

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕРАПИИ

<sup>1</sup>Т.А.Раскина, <sup>2</sup>О.А.Пирогова, <sup>1</sup>О.С.Мальщенко, <sup>2</sup>С.Ю.Панкратова

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Кемерово, Россия

<sup>2</sup>ГАУЗ КО «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн», Кемерово, Россия

*Оценивали качество жизни (КЖ) больных анкилозирующим спондилитом (АС) по результатам общего опросника EQ-5D и опросника SF-36 на фоне комбинированной терапии ИНФ и НПВП и монотерапии НПВП. Полученные результаты позволяют предположить, что раннее назначение ИНФ благоприятно влияет на течение и прогноз АС.*

*Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, ингибиторы фактора некроза опухоли б, качество жизни, опросник EQ-5D, опросник SF-36.*

Анкилозирующий спондилит (АС) – заболевание характеризующееся развитием хронического системного воспалительного процесса с преимущественным поражением осевого скелета.

Качество жизни (КЖ) является интегральной характеристикой различных сфер жизнедеятельности человека и основывается на субъективном его восприятии. В медицинском понимании КЖ всегда связано со здоровьем и характеризует изменения физического, эмоционального и социального благополучия под влиянием заболевания и лечения. Применение опросников вместе с другими общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования позволяет расширить представление врача о состоянии больного в целом.

Одним из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки КЖ является The Short Form-36 (SF-36). Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья.

При выборе опросников для оценки КЖ важно принимать во внимание, что для использования в клинико-экономическом исследовании предпочтение отдается тем из них, которые дают результат оценки КЖ в виде единого итогового балла от 0 до 1,0. К таким, в частности, относится опросник EQ-5D. Он широко используется в различных клинических ситуациях, в том числе при оценке КЖ больных ревматологического профиля [1]. Улучшение КЖ больных АС может являться либо главной, либо дополнительной, либо единственной целью при лечении пациентов [2].

Основную роль в лечении АС играют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО-α). НПВП могут применяться в качестве

монотерапии при АС. Они значительно улучшают клинические и функциональные показатели активности, а также снижают СОЭ и уровень С-реактивного белка [3, 4]. В многочисленных исследованиях показано, что ингибиторы ФНО-α достоверно уменьшают число воспалительных изменений в позвоночнике и крестцово-подвздошных сочленениях. Значимая эффективность инфликсимаба (ИНФ) по сравнению с плацебо была впервые описана J. Graub и соавт. в рандомизированном двойном слепом исследовании 69 пациентов с активным АС. Кроме того, было установлено, что ИНФ уменьшает выраженность внесуставных проявлений АС, влияющих на снижение КЖ и указывающих на худшие исходы заболевания [5].

**Цель исследования** – оценить влияние ИНФ на КЖ больных АС по результатам общего опросника EQ-5D и SF-36.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 66 пациентов мужского пола с диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984г.) [5], в развернутой или поздней стадии заболевания, с высокой степенью активности – BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)  $\geq 4,0$ .

Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от варианта базисной терапии. Первая группа (n=16) – пациенты, получавшие комбинированную терапию ИНФ и НПВП. Вторая группа (n=50) – пациенты, получавшие монотерапию НПВП в стандартных дозах (диклофенак 150 мг/сут., нимесулид 200 мг/сут., мелоксикам 15 мг/сутки.). Индекс НПВП для всех пациентов соответствовал 100, т.е. дозы принимаемых НПВП были эквивалентны диклофенаку 150 мг/сутки и принимались ежедневно [10]. ИНФ назначали по стандартной схеме из расчета 5 мг/кг массы тела пациента: в 1-й день, затем через 2 недели и 6 не-

дель после первого введения, и далее каждые 8 недель. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Клиническая характеристика больных представлена в табл.1.

Группы больных были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания. Средний возраст больных в первой группе – 36,1±2,2 лет, во второй группе – 39,3±2,0 лет (P>0,05), длительность заболевания АС – 11,2±1,3 и 10,5±2,4 лет, соответственно (P>0,05).

Для оценки КЖ использовался международный опросник EQ-5D и опросник SF-36.

Все пациенты самостоятельно заполняли опросники при включении в исследование и через 12 месяцев наблюдения.

Статистический анализ проводили при помощи пакета программ Statistica 6.1 (StatSoft, США)

для Windows (лицензионное соглашение 74017-640-0000106-57177).

**Результаты.** При заполнении опросника EQ-5D на момент включения в исследование проблемы со здоровьем отмечали в той или иной степени все опрошенные больные АС. В целом, у большинства пациентов по всем компонентам КЖ имелись проблемы средней степени выраженности (табл.2).

В группе 1 сильную боль или дискомфорт испытывали 7 человек (43,7%), выраженную тревогу или депрессию – 5 пациентов (31,2%), отсутствие тревоги или депрессии отмечали 3 больных (18,7%), проблемы с передвижением в пространстве – 1 (6,2%).

В группе 2 сильную боль или дискомфорт испытывали 32 человека (64%), выраженную тре-

Таблица 1

**Общая характеристика групп больных АС**

Показатель	1 группа	2 группа
Число больных, n	16	50
Возраст, n	36,1±2,2	39,3±2,0
Длительность заболевания, годы	11,2±1,3	10,5±2,4
Периферический артрит, n	5	15
Индекс BASDAI (0-10), баллы	8,3±3,4	8,0±2,8
Индекс BASFI (0-10), баллы	6,3±2,4	6,4±3,3

Таблица 2

**Сравнительная оценка состояния здоровья больных АС по данным общего опросника EQ-5D в зависимости от варианта базисной терапии (%)**

Состояние здоровья	1 группа		2 группа		P (гр. 1 vs гр. 2)
	n	%	n	%	
<b>Передвижение в пространстве</b>					
Нет проблем	1	6,2	3	6	P>0,05
Есть некоторые проблемы	15	98,2	39	92,9	P>0,05
Прикован к кровати	0	0	0	0	-
<b>Самообслуживание</b>					
Сохранено	5	8,9	11	26,2	P<0,05
Частично сохранено	12	83,9	28	66,7	P<0,05
Не может сам мыться и одеваться	1	6,2	3	7,1	P>0,05
<b>Повседневная активность</b>					
Нет проблем	4	14,3	13	30,1	P<0,05
Есть некоторые проблемы	9	80,4	21	50	P<0,05
Не может выполнять повседневные дела	3	5,6	8	19,9	P<0,05
<b>Боль и дискомфорт</b>					
Нет боли и дискомфорта	0	0	0	0	-
Есть небольшая боль и дискомфорт	9	56,3	21	50	P>0,05
Есть сильная боль и дискомфорт	7	43,7	32	64	P>0,05
<b>Тревога и депрессия</b>					
Нет тревоги и депрессии	3	18,8	20	40	P<0,05
Есть небольшая тревога и депрессия	8	50	18	36	P<0,05
Есть выраженная тревога и депрессия	5	31,2	12	24	P>0,05

вогу или депрессию – 9 (18%), отсутствие тревоги или депрессии – 20 пациентов (40%), проблемы с передвижением в пространстве – 3 (6%), проблемы с самообслуживанием – 3 (6%).

Среди опрошенных больных как в группе с комбинированной терапией ИНФ, так и в группе с монотерапией НПВП, отсутствовали пациенты, не испытывавшие боли или дискомфорта и пациенты, имевшие выраженные проблемы с передвижением в пространстве.

При расчете количественного индекса здоровья по опроснику EQ-5D установлено, что исходно у пациентов, получавших комбинированную терапию ИНФ и НПВП, показатель индекса здоровья был ниже, чем у пациентов с монотерапией НПВП:  $0,49 \pm 0,02$  и  $0,59 \pm 0,04$  соответственно. Через год терапии отмечалось статистически значимое увеличение показателя в обеих группах больных:  $0,78 \pm 0,04$  и  $0,81 \pm 0,07$  ( $P < 0,05$  и  $P < 0,05$  соответственно). Изменение индекса здоровья на фоне комбинированной терапии ИНФ и НПВП соответствовало удовлетворительному терапевтическому эффекту ( $\Delta$  EQ-5D – 0,29), тогда как в группе больных с монотерапией НПВП – минимальному терапевтическому эффекту ( $\Delta$  EQ-5D – 0,22).

На втором этапе исследования проводился анализ данных показателя ВАШ. Показатель ВАШ у пациентов обеих групп исходно статистически значимо не различался ( $54,8 \pm 8,1$  мм и  $56,6 \pm 9,3$  мм,  $P > 0,05$ ). Через 12 месяцев наблюдения в группе больных, получавших комбинированную терапию ИНФ и НПВП, отмечено статистически значимое увеличение показателя ВАШ ( $69,7 \pm 6,3$  мм,  $P < 0,05$ ), в отличие от группы больных с монотерапией НПВП, где статистически значимые изменения показателя ВАШ в динамике отсутствовали.

Установлено, что у больных АС, получавших монотерапию НПВП, отмечались более низкие значения по всем шкалам опросника SF-36, чем у больных получавших комбинированную терапию ИНФ и НПВП. Результаты представлены в табл.3.

Среди шкал, образующих физическое здоровье, наибольшие различия между группами больных выявлены для интенсивности боли – 38,42% ( $p < 0,0001$ ). Различия по шкале физического функционирования составили 36,57% ( $p < 0,0001$ ), по показателю ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – 29,79% ( $p < 0,0001$ ). Высокие показатели этой шкалы у больных, получавших комбинированную терапию ИНФ и НПВП, свидетельствуют об увеличении их социальной активности, уменьшении ограничений при выполнении действий в повседневной жизни, трудовой деятельности и домашней работы.

Наименьшие различия между группами больных установлены по показателю общего состояния здоровья – 24,48% ( $P < 0,001$ ).

Среди шкал, обуславливающих психическое здоровье, также получены статистически значимые различия между группами, при этом наибольшие из них выявлены для показателя жизненной активности – 24,78% ( $P < 0,001$ ).

Различие по шкале ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, составило 23,21% ( $P < 0,001$ ), по показателю психического здоровья – 19,82% ( $p < 0,001$ ). Наименьшее различие между группами выявлено для шкалы социального функционирования – 9,55% ( $P < 0,001$ ).

Различия для показателя физического компонента здоровья составили 32,26% ( $p < 0,0001$ ), для психологического компонента – 19,24% ( $p < 0,001$ ).

Таблица 3

**Показатели опросника SF-36 у больных АС с комбинированной терапией ИНФ и НПВП и монотерапией НПВП**

Показатель	1 группа	2 группа	P (гр.1 vs гр.2)
Общее состояние здоровья (GH)	$58,76 \pm 20,37$	$34,49 \pm 20,04$	$P < 0,001$
Интенсивность боли (BP)	$59,93 \pm 27,27$	$23,36 \pm 24,3$	$P < 0,0001$
Физическое функционирование (PF)	$63,4 \pm 25,88$	$24,98 \pm 23,11$	$P < 0,0001$
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	$66,97 \pm 22,29$	$37,18 \pm 23,28$	$P < 0,0001$
Социальное функционирование (SF)	$51,23 \pm 14,54$	$41,68 \pm 12,26$	$P < 0,001$
Жизненная активность (VT)	$63,61 \pm 26,25$	$38,83 \pm 20,19$	$P < 0,001$
Психическое здоровье (MH)	$58,82 \pm 15,96$	$39,5 \pm 15,32$	$P < 0,001$
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	$62,36 \pm 16,28$	$39,15 \pm 13,79$	$P < 0,001$
Физический компонент здоровья (PH)	$62,26 \pm 23,95$	$30,0 \pm 19,71$	$P < 0,0001$
Психологический компонент здоровья (MH)	$59,0 \pm 18,26$	$39,79 \pm 15,39$	$P < 0,001$

**Заключение.** В настоящем исследовании установлено, что на основании общего опросника EQ-5D и опросника SF-36 исходно проблемы со здоровьем имеют все больные АС.

Динамика показателя ВАШ опросника EQ-5D через 12 месяцев наблюдения свидетельствует о повышении КЖ у больных АС на фоне комбинированной терапии ИНФ и НПВП.

Изменение индекса здоровья на фоне комбинированной терапии ИНФ и НПВП соответствует удовлетворительному терапевтическому эффекту, тогда как в группе больных с монотерапией НПВП – минимальному.

По результатам опросника SF-36 выявлены статистически значимо более высокие показатели жизненной активности, обуславливающие психическое здоровье у пациентов, получавших комбинированную терапию ИНФ и НПВП.

Таким образом, можно предполагать, что раннее назначение комбинированной терапии ИНФ и НПВП благоприятно влияет на течение и прогноз АС.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Staquet, M.J. Quality of life assessment in clinical trials / M.J. Staquet // Oxford University Press. – 1998. – P.360.
2. Амирджанова, В.Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В.Н.Амирджанова, Г.М.Койлубаева // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 2:72. – P. 6.
3. Braun, J. International ASAS consensus statement for the use of anti-tumour necrosis factor agents in patients with ankylosing spondylitis / J. Braun [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2003. – 62:817. – P. 24.
4. Dougados, M. ASAS recommendations for collecting, analysing and reporting NSAID intake in clinical trials/epidemiological studies in axial spondyloarthritis / M. Dougados [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2011. – № 70:249. – P. 51.
5. Van der Linden, S. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria / S. Van der Linden [et al.] // Arthr Rheum. – 1984. – 27:361. – P.8.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

<sup>1,2</sup> Лариса Ротару, <sup>1,2</sup> Лилиана Гроппа, <sup>1</sup> Нина Зубрички, <sup>2</sup> Оксана Сырбу

<sup>1</sup> Государственный университет медицины и фармацевтики «Николае Тестемицану», г.Кишинэу, Республика Молдова

<sup>2</sup> Республиканская клиническая больница, г.Кишинэу, Республика Молдова

*Определена частота выявления метаболического синдрома у больных подагрой, изучены его проявления в зависимости от характера поражения почек. Показано, что наличие метаболического синдрома у больных подагрой достоверно ухудшает функциональную способность почек.*

*Ключевые слова: метаболический синдром, подагра, факторы риска, почки.*

**Актуальность темы.** В основе развития подагры лежит нарушение метаболизма пуриновых оснований. В сообщении ВОЗ от 2000 года подагра была причислена к ряду болезней, связанных с ожирением, таких как артериальная гипертензия, коронарная болезнь сердца, инсульт, сахарный диабет 2 типа [1, 11, 12]. Все перечисленные сочетающиеся с подагрой метаболические нарушения относятся к числу основных компонентов метаболического синдрома (МС). Распространенность МС в популяции достаточно высока и превышает 20% [2].

**Цель исследования.** Определить частоту выявления метаболического синдрома у больных по-

дагрой, изучение его проявлений в зависимости от характера поражения почек.

Объекты исследования.

1. Выявление факторов риска у больных с подагрой;

2. Определение вариантов поражения почек при подагре в сочетании с МС и без МС;

3. Особенности клинической картины у больных с подагрой в сочетании с МС и без МС.

**Практическая ценность работы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости активной оценки параметров метаболического синдрома, как у пациентов с подагрой, так и без нее, с целью уменьшения осложнений со