Рахимова С.С.¹, Жолдыбай М.М.¹, Перевезенцева В.М.¹, Сакенова М.М.¹, Ишигов Р.Т.²

Ассоциация качества жизни с активностью заболевания у больных с ревматоидным артритом

¹НАО «Медицинский университет Караганды»

²КГП «Областная клиническая больница» УЗКО
(Казахстан, Караганда)

doi: 10.18411/lj-04-2021-57

Аннотация

Целью исследования явилось изучение качества жизни пациентов с ревматоидным артритом в зависимости от степени активности и длительности заболевания. Было исследовано 98 больных с достоверным диагнозом ревматоидного артрита (РА). Качество жизни (КЖ) изучали по опроснику EQ-5D. На основании полученных данных было выявлено снижение качества жизни пациентов с РА по мере прогрессирования заболевания. Наиболее низкие показатели индекса EQ-5D обнаружены у пациентов с высокой активностью РА. У пациентов с длительностью заболевания более 5 лет возрастание уровня DAS 28 ассоциировалось с низким показателем индекса здоровья по EQ-5D.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, качество жизни, активность заболевания, EQ-5D.

Abstract

The object is to research the quality of life of patients with rheumatoid arthritis, depending on the degree of activity and duration of the disease. Materials and methods. 98 patients with a reliable diagnosis of rheumatoid arthritis (RA) were examined. The quality of life (QOL) was studied using the EQ-5D questionnaire. Based on the data obtained, a decrease in the quality of life of patients with RA was revealed as the disease progressed. The lowest values of the EQ-5D index were found in patients with high RA activity. In patients with a disease duration of more than 5 years, an increase in DAS28 levels was associated with a low EQ-5D health index.

Key words: rheumatoid arthritis, quality of life, activity of the disease, EQ-5D

Введение. Прирост заболеваемости ревматоидным артритом (РА) увеличивается из года в год. По республике Казахстан в период с 2013-2017 гг. среди взрослого населения отмечается динамика прироста заболевших РА на 69,1%. Абсолютный показатель первичной заболеваемости по РА возрос с 9378 до 15096 человек [6]

Ревматоидный артрит приводит к тяжелой потере трудоспособности у 16% больных в течение 5 лет болезни, несмотря на лечение «базисными» препаратами, а через 20 лет от начала болезни примерно 90% пациентов в большей или меньшей степени теряют трудоспособность, а треть становятся полными инвалидами [5]. РА характеризуется высоким уровнем болевых ощущений, функциональными нарушениями, с одной стороны, и серьезными нарушениями в психоэмоциональной сфере – с другой, что значительно отражается на качестве жизни (КЖ) пациентов.

Качество жизни – многомерное и субъективное понятие, включающее психологическое, социальное, физическое и духовное благополучие [2].

Цель исследования: изучить качество жизни пациентов с ревматоидным артритом в зависимости от степени активности и длительности заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 98 больных РА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ОКБ г. Караганда в период с сентября 2020 года по февраль 2021 года. Диагноз РА был установлен на основании критериев Американской коллегии ревматологов (1987). Активность РА определяли с

использованием интегрированного индекса DAS28 (оценка активности заболевания) и индекса воспалительной активности. Критерии включения пациентов в исследование: установленный диагноз РА, возраст пациентов старше 18 лет, информированное согласие пациента.

Критерии исключения: отсутствие лечения РА базисными препаратами до включения в исследование.

Всем пациентам были проведены лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением уровней общего белка, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего билирубина, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, СРБ, а также ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллиновому пептиду (АЦЦП) и инструментальные методы исследования (рентгенологическое исследование суставов).

Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 56 человек, больные РА с I, II, III степенью активности заболевания по DAS 28, с длительностью заболевания более 5 лет; 2-я группа – 42 человек, больные РА с I, II, III степенью активности по DAS 28, с длительностью заболевания менее 5 лет. Средний возраст больных в 1-й группе – $52,6 \pm 5,6$ года, во 2-й группе – $50,8 \pm 4,8$ года ($p < 0,05$). Средняя продолжительность заболевания в 1-й группе составил – $3,2 \pm 1,7$ лет, во 2-й группе – $8 \pm 1,8$ лет. В обеих группах преобладали женщины: 1 группе – 82,2%, во 2-й группе – 78,6%.

Исходя из критериев включения в исследование базисные препараты получали 100% респондентов в обеих группах. Наиболее часто используемым препаратом в 86,7% случаев (85 пациентов) являлся методжект/метотрексат, лефлуномид принимали 8 пациентов (8,2%), сульфасалазин 5 пациентов (5,1%). Терапия генно-инженерными препаратами и комбинированная терапия базисными противовоспалительными препаратами не проводилась ни в одном случае. Большинство больных регулярно принимали глюкокортикостероиды (ГКС) – в 1-й группе 40 пациентов (71,4%) и во 2-й группе 28 (66,6%) пациентов.

Для оценки КЖ использовали международный опросник EQ-5D [1], который состоит из 2 частей. Первая часть включает 5 компонентов, связанных со следующими аспектами жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль/дискомфорт и беспокойство/депрессия. Каждый компонент разделен на 3 уровня в зависимости от степени выраженности проблемы. Ответы пациентов представлены в виде как профиля состояния здоровья EQ-5Q-profile, так и количественного показателя индекса здоровья EQ-5Q-utility.

Вторая часть опросника представляет собой визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) - вертикальная градуированная линейка, на которой 0 означает самое плохое состояние здоровья, а 100 – самое хорошее. Обследуемый делает отметку в том месте, которое соответствует состоянию его здоровья на момент заполнения. Эта часть опросника представляет количественную оценку общего статуса здоровья. Все пациенты самостоятельно заполняли опросник при включении в исследование.

Результаты исследования и обсуждение. Среди пациентов 1-ой группы преобладают респонденты с высокой активностью заболевания ($\text{DAS28} > 5,1$) – 49 (87,5%), во 2-й группе – 19 (45,2%) пациентов, однако достоверного статистического различия не выявлено ($\chi^2 = 3,22$, $p > 0,05$), умеренная степень активности ($\text{DAS28} = 3,3 - 5,1$) – в 1-группе у 7 (12,5%), во 2-й группе 12 (28,6%) больных ($\chi^2 = 1,88$, $p > 0,05$), и лишь у 11 (26,2%) пациентов со 2-й группы наблюдалась низкая активность ($\text{DAS28} = 2,6 - 3,2$) заболевания. У пациентов с продолжительностью заболевания более 5 лет преобладает высокая активность РА, по сравнению с респондентами со стажем болезни до 5 лет.

Серопозитивный вариант РА определялся в 1-й группе у 51 (91,1%) больных, во 2-й группе у 36 (85,7%) ($\chi^2 = 0,03$, $p > 0,05$) пациентов; серонегативность по РФ

выявлялась у 5 (8,9%) и 6 (14,3%) ($\chi^2 = 0,177$, $p > 0,05$) пациентов, соответственно группам.

Рентгенологическая стадия по Штейнброкеру (1949) устанавливалась согласно медицинской документации: II стадия – в 1-й группе у 18 (32,1%) и во 2-й группе у 8 (19%) пациентов ($\chi^2 = 0,796$, $p < 0,05$), III стадия – в обеих группах у 29 пациентов, что составляет 51,8% в 1-группе и 69% во 2-й группе ($\chi^2 = 0,489$, $p < 0,05$), IV стадия – в 1-й группе у 9 (16,1%) и во 2-й группе у 5 (12%) ($\chi^2 = 0,047$, $p > 0,05$) пациентов. У респондентов с длительностью заболевания менее 5 лет выявлена высокая частота выраженных рентгенологических изменений в суставах, что согласуется с высокой активностью заболевания у данной категории пациентов. По данным Ю.А. Ермакова и соавторов (2015) у пациентов с ранним РА, несмотря на стабильный характер течения болезни, продолжают развиваться структурные изменения в суставах необратимого характера. После 5 лет наблюдения появление новых эрозий отмечалось у 57% пациентов. На момент верификации диагноза эрозии в суставах имели 16,5%, через 5 лет – 73% больных [3]. При наблюдении за пациентами со стойкой и непрерывной ремиссией или низкой активностью РА в течение 5 лет выяснилось, что они имели лучшие показатели функционального и рентгенологического статуса, в то же время даже краткосрочный выход из состояния ремиссии способствовал ухудшению рентгенологического и функционального прогноза в пятилетней перспективе [4]. По классификации ACR (1991) второй функциональный класс был определен в 1 группе у 35 (62,5%) и во 2 группе у 24 (57,1%) пациентов, третий функциональный класс у респондентов с длительностью заболевания более 5 лет у 21 (37,5%) и со стажем РА менее 5 лет у 18 (42,9%) человек. Первый и четвертый функциональные классы не регистрировались.

Значение индекса EQ-5D было достоверно ниже у больных с высокой активностью РА по сравнению с пациентами со средней или низкой степенью активности заболевания.

В первой группе среди 49 пациентов с высокой степенью активности крайне сильную боль или дискомфорт испытывали 35 (71,4%) пациента, выраженную тревогу или депрессию – 29 (59,2%). Отсутствие тревоги или депрессии отметили 3 (5,6%) больных, отсутствие проблем с передвижением в пространстве – 7 (14,3%). 33 (67,3%) пациента жаловались на некоторые проблемы с самообслуживанием. Среднее значение индекса EQ-5D составило $0,42 \pm 0,02$.

У 7 пациентов с умеренной степенью активности сильную боль или дискомфорт испытывали 4 (57,1%) пациента, выраженную тревогу или депрессию – 2 (28,5%). Отсутствие тревоги или депрессии отметили 4 (57,1%) больных, отсутствие проблем с передвижением в пространстве – 5 (71,4%). Все пациенты отмечали наличие небольших затруднений при уходе за собой. Среднее значение индекса EQ-5D составило $0,64 \pm 0,03$.

Среди 19 пациентов 2-й группы, имеющих высокую степень активности заболевания, отмечали наличие сильной боли или дискомфорта – 12 (63,2%) пациентов, выраженной тревоги или депрессии – 10 (52,6%). Тревога или депрессия отсутствовала у 5 (26,3%) пациентов, проблем с передвижением в пространстве не было у 11 (57,9%), некоторые проблемы с самообслуживанием имели 12 (63,2%). Среднее значение индекса EQ-5D составило $0,44 \pm 0,02$.

Во второй группе среди 12 пациентов с умеренной степенью активности сильную боль или дискомфорт испытывали 6 (50%) пациентов, выраженную тревогу или депрессию – 4 (33,3%). Отсутствие тревоги или депрессии отметили 5 (41,6%) больных, проблем с передвижением в пространстве не было у 8 (66,6%) респондентов, с самообслуживанием также у 7 (58,3%). Среднее значение индекса EQ-5D составило $0,67 \pm 0,02$.

Все 11 пациентов 2-ой группы с низкой степенью активности отмечали отсутствие сильной боли или дискомфорта, выраженной тревоги или депрессии. Умеренную тревогу или депрессию отмечали 5 пациентов (45,45%). Однако 2 (18,18%) пациента имели некоторые трудности в отношении подвижности и ухода за собой и касательно передвижения в пространстве - 3 (27,27%) пациента. Среднее значение индекса EQ-5D составило $0,82 \pm 0,04$.

В обеих группах независимо от степени активности не было пациентов прикованных к постели и отсутствовали больные, совсем не испытывающие боль или дискомфорт.

У респондентов с более выраженными рентгенологическими изменениями в суставах выявлена тенденция к снижению показателей качества жизни. Так у 26 пациентов со II рентгенологической стадией заболевания значение индекса EQ-5D составило $0,57 \pm 0,04$, у 58 пациентов с III рентгенологической стадией данный показатель КЖ был равен $0,53 \pm 0,03$, у 14 пациентов, имеющих IV рентгенологическую стадию, индекс КЖ составил $0,47 \pm 0,03$ ($\chi^2 = 0,03$, $p > 0,05$).

При расчете количественного индекса здоровья по опроснику EQ-5D установлено, что у пациентов первой группы, показатель индекса здоровья был ниже, чем у пациентов второй группы – $0,48 \pm 0,02$ и $0,58 \pm 0,04$, соответственно ($p < 0,05$), это обусловлено преобладанием в данной группе пациентов с высокой активностью заболевания. При анализе данных по ВАШ пациентов показатель в обеих группах статистически значимо не различались ($33,2 \pm 7,3$ и $42,4 \pm 8,5$, ($p < 0,05$)).

При корреляционном анализе у пациентов с длительностью РА более 5 лет и высокой активностью заболевания выявлена статистически значимая взаимосвязь между уровнем DAS 28 и показателем индекса здоровья по EQ-5D ($r = -0,258$, $p < 0,05$). У респондентов с умеренной и минимальной активностью РА не выявлена достоверная взаимосвязь активности заболевания и показателей качества жизни.

Выводы.

1. У пациентов с ревматоидным артритом выявлено снижение качество жизни независимо от длительности заболевания.
2. Выявлено снижение качества жизни пациентов с РА по мере прогрессирования заболевания. Наиболее низкие показатели индекса EQ-5D обнаружены у пациентов с высокой активностью РА.
3. У пациентов с длительностью заболевания более 5 лет возрастание уровня DAS 28 ассоциировалось с низким показателем индекса здоровья по EQ-5D ($p < 0,05$), что указывает на возможное применение опросника EQ-5D как дополнительный критерий эффективности лечения.

***

1. Акулова А.И., Гайдукова И.З., Ребров А.П. Валидация версии 5L опросника EQ-5D в России // Научно-практическая ревматология. – 2018.- №56(3).-С.351-355.
2. Евсина О. В. Качество жизни в медицине—важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – №1. – С.121-127
3. Ермакова Ю. А. и др. Рентгенологическое прогрессирование и его влияние на функциональный статус у пациентов с ранним ревматоидным артритом при 5-летнем наблюдении // Научно-практическая ревматология. – 2015. – Т. 53. – №. 3. – С. 274-279.
4. Ермакова Ю. А., Каратеев Д. Е., Лучихина Е. Л., Демидова Н. В. и др. Влияние длительной непрерывной ремиссии на функциональный и рентгенологический исходы раннего ревматоидного артрита // Доктор.Ру. Терапия Кардиология Ревматология. 2015. № 8 (109) — № 9 (110). С. 44-49.
5. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Чичасова Н.В. Рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита –2013: общая характеристика и дискуссионные проблемы // Научно-практическая ревматология. – 2013. – № 6 (51). – С. 609–631.
6. Ногаева М.Г., Аманжолова А.С., Тулеутаева С.А. Распространенность ревматоидного артрита в Республике Казахстан за 2013-2017 годы // Медицина (Алматы). – 2019. - №3(201). – С. 77-82