

Качество жизни больных железодефицитной анемией репродуктивного возраста в динамике лечения

Л. Р. Абдуллина, Г. Ш. Сафуанова, Т. И. Ионова, А. В. Киштович
ИПО Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Резюме

Целью исследования явилось изучение исходного уровня качества жизни больных железодефицитной анемией молодого репродуктивного возраста и в динамике лечения препаратом железа через 1 и 3 месяца по опросникам SF-36 и FactAn. Обследовано 148 больных ЖДА и 40 практически здоровых лиц (контрольная группа). Выявлено значительное снижение качества жизни пациенток молодого возраста с ЖДА по всем шкалам используемых опросников ($p > 0,001$). Применение препарата железа — Сорбифер Дурулес, способствовало статистически значимому улучшению КЖ к концу 1 месяца лечения и достижению уровня контрольных показателей через 3 месяца лечения ($p > 0,001$), что коррелировало с клинической эффективностью. Полученные данные свидетельствуют об эффективности сорбифера дурулес и необходимости его раннего и длительного применения, особенно у лиц молодого и наиболее репродуктивного возраста с целью получения здорового поколения в будущем.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, репродуктивный возраст, качество жизни, Сорбифер Дурулес, лечение.

Введение

Железодефицитная анемия (ЖДА) до настоящего времени представляет собой одну из наиболее серьезных медицинских проблем в связи с ее широкой распространенностью и поражением многих органов и систем [1, 2]. Основную группу риска развития сидеропении составляют девушки и женщины молодого и репродуктивного возраста [3, 4], чье состояние здоровья является важнейшим индикатором благополучия цивилизованного общества. Догестационная ЖДА негативно влияет на течение беременности, способствуя угрозе выкидыша, невынашиванию, слабости родовой деятельности, послеродовым кровотечениям, инфекционным осложнениям и неблагоприятно отражается на развитии плода и течение

раннего неонатального периода [5, 6, 7]. Важнейшими задачами научной медицины и практического здравоохранения на сегодняшний день являются ранняя диагностика, оптимизация лечения и профилактики ЖДА у этой категории больных с целью получения здорового поколения в будущем и сохранения интеллектуального, экономического, социального и культурного резерва государства.

В современной медицине большое внимание уделяется личности самого больного, его позиции к своему заболеванию, правильное понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональное состояние и социальные связи, то есть на качество жизни (КЖ) пациента [8, 9]. Актуальность исследования КЖ у лиц молодого наиболее репродуктивного и трудоспособного возраста обусловлена их высокой физической и умственной активностью, несерьезным отношением к своему здоровью, прогрессирующим ростом ЖДА. Как следствие, зачастую наблюдается неустойчивым эффектом проводимого лечения острых заболеваний, переход острых форм в рецидивирующие и хронические, что в дальнейшем приводит к нарушению роста и развития плода и новорожденного.

Целью исследования явилось изучение исходного уровня качества жизни больных железодефицитной анемией молодого репродуктивного возраста и в динамике лечения препаратом железа через 1 и 3 месяца.

Л. Р. Абдуллина — ассистент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсами ИПО, соискатель кафедры терапии с курсом ВОП ИПО Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа.

Г. Ш. Сафуанова — д. м. н., проф. кафедры терапии с курсом ВОП ИПО Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа.

Т. И. Ионова — к. б. н., доцент кафедры гематологии и клеточной терапии Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирозова, директор Межнационального центра исследования качества жизни, г. Санкт-Петербург.

А. В. Киштович — к. м. н., сотрудник Межнационального центра исследования качества жизни, г. Санкт-Петербург.

Материалы и методы

Углубленное изучение КЖ проводилось в проспективном исследовании на одной группе больных — 148 лиц женского пола, страдающих хронической ЖДА, в возрасте от 17 до 27 лет (средний возраст $19,07 \pm 2,14$ лет) с длительностью течения сидеропении $4,62 \pm 0,27$ лет. Контрольную группу составили 40 девушек без признаков дефицита железа в возрасте от 18 до 21 года (средний возраст $19,2 \pm 0,15$ лет). Критериями включения больных в исследование КЖ были следующие:

1. Подтвержденный диагноз заболевания морфологическими и биохимическими методами.
2. Молодой возраст обследуемых (от 17 до 27 лет).
3. Устное согласие пациента на участие в исследовании.

В связи с поставленной задачей больные получали в качестве лекарственного средства Сорбифер Дурулес — препарат фармацевтического завода «Egis» (Венгрия), по 1 таблетке 2 раза в день за 30 минут до еды в течение трех месяцев. Самостоятельное заполнение опросников больными проводилось трижды: первое обследование (точка обследования 1) — до начала лечения; второе и третье (точки 2, 3) — в динамике к концу первого и третьего месяцев лечения. Эффективность проводимого лечения оценивали по основным показателям красной крови с помощью гематологического анализатора КХ — 21 фирмы «SYSMEX» (Япония), сывороточного железа наборами фирмы «Лаксма» (Чешская республика), содержание ферритина ферментно-кинетическим методом с использованием набора реактивов фирмы Хоффман-Ла Рош Лтд на аппарате Hitachi-912 (Япония).

Инструменты исследования и сбор данных

Для оценки КЖ пациентов с ЖДА нами применялся общий краткий опросник MOS SF-36 [10]. Опросник включает 36 вопросов охва-

тывающих 8 категорий КЖ: ФФ — физическое функционирование (PF), РФФ — ролевое физическое функционирование (RP), Б — шкала боли (BP), ОЗ — общее состояние здоровья (GH), Ж — жизнеспособность (VT), СФ — социальное функционирование (SF), РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование (RE), ПЗ — психическое здоровье (MH). Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой шкале. Большее количество баллов соответствует более высокому КЖ.

Для наиболее адекватного исследования КЖ, у лиц молодого возраста страдающих ЖДА, использовался специальный опросник FactAn (Functional assessment of Chronic Therapy-Anemia) [11]. По специальному опроснику оценивались: физическое благополучие — PWB, социально-семейное благополучие — SFWB, эмоциональное благополучие — EWB, благополучие в повседневной жизни — FWB, слабость — TFS, дополнительные показатели — TNFS, шкала анемии — TOTAN, суммарные шкалы КЖ и анемии — FACTANT, суммарные шкалы КЖ и слабости — FACTFAT. Показатели КЖ оценивались за последние 7 дней по 5 бальной системе (0 — нет, 1 — немного, 2 — умеренно, 3 — сильно, 4 — очень сильно).

Для получения клинических данных на каждого больного заполнялась клиническая карта, которая отражала паспортные данные, основной диагноз, социальный статус, материально-бытовые условия жизни, анамнез заболевания и жизни, общесоматический статус, согласно критериям ВОЗ, мониторинг лабораторно-инструментальных методов исследования.

Статистический анализ

Для анализа выраженности и частоты встречаемости симптомов использовали методы описательной статистики. Статистический анализ осуществляли с использованием статистического программного пакета SPSS 13.0 for

Таблица 1. Основные гематологические и биохимические показатели больных железodefицитной анемией и контрольной группы

Показатель	Группы					
	Больные ЖДА, n=148			Контрольная группа, n=40		
	Среднее значение, M \pm m	Min	Max	Среднее значение, M \pm m	Min	Max
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,89 \pm 0,16***	2,85	4,64	4,53 \pm 0,040	4,04	5,41
Гемоглобин, г/л	87,51 \pm 2,93***	52,00	110,00	133,50 \pm 0,640	126,00	143,00
Цветовой показатель, %	0,66 \pm 0,05**	0,50	0,90	0,87 \pm 0,007	0,85	1,00
Ферритин, мкг/л	5,86 \pm 0,98***	1,40	12,00	30,14 \pm 1,140	21,20	49,10
Сывороточное железо, мкмоль/л	6,17 \pm 1,56***	0,80	21,50	24,15 \pm 0,550	18,00	30,50

Примечание. ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ в сравнении с контрольной группой.

Таблица 2. Показатели качества жизни (SF-36) больных железодефицитной анемией и контрольной группы

Показатель качества жизни	Больные ЖДА, n=148	Контрольная группа, n=40	p между I и II группами
PF	74,90±19,13	97,25±3,91	p<0,001
RP	55,41±34,45	96,88±8,37	p<0,001
BP	62,45±22,58	92,80±10,88	p<0,001
GH	47,30±18,33	82,08±11,09	p<0,001
VT	46,11±19,39	82,13±9,86	p<0,001
SF	70,19±21,90	96,56±5,65	p<0,001
RE	61,71±34,42	91,67±16,45	p<0,001
MH	56,76±17,88	85,10±7,47	p<0,001

Windows. Достоверность различий определялась с помощью критерия Стьюдента. Для выявления различий между моментами наблюдения был рассчитан критерий Фридмана для каждой шкалы. Для попарного сравнения межгрупповых средних между собой использовали критерии Данна (Dunnett). Во всех видах статистического анализа различия между исследуемыми группами признавались статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза $P=95\%$, ($p<0,05$).

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали статистически значимые различия по всем гематологическим и биохимическим показателям больных железодефицитной анемией и контрольной группы (табл. 1). В процессе лечения у 7 (4,7%) больных наблюдались побочные эффекты в виде дискомфорта в эпигастрии, легкой тош-

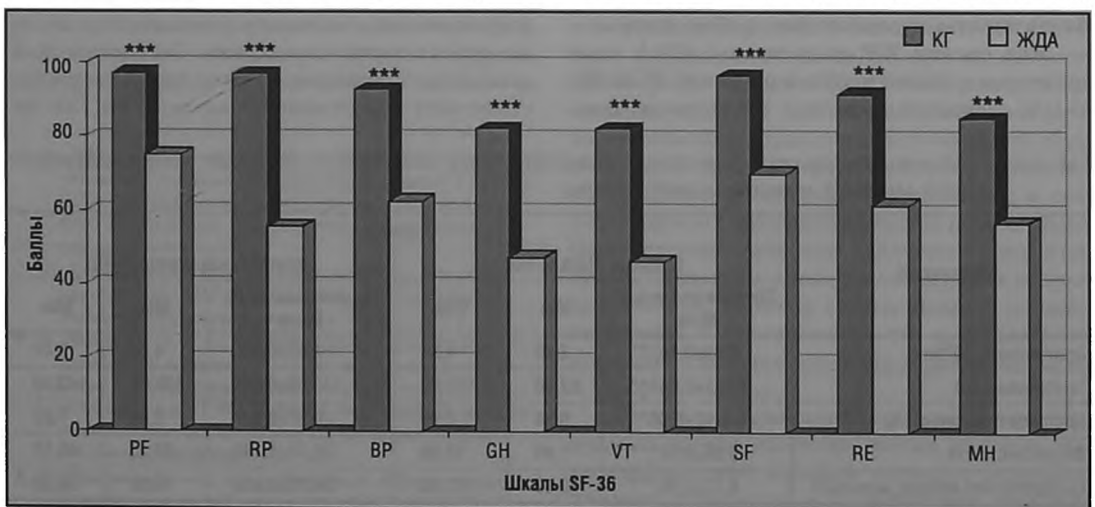
ноты, которые уменьшались при приеме препарата железа после еды.

В результате исследования было выявлено статистически значимое ($p<0,001$) снижение всех исходных параметров КЖ больных в сравнении с контрольной группой как по SF-36 (табл. 2; рис. 1), так и по FactAn.

Наиболее низкие значения наблюдались по шкалам жизнеспособности, ролевого физического функционирования и общего здоровья — соответственно на 43,9; 42,8 и 42,4% меньше чем в контроле. Несколько меньшие отличия отмечены при сопоставлении шкал ПЗ (33,3%), РЭФ (32,7%), Б (32,7%), СФ (27,3%) и ФФ (23,0%).

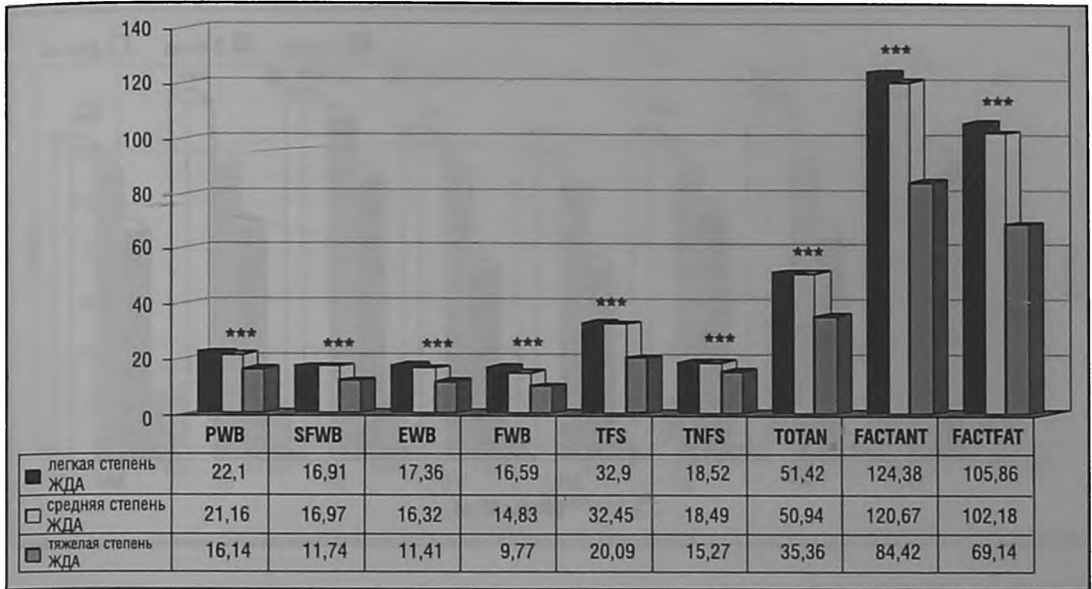
Следовательно, жизненная активность и показатели общего здоровья больных ЖДА снижены в 2 раза, а физическое состояние значительно ограничивало выполнение различных видов повседневной деятельности, препятствуя участию в труде, активному отдыху. Активность больных снижена — они повышено утомляемы, астенизированы. Больные не удовлетворены своим психическим состоянием, то есть, подвержены депрессии, которая проявлялась плохим настроением, раздражительностью, беспокойством, вследствие чего эмоциональное состояние пациенток значительно ограничивало выполнение различных видов повседневной деятельности. Боль отрицательно сказывалась на способности больных справляться с ежедневными нагрузками, включая работу по дому и вне дома. Все вышперечисленное, в сравнении с группой контроля, у молодых пациенток мешало их общению с семьей, друзьями, соседями — социальному функционированию. Дисперсионный анализ пока-

Рисунок 1. Показатели качества жизни здоровых лиц и больных железодефицитной анемией (SF-36)



Примечание. *** — $p<0,001$ в сравнении с контрольной группой.

Рисунок 2. Показатели качества жизни больных по степени тяжести железодефицитной анемией (FACTAn)



зал наличие статистически значимых различий между группами по всем исследуемым шкалам опросника FactAn (F от 6,23 до 30,9; $p < 0,001$), что говорит об ухудшении КЖ с усугублением дефицита железа (рис. 2).

Изучение уровня специфического КЖ показало, что с усугублением дефицита железа ухудшалось физическое благополучие: пациенты чаще чувствовали себя больными, утомленными, испытывали недостаток энергии, имели пессимистическую оценку будущего. Для больных были типичны расстройства в виде затрудненного засыпания в ночное время и нуждаемость в дневном сне, отсутствие чувства отдыха после пробуждения. К тому же страдало социально-семейное благополучие в виде уменьшения или отсутствия близости с друзьями, близкими людьми. Многие пациенты были не удовлетворены своей сексуальной жизнью. Причем более низкие показатели были выявлены у больных с тяжелой степенью ЖДА.

На фоне проводимой терапии наблюдалось улучшение клинической картины, показателей красной крови и обмена железа (табл. 3). Изменение уровня показателей SF-36 в динамике лечения представлены на рис. 3.

Уровень ФФ минимален до начала лечения $78,54 \pm 16,03$ балла. Повышается к концу 1 месяца лечения до $84,79 \pm 9,84$ балла (на

7,96%) и достигает максимального значения после трех месяцев лечения ($88,00 \pm 8,34$ балла, общее повышение на 12%). При попарном сравнении обнаружено достоверное отличие уровня ФФ на всех 3 точках исследования (Q от 4,58 до 8,0; $p < 0,05$). Таким образом, если говорить о клинической значимости полученных достоверных различий, то можно отметить умеренное улучшение ФФ в результате лечения больных к концу 1 месяца (на 6,25 балла) и выраженное улучшение его после 3 месяцев лечения (на 9,46).

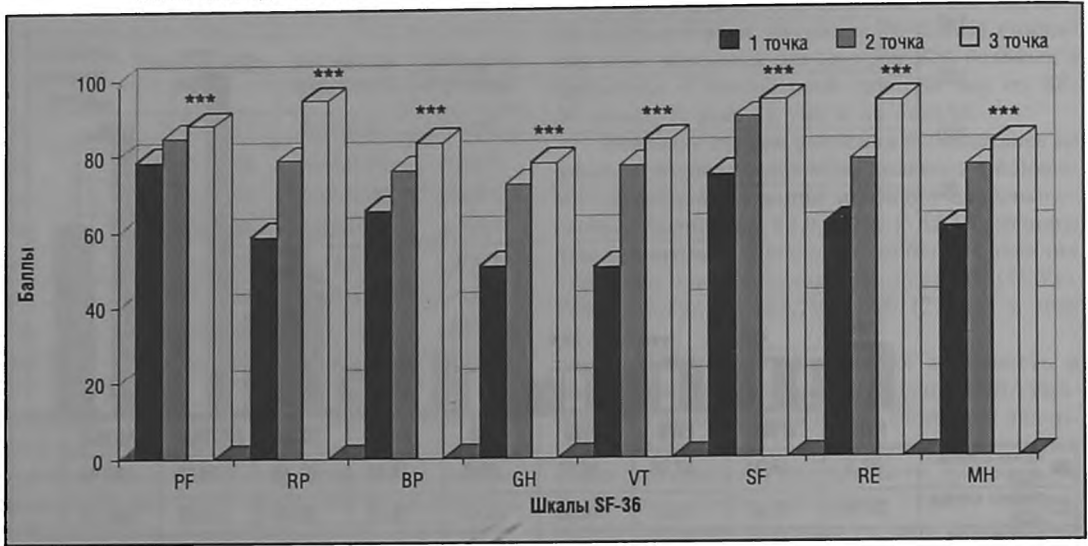
Минимальный уровень РФФ ($58,75 \pm 34,55$), наблюдаемый до начала лечения, к концу 1 месяца — $78,75 \pm 27,24$ балла и максимальный уровень ($94,38 \pm 15,36$) после трех месяцев лечения. Повышение признака через 1 месяц лечения — 34,0%, общее повышение признака составило

Таблица 3. Основные гематологические и биохимические показатели больных железодефицитной анемией в динамике лечения Сорбифер Дурулес

Показатель	До начала лечения	Через 1 месяц лечения	Через 3 месяца лечения
Эритроциты, $10^{12}/л$	$3,89 \pm 0,16$	$4,30 \pm 0,010^*$	$4,52 \pm 0,040^{***}$
Гемоглобин, г/л	$87,51 \pm 2,93$	$119,47 \pm 0,680^{***}$	$129,17 \pm 0,280^{***}$
Цветовой показатель, %	$0,66 \pm 0,05$	$0,83 \pm 0,002^{***}$	$0,86 \pm 0,002^{***}$
Ферритин, мкг/л	$5,86 \pm 0,98$	$11,77 \pm 0,120^{***}$	$22,20 \pm 0,140^{***}$
Сывороточное железо, мкмоль/л	$6,17 \pm 1,56$	$9,97 \pm 0,040^*$	$12,87 \pm 0,030^{***}$

Примечание. * — $p < 0,05$;
*** — $p < 0,001$ достоверность различий показателей в процессе лечения по сравнению с исходными.

Рисунок 3. Изменение уровня показателей SF-36 в динамике лечения,*** — $p < 0,001$ между точками исследования



60,7%. Разница между всеми точками статистически значима и составляет $p < 0,05$ (Q от 4,36 до 8,23).

Для шкалы интенсивности боли также выявлено достоверное изменение показателя в процессе лечения (Q от 4,74 до 7,75; $p < 0,05$). До начала лечения — 65,4±21,05 балла, к концу 1 месяца лечения — 75,89±25,08 балла, к концу 3 месяца лечения — 83,25±18,92 балла. В общем, увеличение признака произошло на 27,3%, между 1 и 2 точками исследования на 16,0%.

Минимальная величина показателя ОЗ до начала лечения составила 50,67±16,79 балла, через 1 месяц — 72,21±13,63 (повышение на 42,5%), через 3 месяца лечения — 77,59±13,3 балла (общее повышение на 53,1%, статистически значимо Q от 8,97 до 13,4; $p < 0,05$).

Уровень жизнеспособности минимален до начала лечения — 50,17±17,44 балла. Он статистически значимо (Q от 9,16 до 13,9; $p < 0,05$) повышается к концу 1 месяца лечения до 76,92±11,67 балла, то есть на 53,3% и достигает значений контрольной группы после трех месяцев лечения (83,46±10,08 балла, общее повышение на 66,4%).

Достоверно (Q от 7,04 до 9,33; $p < 0,05$) повышается уровень показателя социального функционирования девушек в процессе лечения. На 1 точке показатель составлял 74,3±19,6 балла, через 1 месяц лечения он повышается до 89,4±13,8 балла (20,3%), к концу лечения до 93,5±10,9 балла (на 25,8%).

Попарное сравнение методом Данна показало такие же аналогичные статистически значимые результаты по шкале РЭФ (Q от 3,94

до 7,3; $p < 0,05$). Величина показателя до начала лечения составила 61,1±33,29 балла, через 1 месяц — 78,06±28,5 (повышение на 27,8%), через 3 месяца лечения — 93,3±13,39 балла, что даже превышает уровень РЭФ здоровых лиц (общее повышение на 52,7%).

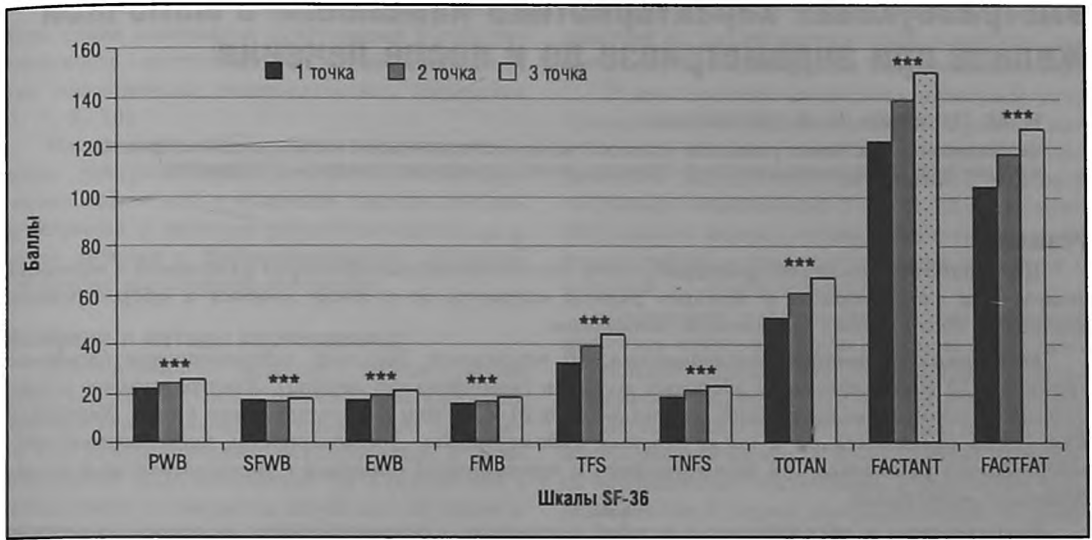
Минимальный уровень ПЗ наблюдался до начала лечения и составил 60,2±16,95 балла, на 2 точке исследования — 76,2±13,62 и на 3 точке — 82,2±11,78 балла. Уровень показателя достоверно увеличился в процессе лечения через 1 месяц на 26,6%, через 3 месяца на 36,5% (Q от 7,7 до 13,5; $p < 0,05$).

Таким образом, показатели КЖ по MOS SF — 36 в динамике лечения свидетельствуют о статистически значимом улучшении качества жизни по всем шкалам опросника. Наибольшим изменениям подвержены шкалы РФФ и РЭФ, ОЗ и Ж, отмечено улучшение на 60,7, 52,7, 53,1 и 66,4% соответственно, что говорит о выраженном положительном влиянии проводимой терапии на КЖ больных молодого возраста.

Анализируя динамику показателей КЖ по опроснику FactAn также выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) улучшение показателей в процессе лечения. Разница между всеми тремя точками исследования при попарном сравнении методом Данна, также достоверна и составляет $p < 0,05$; Q от 0,03 до 11,46. Численные значения показателей шкал FactAn на трех точках исследования представлены на рис. 4.

Улучшение КЖ к концу 1 и 3 месяцев лечения произошло по всем шкалам опросника. Достоверно улучшилась оценка больными сво-

Рисунок 4. Динамика показателей шкалы FactAn в динамике лечения, *** — $p < 0,001$ между точками исследования



его эмоционального и физического благополучия, благополучия в повседневной жизни. Выявлено, что проводимое лечение оказывает выраженное позитивное влияние на шкалы слабости, анемии, дополнительные показатели КЖ к концу 1 и 3 месяцев лечения по шкале слабости улучшилось на 23 и 36% соответственно; по шкале анемии на 21,2 и 32,9%, по дополнительным показателям на 18 и 27,1%, и по эмоциональному благополучию на 15,4 и 23,8%. По остальным шкалам опросника улучшение КЖ менее выражено, но статистически значимо.

Проведенное исследование показало, что все показатели своего здоровья больные ЖДА молодого и наиболее репродуктивного возраста оценивали как более низкие по сравнению с возрастной нормой. Применение препарата железа способствовало улучшению КЖ, и динамика показателей качества жизни коррелировала с клинической эффективностью. На фоне терапии отмечалось существенное улучшение общего состояния здоровья, жизненного тонуса (больные ощущали себя бодрыми и полными сил), настроения, улучшение взаимоотношений с друзьями, родственниками, увеличение повседневной активности и работоспособности, связанной с физическим и эмоциональным статусом, уменьшение чувства слабости, головокружения, одышки.

Таким образом, оценка качества жизни больных ЖДА с использованием анкет SF-36 и FactAn должна применяться как в научных исследованиях, так и в повседневной врачебной практике в комплексе с традиционными методами диагностики и оценки эффективнос-

ти терапии с целью формирования целостного взгляда на больного. Полученные данные свидетельствуют об эффективности Сорбифера Дурулес и необходимости его раннего и длительного применения, особенно у лиц молодого и наиболее репродуктивного возраста с целью получения здорового поколения в будущем.

Литература

1. Воробьев А. И. Руководство по гематологии: в 3-х т. М.; 2005: 3.
2. Зюбина Л. Ю. Патогенез, клиника, диагностика и лечение висцеральных поражений при железодефицитных состояниях: автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск; 2000.
3. Дворецкий Л. И. Алгоритмы диагностики и лечения анемий. Рус. Мед. журнал 2003; 11 (8): 427-33.
4. Подзолкова Н. М., Нестерова А. А., Назарова С. В., Шевелева Т. В. Железодефицитная анемия беременных. Рус. Мед. Журнал 2003; 11(5): 326-31.
5. Мальцева Л. И., Зефирова Т. П., Заболотная Л. Н. Железодефицитные состояния у беременных, детей и подростков: метод. рекоменд. Казань; 2000.
6. Николаева, Л. Б. Особенности течения первой беременности, осложненной анемией. Материалы II Российского форума Мать и дитя; 2000 сент 18-22; Москва; 2000; 107-08.
7. Цымбал И. Н. Железодефицитная анемия у детей. Лечащий врач 2001: 10: 22-7.
8. Захаревич О. А., Леонова М. В. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертензией: методы оценки и значение в клинической практике. Междунар. Мед. журнал 2001; 5: 412-17.
9. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине, СПб; 2002.
10. Ware, J. E., Sherbourne, C. D. The MOS 36 — item short form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-83.
11. Cella, D. The Functional Assessment of Cancer Therapy — Anemia (FACTAn) Scale: A New Tool for the Assessment of Outcomes in Cancer Anemia and Fatigue. Seminars in Hematology 1997; 34(3): 13-9.