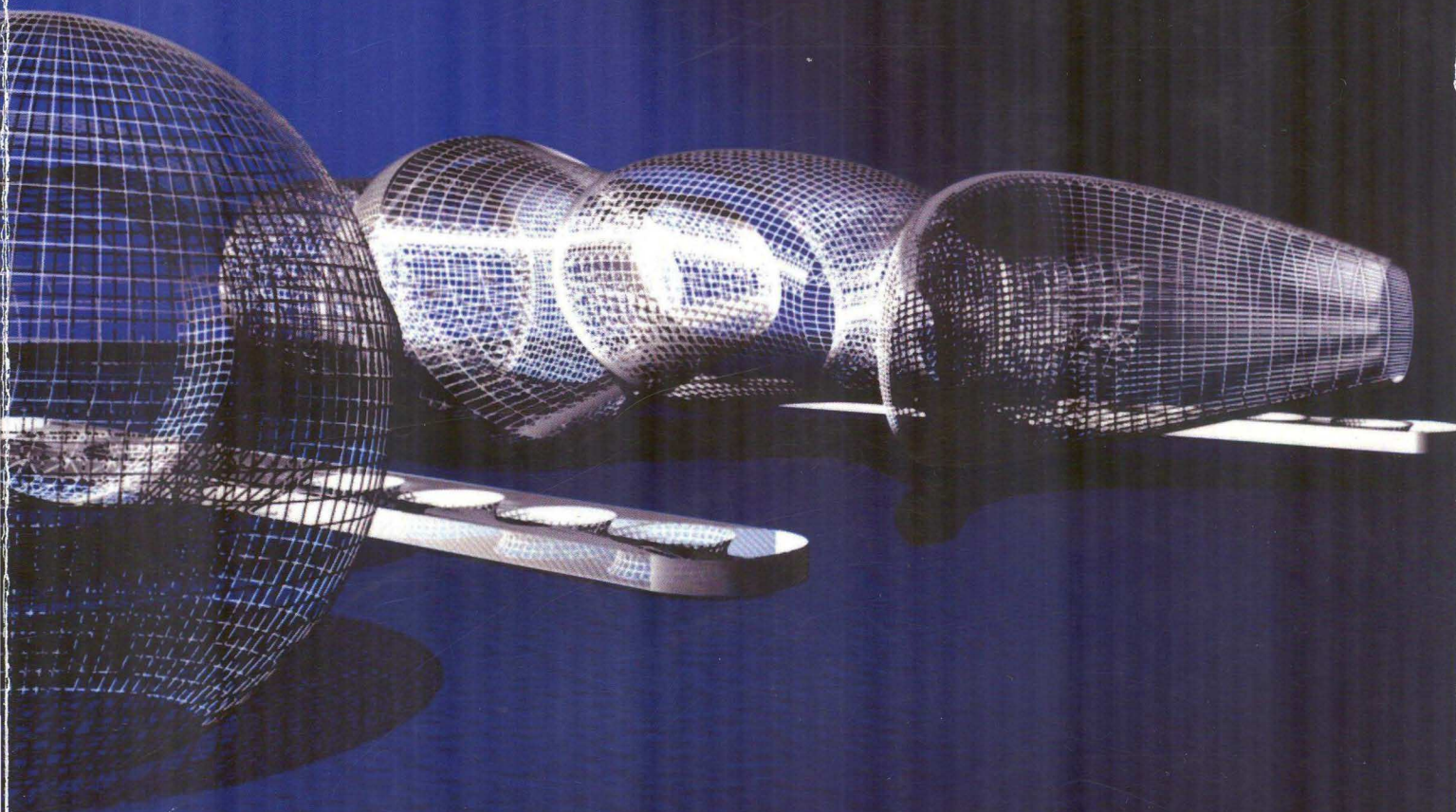


Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



15 лет НИИТО



3-4 (37-38)/2016

ЖҚЖ СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНЫҢ, ОЛАРДЫҢ ЖАСЫНА, АУРУ ҰЗАҚТЫҒЫНА ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРДІҢ АЛҒАШ КӨРІНІС БЕРУ ЖАСЫНА ТӘУЕЛДІЛІГІ

С.Т. ӘБИШЕВА¹, А.А. САРМАНОВА¹, Н.Ж. БАТПЕНОВ²,
А.И. МЕРМҰҚАНОВА², Н.А. САДЫРБАЕВА²

¹Астана Медицина Университеті,

²Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты, Астана

Мақалада ЖҚЖ сырқаттанған науқастардың өмір сүру сапасының клиникалық-демографиялық көрсеткіштерге байланыстылығы көрсетілген.

Негізгі сөздер: ЖҚЖ, SLAM және SELENA-SLEDAI модифицирленген көрсеткіші, SF-36 және EQ-5D жалпы және HAQ арнайы сауалнамалары.

КІРІСПЕ

Жүйелі қызыл жегі – себебі белгісіз, ядроның әртүрлі компоненттеріне қарсы кең спектрлі органоспецификалық аутоантиденелер мен иммунды комплекстер түзілуімен сипатталатын және ішкі мүшелердің иммунды қабынуын туындататын жүйелі аутоиммунды ревматикалық ауру [1].

ЖҚЖ жер бетінің барлық климаттық және географиялық аймақтарында, барлық этникалық топтар арасында әртүрлі жиілікте кездеседі. ЖҚЖ-нің әлемде таралуы 100 000 тұрғынға шаққанда 20-дан 70-ке дейінгі диапазон аралығында байқалады. Бірінші реттік аурушаңдылық 100 000 тұрғынға шаққанда 1-ден 10-ға дейін. Соңғы мәліметтер бойынша Қазақстан Республикасында ЖҚЖ-нің таралуы 2006 жылы 100 000 тұрғынға шаққанда 11,5-тен 2009 жылы 13,7-ге дейінгі көрсеткішке өсу тенденциясы анықталды. Бірінші реттік аурушаңдылық 100 000 тұрғынға шаққанда 1,5-тен 1,7-ге дейінгі көрсеткішке тең болды [2].

Соңғы онжылдықта ЖҚЖ аурушаңдылық пен таралу жиілігінің өсуі, сырқатты ерте анықтау әдістерінің жақсаруымен, аурудың барлық кезеңдерін емдеуде тиімді препараттарды қолдану әдістерінің жақсарауымен түсіндіріледі, соған сәйкес науқастардың өмір сүру ұзақтығының жоғарылауы байқалуда [3].

Науқастардың өмір сүру ұзақтығының

артуына байланысты емдік-қалпына келтіру іс-шараларының тиімділігінің бір критерийі ретінде өмір сүру сапасы зерттеушілердің назарын қызықтырып отыр [4]. Көптеген халықаралық зерттеулердің нәтижелері көрсеткендей ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасына әртүрлі факторлардың әсер етуі айқын түрде қарама қайшылық туындайды.

Осыған орай ЖҚЖ кезіндегі науқастардың өмір сүру сапасын бағалауды одан әрі кешенді түрде зерттеу, жаңа зерттеу құралдарын қолдану және осыларды жүргізіліп жатқан емдік шаралардың тиімділігін бағалауда қолдану туралы сұрақ туындайды.

Зерттеудің мақсаты: HAQ, EuroQol-5D (EQ-5D) және Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) халықаралық сауалнамалар арқылы ЖҚЖ ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын кешенді түрде бағалауды жүргізу.

МАТЕРИАЛЫ ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

Негізгі талдау топқа ЖҚЖ сырқаттанған 30 науқас кірді. Науқастардың орташа жас мөлшері 32,67 жасты құрады (SD=11,79; 95% СИ 28,26;37,07), барлық науқастар әйел аламдар болды. Сырқат ұзақтығы орташа мөлшермен 6,87 жасты құрады (SD=7,39; 95% СИ 4,11;9,63). Аурудың клиникалық белгілері айқын көрінген орташа жас мөлшері 25,8 жасты құрады (SD=9,05).

Бақылау тобы 50 адамды құрды, олардың орташа жас мөлшері 29,4 жас болды (SD=11,22; 95% СИ 24,43; 35,25) және 100% әйел адамдар.

Зерттеуге бірмезетте аурудың белсенділігін анықтау, мүшелер мен жүйелердің зақымдану индексын және ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасын бағалау кірді. Зерттеуге МКК ШЖҚ «№2 қалалық аурухана», терапия бөлімшесі мен ТОҒЗИ артрология бөлімшесінде ем қабылдаған науқастар кірді. Науқастар жасы 18 жастан асқан және олардан зерттеуге қатысуға жазбаша келісімі алынған. ЖҚЖ диагнозы 1997 жылғы Американдық ревматологтар ассоциациясымен бекітілген классификациялық критерийлер бойынша қойылды. Зерттеуге ауыр түрдегі қосымша ауруы бар науқастар кірген жоқ.

Популяциялық (бақылау) тобы кездейсоқ таңдау әдісі арқылы қалыптасқан. Науқастар жас топтамасына ДДСҰ жіктемесіне сәйкес бөлінді [5].

Қажетті мәліметтерді жинау зерттеушілерді тікелей сұрастыру арқылы жүргізілді. Зерттеушілерден жазбаша келісім алғаннан кейін, орындалатын анықтамалықтың мақсаты мен дұрыс толтыру ережесін түсіндіреді. Зерттеуге қатысатын науқастар өмір сүру сапасын бағалайтын HAQ, SF-36, EQ-5D сауалнамаларын өздігінен толтырды. Аурудың белсенділігі маңызды болжамдық құндылыққа ие, сондықтан ауру белсенділігі науқас әрбір тексеруге келген кезде 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) және SLE Disease Activity Index (SLEDAI) және модификацияланған түрде берілген SLEDAI, SLEDAI-2K және Safety of Estrogen in Lupus Erythematosus National Assessment (SELENA) тәрізді көрсеткіштер арқылы бағалануы тиіс [6].

Біздің зерттеуімізде ЖҚЖ белсенділігін бағалауда SLAM және SELENA-SLEDAI одификацияланған көрсеткіші қолданылды (2 қосымша). SLAM белсенділік көрсеткіші 1988 жылы Бостон қаласында ЖҚЖ меңгеру бойынша Американдық ревматологтар кеңесімен (ACR) құрастырылған. Бұл сауалнаманы дәрігер толтырады және ол 32 бөлімнен тұратын 11 мүшелер жүйесі бойынша және 0-ден 3 ұпай аралығында бағаланып, жалпы максималды 86 ұпайды құрайтын

ауырлық дәрежесі бойынша бөлінген [7,8]. Клиникалық және лабораториялық симптомдарды бағалауды соңғы айда жүргізеді.

SLAM сауалнамасы арқылы аурудың белсенділігін анықтау үшін жалпы ұпайы стандартты техникаға сәйкес қорытындылануы қажет. Өртүрлі белсенділік дәрежесіне сәйкес белгілі бір тиісті ұпай жиынтақтары берілген [9]:

- төмен (0-4 ұпай);
- орташа (5-9 ұпай);
- жоғары (10-14 ұпай);
- өте жоғары (15 ұпайдан аса).

SLEDAI белсенділік көрсеткіші 1985 жылы Торонто қаласында ЖҚЖ бойынша әлемдегі озық сарапшылармен әзірленген. Сауалнама ЖҚЖ бойынша 1-ден 8-ге дейінгі сәйкес ұпайлардан құралатын 24 негізгі көрсеткіштерден тұрады. ЖҚЖ клиникалық түрде ауыр көріністері (орталық жүйке жүйесінің, бүйректің зақымдалуы, васкулит) басқа белгілеріне қарағанда жоғары ұпай сандарына ие. SLEDAI максималды мүмкін мағынасы 105 ұпайды құрайды. SLEDAI бойынша белсенділік дәрежесін бағалау үшін тексеруге дейінгі 10 күн ішіндегі ЖҚЖ барлық белгілерін, оның ауырлық дәрежесіне, жағдайының жақсаруы мен нашарлауына байланыссыз белгіленуі тиіс. SLEDAI көрсеткіші бойынша ЖҚЖ келесі белсенділік дәрежесін бөліп қарастырады: төмен (0-5 ұпай), орташа (6-10 ұпай), жоғары (11-19 ұпай), өте жоғары (20 ұпайдан аса).

ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасын бағалау құралдары

Өмір сүру сапасын бағалау үшін SF-36 мен EQ-5D жалпы және HAQ арнайы сауалнамалары қолданылды. Зерттеуде HAQ (Short HAQ) сауалнамасының қысқаша немесе 2 беттік түрі қолданылған [10]. Сауалнама екі бөлімнен тұрады: денсаулық жағдайы жіктеуге мүмкіндік беретін және қоғамның ойын білдіретін құралдан және де көрнектік аналогтық шкаладан [11].

SF-36 сауалнамасы 8 шкаладан құралған 36 сұрақтан тұрады. Өмір сүру сапасын тексеру талдамасы өткен 4 апта көлеміндегі келесідей шкала бойынша жүргізіледі [12]:

1. физикалық жұмыс істеуі - Physical Functioning (PF).
2. рольдік негізде физикалық жұмыс істеуі - Role Physical (RP).
3. ауру шкаласы - Bodily Pain (BP).

4. денсаулығының жалпы жағдайы - General Health (GH).
5. өміршеңдік шкаласы.
6. әлеуметтік жұмыс істеу шкаласы - Social Functioning (SF).
7. рольдік негізде эмоциональді жұмыс істеуі - Role Emotional (RE).
8. психикалық денсаулығы.

Шектеулер немесе денсаулығында бұзылыстар болмаған жағдайда барлық шкалалардың ең жоғарғы мәні 100-ге тең болды. Әрбір шкала сайын көрсеткіш жоғары болған сайын, осы параметр бойынша өмір сүру сапасының көрсеткіші жақсарады.

Сипаттамалық статистика әдістері, Спирмен бойынша корелляциялық талдау статистикалық гипотез тексеру әдістер, Краскел-Уоллиса U-тест әдісін қолдану арқылы бірфакторлы дисперсиондық талдау. Екі тәуелсіз топтарды салыстыру үшін Манна-Уитни критерийі пайдаланылды.

ЖҚЖ ауыратын науқастардың өмір сапасын бағалаудың маңызды аспектісі

науқастардың жасына, ауру ұзақтығына дебют жас мөлшеріне байланысты өмір сүру сапасы көрсеткіштерін зерттеу болып табылады.

Жас мөлшері мен физикалық жұмыс істеуі өмір сүру сапасына теріс әсер ететіндігін көптеген зерттеулермен, соның ішінде деректерді жүйелі қарау әдістері арқылы дәлелденген [13]. Еңбекке қабілеттіліктің сақталуы, бұл физикалық жағдайдың жақсару критерийі ретінде өмір сүру салты деңгейінің жоғары болуы және ерте жас мөлшермен байланысты. Әсіресе физикалық жұмыс істеуі мен рольдік негізде физикалық жұмыс істеуі (Almehed K., 2010)[14].

Біз өмір сүру сапасын ДДСҰ жіктемесіне сәйкес бөлінген үш сауалнама бойынша жүргіздік. Өмір сүру сапасы көрсеткіштеріне жас шамасының әсері бар екенін растайтын гипотеза әртүрлі жас топтарынан тәуелсіз таңдау жасайтын бір факторлы дисперсионды Краскел-Уоллис талдамасы қолданылған.

1 кесте - ЖҚЖ науқастардың әртүрлі жас топтарының өмір сүру сапасы санатына Краскел-Уоллис критерийінің маңызы (n=30)

Санат	p
HAQ	0,152
EQ5D	0,148
Ауыру сезімі ВАШ	0,498
Жалпы денсаулығы ВАШ	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

Осылайша, EQ-5D, HAQ, SF-36, ауыру сезімінің ВАШ - «термометрі» және жалпы денсаулық жағдайы сауалнамаларының көмегімен жиналған мәліметтердің қорытындысы бойынша ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасы, олардың жас мөлшерімен

байланысы жоқ. Алайда, әдебиет көздерінің мәліметтері және деректерді жүйелі тексеру бойынша науқастардың жасы, олардың өмір сүру сапасына, әсіресе физикалық жұмыс істеуіне теріс әсер етеді. Бұл жиналған қайшылықтар таңдау санының аз болуымен

($n=30$, жас топтарында $n=2-10$), науқастардың ауруханада ем алып жүрген мезгілінде ауру ағымының ерекшелігімен байланысты болуы мүмкін.

Науқастардың өмір сүру сапасына ауру ұзақтығының әсер етуі әдебиет мәліметтері бойынша түсініксіз болып отыр. Карпенко Ю.Ю. жұмысында (2005 жылғы) 40-45 жастағы ЖҚЖ науқастар ауруының алғашқы 2 жылында жас мөлшеріне байланыссыз өмір сүру сапасының популяциялық деңгейіне жеткендігі жазылған, содан аурудың клиникалық белгілерінің айқын көрінетін кезеңінен бастап, 10-15 жылдың ішінде өмір сүру сапасы айқын түрде төмендей түсті. Бұл, өз кезегінде науқастардың өмір сүру сапасына аурудың теріс әсер ететінін дәлелдейді және мәселенің маңыздығын айқындай түседі [15].

Мок С.С. (2009 ж.) мәліметтері бойынша ауру басталғаннан 2 жыл көлемінде өмір сүру сапасының төмендеуі жаңа мүшелер мен жүйелердің зақымдануымен негізделген [16]. Urowitz M. (2014 ж.) ағымдағы 5 жыл көлемінде өмір сүру сапасын зерттей келе, мынадай қорытындылар жасады: ЖҚЖ соңғы сатысындағы науқастардың өмір сүру сапасы, осы аталған мерзім ішінде тұрақты болып қала берген. Аурудың алғашқы екі жылында жүргізілген емнен кейін науқастардың өмір сүру сапасының SF-36 сынамасының барлық шкаласы бойынша жақсарғанын көрсетеді. LUMINA зерттеуінде аурудың бастапқы сатысындағы өмір сүру сапасы бастапқыдан төмен деңгейде болды [17]. Осыған байланысты аурудың ұзақтығымен қатар өмір сүру сапасының төмендеуі кешенді сипатқа ие, сонымен бірге бірнеше жыл қатарынан ерте қолданылған кешенді оңалту емі (өлеуметтік қолдау, түзетуші және оқытатын бағдарламаларды қоса отырып) өмір сүру сапасына жақсы жағынан әсер етеді.

Талдау тобында науқастар ауруларының орташа ұзақтығы 6,87 ($SD=7,39$) жасты құрады, соның ішінде 18 адамда (60%) 5 жылдан төмен болды, 7 адамда (23,3%) 5 жылдан 10 жылға дейін, 5 адамда (16,7%) 11 жылдан жоғары болды. Бақылау тобында аурудың клиникалық белгілерінің айқын көрінген орташа жасы 25,8 жасты құрады ($SD=9,05$).

Ауру ұзақтығының өмір сүру сапасына әсер етуін бағалау үшін науқастар 2 топқа

бөлінді - ауру ұзақтығы 5 жыл және 5 жылдан төмен ($n=18$) және 5 жылдан артық ($n=12$). Содан кейін ауру ұзақтығы мен өмір сүру сапасының арасында байланыстың теріс болуын дәлелдейтін HAQ мен EQ-5D, ВАШ ауырлық сезімі - «термометрі» және жалпы денсаулық жағдайы, SF-36 сауалнамалары көрсеткіштерінің жиынтық индекстерін пайдалана отырып, Манна-Уитни критерийі арқылы екі топта орташа салыстыру жүргізілді. ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасының төмендеуі ауру ұзақтығына байланыссыз алғашқы жылы төмендегенін байқаймыз және өмір сүру сапасының көрсеткіштері мен аурудың клиникалық белгілерінің айқын көрінген мезгілі арасында байланыстың болуы анықталмады.

Сонымен, EQ-5D, HAQ, SF-36, ауыру сезімінің ВАШ - «термометрі» және жалпы денсаулық жағдайы сауалнамаларының көмегімен жиналған мәліметтердің қорытындысы бойынша ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасы, олардың жас мөлшеріне байланысты емес. Алайда, әдебиет көздерінің мәліметтері мен еректерді жүйелі тексерулер бойынша науқастардың жасы, олардың өмір сүру сапасына, әсіресе физикалық жұмыс істеуіне теріс әсер етеді [18]. Бұл алынған қайшылықтар таңдау санының аз болуы ($n=30$, жас топтарында $n=2-10$) мен науқастардың ауруханада ем алған мерзімінде ауру ағымының ерекшелігімен байланысты болуы мүмкін.

ҚОРЫТЫНДЫ

Ауру ұзақтығы мен өмір сүру сапасының арасында байланыстың теріс болуын дәлелдейтін HAQ мен EQ-5D, ВАШ ауырлық сезімі - «термометрі» және жалпы денсаулық жағдайы, SF-36 сауалнамалары көрсеткіштерінің жиынтық индекстерін пайдалана отырып, Манна-Уитни критерийі арқылы екі топта орташа салыстыру жүргізілді. ЖҚЖ науқастардың өмір сүру сапасының төмендеуі ауру ұзақтығына байланыссыз алғашқы жылы төмендегенін байқаймыз және өмір сүру сапасының көрсеткіштері мен аурудың клиникалық белгілерінің айқын көрінген мезгілінің арасында байланыстың болуы анықталмады.

ӘДЕБИЕТТЕР

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., Reinlib L., Cooper G.S. Understanding the Epidemiology and Progression of Systemic Lupus Erythematosus // *Semin Arthritis Rheum.* - 2010. - № 39(4). - P. 257.
3. Исаева Б.Г. Проблемы диагностики и лечения системной красной волчанки в Казахстане // (<http://www.rheumatolog.kz/220>).
4. Mak A., Cheung M.W.L., Chiew H.J., Liu Y., Chun-man H.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.
5. Mosca M., Tani C., Aringer M., Bombardieri S. 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.
6. Kind P., Williams A. Measuring success in health care - the time has come to do it properly // *Health Policy Matter.* - 2004. - № 9. - P. 1- 8.
7. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // *Сибирский психологический журнал.* - 2007. - №26. - С. 112-119.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л.Шевченко. - Изд. 2-е. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. - 320 с.
9. 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. - С. 36-48.
10. 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.
11. 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.
12. Abrahamowicz M., Fortin .PR., Du Berger R. et al. The relationship between disease activity and expert physician's decision to start major treatment in active systemic lupus erythematosus: a decision aid for development of entry criteria for clinical trials // *J Rheumatol.* - 1998. - №25. - P. 277-284.
13. Асеева Е.А., Соловьев С.К., Насонов Е.Л. Современные методы оценки активности системной красной волчанки // *Научно-практическая ревматология.* - 2013. - №51(2). - С.186-200.
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. - 130 с.
16. Mok C.C., Ho L.Y., Cheung M.Y., Yu K.L., To C.H. 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.121-127.
17. 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].
18. Isenberg D. and Ramsey-Goldman R. Assessing patients with lupus: towards a drug responder index // *Rheumatology.* - 1999. - №38P. 1045-1049.