

Оценка функционального индекса жизнедеятельности и качества жизни у больных анкилозирующим спондилитом в зависимости от активности заболевания и налич

Г. И. Щербаков

Оценка функционального состояния больных является важным аспектом в ревматологической практике. В последние годы распространение получила оценка функциональной способности больных с помощью опросника состояния здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire), учитывающего функциональный индекс нарушения жизнедеятельности. Для пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) это возникновение определенных трудностей или невозможности выполнения таких действий в повседневной жизни, как ходьба, одевание и уход за собой, соблюдение гигиены и осуществление других видов деятельности [1].

В последние годы особое внимание привлекает вопрос изучения качества жизни (КЖ) пациентов, страдающих хронической костно-суставной патологией, которая сопровождается болями, функциональными нарушениями, психологическими проблемами и социальными ограничениями, а также потребностью в длительной медикаментозной терапии. КЖ является интегральным показателем, отражающим степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению, а оценка взаимосвязи показателей КЖ и клинических параметров позволяет получить дополнительную информацию о течении заболевания и эффективности применяемой медикаментозной терапии [2, 3].

Целью настоящего исследования было изучить состояние здоровья больных АС с помощью опросника оценки здоровья и функционального индекса нарушения жизнедеятельности HAQ в зависимости от активности заболевания и наличия анемии.

Материалы и методы исследования

Характер распределения данных оценивали с помощью критерия Шапиро–Уилка. В зависимости от вида распределения признака применялись различные алгоритмы статистического анализа. Количественные данные представлены центральными тенденциями и рассеянием: среднее значение (M) и стандартное отклонение (s) признаков, имеющих приблизительно нормальное распределение, медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля) в случае распределения величин, отличного от нормального. Сравнение двух независимых групп по одному или нескольким признакам, имеющим хотя бы в одной из групп распределение, отличное от нормального, или если вид распределений не анализировался, проводилось путем проверки статистической гипотезы о равенстве средних рангов с помощью критерия Манна–Уитни (Mann–Whitney U-test).

В исследование было включено 97 мужчин с АС, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Из них у 47 (48,5%) пациентов была диагностирована анемия (средний уровень гемоглобина 123 (110,0; 126,0) г/л); у 50 (51,5%) пациентов анемия отсутствовала (средний уровень гемоглобина 142,0 (134,0; 149,0) г/л, различия между группами по уровню гемоглобина статистически достоверны ($p = 0,001$). Больные АС с анемией и без нее были сопоставимы по возрасту ($p = 0,382$). Средний возраст в группе пациентов без анемии составил 38 (30,0; 51,0) лет, в группе с анемией — 38 (30,0; 49,0) лет. Всем больным, включенным в исследование, был выполнен общий анализ крови, определен уровень С-реактивного белка.

Степень воспалительной активности АС определяли с использованием индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Значение BASDAI, составляющее 4 и более балла, соответствовало высокой степени активности заболевания.

Оценку состояния здоровья и функционального индекса жизнедеятельности у больных АС оценивали с помощью опросника HAQ (Health Assessment Questionnaire). Влияние АС на качество жизни было определено на основании опросника Short Form 36 (SF-36). Помимо восьми разделов опросника Short Form 36, были подсчитаны «Общий счет физических компонентов» и «Общий счет психических компонентов». Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$. Исследование проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association, WMA) в редакции 2000 г. с разъяснениями, данными на генеральной ассамблее BMA, Токио, 2004, с правилами Качественной клинической практики международной конференции по гармонизации (ICH GCP), этическими принципами, изложенными в Директиве Европейского Союза 2001/20/ЕС и требованиями национального российского законодательства. Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях.

Результаты и их обсуждение

У 47 (48,5%) пациентов в группе с анемией индекс BASDAI составил 5,3 (3,5; 7,1). В группе пациентов без анемии

индекс BASDAI составил 5,1 (3,7; 6,4). В сравнении показателей шкал опросника HAQ у больных АС с анемией и без анемии статистически значимых различий не выявлено $p \geq 0,05$. В группе пациентов с анемией выявлены взаимосвязи: «одевание и уход за собой» с эритроцитами ($p = 0,038$, $r = 0,303$), MCH ($p = 0,023$, $r = 0,330$); «вставание» со средним объемом эритроцита (MCV) ($p = 0,03$, $r = 0,318$), MCH ($p = 0,012$, $r = 0,365$); «прием пищи» со средней концентрацией Hb во всей пробе (MCHC) ($p = 0,018$, $r = 0,903$); «прогулки» с эритроцитами ($p = 0,013$, $r = 0,931$), MCH ($p = 0,034$, $r = 0,311$); «гигиеной» с Hb ($p = 0,05$, $r = 0,724$), MCH ($p = 0,04$, $r = 0,301$); «достижимый радиус действия» с MCV ($p = 0,011$, $r = 0,939$); «прочие виды деятельности» с Hb ($p = 0,04$, $r = 0,974$).

В группе пациентов без анемии выявлены взаимосвязи: «одевание и уход за собой» с Hb ($p = 0,018$, $r = 0,334$), MCH ($p = 0,05$, $r = 0,721$); «вставание» с эритроцитами ($p = 0,021$, $r = 0,325$), MCH ($p = 0,012$, $r = 0,365$); «прогулки» с Hb ($p = 0,005$, $r = 0,390$), MCH ($p = 0,03$, $r = 0,815$); «гигиена» с MCH ($p = 0,005$, $r = 0,948$); «достижимый радиус действия» с Hb ($p = 0,028$, $r = 0,847$), MCHC ($p = 0,002$, $r = 0,991$); «прочие виды деятельности» с MCV ($p = 0,012$, $r = 0,354$), MCH ($p = 0,023$, $r = 0,321$). В группах обследованных лиц с анемией и без анемии между «физическим компонентом здоровья» и «психическим компонентом здоровья» различия были статистически незначимы ($p = 0,968$ и $p = 0,928$ соответственно).

Наряду с этим в группе больных АС с анемией и «физическим компонентом здоровья» прослеживались взаимосвязи со средним объемом эритроцита ($p = 0,001$, $r = -0,297$), средней концентрацией гемоглобина во всей пробе ($p = 0,007$, $r = -0,263$). Корреляционная связь «психического компонента здоровья» прослеживалась между уровнем гемоглобина крови ($p = 0,008$, $r = -0,142$), средним объемом эритроцита ($p = 0,012$, $r = -0,139$), средней концентрацией гемоглобина во всей пробе ($p = 0,043$, $r = -0,297$).

Выводы

Таким образом, индекс HAQ и опросник SF-36 отражает возможность выполнять действия в повседневной жизни, выраженность болевого синдрома и может использоваться у больных АС в амбулаторно-поликлинической практике для оценки состояния здоровья, функциональных нарушений и эффективности проводимой терапии.

Литература

1. Журавлева М. О. Оценка состояния здоровья и функционального индекса жизнедеятельности у больных реактивным артритом // Вестник ОГУ. 2011. № 12 (131). С. 283–284.
2. 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. 2009. № 6. С. 26–31.
3. Амирджанова В. Н. Шкалы боли и HAQ в оценке пациента с ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2006. № 2. С. 60–65.

Г. И. Щербаков, кандидат медицинских наук

ГБУЗ МО Орехово-Зуевская ЦГБ, Орехово-Зуево

Контактная информация: oz-cgb@mail.ru

Оценка функционального индекса жизнедеятельности и качества жизни у больных анкилозирующим спондилитом в зависимости от активности заболевания и наличия анемии/ Г. И. Щербаков
Для цитирования: Лечащий врач № 8/2018; Номера страниц в выпуске: 62-63
Теги: качество жизни, болевой синдром, артрит, суставы