

Качество жизни и психоэмоциональный статус больных псориатическим артритом

О.Г. Филимонова, О.В. Симонова
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия
Росздрава, г. Киров

Резюме

Цель. Оценить качество жизни (КЖ) и психоэмоциональный статус у больных псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы. Исследованы 70 больных с достоверным диагнозом ПсА. КЖ изучали по шкале SF-36. Психоэмоциональный статус пациентов оценивали с помощью опросника депрессии Бека (BDI), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты. Все исходные показатели КЖ у больных ПсА были достоверно ниже, чем в группе контроля ($p < 0,001$). В наибольшей степени у пациентов были снижены показатели физического здоровья. У большинства больных ПсА были выявлены тревожно-депрессивные расстройства, выраженность которых коррелировала с основными клиническими проявлениями ПсА.

Заключение. Больные ПсА имеют более низкие показатели КЖ, чем лица без патологии суставов. Значительная частота и выраженность тревожно-депрессивных расстройств требует рассмотрения вопроса об их медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: псориатический артрит, качество жизни, психоэмоциональный статус, депрессия, тревожность

В соответствии с новой концепцией клинической медицины, улучшение (сохранение) качества (КЖ) пациента является либо главной, либо дополнительной, либо единственной целью при лечении пациентов с различными заболеваниями [1]. КЖ определяется как интегральная характеристика физического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [5]. В настоящее время становится очевидным, что заболевания опорно-двигательного аппарата существенно ухудшают КЖ людей из-за постоянных болей, нарушения функциональной активности, отягощающих жизнь самого больного, его семьи и общества в целом [4].

Псориатический артрит (ПсА) является одной из основных форм воспалительных серонегативных спондилоартритов и представляет собой системное прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом, которое приводит к развитию эрозивного артрита, костной резорбции, множественным энтезитами и спондилоартриту [3]. Частота ПсА в популяции достигает 1% [12], а распространенность артрита у больных псориазом колеблется от 13,5% до 47,5% [2, 13].

Нередко с самого начала ПсА протекает с выра-

женным экссудатом в пораженных суставах, максимальной активностью воспалительного процесса, характеризуется быстро прогрессирующим течением с развитием стойкой функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата уже в течение первых двух лет болезни [14]. Все это в конечном итоге приводит к эмоциональным переживаниям, депрессии, доставляет значительные моральные страдания, что резко снижает КЖ больных ПсА. Перспективность исследования психического статуса при ревматических заболеваниях основывается на схожести патофизиологических механизмов боли и депрессивных расстройств, а также новых данных о нарушении иммунной системы провоспалительного характера (Т-лимфоциты, цитокины, интерлейкин (ИЛ)-1, фактор некроза опухоли (ФНО)- α), выявленных при психоэмоциональных нарушениях и хорошо известных при болезнях ревматологического профиля [8].

Цель исследования – оценка КЖ больных ПсА и корреляционных взаимосвязей его проявлений с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств.

Материал и методы

Обследовано 70 больных с достоверным диагнозом ПсА, в том числе 43 жен. (61%) и 27 муж. (39%). Возраст пациентов – от 25 до 75 лет (ср. возраст $50,2 \pm 10,0$ лет). Длительность суставного синдрома варьировала от 2 мес. до 30 лет (в ср. $10,0 \pm 7,2$ лет),

длительность существования кожного псориаза – от полугода до 67 лет (в ср. $19,9 \pm 14,3$ лет). Дебют заболевания с кожного синдрома отмечен у 42 больных, у 10 больных кожный и суставной синдромы развивались одновременно и у 11 больных ПсА дебютировал с суставного синдрома. У большинства больных (67%) имелся полиартритический вариант ПсА. 27,1% пациентов в момент исследования имели I степень активности заболевания; 65,7% – II; 7,2% – III. У 18,2% пациентов была выявлена I рентгенологическая стадия ПсА, у 54,5% – II, у 27,3% – III. У 49 чел. наблюдался вульгарный ограниченный и у 12 – распространенный псориаз в стационарной стадии.

КЖ больных определяли по опроснику SF-36 (Short Form-36-Item Health Survey) [16]. Для оценки влияния заболевания на КЖ пациентов по шкале SF-36 проводили сравнительную оценку показателей КЖ больных ПсА и показателей популяционных норм, которые были получены Межнациональным центром исследования КЖ в Санкт-Петербурге с вычислением 8 основных показателей: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье. Оценка функционального статуса проводили при помощи опросника НАQ (Health Assessment Questionnaire) [11].

Для определения психоэмоциональных нарушений применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), субклиническую тревогу и депрессию диагностировали при суммарном балле от 8 до 10, клинически выраженную – при суммарном балле более 10 [18]; шкалу Бека, включающую 21 пункт. Результат оценивали по общей сумме баллов: 0-9 баллов – нет депрессии, 10-19 – умеренная депрессия, 20 баллов и более – выраженная депрессия [9]. Оценка реактивной и личностной тревожности проводили по шкале Спилбергера-Ханина [15]. Уровень тревожности интерпретировали следующим образом: до 30 баллов – низкая, 30-45 баллов – средняя и более 45 баллов – высокая.

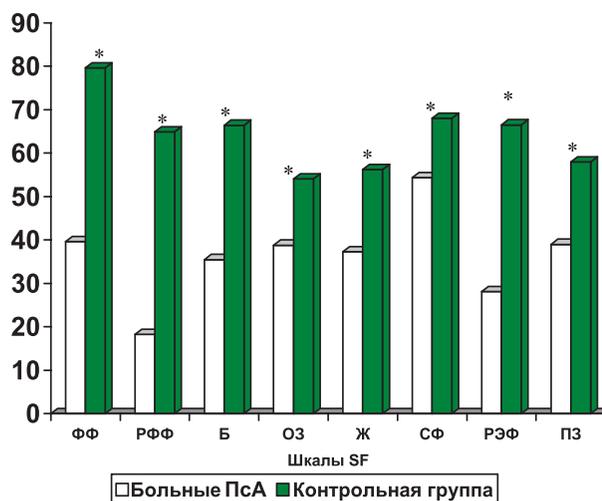
Для статистической обработки материала использовали специализированный статистический пакет SPSS 13.0. В группах вычисляли среднее арифметическое (M), среднеквадратическое отклонение (σ), среднюю ошибку среднего арифметического (m), доверительный интервал. Для определения зависимости между вычисляемыми показателями рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона и его значимость.

Результаты

Анализ шкал SF-36 показал, что у больных ПсА все показатели КЖ были достоверно хуже, чем в группе контроля ($p < 0,001$) (рис. 1). В наибольшей степени изменялись показатели физического здо-

Рисунок 1

ПОКАЗАТЕЛИ КЖ БОЛЬНЫХ ПСА И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ



Примечание: * - $p < 0,001$, достоверность различий между группами.

ровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). РФФ было снижено на 71,7%, показатель Б на 46,5%, показатель ФФ на 50,3% по сравнению со здоровыми лицами. Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (Ж, СФ, РЭФ, ПЗ), в большей степени были снижены РЭФ – на 57,8% и Ж – на 33,6%. Показатель СФ, являясь самым высоким среди всех шкал КЖ у больных ПсА (54,4%), тем не менее был на 20% хуже, чем у здоровых лиц.

Для оценки факторов, влияющих на показатели КЖ больных ПсА, был предпринят анализ корреляционных связей некоторых клинических показателей со значениями отдельных шкал SF-36. Как видно из табл.1, большинство шкал имело статистически значимые корреляционные связи с возрастом, активностью заболевания, числом болезненных и припухших суставов, болью и утомляемостью по ВАШ и т.д. Была выявлена высокая отрицательная корреляционная связь между всеми шкалами SF-36 и функциональным статусом больных ПсА по НАQ.

По опроснику Бека среднее значение депрессии составило 17,8 баллов. Только у 9(12,9%) больных депрессии не отмечено, у 35(50%) наблюдалась умеренная депрессия и у 26(37,1%) больных – выраженная. По госпитальной шкале клинически выраженная тревога отмечалась у 15(21,4%) больных, субклиническая – у 22(31,4%); клинически выраженная депрессия также у 15(21,4%), субклиническая у 20(28,6%).

У больных ПсА с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено повышение значений реактивной ($48,8 \pm 13,6$) и личностной ($50,9 \pm 9,4$) тревожности, при этом у большинства больных наблюдалась высокая личностная (70% – 49 чел.) и ситуативная (55,7% – 39 чел.) тревожность. Была обнаружена корреляционная связь между уровнем тревоги и депрессии и основными клиническими

Таблица 1

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ШКАЛАМИ SF-36 И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ ПА								
Показатели	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
Возраст, годы	-0,30(*)	-0,33(**)	-0,31(**)	-0,29(*)	-0,38(**)	-0,14	-0,24(**)	-0,21
Активность заболевания, степень	-0,52(**)	-0,46(**)	-0,40(**)	-0,22	-0,4(**)	-0,33(**)	-0,45(**)	-0,3(*)
Число болезненных суставов, п	-0,48(**)	-0,35(**)	-0,25(*)	-0,38(**)	-0,34(**)	-0,30(*)	-0,28(*)	-0,25(*)
Суставной индекс	-0,58(**)	-0,34(**)	-0,34(**)	-0,29(*)	-0,40(**)	-0,32(**)	-0,28(*)	-0,30(*)
Число припухших суставов, п	-0,47(**)	-0,28(*)	-0,24(*)	-0,27(*)	-0,32(**)	-0,25(*)	-0,21	-0,26(*)
Боль по ВАШ, мм	-0,48(**)	-0,42(**)	-0,60(**)	-0,17	-0,44(**)	-0,25(*)	-0,33(**)	-0,26(*)
Выраженность скованности по ВАШ, мм	-0,31(**)	-0,27(*)	-0,46(**)	-0,14	-0,42(**)	-0,30(*)	-0,34(**)	-0,35(**)
Утомляемость по ВАШ, мм	-0,45(**)	-0,45(**)	-0,31(**)	-0,51(**)	-0,54(**)	-0,45(**)	-0,42(**)	-0,43(**)
Самочувствие по ВАШ, мм	0,34(**)	0,28(*)	0,35(**)	0,32(**)	0,44(**)	0,24(*)	0,26(*)	0,37(**)
НАQ, баллы	-0,76(**)	-0,53(**)	-0,58(**)	-0,34(**)	-0,64(**)	-0,47(**)	-0,37(**)	-0,48(**)

Примечание: Числовые значения – выражения коэффициента корреляции по Пирсону, знак «-» означает отрицательную корреляционную связь. Корреляционная связь, статистически значимая при $p < 0,05$, обозначена одной звездочкой, при $p < 0,01$ – двумя звездочками.

Таблица 2

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПСА

Показатель	Депрессия по шкале Бека	Тревога по HADS	Депрессия по HADS	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
Активность, степень	0,31(**)	0,25(*)	0,30(*)	0,16	0,19
длительность суставного синдрома, годы	0,40(**)	0,20	0,33(**)	0,31(**)	0,23
Число болезненных суставов, п	0,49(**)	0,29(*)	0,40(**)	0,33(**)	0,39(**)
Суставной индекс	0,47(**)	0,29(*)	0,45(**)	0,26(*)	0,36(**)
Число припухших суставов, п	0,45(**)	0,48(*)	0,40(**)	0,28(*)	0,38(**)
Скованность по ВАШ, мм	0,32(**)	0,33(**)	0,30(*)	0,15	0,19
Длительность скованности, мин	0,40(**)	0,36(**)	0,36(**)	0,26(*)	0,25(*)
Утомляемость по ВАШ, мм	0,36(**)	0,38(**)	0,47(**)	0,31(**)	0,47(**)
Самочувствие по ВАШ, мм	-0,41(**)	-0,36(**)	-0,43(**)	-0,38(**)	-0,43(**)

Примечание: Числовые значения – выражения коэффициента корреляции по Пирсону, знак «-» означает отрицательную корреляционную связь. Корреляционная связь, статистически значимая при $p < 0,05$, обозначена одной звездочкой, при $p < 0,01$ – двумя звездочками.

проявлениями ПсА (табл. 2). Также наблюдалась высокая обратная корреляционная связь между уровнем тревожно-депрессивных расстройств и шкалами SF-36.

Обсуждение

Полученные нами данные позволяют утверждать, что ПсА значительно ухудшает КЖ больных: страдает физическое, психологическое здоровье, нарушается их социальное функционирование, что соответствует данным литературы [7]. Выраженность нарушений по различным шкалам опросника SF-36 коррелирует с основными показателями активности воспалительного процесса (числом болезненных и припухших суставов, суставным индексом Ричи, выраженностью боли и утренней скованности по ВАШ), а также с функциональным статусом по НАQ, что соответствует данным, полученным F. Birrell и соавт. для ревматоидного артрита [10].

Крайне важным в клиническом плане является тот факт, что психические расстройства значительно отягощают клиническое течение любой соматической болезни. Больные при наличии тревоги и/или депрессии предъявляют большее число соматичес-

ких жалоб, имеют худший функциональный статус и худшее КЖ, они меньше удовлетворены результатами своего лечения [6,17]. В нашем исследовании было выявлено, что тревожно-депрессивные состояния у больных ПсА встречаются с высокой частотой; депрессивные расстройства ассоциируются с показателями активности заболевания, продолжительностью утренней скованности, длительностью суставного синдрома. Тревожные состояния чаще коррелируют с числом болезненных суставов, утомляемостью и самочувствием по ВАШ.

Закключение. Больные ПсА имеют более низкие показатели КЖ в сравнении с популяционной нормой. Заболевание оказывает негативное влияние не только на физические параметры, но и на важнейшие функции пациента – психологическое и социальное функционирование. Существенно ухудшается психоэмоциональное состояние больных ПсА. Значительная частота и выраженность депрессивных расстройств, выявленных в процессе исследования, требуют оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий по медицинской и социально-психологической помощи больным ПсА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. *Научно-практич. ревматол.*, 2003, 2, 72-6.
2. Бадочкин В.В. Медикаментозная терапия псориатического артрита. *РМЖ*, 2004, 12, 6, 426-32.
3. Бадочкин В.В. Псориатический артрит (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дисс. дмн, М., 2003.
4. Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б., Насонова В.А. Основные задачи Международной Декады (The Bone And Joint Decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России. *Научно-практич. ревматол.*, 2001, 2, 4-11.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб., 2002. 320с.
6. Погосова Г.В. Депрессия у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению. *Кардиология*, 2004, 1, 88-92.
7. Симонова О.В. Комбинированная терапия проспирином и метотрексатом при хронических эрозивных заболеваниях суставов. Автореф. дисс. дмн, Ярославль, 2004.
8. Якушин С.С., Якушина Е.Ф. Депрессивные расстройства в практике ревматолога. *Научно-практич. ревматол.*, 2004, 1, 55-9.
9. Beck A.T., Beamesderfer A. Assesment of depression: the depression inventory. *Mod. Probl. Pharmacopsych.*, 1974, 7, 151-69.
10. Birrel F.N., Hassel A.B., Johnes P.W. et al. How Does the short form 36 Health Questionnaire (SF-36) in Rheumatoid Arthritis (RA) relate to RA outcome measures and SF-36 population values? A cross-sectional study. *Clin. Rheumatol.*, 2000, 19, 195-9.
11. Bruce B., Fries J.F. Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Clin. Exp. Rheumatol.*, 2005, 23(suppl.39), 14-8.
12. Gladman D.D. Effectiveness of psoriatic arthritis therapies. *Sem. Arthr. Rheum.*, 2003, 33(1), 29-37.
13. Gladman D.D. Psoriatic Arthritis. In: *Oxford textbook of rheumatology*. Maddison P.J., Isenberg D.A., Woo P., Glass D.N., eds. New-York.: Oxford University Press, 1998, 1071-84.
14. McHugh N.J., Balachrishnan C., Jones S.M. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology*, 2003; 42, 778-83.
15. pielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E., State Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA. 1970.
16. Ware J.E. Sf-36 health survey. *Manual and interpretation guide*. 2000, 305-10.
17. Zellweger M.J., Osterwalder R.H., Langewitz W. et al. Coronary artery disease and depression. *Eur. Health J.*, 2004, 1, 3-9.
18. Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiat. Scand.*, 1983, 67, 361-70.

Поступила 01.10.09

Abstract

O.G. Filimonova, O.V. Simonova

Quality of life and psycho-emotional status of patients with psoriatic arthritis

Objective. To assess quality of life (QL) and psycho-emotional status of patients with psoriatic arthritis (PsA).

Material and methods. 70 pts with definite PsA were included. QL was studied with SF-36. Psycho-emotional status of patients was assessed with Beck Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Spielberger-Hanin Reactive and Personal Anxiety Scale.

Results. All baseline QL measures in PsA pts were significantly lower than in control group ($p < 0,001$). Decrease of physical health measures was most prominent. Majority of PsA pts had anxiety and depressive disorders and their intensity correlated with main clinical symptoms of PsA.

Conclusion. Pts with PsA have lower QL measures than persons without joint pathology. Significant frequency and intensity of anxiety and depressive disorders require considering their drug correction.

Key words: psoriatic arthritis, quality of life, psycho-emotional status, depression, anxiety