Влияние особенностей течения заболевания и проводимой терапии на качество жизни пациентов с анкилозирующим спондилитом

Кузнецова Н.А.[1], Колотова Г.Б.[1, 2]

[1]Городской ревматологический центр МАУ «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург, Россия; [2]Кафедра терапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия
[1]620102 Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189; [2]620028 Екатеринбург, ул. Репина, 3

[1]City Rheumatology Center, City Clinical Hospital Forty, Yekaterinburg, Russia; [2]Department of Therapy, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
[1]189, Volgogradskaya St., Yekaterinburg 620102; [2]3, Repin St., Yekaterinburg 620028

Контакты:
Наталья Александровна Кузнецова;
rnatali10@mail.ru

Contact:
Natalia Kuznetsova;
rnatali10@mail.ru

Поступила 21.05.14

Цель исследования – изучение влияния особенностей течения анкилозирующего спондилита (АС), социально-демографических факторов и проводимой терапии на качество жизни (КЖ) пациентов.
Материал и методы. Представлены результаты исследования КЖ (по данным опросника SF-36) 90 взрослых пациентов с АС в сопоставлении с 45 здоровыми лицами (группа контроля). В течение 6 мес до включения в исследование 30 пациентов с АС получали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 27 – НПВП + сульфасалазин (СУЛЬФ), 15 – НПВП + инфликсимаб (ИНФ); 18 (20%) пациентов систематически не лечились и были исключены из исследования. Контрольную группу составили 45 практически здоровых добровольцев (32 мужчины и 13 женщин); обе группы были сопоставимы по полу и возрасту.
Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов с АС по сравнению с контрольной группой снижены физические и психологические показатели КЖ ($p<0,001$). КЖ больных АС ухудшается по мере нарастания воспалительной активности заболевания, функциональных ограничений, суставных проявлений и энтезитов. Коксит, выявленный у 76,7% пациентов, оказывает неблагоприятный эффект на шкалу ролевого физического функционирования. Статистически значимого влияния социально-демографических факторов на КЖ пациентов с АС не установлено. Показатели КЖ были выше у пациентов, принимающих ИНФ в комбинации с НПВП.
При оценке влияния проводимой медикаментозной терапии на КЖ у пациентов, принимающих СУЛЬФ, в сравнении с контрольной группой, отмечены статистически значимо худшие показатели по всем шкалам опросника SF-36 ($p<0,001$). У пациентов, которые принимали только НПВП, показатели КЖ также были хуже, чем в контрольной группе ($p<0,001$). У больных, получающих ИНФ+НПВП, ряд параметров КЖ по данным опросника SF-36 оказался сопоставим с соответствующими показателями КЖ в группе практически здоровых людей.
Таким образом, пациенты с АС имеют значительно более низкие физические и психологические показатели КЖ, чем здоровые люди. Ухудшение КЖ отмечается по мере нарастания воспалительной активности АС и функциональных ограничений. Влияния социально-демографических факторов на КЖ пациентов с АС не выявлено. Терапия ИНФ в сочетании с НПВП обеспечивало более высокое КЖ больных АС, чем другие виды лечения.
Ключевые слова: анкилозирующий спондилит; качество жизни.
Для ссылки: Кузнецова НА, Колотова ГБ. Влияние особенностей течения заболевания и проводимой терапии на качество жизни пациентов с анкилозирующим спондилитом. Научно-практическая ревматология. 2015;53(1):32–37.

IMPACT OF THE SPECIFIC FEATURES OF DISEASE COURSE AND THERAPY ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Kuznetsova N.A.[1], Kolotova G.B.[1, 2]

Objective: to investigate the impact of specific features of the course of ankylosing spondylitis (AS), sociodemographic factors, and therapy on quality of life (QL) in patients with this disease.
Subjects and methods. The results of studying QL (with the SF-36 questionnaire) in 90 adult patients with AS versus 45 healthy individuals (a control group) were presented. Within 6 months before study inclusion, 30 patients with AS received only nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs); 27 – NSAIDs + sulfasalazine (SULF), 15 – NSAIDs + infliximab (INF); 18 (20%) patients were not systematically treated and were excluded from the study. A control group comprised 45 apparently healthy volunteers (32 men and 13 women); both groups were matched for gender and age.
Results and discussion. The patients with AS were found to have lower physical and psychological QL scores than the controls ($p < 0.001$). In those with AS, QL worsened as the inflammatory disease activity, functional limitations, articular manifestations and enthesitis increased. Coxitis detected in 76.7% of the patients had a negative effect on role-physical functioning. The sociodemographic factors were not found to have a statistically significant influence on QL in the patients with AS. The QL scores were higher in the patients taking INF in combination with NSAIDs.
Evaluation of the impact of performed drug therapy on QL in the patients receiving SULF versus the controls revealed statistically significant worse scores in all the scales of the SF-36 questionnaire ($p < 0.001$). In the patients who had NSAIDs only, the QL scores were also worse than those in the control group ($p < 0.001$). According to the data of the SF-36 questionnaire, a number of QL scores in the patients receiving INF + NSAIDs proved to be similar in the apparently healthy individuals.
Thus, the patients with AS have considerably lower physical and psychological QL scores than the healthy people. QL worsens as the inflammatory activity of AS and functional limitations increase. No influence of sociodemographic factors on QL was found in the patients with AS. Therapy with INF in combination with NSAIDs ensured higher QL in these patients than did other treatments.
Key words: ankylosing spondylitis; quality of life.
For reference: Kuznetsova NA, Kolotova GB. Impact of the specific features of disease course and therapy on quality of life in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatology Science and Practice. 2015;53(1):32–37.
DOI: http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-32-37

Анкилозирующий спондилит (АС) остается основной формой воспалительных заболеваний позвоночника. Распространенность АС среди населения составляет от 0,1 до 1,8% [1, 2]. Социальное значение АС определяется началом болезни в молодом возрасте (пик заболеваемости приходится на 15–30 лет), неуклонным прогрессированием и ранней инвалидизацией в наиболее трудоспособном возрасте [2].

В последние годы внимание ревматологов 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 [3–7]. КЖ является интегральным показателем, отражающим степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [8], а оценка взаимосвязи показателей КЖ и клинических параметров позволяет получить дополнительную информацию о течении заболевания и эффективности применяемой медикаментозной терапии [9–11].

У пациентов с АС вопрос влияния заболевания на различные составляющие КЖ практически не изучен. В иностранной литературе представлены лишь единичные исследования с различными методологическими подходами и противоречивыми результатами [12–15]. Вместе с тем знание проблем физической, психологической, социальной адаптации у пациентов, страдающих АС, позволит оптимизировать лечебные и реабилитационные мероприятия.

Целью исследования явилось изучение влияния особенностей течения АС, социально-демографических факторов и проводимой терапии на КЖ пациентов.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе городского ревматологического центра МАУ «ГКБ №40» г. Екатеринбурга в период с 2009 по 2010 г. Основную группу составили 90 пациентов с АС. Критериями включения в исследование являлись: получение информированного согласия на участие в исследовании; достоверный диагноз АС в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (1984). Критерий исключения из исследования – наличие тяжелой сопутствующей хронической соматической патологии, не контролируемой медикаментозным лечением. Основные характеристики группы представлены в табл. 1.

Таблица 1 Клиническая характеристика больных АС

Показатель	Значение
Пол, n (%):	
женский	20 (22,2)
мужской	70 (77,8)
HLA-B27, n (%):	
есть	84 (93,4)
нет	2 (2,2)
не определяли	4 (4,4)
Возраст пациентов, годы*	43 [34; 48]
Возраст дебюта, годы*	25,5 [20; 30]
Длительность болезни, годы*	15,5 [9; 22]
Степень активности по BASDAI, баллы*	5 [3,6; 6,4]
Функциональный индекс BASFI, баллы*	3,5 [1,9; 6,5]
Метрологический индекс BASMI, баллы*	5,8 [5,0; 6,8]
Поражение энтезисов, индекс MASES*	3 [2; 9]

Примечание. *– приведены медиана [25-й; 75-й перцентили].

В течение 6 мес до включения в исследование 30 пациентов с АС получали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 27 – НПВП + сульфасалазин (СУЛЬФ), 15 – НПВП + инфликсимаб (ИНФ). 18 (20%) пациентов систематически не лечились и были исключены из исследования.

Контрольную группу составили 45 практически здоровых добровольцев (32 мужчины и 13 женщин); обе группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Всем пациентам, вошедшим в исследование, проводилась рентгенография крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных суставов (ТБС), позвоночника, ультразвуковое исследование (УЗИ) ТБС, лабораторное определение маркеров активности воспаления (СОЭ, уровня С-реактивного белка) и тестирование на HLA-B27. В качестве инструмента определения активности использовался индекс BASDAI (**B**ath **A**nkylosing **S**pondilitis **D**isease **A**ctivity **I**ndex) [16], функциональное состояние пациентов определялось по индексу BASFI (**B**ath **A**nkylosing **S**pondylitis **F**unctional **I**ndex) [16]. Регистрировалась интенсивность боли в позвоночнике по числовой ранговой шкале (ЧРШ). Учитывалась ночная и дневная боль, а также общая оценка активности заболевания пациентом.

Для оценки подвижности всех отделов позвоночника использовался метрологический индекс BASMI (**B**ath **A**nkylosing **S**pondylitis **M**etrology **I**ndex) [16], поражения энтезисов – индекс MASES (**M**aastricht **A**nkylosing **S**pondylitis **E**nthesitis **S**core) [16]. Оценка КЖ проводилась по русскоязычной версии опросника MOS SF-36 [9], разработанного на основе исследования Medical Outcomes Study (MOS) в США [17]. Опросник состоит из 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 мм, и более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Шкалы объединяются в два показателя: физический компонент здоровья (ФКЗ), включающий ФФ, РФФ, ИБ, ОЗ, и психологический компонент здоровья (ПКЗ), включающий ПЗ, РЭФ, СФ, ЖА. Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Statistica, версия 6.1 (Stat Soft, США). Большинство показателей анализируемой группы характеризовались распределением, отличным от нормального, в связи с чем результаты представлены в виде медианы с указанием размаха значений от 25-го до 75-го перцентиля – Me [25-й; 75-й перцентили]. Сравнение двух групп количественных признаков с распределением, отличным от нормального, с равной дисперсией, проводилось с помощью критерия Манна–Уитни (U). С целью выявления корреляции определялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R). Статистически значимой считалась разница показателей при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования были изучены показатели КЖ по данным опросника SF-36 у пациентов с АС в сравнении с контрольной группой. Выборка больных АС отличалась от контрольной группы значимо худшими показателями КЖ как по физическому, так и по психологическому компоненту (p<0,001; табл. 2).

Наиболее низкий показатель, отражающий психологический компонент, был получен у пациентов основной группы по шкале РЭФ, предполагающей оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Эти данные указывают на то, что у больных АС эмоциональное состояние значительно ограничивает повседневную активность. Полученные нами результаты не противоречат проведенному ранее исследованию R. Rugiene и соавт. на выборке с АС [12].

На втором этапе исследования проанализированы факторы, обусловливающие ухудшение КЖ у больных АС. В результате проведения корреляционного анализа установлены значимые отрицательные корреляционные связи между всеми показателями КЖ и индексом активности BASDAI у пациентов основной группы (табл. 3), что свидетельствует о выраженном негативном влиянии активности воспалительного процесса на физический и психологический компоненты КЖ. Аналогичные статистически значимые корреляции выявлены у пациентов с АС между функциональным индексом BASFI и всеми шкалами опросника SF-36 (p<0,001). При этом наиболее сильная отрицательная корреляционная связь отмечена между BASFI и шкалой ФФ (R=-0,68; p<0,001), что представляется достаточно закономерным: чем больше ограничение двигательной функции позвоночника, тем хуже оценка физической активности пациентом. Статистически значимые отрицательные корреляционные связи установлены также между метрологическим индексом BASMI, индексом поражения энтезисов MASES и шкалами КЖ пациентов, при этом также наиболее выраженные со шкалой ФФ (R=-0,47; p<0,001 и R=-0,34; p<0,001 соответственно). Это позволяет предполагать, что по мере нарастания активности воспалительного процесса, прогрессирования функциональных ограничений со стороны позвоночника, вовлечения в воспалительный процесс энтезисов КЖ пациентов с АС будет ухудшаться по всем составляющим его компонентам. Сходные тенденции отмечались и другими авторами [12–14].

Активность спондилита, помимо индекса BASDAI, определялась у исследованных больных АС с помощью показателей боли в позвоночнике по числовой ранговой шкале (ЧРШ; ночная и дневная боль). Отмечались статистически значимые отрицательные корреляционные связи между выраженностью ночной боли в позвоночнике и показателями физического и психологического компонентов КЖ (табл. 4).

Выраженность боли в течение дня также коррелировала со всеми шкалами КЖ, причем наиболее тесные корреляционные связи отмечены со шкалой ФФ (R=- 0,45; p<0,001). Аналогичный характер продемонстрировали

Таблица 2 Показатели КЖ больных АС, баллы, Me [25-й; 75-й перцентили]

Показатель шкалы опросника SF-36	Группа больных АС (n=90)	Контрольная группа (n=45)
ФФ	65,0 [45,0; 80,0]	95,0 [90,0; 95,0]
РФФ	25,0 [15,0; 50,0]	87,0 [75,0; 88,0]
ИБ	41,0 [22,0; 42.0]	62,0 [51,0; 62,0]
ОЗ	40,0 [25,0; 50,0]	55,0 [45,0; 62,0]
ЖА	45,0 [30,0; 60,0]	75,0 [65,0; 80,0]
СФ	50,0 [37,5; 75,0]	75,0 [75,0; 87,5]
РЭФ	33,3 [0; 100,0]	87,0 [86,0; 88,0]
ПЗ	56,0 [44,0; 72,0]	80,0 [68,0; 84,0]

Примечание. p<0,001 во всех случаях.

Таблица 3 Коэффициенты корреляции (R) между показателями шкал опросника SF-36 и индексами BASDAI, BASFI, BASMI, MASES

Показатель шкалы опросника SF-36	BASDAI	BASFI	BASMI	MASES
ФФ	-0,57***	-0,68***	-0,47***	-0,34***
РФФ	-0,46***	-0,56***	-0,20	-0,39***
ИБ	-0,59***	-0,58***	-0,28*	-0,29**
ОЗ	-0,54***	-0,49***	-0,25*	-0,23*
ЖА	-0,50***	-0,56***	-0,24*	-0,33*
СФ	-0,55***	-0,49***	-0,22*	-0,31
РЭФ	-0,37***	-0,38***	-0,26*	-0,21
ПЗ	-0,48***	-0,40***	-0,11	-0,23*

Примечание. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. R – ранговая корреляция Спирмена.

Таблица 4 Коэффициенты корреляции (R) между показателями шкал опросника SF-36 и интенсивностью болевого синдрома

Показатель шкалы опросника SF-36	Ночная боль в позвоночнике (ЧРШ), баллы	Боль в позвоночнике в течение дня (ЧРШ), баллы	Глобальная оценка активности (ЧРШ), баллы
ФФ	-0,39***	-0,45***	-0,51***
РФФ	-0,36***	-0,43***	-0,49***
ИБ	-0,56***	-0,47***	-0,49***
ОЗ	-0,27**	-0,42***	-0,47***
ЖА	-0,26*	-0,38**	-0,48***
СФ	-0,41**	-0,43***	-0,44***
РЭФ	-0,19	-0,22*	-0,36***
ПЗ	-0,23*	-0,29*	-0,39***

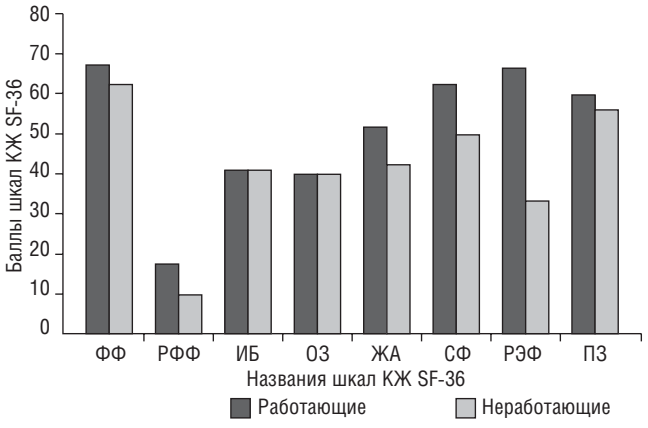
Примечание. *p<0,05,**p<0,01, *** p<0,001; R – ранговая корреляция Спирмена.

Таблица 5 Показатели КЖ больных АС при наличии коксита, Me [25-й; 75-й перцентили]

Показатель шкалы опросника SF-36	Группа АС с кокситом (n=69)	Группа АС без коксита (n=21)	p
ФФ	60,0 [40,0; 75,0]	75,0 [50,0; 90,0]	0,07
РФФ	10,0 [5,0; 25,0]	25,0 [25,0; 75.0]	0,01
ИБ	41,0 [22,0; 42,0]	41,0 [32,0; 41,0]	0,85
ОЗ	40,0 [25,0; 50,0]	40,0 [30,0; 50,0]	0,83
ЖА	45,0 [30,0; 55,0]	55,0 [35,0; 65,0]	0,32
СФ	50,0 [37,5; 75,0]	62,5 [37,5; 75,0]	0,17
РЭФ	33,0 [0; 100,0]	66,6 [33,3; 100,0]	0,16
ПЗ	56,0 [44,0; 72,0]	56,0 [44,0; 72,0]	0,57

корреляционные связи между общей оценкой активности заболевания пациентом и физическим компонентом КЖ (R=-0,51; p<0,001), общей оценкой активности заболевания пациентом и показателями психологического здоровья (R=-0,48; p<0,001). Нельзя не учитывать, что «хроническая боль — это больше, чем физический симптом. Ее постоянное присутствие имеет множество проявлений, включая поглощенность пациента болью; ограничение личной, социальной и профессиональной деятельности; деморализацию и аффективные расстройства; использование большего количества медикаментов и частое обращение за медицинской помощью, когда в целом человек сживается с ролью больного» [18]. Формирующаяся сложная психофизиологическая модель поведения у пациента АС с хронической болью ухудшает такие показатели психологического компонента КЖ, как шкала СФ (R=0,43; p<0,001) и, в меньшей степени, шкала ЖА (R=-0,38; p <0,01).

Одним из основных факторов неблагоприятного прогноза при серонегативных спондилоартритах является коксит [19–21]. Для оценки влияния поражения ТБС на КЖ мы разделили пациентов основной группы на две подгруппы: первую составили 69 (76,7%) больных АС с признаками коксита, вторую – 21 (23,3%) пациент без коксита. В табл. 5 представлены сравнительные данные параметров КЖ у больных АС с кокситом и без поражения ТБС. Нами установлено негативное влияние коксита на физический компонент КЖ, при этом наиболее неблагоприятный эффект коксит оказывает на шкалу РФФ (p=0,01). Статистически значимых изменений шкал психологического компонента КЖ у пациентов с АС с кокситом в сравнении с подгруппой больных без коксита не выявлено (p>0,05). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о прогрессирующем ухудшении физического компонента КЖ больных АС при вовлечении в воспалительный процесс ТБС. Подобных исследований в доступной литературе мы не встретили.



КЖ больных АС в зависимости от трудовой занятости

При поражении периферических суставов (коленных и голеностопных) имело место статистически значимое снижение показателей ФФ – 52,5 [37,5; 70,0] и 70,0 [50,0; 80,0] мм соответственно (p<0,05), ОСЗ – 36,5 [72,0; 22,0] и 40,0 [35,5; 55,5] мм (p=0,01), а также снижались показатели ПЗ – 56,0 [36,0; 64,0] и 62,0 [48,0; 76,0] мм (p<0,05). Продолжая поиск причин, оказывающих влияние на изменение КЖ больных АС, мы изучили корреляционные связи между социально-демографическими факторами (пол, возраст, семейный статус, образование и трудовая занятость) и параметрами КЖ пациентов. Мы не обнаружили достоверных различий в КЖ у мужчин и женщин, больных АС (p>0,05), негативное влияние данного заболевания на КЖ у них носило однотипный характер. Ранее сообщалось, что при ревматоидном артрите (РА) у женщин отмечается более значительное снижение КЖ, чем у мужчин [22]. Согласно результатам исследований КЖ при РА в рамках многоцентрового проекта МИРАЖ, мужчины имели лучшие показатели КЖ по всем шкалам опросника SF-36, чем женщины (p<0,001) [6].

Возраст, уровень образования и семейный статус у наших больных не оказывали существенного влияния на КЖ (p>0,05).

Не влияла на КЖ и трудовая занятость больных АС (см. рисунок).

Прослеживается лишь тенденция к наличию связи между СФ и трудовой занятостью (p=0,06). Результаты представленных в литературе единичных исследований по влиянию социально-демографических факторов на КЖ больных АС имеют противоречивый характер. Так, R. Rugiene и соавт. [12] не обнаружили взаимосвязи между половой принадлежностью, уровнем образования, трудоспособностью и КЖ при АС. Другие авторы считают, что трудовой статус является важной независимой внешней детерминантой физического, но не психического компонента КЖ [23, 24]. Возможно, в основе отсутствия связи между КЖ и трудовой занятостью обследованных нами пациентов лежат ориентация больных АС на оформление группы инвалидности, а также психологические особенности, что требует дальнейшего изучения.

При оценке влияния проводимой медикаментозной терапии на КЖ у пациентов, принимающих СУЛЬФ, в сравнении с контрольной группой, отмечены статистически значимо худшие показатели по всем шкалам SF-36

Таблица 6 Показатели КЖ больных АС, получающих терапию ИНФ, Me [25-й; 75-й перцентили]

Показатель шкалы опросника SF-36	Больные АС, принимающие ИНФ (ремикейд) (n=15)	Контрольная группа (n=45)	p
ФФ	80,0 [60,0; 85,0]	95,0 [90,0; 95,0]	<0,01
РФФ	75,0 [25,0; 100,0]	100,0 [75,0; 100,0]	<0,01
ИБ	52,0 [41,0; 62,0]	62,0 [51,0; 62,0]	>0,05
ОЗ	40,0 [35,0; 52,0]	55,0 [45,0; 62,0]	>0,05
ЖА	55,0 [40,0; 65,0]	75,0 [65,0; 80,0]	<0,001
СФ	75,0 [37,5; 87,5]	75,0 [75,0; 87,5]	>0,05
РЭФ	66,6 [0,0; 100,0]	87,0 [86,0; 88,0]	<0,05
ПЗ	72,0 [60,0; 76,0]	80,0 [68,0; 84,0]	>0,05

(p<0,001). У пациентов, которые принимали только НПВП, показатели КЖ также были хуже, чем в контрольной группе (p<0,001). У больных, получающих ИНФ+НПВП, ряд параметров КЖ по данным опросника SF-36 оказались сопоставимы с соответствующими показателями КЖ в группе практически здоровых людей (ИБ, ОЗ, СФ и ПЗ; p>0,05; табл. 6).

Выводы

1. Пациенты с АС имеют значительно более низкие физические и психологические показатели КЖ, чем здоровые люди.

2. Ухудшение КЖ отмечается по мере нарастания воспалительной активности АС и функциональных ограничений.

3. Влияния социально-демографических факторов на КЖ пациентов с АС не выявлено.

4. Терапия ИНФ в сочетании с НПВП обеспечивала более высокое КЖ больных АС, чем другие виды лечения.

Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы кандидатской диссертации «Влияние особенностей течения заболевания и психосоциальных факторов на качество жизни больных анкилозирующим спондилитом», государственный регистрационный номер 01201366744, утвержденной Ученым советом Уральского государственного медицинского университета от 19 ноября 2010 г.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования. Настоящее исследование было представлено в виде стендового доклада на VI Съезде ревматологов России 14–17 мая 2013 г., Москва, и тезисов на II Евразийском конгрессе ревматологов 20–23 мая 2014 г., Москва.

Благодарность

Авторы выражают благодарность главному врачу МАУ «ГКБ №40» А.И. Прудкову за возможность проведения исследования на группе пациентов, наблюдающихся в ревматологическом центре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Weisman MH, van der Heijde DD. Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies. Philadelphia: Mosby; 2006.
2. Бадокин ВВ. Симптом-модифицирующая терапия идиопатического анкилозирующего спондилоартрита. Русский медицинский журнал. 2004;12(6):433–6 [Badokin VV. Symptom-modifying therapy for idiopathic ankylosing spondylitis. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2004;12(6):433–6 (In Russ.).]
3. Андрианова ИА, Амирджанова ВН, Кричевская ОА и др. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2006;(2):11–7 [Andrianova IA, Amirdzhanova VN, Krichevskaya OA, et al. Comprehensive assessment of quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2006;(2):11–7 (In Russ.).]
4. Елисеев МС, Мукагова МВ, Барскова ВГ. Качество жизни больных подагрой. Современная ревматология. 2011;(4):35–7. [Eliseyev MS, Mukagova MV, BarskovaVG. Quality of life in patients with gout. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2011;(4):35–7]. DOI: 10.14412/1996-7012-2011-695
5. Цапина ТН, Эрдес ШФ, Сизкова КШ. Качество жизни больных остеоартозом. Научно-практическая ревматология. 2004;(2):20–2. [Tsapina TN, Erdes ShF, Sizkova KSh. Quality of life of patients with osteoartosis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2004;(2):20–2 (In Russ.).]
6. Амирджанова ВН, Горячев ДВ, Коршунов НИ и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). Научно-практическая ревматология. 2008;(1):36–48. [Amirdjanova VN, Goryachev DV, Korshunov NI, et al. SF-36 questionnaire population quality of life indices Objective. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2008;(1):36–48 (In Russ.).] DOI: 10.14412/1995-4484-2008-852
7. Амирджанова ВН, Климова НВ, Горячев ДВ и др. Качество жизни больных ревматоидным артритом при применении анти-В-клеточной терапии (результаты международных исследований и данные Российского регистра). Научно-практическая ревматология. 2008;(6):64–9 [Amirdjanova VN, Klimova NV, Goryachev DV, et al. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis receiving anti-B cell therapy (results of international studies and Russia registry). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2008;(6):64–9 (In Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2008-492

8. Weissler JC. Syndromes of severe asthma. *Am J Med Sci*. 2000;319(3):166–76. DOI: 10.1097/00000441-200003000-00006
9. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва: Олма-пресс; 2002. 314 с. [Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guidance on Quality of Life Research in medicine]. Moscow: Olma-press; 2002. 314 p.]
10. Burness CB, Deeks ED. Adalimumab: in non-radiographic axial spondyloarthritis. *Drugs*. 2012;72(18):2385–95. DOI: 10.2165/11470250-000000000-00000
11. Ertenli I, Ozer S, Apras SB, et al. Infliximab, a TNF-alpha antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on depression, anxiety and quality of life level. *Rheumatol Int*. 2012;32(2):323–30. DOI: 10.1007/s00296-010-1616-x. Epub 2010 Nov 16.
12. Rugiene R, Kirdaite G, Grazuleviciute E, et al. The quality of life and functional ability in patients with ankylosing spondylitis. *Acta Medica Lituanica*. 2008;15(2):99–103.
13. Mustur D, Vesovic-Potic V, Stanisavljevic D, et al. Assessment of functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Srp Arh Celok Lek*. 2009;137(9):524–28. DOI: 10.2298/SARH0910524M
14. Nas K, Cevic R, Bozkurt M, et al. Relationship between clinical findings, quality of life and functional disability related to disease activity in patients with ankylosing spondylitis. *Turk J Rheumatol*. 2011;26(1):29–37. DOI: 10.5606/tjr.2011.005
15. Turan Y, Duruöz MT, Cerrahoglu L. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a pilot study. *Rheumatol Int*. 2007;27(10):895–9. DOI: 10.1007/s00296-007-0315-8
16. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(Suppl II):2–44. DOI: 10.1136/ard.2008.104018
17. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2000.150 p.
18. Данилов АБ. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль. Российский журнал боли. 2010;26(1):3–7 [Danilov AB. Biopsychosocial model, and chronic pain. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2010;26(1):3–7 (In Russ.).]
19. Amor B, Santos RS, Nahal R, et al. Predictive factors for the longterm outcome of spondyloarthropathies. *J Rheumatol*. 1994;21(10):1883–7.
20. Бочкова АГ, Румянцева ОА, Северинова МВ и др. Коксит у больных анкилозирующим спондилитом: клинико-рентгенологическое сопоставление. Научно-практическая ревматология. 2005;(4):8–12 [Bochkova AG, Rumyantseva OA, Severinova MV, et al. Coxitis in patients with ankylosing spondylitis: clinicoradiologic comparisons. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2005;(4):8–12 (In Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2005-610
21. Волнухин ЕВ, Галушко ЕА, Бочкова АГ и др. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1). Научно-практическая ревматология. 2012;51(2):44–9 [Volnukhin EV, Galushko EA, Bochkova AG, et al. Clinical diversity of ankylosing spondylitis in the real practice of a rheumatologist in Russia (Part 1). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2012;51(2):44–9 (In Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2012-1272
22. Никитина НМ, Симонова ЯО, Ребров АП. Качество жизни больных ревматоидным артритом в Саратовском регионе. Клиническая медицина. 2007;(6):50–4 [Nikitina NM, Simonova YaO, Rebrov AP. Quality of life of Saratov region residents with rheumatoid arthritis. *Klinicheskaya meditsina*. 2007;(6):50–4 (In Russ.)].
23. Boonen A, Chorus A, Miedema H, et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2001;60(11):1033–9. DOI: 10.1136/ard.60.11.1033
24. Chorus AM, Miedema HS, Boonen A, van der Linden S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(12):1178–84. DOI: 10.1136/ard.2002.004861