

УДК 616.72-002.77:330.59:316.6:616.24-008.4:615.03

ВЛИЯНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПРИ НАЛИЧИИ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Елыкомов В.А., Затеев А.В., Бердюгина А.В., Клестер К.В., Николаева М.Г.

Целью исследования явилась сравнительная оценка КЖ больных РА и корреляционных взаимосвязей его проявлений с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств при ассоциации с заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы. В исследование включено 172 пациента, из них у 48 диагностирован РА (I группа), у 62 – ассоциация РА и БОД (II группа), у 60 диагностированы болезни органов дыхания (III группа). РА определен в соответствии с классификационным критерием ACR/EULAR (2010) для РА, при среднем числе баллов по 4 позициям равном $8,4 \pm 3,11$. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Для оценки КЖ больных РА использовали опросники SF-36 Health Status Survey (SF-36) и HAQ. Оценку реактивной и личностной тревожности проводили по шкале Спилбергера-Ханина.

Результаты. У больных II группы (РА+БОД) все показатели КЖ были статистически значимо ниже, чем в группах сравнения ($p < 0,001$). В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье). Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (Ж, социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ)), в большей степени были снижены РЭФ – на 52,3% и Ж – на 36,1%. При сочетании РА и БОД уровень клинически выраженной тревоги был наиболее высоким (60,9%; $pI-II=0,007$; $pII-III=0,03$). Клинически выраженная депрессия диагностирована у 56,3% больных II группы ($pI-II=0,021$; $pII-III=0,046$), у пациентов III группы статистически значимо чаще диагностирована субклиническая депрессия (у 60%, $pII-III=0,051$). У большинства больных РА по опроснику Спилбергера-Ханина наблюдалась высокая личностная (48%) и ситуативная (56%) тревожность. При проведении регрессионного анализа выраженность тревоги по шкале HADS прямо коррелировала с возрастом ($r=0,44$), индексом HAQ ($r=0,69$), активностью заболевания по DAS28 ($r=0,53$), длительностью заболевания ($r=0,37$), функциональным классом ($r=0,38$), а выраженность депрессии – с ИМТ ($r=0,66$) и возрастом ($r=0,82$) пациентов.

Заключение. Комплексное изучение КЖ больных РА, в том числе при ассоциации с патологией системы дыхания, выявило существенные взаимосвязи показателей КЖ с основными клиническими характеристиками больных, выраженностью боли и степенью активности заболевания. Наличие ассоциированного поражения костно-мышечной, дыхательной систем и психоэмоциональной сферы формирует порочный круг взаимного отягощения и диктует необходимость комплексного обследования пациента с целью адекватной коррекции.

Ключевые слова: качество жизни, ревматоидный артрит, болезни органов дыхания.

The research objective was to comparatively assess the QOL of RA patients and the correlation relationships of its manifestations with the severity of anxiety-depressive disorders in association with respiratory diseases.

Materials and methods. The study included 172 patients, 48 of them were diagnosed with RA (group I), 62 – association of RA and RD (group II), 60 were diagnosed with respiratory diseases (group III). RA was determined in accordance with the classification criterion ACR/EULAR (2010) for RA, with an average score of 8.4 ± 3.11 on 4 positions. The groups are comparable in gender and age. The SF-36 Health Status Survey (SF-36) and HAQ questionnaires were used to assess the QOL of RA patients. The assessment of reactive and personal anxiety was conducted according to the State-Trait Anxiety Inventory.

Results. In group II patients (RA+RD), all QOL indicators were statistically significantly lower than in comparison groups ($p < 0.001$). The greatest changes occurred in physical health indicators (physical functioning (PF), role-physical functioning (RPF), pain (P), general health). Among the QOL indicators characterizing psychological health (V, social functioning (SF), role-emotional functioning (REF), mental health (MH)), REF and V were most reduced: by 52.3% and 36.1% respectively. When combined RA and RD, the level of clinically expressed anxiety was the highest (60.9%; $pI-II=0.007$; $pII-III=0.03$). Clinically expressed depression was diagnosed in 56.3% of group II patients ($pI-II=0.021$; $pII-III=0.046$); in group III patients, subclinical depression was statistically significantly more likely to be diagnosed (60%, $pII-III=0.051$). In the majority of RA patients according to the STAI, there was high personal (48%) and situational (56%) anxiety. In regression analysis, the severity of HADS anxiety was directly correlated with age ($r=0.44$), HAQ index ($r=0.69$), disease activity according to

DAS28 ($r=0.53$), disease duration ($r=0.37$), functional class ($r=0.38$); depression severity was correlated with BMI ($r=0.66$) and age ($r=0.82$) of patients.

Conclusion. A comprehensive study of the QOL of RA patients, including association with respiratory system pathology, revealed significant interrelations of QOL indicators with the main clinical characteristics of patients, severity of pain, and the degree of disease activity. The presence of associated lesion of the musculoskeletal, respiratory systems and psychoemotional sphere forms a vicious circle of mutual pressure and dictates the need for a comprehensive examination of the patient for the sake of adequate correction.

Key words: quality of life, rheumatoid arthritis, respiratory diseases.

Согласно результатам эпидемиологических исследований, в настоящее время в России общее количество больных ревматоидным артритом (РА) составляет немногим более 1 млн человек (почти 1% населения) [1, 2].

У двух третей больных РА в течение первых двух лет от начала заболевания появляются рентгенологические признаки деструкции суставных тканей. Через три-пять лет от начала заболевания более 50% пациентов становятся инвалидами и утрачивают трудовые функции. Нарушение подвижности суставов, вовлечение в процесс других органов и систем, нежелательные побочные эффекты проводимой терапии приводят к выраженным психоэмоциональным нарушениям, среди которых преобладают тревожно-депрессивные и социальные ограничения, приводящие к значительному ухудшению качества жизни (КЖ) пациентов [3].

Согласно современным данным, ревматоидный артрит, тревожно-депрессивные расстройства и болезни дыхательной системы имеют не только общие факторы риска – курение, хронический психосоциальный стресс, генетическую предрасположенность, но и сочетают ряд общих патогенетических механизмов. Основную патогенетическую роль играют изменения иммунной системы провоспалительного характера, которые включают нарушения выработки и взаимодействия Т-лимфоцитов, цитокинов, интерлейкинов (ИЛ)-1, 6, 8, фактора некроза опухоли ФНО- α , а также оксидативный стресс, выявляемые при заболеваниях респираторного тракта, ревматологических и психоэмоциональных нарушениях. Системное воспаление, как и системный оксидативный стресс, с повышением провоспалительных цитокинов является основным патофизиологическим механизмом формирования и прогрессирования как непосредственно болезней органов дыхания, так и формирования внелегочных эффектов [4, 5].

Цель исследования: дать оценку КЖ больных РА и выявить взаимосвязь его проявлений с тяжестью тревожно-депрессивных расстройств при ассоциации с болезнями системы дыхания (БСД).

Материалы и методы

Проведено непосредственное клиническое наблюдение 172 больных, находившихся

на стационарном лечении в ревматологическом и общетерапевтическом отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Барнаула за период с 2016 по 2018 гг. Все больные были разделены на группы:

- I группа состояла из 48 больных РА;
- II группа включала 64 больных РА в сочетании с БСД;
- III группа включала 60 больных, страдающих БСД.

Критерии исключения: особые, в том числе ювенильные, формы РА, наличие злокачественных новообразований, наличие иных клинически значимых хронических соматических заболеваний с неблагоприятным краткосрочным прогнозом, отказ от участия в исследовании.

Больные включались в исследование по мере поступления. Каждый пациент подписывал бланк информированного согласия.

Пациентам было проведено комплексное общеклиническое обследование с динамическим наблюдением, которое включало клинические, биохимические, иммунологические (РФ, СРБ) анализы крови, общий анализ мочи, рентгенографию суставов.

По критериям Американской коллегии ревматологов (ACR)/EULAR (2010), диагноз РА определен как достоверный [6]. При наличии ранее установленного диагноза хронической патологии системы дыхания были сформированы II и III анализируемые группы больных. При актуализации критериев согласно рекомендациям GOLD (2020) [7] и GINA (2019) [8], хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована у 63 (50,8%), бронхиальная астма – у 37 (29,8%), интерстициальные заболевания легких (2018) – у 24 (19,4%), у всех в фазе ремиссии без статистически значимых различий по группам.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Statistica 8.0. Уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Проведена оценка распределения больных по полу. Большинство пациентов составляли женщины, без статистически значимых различий по группам: в I группе – 87,5%, во II – 82,8%, в III – 81,6% ($p > 0,05$). Преобладали пациенты

Полученные результаты параметров КЖ больных анализируемых групп соответствующего пола и возраста, оцененных с помощью опросника SF-36, свидетельствуют, что все показатели КЖ больных были статистически значимо ниже по сравнению с популяционными. В наибольшей степени это касалось показателей физического здоровья II группы (РА и БСД), которое было более чем на 21 балл ниже средних значений популяционного контроля, что позволяет сделать заключение о значительных ограничениях больных II группы при самообслуживании и выполнении физических нагрузок. В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). ФФ было снижено на 45,9%, показатель РФФ на 38,4%, показатель Б на 34,7% по сравнению с аналогичными показателями при отсутствии ассоциированной патологии системы дыхания.

Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (Ж, СФ, РЭФ, ПЗ), в большей степени были снижены Ж – на 37,2% и СФ – на 33,1%.

Проведен анализ корреляционных зависимостей некоторых клинических показателей со значениями шкал физического (PCS) и психологического здоровья (MCS) SF-36 (таблица 2).

Как видно из таблицы 2, большинство шкал имело умеренные, статистически значимые корреляционные связи с возрастом, активностью заболевания, числом болезненных суставов, болью по ВАШ. Была выявлена высокая отрицательная корреляционная связь между шкалами SF-36 и функциональным статусом больных РА по HAQ. Не было выявлено взаимосвязи КЖ с рентгенологической стадией заболевания ($r=-0,14; -0,11$) и наличием или отсутствием ревматоидного фактора ($r=-0,10; -0,09$).

Таблица 2

Корреляционные зависимости между шкалами SF-36 и клинической картиной анализируемых групп больных

Показатели	РА		РА + БСД	
	ФКЗ	ПКЗ	ФКЗ	ПКЗ
Возраст, годы	-0,35(*)	-0,32(*)	0,44(*)	-0,39(*)
Активность по DAS 28	-0,50	-0,41	-0,59(*)	-0,47(*)
Число болезненных суставов, п	-0,30(*)	-0,33(*)	-0,36(*)	-0,44(*)
Боль по ВАШ, мм	-0,58(*)	-0,64(*)	-0,68(*)	-0,75(*)
HAQ, баллы	-0,72(*)	-0,75(*)	-0,82(*)	-0,75(*)
Рентгенологическая стадия	-0,16	-0,11	-0,15	-0,15
РФ, МЕ/мл	-0,08	-0,11	-0,13	-0,10

Примечание: числовые значения коэффициента корреляции по Пирсону, знак «-» означает отрицательную корреляционную связь. Корреляционная связь, статистически значимая при $p < 0,05$, обозначена звездочкой.

При исследовании психоэмоционального статуса у больных РА была выявлена высокая частота тревожно-депрессивных расстройств. Согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), клинически выраженная тревога наблюдалась у каждого третьего (35%) больного РА, более чем у половины (56%; $r_{I-II}=0,04$) – субклиническая. При сочетании болезней органов дыхания и ревматоидного артрита уровень клинически выраженной тревоги был наиболее высоким (60,9%; $r_{I-II}=0,007$; $r_{II-III}=0,03$). Клинически выраженная депрессия диагностирована у 56,3% больных II группы ($r_{I-II}=0,021$; $r_{II-III}=0,046$), у пациентов III группы статистически значимо чаще диагностирована субклиническая депрессия (у 60%, $r_{II-III}=0,051$). Аналогичные данные получены при оценке депрессии по шкале депрессии Бека.

У большинства больных РА по опроснику Спилбергера-Ханина наблюдалась высокая личностная (48%) и ситуативная (56%) тревожность с утяжелением клинической картины при наличии ассоциированной патологии.

При проведении регрессионного анализа выраженность тревоги по шкале HADS прямо коррелировала с возрастом ($r=0,44$), индексом HAQ ($r=0,69$), активностью заболевания по DAS28 ($r=0,53$), длительностью заболевания ($r=0,37$), функциональным классом ($r=0,38$), а выраженность депрессии – с ИМТ ($r=0,66$) и возрастом ($r=0,82$) пациентов.

Психотерапия включала индивидуальные, групповые и терапевтические программы. Большинство пациентов участвовало в суппортивной (поддерживающей) индивидуальной и когнитивно-поведенческой групповой терапии. Около половины больных, преимущественно женщины, предъявляли жалобы на отсутствие помощи и теплой поддержки со стороны близких, а также на зависимость от их помощи. Установлено, что психологические расстройства имеют прямую корреляцию с физическим состоянием пациента. Исходя из этого, ожидаемым результатом психотерапии в реабилитации больных РА явилось не только улучшение психического состояния, но и улучшение физического самочувствия, а, возможно, и модифи-

кация течения соматического заболевания (за счет снижения риска рецидивов). Нами отмечена положительная динамика по результатам психологического обследования.

В то же время, согласно исследованиям, проведенным А. Hirata и соавт. [13], S. Peterson и соавт. [14], А. R. Ruhaila и соавт. [15], применение антидепрессантов у больных при ассоциации РА и ХОБЛ не только снижает выраженность системного воспаления путем блокады обратного нейронального захвата нейротрансмиттеров в ЦНС, но и оказывает не прямое антиоксидантное действие путем повышения синтеза глутатиона, пероксидаз, каталаз и других компонентов антиоксидантной системы. Эффективность применения антидепрессантов и атипичных нейролептиков у больных РА подтверждена результатами многочисленных исследований.

Заключение

Комплексное изучение КЖ больных РА, в том числе при ассоциации с патологией системы дыхания, выявило существенные взаимосвязи показателей КЖ с основными клиническими характеристиками больных, выраженностью боли и степенью активности заболевания. У ¾ больных РА выявляются тревожно-депрессивные расстройства, выраженность которых коррелирует с основными показателями активности воспалительного процесса. Наличие ассоциированного поражения костно-мышечной, дыхательной систем и психоэмоциональной сферы формирует порочный круг взаимоотношения и диктует необходимость комплексного обследования пациента с целью адекватной коррекции.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Шереметьева И.И., Санашева И.Д. Клинико-эпидемиологические и социокультурные особенности психической патологии у жителей Республики Алтай. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015; 11(4): 17-38.
2. Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Рыбалко М.И., Нарожнов В.Д., Лещенко Л.В., Курьшин В.И. Становление и развитие психиатрии на Алтае (к 60-летию юбилею кафедры психиатрии Алтайского государственного медицинского университета). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 91-94.
3. Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Локтионова Е.В., Игнатъев М.Е. Качество жизни и психологический статус больных ревматоидным артритом при ассоциации с артериальной гипертензией. *Вестник современной клинической медицины*. 2013; 6 (2): 33-36.
4. Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Локтионова Е.В., Игнатъев М.Е. Коморбидность при ревма-

тоидном артрите: в фокусе проблемы – взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств и факторов риска кардиоваскулярных заболеваний. *Сочетанные формы заболеваний - актуальная общемедицинская проблема: сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции*. 2013: 42-47.

5. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. 2010;62(9):2569-2581. doi: 10.1002/art.27584.

6. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2020. 79(6): 685-699. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216655

7. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2019 report. Updated 2020*. Available at: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf> (Date accessed: February, 2020).

8. *Global strategy for asthma management and prevention, 2019 report. Updated 2019*. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf> (Date accessed: February, 2020).

9. Raghu G, Remy-Jardin M, Myers JL et al. Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;198(5):e44-e68. doi: 10.1164/rccm.201807-1255ST

10. *Разрешение на использование и воспроизведение опросника SF-36®: Medical Outcomes Trust*. <http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>. Permission for questionnaire SF-36® use and copy. SF-36®: Medical Outcomes Trust. <http://www.Sf-36.com/tools/sf36.shtml>

11. Ионова Т.И., Новик А.А., Гандек Б. и др. *Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга*. Тезисы докладов Всероссийской конференции с международным участием «Исследование качества жизни в медицине». Санкт-Петербург, 2000: 54-57.

12. Новик А.А., Ионова Т.И. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. Москва: ОЛМА-ПРЕСС; 2002: 314.

13. Hirata A, Miyamura T, Suenaga Y et al. Latent psychological distress existing behind a set of assessment measures is comparable to or more important than symptoms or disability in the association with quality of life and working statuspatients with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol*. 2018;28(6):968-975. doi: 10.1080/14397595.2018.1428043.

14. Peterson S, Piercy J, Blackburn S et al. The multifaceted impact of anxiety and depression on patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol.* 2019;3:43. doi: 10.1186/s41927-019-0092-5

15. Ruhaila AR, Chong HC. Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with Rheumatoid Arthritis in a Malaysian rheumatology centre - prevalence and correlates. *Med J Malaysia.* 2018;73(4):226-232.

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Клестер Каролина Владимировна, ординатор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул. 656045, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1. Тел.: +7 (962) 7964052. E-mail: klester@bk.ru

Информация об авторах

Елькомов Валерий Анатольевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656045, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1.

Телефон: (3852) 689673.

E-mail: science@agmu.ru

Затеев Андрей Владимирович, к.м.н., доцент кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656045, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1.

Телефон: (3852) 689673.

E-mail: science@agmu.ru