

Колотова Г.Б.^{1,2}, Кузнецова Н.А.²

Качество жизни больных анкилозирующим спондилитом

1 - ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; 2 - МАУ ГКБ №40, г. Екатеринбург

Kolotova GB, Kuznetsova N. A.

Quality of life of patients with ankylosing spondylitis

Резюме

Целью исследования явилось изучение влияния особенностей течения анкилозирующего спондилита (АС) и социально-демографических факторов на качество жизни (КЖ) пациентов. Представлены результаты исследования КЖ (по данным опросника SF-36) 90 взрослых пациентов с АС в сопоставлении с 45 здоровыми лицами (группа контроля). Установлено, что у пациентов с АС по сравнению с контрольной группой снижены физические и психологические показатели КЖ ($p < 0,001$). КЖ больных АС ухудшается по мере нарастания воспалительной активности заболевания, функциональных ограничений, суставных проявлений и энтезитов. Коксит, выявленный у 76,7% пациентов, оказывает неблагоприятный эффект на шкалу ролевого физического функционирования. Статистически значимого влияния социально-демографических факторов на КЖ пациентов с АС не установлено.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, качество жизни

Summary

Aim of this study was to investigate the influence of flow characteristics of ankylosing spondylitis (AS) and socio - demographic factors on quality of life (QOL) of patients. The results of studies of QOL (according to SF-36), 90 adult patients with AS compared with 45 healthy subjects (control group). It is established that patients with AS compared with the control group decreased physical and psychological indicators of QoL ($p < 0,001$). QOL deteriorated patients with AS with the growth of inflammatory disease activity, functional limitations, articular manifestations and entezitov. Cox, detected in 76.7% of patients have adverse effects on the scale of role physical functioning. Statistically significant effect of socio - demographic factors on QOL in patients with AS has not been established.

Keywords: ankylosing spondylitis, quality of life

Введение

Идиопатический анкилозирующий спондилит (АС) занимает центральное место в группе спондилоартритов и второе место по распространенности среди воспалительных ревматических болезней (по данным разных авторов, от 0,15% до 1,9%) [1]. Социальное значение АС определяется тем, что болезнь начинается в молодом возрасте (пик заболеваемости приходится на возраст 15–30 лет), отличается неуклонным прогрессированием и ранней инвалидизацией в наиболее трудоспособном возрасте [2]. В последние годы внимание ревматологов привлекает вопрос изучения качества жизни пациентов, страдающих хронической костно-суставной патологией, которая сопровождается болевым синдромом, функциональными нарушениями, психологическими проблемами и социальными ограничениями, а также потребностью в длительной медикаментозной терапии [3, 4, 5, 6, 7]. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования

здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [8]. У пациентов с АС вопрос влияния заболевания на различные составляющие КЖ практически не изучен. В иностранной литературе представлены лишь единичные исследования с различными методологическими подходами и противоречивыми результатами [9,10,11,12]. Вместе с тем, знание проблем физической, психологической, социальной адаптации у пациентов, страдающих АС, позволит оптимизировать лечебные и реабилитационные мероприятия.

Целью исследования явилось изучение влияния особенностей течения АС и социально - демографических факторов на качество жизни пациентов.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе городского ревматологического центра МАУ «ГКБ №40» в период с 2009 по 2010 год. Основную группу составили 90 пациентов с АС. Критериями включения пациентов в исследование являлись: получение информированного согла-

Таблица 1. Клиническая характеристика больных анкилозирующим спондилитом

Параметр		Количество больных	
		абс.число	%
Пол	Женский	20	22,2
	Мужской	70	77,8
HLA-B27	Есть	84	93,4
	Нет	2	2,2
	Не определяли	4	4,4
Возраст пациентов, годы		43 (34; 48)*	
Возраст дебюта, годы		25,5(20;30)*	
Длительность болезни, годы		15,5 (9;22)*	
Степень активности по BASDAI,баллы		5 (3,6;6,4)*	
Функциональный индекс BASFI,баллы		3,5(1,9;6,5)*	
Метрولوجический индекс BASMI,баллы		5,8(5,0;6,8)*	
Поражение энтезисов, индекс MASES		3 (2;9)*	

Примечание: *приведены медианы (25;75 процентиля)

сия на участие в исследовании; достоверный диагноз АС в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (1984г). Критерий исключения из исследования: наличие тяжелой сопутствующей хронической соматической патологии, неконтролируемой медикаментозным лечением.

Основная характеристика группы представлена в таблице 1.

Контрольную группу составили 45 практически здоровых добровольцев (32 мужчины и 13 женщин); обе группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p=0,40$; $p=0,91$ соответственно). Всем пациентам, вошедшим в исследование, проводилась рентгенография крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных суставов, позвоночника, УЗИ тазобедренных суставов, лабораторное определение маркеров активности воспаления (СОЭ, СРП) и тестирование на генетический маркер HLAB27. В качестве инструмента определения активности использовался индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) [13]; функциональное состояние пациентов определялось по индексу BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) [13]. Для оценки спондилита использовались показатели боли в позвоночнике по числовой ранговой шкале (ЧРШ), отдельно оценивалась ночная, дневная боль и глобальная оценка общей активности заболевания пациентом. Для оценки подвижности всех отделов позвоночника определялся метрولوجический индекс BASMI ((Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) [13], поражения энтезисов - индекс MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) [13]. Оценка КЖ проводилась по русскоязычной версии опросника MOS SF-36 [8], разработанного на основе исследования Medical Outcomes Study (MOS) в США [14]. Опросник состоит из 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (Б), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, и более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Шкалы объединяются в

два показателя: физический компонент здоровья (ФКЗ), включающий шкалы ФФ, РФФ, Б, ОЗ и психологический компонент здоровья (ПКЗ), включающий шкалы ПЗ, РЭФ, СФ, Ж. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica, версия 6,1» (Stat Soft, США). Большинство показателей анализируемой группы характеризовались распределением, отличным от нормального, в связи, с чем результаты представлены в виде медианы (Me) с указанием размаха значений от 25 до 75 процентиля - Me (25;75%). Сравнение двух групп количественных признаков с распределением, отличным от нормального, с равной дисперсией, проводилось с помощью критерия Манна-Уитни (U). С целью выявления корреляции определялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R). Статистически значимой считалась разница показателей при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования нами изучены показатели качества жизни по данным опросника SF-36 у пациентов с АС в сравнении с контрольной группой. Как следует из данных, представленных в таблице 2, выборка больных АС отличалась от контрольной группы значимо худшими показателями КЖ как по физическому, так и по психологическому компоненту ($p<0,001$). Наиболее низкий показатель, отражающий психологический компонент, был получен у пациентов основной группы по шкале ролевого эмоционального функционирования, предполагающей оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Эти данные указывают на то, что у больных АС эмоциональное состояние значительно ограничивает повседневную активность. Полученные нами результаты не противоречат проведенному ранее исследованию Rita Rugienė et al. (2008) на выборке пациентов АС [9].

На втором этапе исследования мы попытались проанализировать факторы, оказывающие влияние на ухудшение КЖ у больных АС. В результате проведения корреляционного анализа установлены значимые отрицательные корреляционные связи между всеми показате-

Таблица 2. Показатели качества жизни больных АС

Показатель шкалы опросника SF-36 (баллы)**	Группа больных АС n=90	Контрольная группа n=45	p*
Физическое функционирование	65(45;80)	85 (80;85)	p< 0,001
Роль физическое функционирование	25 (15;50)	87(75;88)	p < 0,001
Интенсивность боли	41 (22;42)	62(51;62)	p < 0,001
Общее состояние здоровья	40 (25;50)	55 (45;62)	p < 0,001
Жизненная активность	45 (30;60)	75 (65;80)	p < 0,001
Социальное функционирование	50 (37,5;75)	75 (75;87,5)	p < 0,001
Роль эмоциональное функционирование	33,3(0;100)	87(86;88)	p < 0,001
Психическое здоровье	56 (44;72)	80 (68;84)	p < 0,001

Примечание: n – количество пациентов, *для оценки достоверности различий использовался U критерий Манна-Уитни, ** показатели КЖ в виде Me (25; 75-й %)

Таблица 3. Коэффициенты корреляции (R) между показателями шкал опросника SF-36 и индексами BASDAI, BASFI, BASMI, MASES

Показатель шкалы опросника SF-36 (баллы)	BASDAI	BASFI	BASMI	MASES
Физическое функционирование	-0,57^	-0,68^	-0,47^	-0,34^
Роль физическое функционирование	-0,46^	-0,56^	-0,20	-0,39^
Интенсивность боли	-0,59^	-0,58^	-0,28*	-0,29**
Общее состояние здоровья	-0,54^	-0,49^	-0,25*	-0,23*
Жизненная активность	-0,50^	-0,56^	-0,24*	-0,33*
Социальное функционирование	-0,55^	-0,49^	-0,22*	-0,31
Роль эмоциональное функционирование	-0,37^	-0,38^	-0,26*	-0,21
Психическое здоровье	-0,48^	-0,40^	-0,11	-0,23*

Примечание: *p<0,05, **p<0,01, ^p<0,001;

R – ранговая корреляция Спирмена

лями КЖ и индексом активности BASDAI у пациентов основной группы (таблица 3), что свидетельствует о выраженном негативном влиянии активности воспалительного процесса на физический и психологический компоненты КЖ. Аналогичные статистически значимые корреляции выявлены у пациентов с АС между функциональным индексом BASFI и всеми шкалами КЖ опросника SF-36 (p<0,001). При этом наиболее сильная отрицательная корреляционная связь отмечена между шкалой физического функционирования опросника и функциональным индексом BASFI (R=-0,68, p<0,001), что представляется достаточно закономерным: чем больше ограничение двигательной функции позвоночника, тем хуже физическая активность

пациента. Статистически значимые отрицательные корреляционные связи установлены также между метрولوجическим индексом BASMI, индексом поражения энтезисов MASES и шкалами КЖ пациентов, при этом также наиболее выраженные - с шкалой физического функционирования (R= - 0,47, p<0,001 и R= - 0,34, p<0,001 соответственно). Это позволяет предполагать, что по мере нарастания активности воспалительного процесса, прогрессирования функциональных ограничений со стороны позвоночника, вовлечения в воспалительный процесс энтезисов качество жизни пациентов АС будет ухудшаться по всем его составляющим компонентам. Сходные тенденции отмечались и другими авторами [9,10,11].

Таблица 4. Коэффициенты корреляции (R) между показателями шкал опросника SF-36 и интенсивностью болевого синдрома

Показатель шкалы опросника SF-36 (баллы)	Ночная боль в позвоночнике (ЧРШ), баллы	Боль в позвоночнике в течение дня (ЧРШ), баллы	Глобальная оценка активности (ЧРШ), баллы
Физическое функционирование	-0,39 [^]	-0,45 [^]	-0,51 [^]
Ролевое физическое функционирование	-0,36 [^]	-0,43 [^]	-0,49 [^]
Интенсивность боли	-0,56 [^]	-0,47 [^]	-0,49 [^]
Общее состояние здоровья	-0,27 ^{**}	-0,42 [^]	-0,47 [^]
Жизненная активность	-0,26 [*]	-0,38 ^{**}	-0,48 [^]
Социальное функционирование	-0,41 ^{**}	-0,43 [^]	-0,44 [^]
Ролевое эмоциональное функционирование	-0,19	-0,22 [*]	-0,36 [^]
Психическое здоровье	-0,23 [*]	-0,29 [*]	-0,39 [^]

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, [^] $p < 0,001$;

R – ранговая корреляция Спирмена

Активность спондилита, помимо индекса BASDAI, определялась у исследованных больных АС с помощью показателей боли в позвоночнике по числовой ранговой шкале (ЧРШ) (ночная и дневная боль). Нами выявлены статистически значимые отрицательные корреляционные связи между выраженностью воспалительной боли в позвоночнике, определяемой по уровню ночной боли, и показателями физического и психологического компонента КЖ (таблица 4). Выраженность болевого синдрома в течение дня также коррелировала со всеми шкалами КЖ, причем наиболее тесные корреляционные связи отмечены со шкалой физического функционирования ($R = -0,45, p < 0,001$). Аналогичный характер продемонстрировали корреляционные связи между глобальной оценкой общей активности заболевания пациентом и физической компонентой КЖ ($R = -0,51, p < 0,001$), глобальной оценкой общей активности заболевания пациентом и показателями психологического здоровья ($R = -0,48, p < 0,001$). Нельзя не учитывать, что, по выражению Parsons (1958), «хроническая боль — это больше, чем физический симптом. Ее постоянное присутствие имеет множество проявлений, включая поглощенность пациента болью; ограничение личной, социальной и профессиональной деятельности; деморализацию и аффективные расстройства; использование большого количества медикаментов и частое обращение за медицинской помощью, когда в целом человек сживает с «ролью больного» [15]. Формирующаяся сложная психофизиологическая модель поведения у пациента АС с хронической болью ухудшает такие показатели психологического компонента КЖ как шкала социального функционирования ($R = -0,43, p < 0,001$) и, в меньшей степени, шкала жизнеспособности ($R = -0,38, p < 0,01$).

Одним из основных факторов неблагоприятного прогноза при серонегативных спондилоартритах явля-

ется коксит [16]. Для оценки влияния поражения тазобедренных суставов на КЖ мы разделили пациентов основной группы на 2 подгруппы: 1-ю составили 69 больных АС (76,7%) с признаками коксита, 2-ю – 21 пациент без коксита (23,3%). В таблице 5 представлены сравнительные данные параметров КЖ у больных АС с кокситом и без поражения тазобедренных суставов. Нами установлено негативное влияние коксита на физический компонент КЖ, при этом наиболее неблагоприятный эффект коксит оказывает на шкалу ролевого физического функционирования ($p = 0,01$). Статистически значимых изменений шкал психологического компонента КЖ у пациентов АС с кокситом в сравнении с подгруппой больных без коксита не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о прогрессирующем ухудшении физического компонента КЖ больных АС при вовлечении в воспалительный процесс тазобедренных суставов. Подобных исследований в доступной литературе мы не встретили, поэтому приводим собственные данные.

Продолжая поиск причин, оказывающих влияние на изменение КЖ больных АС, мы изучили корреляционные связи между социально – демографическими факторами (пол, возраст, семейный статус, образование и трудовая занятость) и параметрами КЖ пациентов. Нами не установлено достоверных гендерных различий в качестве жизни больных АС ($p > 0,05$), негативное влияние данного заболевания на КЖ носило однотипный характер у мужчин и женщин. В литературе имеется указание на различие КЖ мужчин в сравнении с женщинами при другом ревматическом заболевании – ревматоидном артрите (РА) [17]. Согласно результатам исследований КЖ при РА в рамках многоцентрового проекта «Мираж», мужское население в популяции имело лучшие показатели КЖ по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с женским ($p < 0,001$) [6]. Можно полагать, что хроническое воспа-

Таблица 5. Показатели качества жизни больных АС при наличии коксита

Показатель шкалы опросника SF-36 (баллы)	Группа АС с кокситом n=69	Группа АС без коксита n=21	p
Физическое функционирование	60 (40;75)	75 (50;90)	0,07
Роль физическое функционирование	10 (5;25)	25 (25;75)	0,01
Интенсивность боли	41 (22;42)	41 (32;41)	0,85
Общее состояние здоровья	40 (25;50)	40 (30;50)	0,83
Жизненная активность	45 (30;55)	55 (35;65)	0,32
Социальное функционирование	50 (37,5;75)	62,5(37,5;75)	0,17
Роль эмоциональное функционирование	33 (0;100)	66,6(33,3;100)	0,16
Психическое здоровье	56 (44;72,)	56 (44;72)	0,57

Примечание: n – количество пациентов; *для оценки достоверности различий использовался U критерий Манна-Уитни; ** показатели КЖ в виде Ме (25; 75-й %)

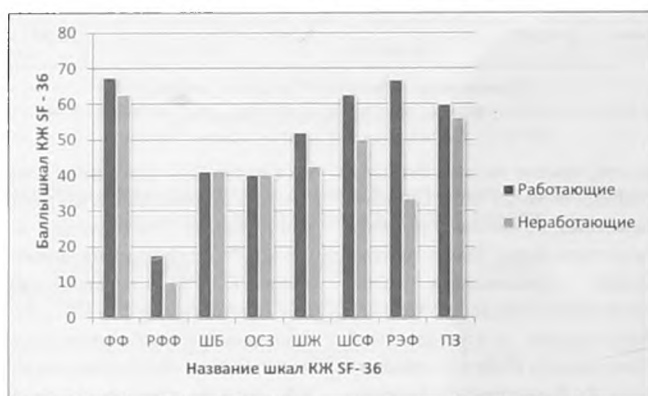


Рис. 1. Качество жизни больных АС в зависимости от трудовой занятости

лителное поражение позвоночника и суставов при АС, значительно ограничивая физическую и повседневную активность, сопровождаемая хроническим болевым синдромом, нивелируют гендерные различия КЖ, наблюдаемые в популяции.

Влияния на КЖ пациентов с АС таких показателей как возраст, уровень образования и семейный статус нами также не выявлено ($p > 0,05$).

Следует отметить, что в исследуемой группе не обнаружено влияния на КЖ и трудовой занятости больных АС (рисунок 1). Прослеживается лишь тенденция связи между социальным функционированием и трудовой занятостью ($p=0,06$). Результаты представленных в литературе единичных исследований по влиянию социально-демографических факторов на КЖ больных АС имеют противоречивый характер. Так, Rita Rugienė et al. (2008) не обнаружили взаимосвязи между половой принадлежностью, уровнем образования, трудоспособностью и КЖ при АС [9]. С другой стороны, Voopen et al. (2001), Chorus AM et al. (2003) по результатам проведенных исследований пришли к заключению, что трудовой статус является важной независимой внешней детерминантой физического, но не психического компонента КЖ [18,19]. Возможно, в основе отсутствия связи между КЖ и трудо-

вой занятостью обследованных нами пациентов лежит индивидуальная иждивенческая позиция больных АС на оформление группы инвалидности, а также психологические особенности, что требует дальнейшего изучения.

Выводы

1. В группе пациентов с АС по сравнению с группой здоровых лиц снижены как физические, так и психологические показатели КЖ.
2. Ухудшение КЖ отмечается по мере нарастания воспалительной активности АС, функциональных ограничений, суставных проявлений и энтезитов.
3. Влияния социально – демографических факторов на КЖ пациентов с АС не выявлено. ■

Калотова Г.Б., д.м.н., профессор кафедры терапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, заместитель главного врача по медицинской части МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург; **Кузнецова Н.А.,** врач ревматолог, городской ревматологический центр МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за ведение переписки - Кузнецова Наталья Александровна, 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, дом 189, e-mail: natalia10@e1.ru, Тел. 8-9501929022

Литература:

1. Braun J., Bollow M., Remlinger G., et al. The prevalence of spondyloarthritis in HLA B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 58-67.
2. Бадюкин В.В. Симптом - модифицирующая терапия идиопатического анкилозирующего спондилоартрита. *Русский медицинский журнал* 2004; 12(6): 433 - 436.
3. Андрианова И.А., Амирджанова В.Н., Кричевская О.А. и соавт. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом, Научно-практическая ревматология 2006; 2: 11 - 17.
4. Елисеев М.С., Мукагонова М.В., Барскова В.Г. Качество жизни больных подагрой. *Современная ревматология* 2011; 4: 35-37.
5. Цапина Т.Н., Эрдес Ш.Ф., Сизкова К.Ш. Качество жизни больных остеоартрозом. *Научно-практическая ревматология* 2004; 2:20 - 22.
6. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»). *Научно-практическая ревматология* 2008; 1: 36-48.
7. Амирджанова В.Н., Климова Н.В., Горячев Д.В., Савенкова Н.А., Насонов Е.Л. Качество жизни больных ревматоидным артритом при применении анти - В - клеточной терапии (результаты международных исследований и данные Российского регистра). *Научно-практическая ревматология* 2008; 6:64-69.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М: Олма - пресс; 2002. 314.
9. Rugienų Rita, Kirdaitų Gailutė, Graulevičiūtė Editā, Dadonienė Jolanta, Venalis Algirdas. The quality of life and functional ability in patients with ankylosing spondylitis. *Acta medica lituanica* 2008; 15(2): 99-103.
10. Mustur Дулан, Vesović-Potij Vladislava. et al. Assessment of Functional Disability and Quality of Life in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo* 2009; 137(9):524-528.
11. Kemal Nas, Remzi Zevic, Mehtap Bozkurt, Ali Gur, Ayuegyl Jale Sarac. Relationship Between Clinical Findings, Quality of Life and Functional Disability Related to Disease Activity in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Turk J Rheumatol* 2011; 26(1):29-37.
12. Yasemin Turan, Mehmet Tuncay Duruuz. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a pilot study. *Rheumatology International* 2007; 27(10): 895 - 899.
13. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliakos X. et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (Suppl II):2 - 44.
14. Ware J. E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide. Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated 2000.150.
15. Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль. *Российский журнал боли* 2010; 26(1):3-7.
16. Amor B., Santos R.S., Nahal R. et al. Predictive factors for the longterm outcome of spondyloarthropathies. *J. Rheumatol* 1994; 21: 1883-1887.
17. Никитина Н.М., Симонова Я.О., Ребров А.П. Качество жизни больных ревматоидным артритом в Саратовском регионе. *Клиническая медицина* 2007; 6:50 - 54.
18. Boonen A., Chorus A., Miedema H. et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1033-9.
19. Chorus A.M., Miedema H.S., Boonen A., van der Linden S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(12): 1178-84.