

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

С.Т. АБИШЕВА, А.А. САРМАНОВА
Медицинский Университет Астана,
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Несмотря на достижения в диагностике и лечении системной красной волчанки (СКВ), существует много сложностей в ведении пациентов и качество жизни пациентов остается низким. Много усилий было сделано для разработки, валидации и внедрения в клиническую практику опросников качества жизни (КЖ) в клиническую практику. Важным аспектом в оценке качества жизни больных СКВ является изучение показателей КЖ в зависимости от возраста пациентов, длительности заболевания. Целью нашего исследования явилось изучение КЖ и его взаимосвязи с клиническими и демографическими показателями пациентов с СКВ.

Ключевые слова: качество жизни, системная красная волчанка, опросники: HAQ, EQ5D, SF-36.

ВВЕДЕНИЕ

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммунное воспалительное повреждение внутренних органов [1].

СКВ с разной частотой встречается во всех климато-географических зонах Земли, во всех этнических группах. Показатели распространенности СКВ в мире колеблются в диапазоне от 20 до 70 на 100.000 населения, первичная заболеваемость от 1 до 10 на 100000 человеко-лет [2, 3].

Согласно проведенному трехцентровому эпидемиологическому исследованию СКВ средние показатели заболеваемости и распространенности в Республике Казахстан превышали таковые в России и Украине (Насонов Е.Л., 2010 год) [4].

При этом следует отметить, что пациенты из числа этнических меньшинств (выходцы из Латинской Америки, Африки и Азии) не только чаще заболевают СКВ, но и, как правило, имеют более раннее и острое начало заболевания, с более тяжелыми клиническими проявлениями и высокой активностью заболева-

ния, с быстрым накоплением повреждений и большим риском смерти [5].

Bertoli A.M. и соавт. (2007r), суммируя данные эпидемиологических исследований, проведенных с 1950 по 2004 годы, отмечает отчетливую тенденцию нарастания частоты СКВ в последнее десятилетие [6]. В Республике Казахстан по официальным данным также существует тенденция к росту распространенности СКВ от 11,5 на 100 000 населения в 2006г до 13,7 в 2009 году, первичной заболеваемости от 1,5 до 1,7 на 100 000 соответственно [7].

Рост заболеваемости и распространенности СКВ в последние десятилетия объясняется как улучшением методов ранней диагностики, так и совершенствованием методов лечения с оптимальным использованием препаратов на всех этапах заболевания и, соответственно, увеличением продолжительности их жизни [6].

Согласно опубликованным в 2012 году результатам мета-анализа общая 5-летняя и 10-летняя выживаемость больных СКВ в период с 1950-х и 2000-х годов значительно увеличилась с 74,8% до 94,8% и 63,2% до 91,4% соответственно [8]. С увеличением выживаемости пациентов внимание исследователей привлекла проблема качества жизни (КЖ) пациентов, как одного из

критериев эффективности лечебно-восстановительных мероприятий. В этой связи, изучение КЖ, связанного со здоровьем, заняло особое место в клинических исследованиях, также как и в рутинной клинической практике, согласно «Рекомендациям EULAR по мониторингу пациентов с СКВ в клинической практике и обсервационных исследованиях» оценка КЖ включена обязательной наряду с определением активности заболевания, индекса повреждения и мониторингом побочных эффектов терапии [9].

Несмотря на значительные успехи в диагностике и терапии системной красной волчанки (СКВ), увеличение продолжительности жизни, КЖ больных остается ниже популяционного уровня.

В настоящий момент КЖ, привлекая внимание врача к психологической и социальной области функционирования пациентов с системной красной волчанкой, является самостоятельной мерой оценки состояния пациента и рекомендовано к обязательному комплексу обследования в совокупности с активностью заболевания, индексом повреждения органов.

Результаты многочисленных зарубежных исследования показали значительные противоречия во влиянии различных факторов на КЖ у пациентов с СКВ, однако, подобных исследований в Казахстане не проводилось.

В связи с этим встает вопрос о необходимости дальнейшего изучения, комплексной оценке КЖ пациентов при СКВ, валидации новых инструментов исследований и использованию их в оценке эффективности проводимой терапии.

Цель исследования: проведение комплексной оценки КЖ больных при СКВ по международным опросникам HAQ, EuroQol-5D (EQ-5D) и Short Form Medical Outcomes Study (SF-36).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование включало одномоментную оценку активности заболевания, индекса накопленного повреждения органов и систем, КЖ больных СКВ и группы контроля.

В исследование были включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в отделении терапии ГКП на ПХВ «Городская больница №2», отделении артрологии НИИ

ТО за период ноябрь 2013 года – январь 2014 года. Пациенты были старше 18 лет и подписали информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз СКВ устанавливали согласно с классификационными критериями Американской ревматологической ассоциации 1997 года. В исследование не включались больные с тяжелой сопутствующей патологией. Для выявления поражения внутренних органов и возможной сопутствующей патологии применялись стандартные клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования, необходимые для диагностики этих состояний.

Популяционная (контрольная) группа набиралась в 2014 году и представляла выборку, сформированную методом случайного отбора. Методом случайной выборки определялись улица и дом, в которых проводился опрос в пределах Алматинского района г. Астана. Для обеспечения репрезентативности выборки в исследование включались лица женского пола старше 18 лет. Для оценки влияния заболевания с помощью опросников КЖ следует иметь в виду, что респонденты популяционной группы также могли иметь функциональные нарушения или отдельные симптомы суставной патологии, связанные с возрастными изменениями.

Согласно протоколу исследования врачом заполнялись медицинская карта больного, определялась длительность заболевания, степень активности, регистрировались сопутствующие заболевания. Пациенты были распределены по возрастным группам согласно классификации ВОЗ [10].

Сбор данных осуществлялся путем анкетирования респондентов прямым опросом. После заполнения информированного согласия, разъяснения целей проводимого опроса объяснялись правила заполнения опросников. Респондентами самостоятельно заполнялись опросники оценки КЖ: HAQ, SF-36, EQ-5D.

Врачом впервые назначалась или корректировалась терапия согласно клиническим рекомендациям и стандартам ведения больных СКВ в условиях реальной клинической практики.

Вариант течения СКВ в зависимости от характера ее начала определяли в соответствии с рабочей классификацией СКВ В.А.Насоновой (1972г.) [17]:

Уровень скорости оседания эритроцитов (СОЭ) определялся по Westergren в мм/час. При определении его по методике Панченкова проводился пересчет значений в показатели по Westergren.

Оценка выраженности болезни и удельной значимости отдельных симптомов заболевания является весьма сложной задачей в реальной клинической практике ввиду полиорганного поражения и полисиндромности проявлений, многообразия и изменчивости клинической картины СКВ. Для комплексной оценки состояния пациентов при СКВ всегда используют сочетание нескольких признаков, характеризующих различные стороны патологического процесса, наиболее важным из которых является активность болезни. Активность заболевания имеет важное прогностическое значение, так как была доказана значительная корреляция между степенью активности и повреждением органов. В настоящее время активность СКВ во всем мире определяется по общепринятым индексам с использованием стандартизированных показателей. Согласно «Рекомендациям EULAR по мониторингу пациентов СКВ в клинической практике и обсервационных исследованиях» 2009 года, активность заболевания необходимо оценивать при каждом визите с использованием валидизированных индексов, к числу которых относят British Isles Lupus Assessment Group (BILAG), European Consensus Lupus Activity Measurement (ECLAM), Lupus Activity Index (LAI), Systemic Lupus Activity Measure

(SLAM), SIS (SLE Index Score) и SLE Disease Activity Index (SLEDAI), а также модифицированные версии SLEDAI, такие как SLEDAI-2K и Safety of Estrogen in Lupus Erythematosus National Assessment (SELENA) [9].

Для оценки достоверности различий применялись методы описательной статистики, методы проверки статистических гипотез корреляционный анализ по Спирмену, однофакторный дисперсионный анализ с использованием U-теста Краскела-Уоллиса. Для сравнения средних двух независимых групп использовался критерий Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Важным аспектом в оценке КЖ больных СКВ является изучение показателей КЖ в зависимости от возраста пациентов, длительности заболевания и возраста дебюта.

Негативное влияние возраста на качество жизни, особенно физическое функционирование, подтверждено многими исследованиями, в том числе данными систематического обзора [11]. Сохранение трудоспособности как критерий физического благополучия также ассоциировано с молодым возрастом и более высокими показателями КЖ, особенно физического функционирования и ролевого физического функционирования (Almehed K, 2010 год) [14].

Мы изучали показатели КЖ по трем опросникам в разных возрастных группах, стратифицированных согласно классификации ВОЗ (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели КЖ больных РА в зависимости от возраста

Возрастная группа	Число пациентов, n	Среднее значение, M (\pm SD)					
		HAQ	ВАШ боли	EQ5D	ВАШ общего здоровья	PCS	MCS
от 18 до 24 лет	10	0,45 (0,37)	56,7 (28,87)		58 (16,02)	40,86 (8,18)	39,35 (12,85)
25-34 года	8	0,89 (0,83)	55 (28,28)	-1,5 (1,2)	51,25 (6,41)		33,47 (8,33)
35-44 года	7	0,64 (0,63)	44,29 (26,37)	-1,29 (1,11)	55,71 (13,97)	37,16 (4,98)	34,52 (9,07)
45-54 года	3	0,33 (0,58)	33,33 (28,87)	-2,67 (0,58)	73,33 (20,82)	38,81 (5,03)	34,46 (12,31)
55-64 года	2	1,81 (0,44)	25,00 (35,36)	-0,50 (0,71)	70,00 (14,14)	33,70 (12,41)	33,89 (10,51)

Для подтверждения гипотезы о наличии влияния возраста на показатели КЖ проведен однофакторный дисперсионный анализ с применением критерия Краскела-Уоллиса

для независимых выборок в различных возрастных группах (таблица 2), из которой следует, что КЖ не изменяется в зависимости от возраста пациентов.

Таблица 2 - Значимость критерия Краскела-Уоллиса для категорий КЖ пациентов СКВ разных возрастных групп (n=30)

Категория	p
HAQ	0,152
EQ5D	0,148
ВАШ боли	0,498
ВАШ общего здоровья	0,199
PF	0,475
RP	0,233
BP	0,417
GH	0,363
VT	0,909
SF	0,146
RE	0,578
MH	0,883
PCS	0,284
MCS	0,823

Таким образом, согласно полученным результатам показатели КЖ больных СКВ, оцененные с помощью опросников EQ-5D, HAQ, SF-36, ВАШ-«термометра» боли и общего состояния здоровья, не зависят от возраста больных. Однако, по данным литературных источников возраст оказывал прямое негативное влияние на качество жизни, особенно физическое функционирование, что подтверждено также данными систематического обзора [11]. Полученные противоречия, вероятно, объяснимы небольшим количеством выборки (n=30, в возрастных группах n=2-10), характером течения заболевания в период стационарного лечения.

Влияние следующего показателя – длительности заболевания на КЖ пациентов по данным литературы остается неясным [11], в работе Карпенко Ю.Ю. (2005 год) вне зависимости от возраста в первые 2 года болезни пациенты СКВ достигали популяционного уровня КЖ лиц возраста 40-50 лет, затем КЖ прогрессивно снижалось до минимальных показателей через 10-15 лет от дебюта заболевания [15], что еще раз подтверждает негативное влияние заболевания на КЖ пациен-

тов и подчеркивает актуальность проблемы.

По данным Mok C.C. (2009 год) снижение КЖ в динамике через 2 года было обусловлено только наличием новых повреждений органов и систем [13]. Urowitz M. (2014 год), изучая изменения КЖ в динамике на протяжении 5 лет, показал, что КЖ пациентов с поздней стадией СКВ оставалось стабильным на протяжении этого периода, тогда как у пациентов на ранней стадии заболевания КЖ по всем шкалам SF-36 улучшилось в течение первых двух лет лечения [16]. В исследовании LUMINA исходный низкий уровень КЖ в начале заболевания оказался предиктором низкого КЖ в последующем [12]. В связи с этим, взаимосвязь длительности заболевания и снижения КЖ при СКВ имеет комплексный характер, при этом ранняя адекватная терапия комплексная реабилитация в течение ряда лет (с учетом социальной поддержки, коррекционных и обучающих программ и т.д) позитивно влияют на КЖ.

В группе анализа средняя длительность заболевания больных составила 6,87 лет (SD=7,39), из них у большинства пациентов – 18 человек (60%) она была менее 5 лет, у

7 (23,3%) - от 5 до 10 лет, у 5 (16,7%) свыше 11 лет. Средний возраст дебюта заболевания в наблюдаемой группе равен 25,8 лет (SD=9,05).

С целью оценки влияния длительности заболевания на КЖ пациенты были разделены на 2 группы – с длительностью заболевания 5 лет и менее (n=18) и более 5 лет (n=12). Далее проведено сравнение средних двух групп с применением критерия Манна-Уитни по показателям суммарных индексов HAQ и EQ-5D, ВАШ-«термометра» боли и общего состояния здоровья, шкал и суммарных компонентов SF-36, подтвердивший отсутствие корреляции длительности заболевания и качества жизни, следовательно снижение КЖ происходит уже в первые годы заболевания СКВ и не зависит от длительности заболевания. Также не выявлено корреляционной связи между возрастом дебюта заболевания и показателями КЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, согласно полученным результатам, показатели КЖ больных СКВ, оцененные с помощью опросников EQ-5D, HAQ, SF-36, ВАШ-«термометра» боли и общего состояния здоровья, не зависят от возраста больных и длительности заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 752 с.

2. Pons-Estel G.J., Alarcón G.S., Scofield L. et al. *Understanding the Epidemiology and Progression of Systemic Lupus Erythematosus* // *Semin Arthritis Rheum.* – 2010. - № 39(4). – P. 257.

3. Fortuna G., Brennan M.T. *Systemic Lupus Erythematosus: Epidemiology, Pathophysiology, Manifestations, and Management* // *Dental clinic of north America.* – 2013. - № 57 (4). – P. 631 – 655.

4. Nasonov E., Soloviev S., Davidson J.E. et al. *The prevalence and incidence of Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in selected cities from three Commonwealth of Independent States countries (the Russian Federation, Ukraine and Kazakhstan).* - *Lupus.* – 2013. - №10. – P. 1–7.

5. González L.A., Toloza S.M., McGwin G.Jr., Alarcón G.S. *Ethnicity in systemic lupus erythematosus (SLE): its influence on susceptibility and outcomes* // *Lupus.* – 2013. - № 22. – P. 1214–1224.

6. Ревматология: Клинические лекции /

Под ред. В.В. Бадокина. – М.: Литерра, 2012. – 592 с.

7. Исаева Б.Г. Проблемы диагностики и лечения системной красной волчанки в Казахстане (<http://www.rheumatolog.kz/220>)

8. Mak A., Cheung M.W.L., Chiew H.J., Liu Y., Chun-man Ho.R. *Global Trend of Survival and Damage of Systemic Lupus Erythematosus: Meta-Analysis and Meta-Regression of Observational Studies from the 1950s to 2000s.* // *Semin Arthritis Rheum.* – 2012. - №41(6). – P.830-839.

9. Mosca M., Tani C., Aringer M. et al. *EULAR Recommendations for monitoring systemic lupus erythematosus patients in clinical practice and in observational studies* // *Ann Rheum Dis.* – 2010. - № 69(7). – P.1269-1274.

10. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели КЖ по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования КЖ «МИРАЖ») // *Научно-практическая ревматология.* – 2008. - № 1. – С. 36–48.

11. McElhone K., Abbott J., Teh L.S. *A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus* // *Lupus.* – 2006. - № 15. – P. 633–643.

12. Alarcón G.S., McGwin G.Jr., Uribe A. et al. *Systemic Lupus Erythematosus in a Multiethnic Lupus Cohort (LUMINA). XVII. Predictors of Self-Reported Health-Related Quality of Life Early in the Disease Course.* // *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research).* – 2004. - № 51 (3). -P. 465–474.

13. Mok C.C., Ho L.Y., Cheung M.Y. et al. *Effect of disease activity and damage on quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: a 2-year prospective study* // *Scand J Rheumatol.* – 2009. - № 38(2). – P. 121-7.

14. Almedhed K., Carlsten H., Forsblad-d'Elia H. *Health-related quality of life in systemic lupus erythematosus and its association with disease and work disability* // *Scand J Rheumatol.* – 2010. - №39(1). – P.58-62.

15. Карпенко Ю.Ю. Патология внутренних органов при поздней стадии системной красной волчанки (по данным регионального регистра): дисс..... канд. мед. Наук. - Воронеж, 2008. – 132 с.

16. Urowitz M., Gladman D.D., Ibañez D. et al. *Changes in quality of life in the first 5 years of disease in a multicentre cohort of patients with systemic lupus erythematosus* // *Arthritis Care Res (Hoboken).* - 2014 Feb 4 [Epub ahead of print].

17. Ключкина НГ. Системная красная волчанка: многообразие форм и вариантов течения // *Современная ревматология.* – 2011. - № 4. –

ЖҮЙЕЛІ ҚЫЗЫЛ ЖЕГІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНЫҢ КЛИНИКА –ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРМЕН БАЙЛАНЫСЫ

С.Т. АБИШЕВА, А.А. САРМАНОВА

Түсініктеме. Жүйелі қызыл жегімен ауруын емдеу және диагностикалау жүйесіндегі жетістіктерге қарамастан, науқастардың ауруын бақылауда көптеген қиындықтар бар және науқастардың өмір сапасы төмен болып қалуда. Клиника тәжірибесіне өмір сапасын анықтайтын сұрақнамаларды жасау және клиникалық практикаға енгізу бағытында көп жұмыс жасалды. Жүйелі қызыл жегімен ауыратындардың өмір сүру сапасын анықтаудағы маңызды аспектісі болып, науқастардың жасына, аурудың ұзақтығына байланысты өмір сүру сапасының көрсеткіштерін анықтап зерттеу. Зерттеуіміздің мақсаты жүйелі қызыл жегімен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын және оның науқастардың клиникалық, демографиялық көрсеткіштерімен байланысын зерттеу.

Негізгі сөздер: өмір сүру сапасы, жүйелі қызыл жегі, сұрақнама HAQ, EQ5D, SF-36, жасы

CORRELATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DEPENDING ON THE CLINICAL AND DEMOGRAPHIC INDICATORS

S.T. ABISHEVA, A.A. SARMANOVA

Abstract. Despite advances in diagnosis and treatment of Systemic Lupus Erythematosus (SLE), there are a lot of difficulties in management of the disease and quality of life is still poor. Many efforts have been done for development, validation and introduction of quality of life questionnaires in clinical practice. The studying of relationship between quality of life and patients age and disease duration is important point of quality of life assessment in patients with SLE. The objective of our study was investigation of the HRQoL and its relationship to clinical and demographic data in patients with SLE.

Key words: Quality of life, systemic lupus erythematosus, Questionnaire: HAQ, EQ5D, SF-36, age

УДК 616.728.3-018.598-089

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ХАМСТРИНГ-СУХОЖИЛИЕМ

Ш.А. БАЙМАГАМБЕТОВ, Р.Н. АЖИКУЛОВ, К.М. КОШЕНОВ, А.К. БАЛГЫНБАЕВ
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Проанализированы результаты хирургического лечения 2006 больных в отделении артроскопии и спортивной травмы НИИТО, которым в период с 2010 по 2013 гг. была выполнена артроскопия коленных суставов, из них 202 пациента с различной давностью повреждения передней крестообразной связки коленного сустава. Изучены ближайшие и отдаленные результаты артроскопической реконструкции передней крестообразной связки аутоотрансплантатом - сухожилиями нежной и полусухожильной мышц.

Ближайшие и отдаленные результаты: отличные и хорошие результаты - 89,0%; удовлетворительные р - 10,9 %; неудовлетворительные - 0,1 %.

Ключевые слова: артроскопия, коленный сустав, повреждение передней крестообразной связки, артроскопическая пластика передней крестообразной связки, хамстринг сухожилием, нестабильность коленного сустава.