкоголя и курение.
8. Избегать стрессовых ситуаций и переохлаждения.
9. Уметь позитивно смотреть в будущее, радоваться улучшению своего состояния и находить положительные эмоции в окружающем мире, что значительно повысит качество жизни пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«С каждым годом увеличивается интерес к вопросам качества жизни пациентов с анкилозирующим спондилоартритом. Знание этиологии и факторов риска развития данного заболевания позволяют предупредить возникновение болезни и обострение уже имеющегося процесса.

Болезнь Бехтерева доставляет страдания большинству больных, поэтому необходимо помнить, что своевременное и адекватное лечение может существенно замедлить развитие болезни и значительно улучшить качество жизни пациентов. В то же время для пациентов с анкилозирующим спондилоартритом одной из основ правильного образа жизни является лечебная физкультура, которая так же играет огромную роль в улучшении качества жизни больных.

В заключение можно сказать, что больные болезнью Бехтерева имеют низкие показатели качества жизни. Учитывая трудоспособный возраст больных, прогрессирующий процесс в суставах позвоночника, свойственный данному заболеванию, можно сделать вывод, что болезнь оказывает отрицательное влияние не только на физические параметры, но и на важнейшие функции пациента – физическое, психологическое, социальное функционирование. Метод исследования качества жизни позволяет проводить мониторинг состояния пациентов с анкилозирующим спондилоартритом, получать специальные данные о функционировании больного в динамике и использовать их при оценке эффективности лечения, а также для разработки дальнейших программ медицинской и социальной адаптации больных» [2, с.154].

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. Изучены литературные источники по проблеме качества жизни больных с анкилозирующим спондилоартритом.

2. Изучена картина заболевания, отношение к данной патологии и лечению пациентов, страдающих анкилозирующим спондилоартритом.
3. Выполнено исследование эмоционального состояния пациентов.
4. Даны пациентам с анкилозирующим спондилоартритом необходимые рекомендации для повышения качества жизни.
5. Изучены психологические особенности пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Елифанов В.А., Сестринская помощь при патологии опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.А. Елифанов, А.В. Елифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 476 с. - ISBN 978-5-9704-3413-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434130.html>
2. Комаров Ф.И.,: Болезни сердечно сосудистой системы, ревматические болезни [Текст] / Ф.И. Комаров, В.А. Насонова, Е.Е. Гогин и др. Под ред. Е.Е. Гогиной. – М.: Медицина, 2014. – 560 с.
3. Косинская Н.С., Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата [Текст]. - Медгиз, 2016. – 113 с.
4. Насонова В.А., Справочник по ревматологии [Текст] / Под ред. В.А. Насоновой [сост. Я.А. Сигидин]. – 2-е изд.,. – СПб.: Медицина, 2016. – 640 с.
5. Рейнберг С.А., Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов [Текст]. – М., Медицина, 2016. – 112 с.
6. Рубан Э.Д., Терапия: лечение пациентов терапевтического профиля [Текст] / Э.Д. Рубан. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 667 с. – (Медицина).
7. Смолева Э.В., Терапия с курсом первичной медико – санитарной помощи [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. училищ и колледжей. / Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. – изд. 19-е. – Ростов — н/Д : «Феникс», 2016.-473 с. : ил. – (Среднее профессиональное образование).
8. Федюкович Н.И., Внутренние болезни [Текст]: учебник / Федюкович Н. И. - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 573 с. (Среднее профессиональное образование).
9. Чепой В.М., Диагностика и лечение болезней суставов [Текст]. – М., Медицина, 2018. – 68 с.
10. Шулутко Б.И., Внутренние болезни [Текст] : Лекции для студентов и врачей в 2 томах / Под ред. Б.И. Шулутко.– Изд. 2-е, исправленное и дополненное.– Т. 2. – СПб., 2014. – 480 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета по вопросам исследования влияния факторов риска и профилактики анкилозирующего спондилоартрита

Уважаемый участник опроса! Медицинский колледж Медицинского института НИУ «БелГУ» проводит анкетирование, целью которого является изучение качества жизни и психологических особенностей пациентов с анкилозирующим спондилоартритом. Просим Вас ответить на вопросы данной анкеты. Ваше мнение очень важно для нас. Анонимность гарантируем.

1. Пол Женский Мужской
2. Возраст 20-40 лет 40-50 лет 50-60 лет 60 и более лет
3. Вы живете в городе? Да, Нет
4. Вы живете в сельской местности? Да, Нет
5. На каком этаже Вы живете? _____
6. Пользуетесь ли Вы лифтом? Да, Нет
7. Ваша трудовая занятость? Работаю, На пенсии, Не работаю
8. Если Вы работаете, то добираетесь до работы *пешком* или *транспортом*? (нужное подчеркнуть)
9. Ваша работа связана с подъемом тяжести? Да, Нет
10. Ваша работа связана с переохлаждением, сквозняками? Да, Нет
11. Имеются ли у вас хронические очаги инфекции? Да, Нет
11. Ваша работа связана с длительным стоянием? Да, Нет
12. Ваша работа связана с длительным статическим положением? Да, Нет
13. В связи с заболеванием Вы вынуждены были сменить работу? Да, Нет
14. Имеете ли Вы инвалидность по данному заболеванию? Да, Нет
15. Ухудшилось ли Ваше материальное положение в связи с заболеванием? Да, Нет
16. Знаете ли Вы каким заболеванием страдаете? Да, Нет, Частично
17. Были ли у Вас травмы суставов? Да, Нет
18. Были ли у Вас операции на суставах? Да, Нет

19. Отмечается у Вас боль в пояснично-крестцовой области? Да, Нет
20. Отмечается ли у Вас боль в грудной клетке, скованность? Да, Нет
21. Имеются ли у Вас поражение глаз? Да, Нет
22. Бывают ли у Вас периодически обмороки? Да, Нет, Редко
23. Вы часто испытываете стрессы на работе, дома? Да, Нет, Редко
24. Отмечаете Вы у себя избыток веса? Да, Нет
25. Пытаетесь ли Вы соблюдать низкокалорийную диету? Да, Нет
26. Контролируете ли Вы регулярно свой вес? Да, Нет
27. Вы сразу обратились к врачу при появлении болей в спине, суставах?
Да, Нет
28. Регулярно Вы посещаете врача? Да, Нет, При ухудшении состояния
29. Постоянно выполняете его рекомендации? Да, Нет, При ухудшении
состояния
30. Вы нуждаетесь в приобретении дорогостоящих препаратов? Да, Нет
31. Посещаете ли Вы бассейн? Да, Нет
32. Отмечаете ухудшение состояния в сравнении с прошлым годом? Да,
Нет, Затрудняюсь ответить
33. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Да, Нет
34. Сколько раз в год отмечаются обострения? 1-2 раз, 3-4 раза, 4 и более
35. Проходите ли Вы лечение в стационаре во время обострений и как
часто (за год)? Не прохожу, 1-2 раза, 3-4 раза, 4 и более
36. Регулярно ли Вы получаете санаторно-курортное лечение? Да, Нет,
Редко
37. Делаете ли Вы лечебную зарядку? Да, Нет, Иногда
38. Как часто Вы делаете ЛФК? Ежедневно, 2-3 раза в неделю, Не
регулярно
39. Занимаетесь ли Вы физической культурой или спортом? Да, Нет
40. Употребляете ли Вы алкоголь? Да, Нет, Иногда
41. Курите ли Вы? Да, Нет, Иногда
42. Влияет ли данное заболевание на повседневную жизнь? Да, Нет

43. Уменьшился ли у Вас круг общения? Да, Нет

44. Как вы оцениваете своё состояние здоровья? Плохое, Удовлетворительное, Хорошее, Отличное

45. Ощущаете ли вы какой-либо психологический дискомфорт в связи с вашим заболеванием? Да, Нет

46. Можете ли вы сами себя полностью обслужить? Да, Нет

47. Хотели бы Вы, чтобы при медицинском учреждении существовала «Школа здоровья»? Да, Нет, Затрудняюсь ответить

48. Вы бы ее посещали? Да, Нет, Затрудняюсь ответить

Благодарим Вас за участие в анкетировании!