

8. Турская Ю. И., Рудакова Е. Б. // Лечащий врач. — 2009. — № 11.

9. Oates-Whitehead R. M., et al. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2007. — Issue 4.

## Контактная информация

**Цыбульская Оксана Викторовна** — аспирант кафедры акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: otsibulskaaya@rambler.ru

УДК 614.2:616-018.2

## ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Е. А. Сущук, С. И. Краюшкин, Л. Л. Куличенко**

*Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра амбулаторной и скорой медицинской помощи*

Представлены результаты исследования качества жизни, связанного со здоровьем, при использовании опросника SF-36 у больных системными заболеваниями соединительной ткани, выявлены факторы, ассоциированные со снижением качества жизни у этих пациентов.

*Ключевые слова:* системные заболевания соединительной ткани, качество жизни, системная красная волчанка, системная склеродермия, системные васкулиты, полимиозит, дерматомиозит, SF-36.

## HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC CONNECTIVE TISSUE DISEASES

**E. A. Sushchuk, S. I. Krajushkin, L. L. Kulichenko**

Results of health-related quality of life evaluation on patients with systemic connective tissue diseases using SF-36 questionnaire are presented, and factors associated with alterations in quality of life are detected.

*Key words:* systemic connective tissue diseases, quality of life, systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, systemic vasculitis, polymyositis, dermatomyositis, SF-36.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, — это интегральная многомерная характеристика, включающая компоненты физического, функционального, психологического и социального благополучия [2]. Изучение КЖ стало достаточно широко применяться в медицине с конца XX века [1, 3, 4, 5, 7], однако изучению КЖ у больных системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ) в России посвящены лишь единичные публикации.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение КЖ у больных системными заболеваниями соединительной ткани с использованием общего опросника SF-36 и выявление клинических и демографических факторов, определяющих КЖ.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 184 пациента с СЗСТ, из них 129 больных системной красной волчанкой (СКВ), 18 больных системной склеродермией (ССД), 12 больных с полимиозитом/дерматомиозитом (ПМ/ДМ) и 25 больных системными васкулитами (СВ) (узелковым полиартериитом — 6, геморрагическим васкулитом Шенлейн-Геноха — 12, аортоартериитом Такаюсу — 2, гранулематозом Вегенера — 3, синдромом Чарга-Стросс — 2), давших информированное согласие на участие. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Международной медицинской ассоциации и рекомендациями по этике биомедицинских исследований. Основные демографические показатели пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные демографические показатели пациентов

Показатель	Больные СКВ	Больные ССД	Больные ПМ/ДМ	Больные СВ
Женский пол, <i>n</i> (%)	114 (88,4)	17 (94,4)	9 (75)	14 (56)
Мужской пол, <i>n</i> (%)	15 (11,6)	1 (5,6)	3 (25)	11 (44)
Возраст, лет, <i>M</i> (SD)	35,67 (14,50)	48,67 (14,21)	55,25 (12,12)	34,72 (9,26)
Продолжительность болезни, лет, <i>M</i> (SD)	7,06 (6,68)	9,94 (10,43)	1,81 (1,79)	1,6 (1,91)
Возраст дебюта болезни, лет, <i>M</i> (SD)	31,0 (12,79)	38,73 (13,07)	33,04 (9,48)	53,75 (12,79)
Наличие инвалидности, <i>n</i> (%)	98 (75,96)	15 (83,3)	6 (50,0)	7 (28,0)

Исследование КЖ выполнено с помощью опросника SF-36 [6] в рамках лицензионного соглашения F1-052803-13906 с компанией QualityMetric Incorporated, 640 George Washington Highway, Lincoln, RI 02865 с использованием предоставленного этой организацией официального русскоязычного варианта опросника. Результатом применения SF-36 являются оценки по 8 шкалам, отражающим физическое, психическое и социальное благополучие. Шкалы группируются в два суммарных показателя «физический компонент здоровья» (ФКЗ) и «психологический компонент здоровья» (ПКЗ). Для статистического анализа использованы дескриптивные статистики, корреляционный анализ по Спирмену, многомерный непараметрический дисперсионный анализ по Краскелу-Уоллису с множественными попарными сравнениями по критерию Даннетта T3, регрессионный анализ в модели множественной линейной регрессии с пошаговым вариантом расчета. За значимые принимались значения  $p < 0,05$ .

Результаты исследования качества жизни с помощью SF-36 в зависимости от нозологии представлены на рис.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования качества жизни с помощью SF-36 в зависимости от нозологии представлены на рис.

Профиль качества жизни в сравнении с показателями здоровых лиц		Шкалы SF-36	Дескриптивные статистики		
			M	SD	Me
СКВ		PF	64,87	11,11	66,0
		RP	64,19	13,21	66,0
		BP	61,50	16,36	60,0
		GH	54,29	15,07	57,0
		VT	49,53	13,89	50,0
		SF	62,19	11,98	64,0
		RE	65,99	9,86	68,0
		MH	60,56	13,08	63,0
ССД		PF	62,72	11,17	63,0
		RP	67,33	12,63	70,0
		BP	55,39	18,39	53,5
		GH	53,44	19,47	52,0
		VT	46,22	16,21	41,0
		SF	65,56	12,89	70,5
		RE	61,50	9,44	65,5
		MH	57,61	13,19	57,5
СВ		PF	73,08	15,39	77,0
		RP	72,00	11,96	73,0
		BP	64,64	16,66	68,0
		GH	68,44	17,02	73,0
		VT	58,72	21,24	55,0
		SF	70,76	16,43	75,0
		RE	70,36	9,43	71,0
		MH	65,08	16,68	66,0
ПМ/ДМ		PF	39,75	18,19	33,0
		RP	39,50	16,19	39,0
		BP	54,83	18,91	49,5
		GH	38,08	12,77	35,0
		VT	44,50	13,69	43,0
		SF	39,58	21,36	31,0
		RE	41,83	18,38	36,0
		MH	41,58	17,28	39,0

Рис. Профиль КЖ больных СЗСТ по нозологиям в сравнении с показателями для здоровых лиц

Профили КЖ больных СЗСТ, выделенные темным цветом, представлены в сравнении с профилем КЖ, типичным для здоровых лиц (светло-серого цвета). Изменения профилей КЖ характеризуются двумя основными процессами — сужением и деформацией, причем выраженность и соотношение этих процессов различается при разных нозологиях. Так, СКВ и ССД характеризуются относительно равномерным сужением профиля КЖ, СВ — незначительным сужением и деформацией, а ПМ/ДМ — выраженным сужением и деформацией. Объяснением таких различий могут быть различия в течении этих заболеваний. Так, СКВ и ССД характеризуются хроническим течением, и пациенты адаптируются к заболеванию, отмечая при этом снижение всех показателей КЖ.

В группе СВ преобладали пациенты с геморрагическими васкулитами, которые протекают относительно доброкачественно и не приводят к необратимым повреждениям, поэтому закономерно ожидать у таких больных сохранение полноценного профиля КЖ. В то же время системные некротизирующие васкулиты характеризуются выраженным снижением КЖ, что находит отражение в деформации профиля. Течение ПМ/ДМ, как правило, подострое, сопровождается выраженным ограничением функции из-за поражения мышц, что закономерно приводит к выраженным изменениям в КЖ.

При сравнении значений шкал SF-36 между различными СЗСТ были выявлены значимые различия для шкал «Физическое функционирование» ( $p < 0,001$ ), «Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием» ( $p < 0,001$ ), «Общее состояние здоровья» ( $p < 0,001$ ), «Социальное функционирование» ( $p < 0,001$ ), «Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием» ( $p < 0,001$ ) и «Психическое здоровье» ( $p = 0,002$ ), а для шкал «Интенсивность боли» и «Жизненная активность» различия были статистически не значимыми. Множественные попарные сравнения между группами представлены в табл. 2.

Основная причина различий в показателях по шкалам SF-36 — более низкие значения шкал SF-36 у больных ПМ/ДМ и, в некоторых случаях, более высокие оценки в группе больных СВ, что подтверждает визуальную оценку профилей КЖ.

Корреляционный анализ продемонстрировал у больных СКВ связь SF-36 ФКЗ с возрастом больных ( $r = -0,293$ ,  $p = 0,001$ ), продолжительностью болезни ( $r = -0,267$ ;  $p = 0,002$ ), активностью СКВ ( $r = -0,191$ ;  $p = 0,030$ ) и повреждением ( $r = -0,357$ ;  $p < 0,001$ ), а SF-36 ПКЗ — с возрастом больных ( $r = -0,289$ ;  $p = 0,001$ ), продолжительностью болезни ( $r = -0,299$ ;  $p = 0,001$ ), числом классификационных критериев СКВ ( $r = -0,18119$ ;  $p = 0,017$ ) и повреждением ( $r = -0,429$ ;  $p < 0,001$ ). У больных ССД значимой корреляции оценок КЖ по компонентным шкалам SF-36 с демографическими и клиническими показателями не обнаружено. У больных СВ была выявлена связь SF-36 ФКЗ — с продолжительностью болезни ( $r = -0,456$ ;  $p = 0,022$ ), индексом повреждения ( $r = -0,599$ ;  $p = 0,002$ ); SF-36 ПКЗ — с продолжительностью болезни ( $r = -0,473$ ;  $p = 0,017$ ). У больных ПМ/ДМ были выявлены значимые корреляции SF-36 ФКЗ с продолжительностью болезни ( $r = 0,762$ ;  $p = 0,004$ ); SF-36 ПКЗ — с возрастом пациентов ( $r = -0,614$ ;  $p = 0,034$ ) и с продолжительностью болезни ( $r = 0,751$ ;  $p = 0,005$ ).

Выявление факторов, определяющих КЖ, было проведено с помощью регрессионного анализа, в котором зависимыми переменными служили показатели КЖ, а факторами — коррелирующие с этими показателями параметры, который показал (табл. 3), что основными факторами, определяющими оценки КЖ, являются возраст пациентов, наличие конституциональных симптомов и продолжительность болезни, причем с увеличением возраста и продолжительности страдания снижаются оценки КЖ. Следует отметить, что ни один лабораторный показатель не коррелировал с оценками КЖ, оценки КЖ являются субъективными.

Таблица 2

### Множественные межгрупповые сравнения шкал SF-36 у больных, включенных в исследование

(I)	(J)	Шкалы SF-36					
		PF	RP	GH	SF	RE	MH
		$M_{(I-J)}$ (p)	$M_{(I-J)}$ (p)	$M_{(I-J)}$ (p)	$M_{(I-J)}$ (p)	$M_{(I-J)}$ (p)	$M_{(I-J)}$ (p)
СКВ	ССД	2,146 (0,967)	-3,147 (0,899)	0,850 (1,000)	-3,362 (0,871)	4,492 (0,345)	2,947 (0,934)
	СВ	-8,212 (0,092)	-7,814 (0,033)*	-14,145 (0,003)*	-8,566 (0,105)	-4,368 (0,223)	-4,522 (0,737)
	ПМ/ДМ	25,118 (0,003)*	24,686 (0,001)*	16,211 (0,006)*	22,610 (0,021)*	24,159 (0,005)*	18,975 (0,016)*
ССД	СВ	-10,358 (0,081)	-4,667 (0,775)	-14,966 (0,073)	-5,204 (0,812)	-8,860 (0,026)*	-7,469 (0,486)
	ПМ/ДМ	22,972 (0,007)*	27,833 ( $< 0,001$ )*	15,361 (0,080)	25,972 (0,009)*	19,667 (0,022)*	16,028 (0,073)
СВ	ПМ/ДМ	33,330 ( $< 0,001$ )*	32,500 ( $< 0,001$ )*	30,357 ( $< 0,001$ )*	31,177 (0,002)*	28,527 (0,001)*	-23,497 (0,005)*

**Результаты регрессионного анализа для зависимых переменных, являющихся оценками КЖ при СЗСТ**

Модель	Предикторы	B	SE	$\beta$	t	p	95% ДИ для B	
SF-36 ФКЗ	(Константа)	5,800	1,437		35,361	0,000	47,966	53,635
	Возраст	-0,112	0,032	-0,248	-3,445	0,001	-0,175	-0,048
	Общие симптомы	-3,681	1,072	-0,233	-3,434	0,001	-5,796	-1,566
	Продолжительность болезни	-0,141	0,069	-0,146	-2,030	0,044	-0,278	-0,004
SF-36 ПКЗ	(Константа)	52,322	1,418		36,887	0,000	49,523	55,121
	Возраст	-0,162	0,030	-0,366	-5,379	0,000	-0,222	-0,103
	Общие симптомы	-2,500	1,058	-0,161	-2,362	0,019	-4,589	-0,412

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами были выявлены нарушения профиля КЖ у больных СЗСТ, которые характеризуются сужением профиля, то есть снижением субъективных оценок КЖ по всем шкалам опросника SF-36, так и деформацией, то есть более выраженными изменениями в оценках КЖ по ряду шкал. Исследование детерминант КЖ у больных СЗСТ позволяет сделать вывод, что определяющими являются субъективные параметры, такие как общие симптомы; также в суммарную оценку КЖ значительный вклад вносят продолжительность болезни и возраст пациентов.

Отмечены различия в оценках КЖ с помощью опросника SF-36 пациентами с разными заболеваниями в группе СЗСТ, что является отражением различий в клинической картине и течении заболеваний. Нами не было обнаружено взаимосвязи оценок КЖ с лабораторными показателями, в то же время интегративные показатели активности и повреждения заболевания оказывают существенное влияние на качество жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лопухова В. А., Тарасенко И. В. // Вестник ВолгГМУ — 2011. — № 3 (39) — С. 94—97
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. академика РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.
3. Петров В. И., Разваляева А. В., Некрасова Е. Е. и др. // Вестник ВолгГМУ — 2010. — № 4 (36) — С. 38—41.
4. Рогова Н. В., Бутранова О. И., Куликова И. В. и др. // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 1 (37) — С. 111—115.
5. Almedhed K., Carlsten H., Forsblad-d'Elia H. // Scand J Rheumatol. — 2010 — Vol. 39(1) — P. 58—62.
6. Alonso J., Ferrer M., Gandek B., et al. // Qual Life Res. — 2004 — Vol. 13 (2) — P. 283—298.
7. Hanly J. G., Urowitz M. B., Jackson D., et al. // Ann Rheum Dis. — 2011 — Vol. 70 (6) — P. 61—67.

## Контактная информация

**Сушук Евгений Александрович** — к. м. н., ассистент кафедры амбулаторной и скорой медицинской помощи Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: Eugene.sushchuk@gmail.com