

<https://doi.org/10.25208/vdv1213>

Качество жизни у больных псориатическим артритом

© Корешкова К.М.*, Хисматуллина З.Р.

Башкирский государственный медицинский университет
450008, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

Обоснование. В настоящее время распространенность ПА в популяции составляет 0,05–1,6%. По скорости прогрессирования, ухудшению качества жизни и инвалидизации больных ПА сравним с ревматоидным артритом и болезнью Бехтерева.

Цель исследования. Изучение влияния ПА на качество жизни больных.

Материал и методы. Было проведено исследование с участием 75 больных. Для проведения исследования использовались стандартизированные опросники, разработанные для оценки качества жизни больных ПА, выполнено анкетирование пациентов по стандартизированным опросникам.

Результаты. Наиболее важными областями влияния ПА на качество жизни с точки зрения пациентов являются боль (78%), кожные проблемы (72%), снижение функциональных возможностей (60%), дискомфорт (51%) и усталость (44%). У больных ПА отмечаются выраженные функциональные нарушения. Индекс HAQ составил в среднем $1,88 \pm 0,6$ балла. Болевой синдром по ВАШ в среднем составил у мужчин $74,34 \pm 6,22$ мм, у женщин — $55,77 \pm 6,19$ мм ($p < 0,05$). Пациенты отмечали наибольшие нарушения в таких видах деятельности, как ходьба (44%), вставание (37%), гигиенические процедуры (21%), пользование транспортом (36%), работа по дому (47%). Почти 40% больных пользуются различными приспособлениями или помощью других лиц. У женщин чаще, чем у мужчин, выявлялись субклинические расстройства, как по шкале тревоги (61,9% против 42,2%, $p < 0,05$), так и по шкале депрессии (71,4% против 39,4%, $p < 0,05$).

Заключение. Псориатический артрит значительно снижает качество жизни, затрагивая наиболее важные его аспекты — физический, эмоциональный и социальный. Использование различных опросников позволяет всесторонне оценить влияние ПА на качество жизни и изучить приоритеты пациентов. Оценка качества жизни при данном заболевании должна способствовать разработке превентивной тактики ведения больных, а также методов оценки контроля над заболеванием.

Ключевые слова: псориатический артрит, качество жизни, депрессия, функциональные возможности.

Конфликт интересов: авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Источник финансирования: работа выполнена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Для цитирования: Корешкова К.М., Хисматуллина З.Р. Качество жизни у больных псориатическим артритом. Вестник дерматологии и венерологии. 2021;97(3):00–00. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1213>

Quality of life in patients with psoriatic arthritis

© Ksenia M. Koreshkova*, Zarema R. Khismatullina

Bashkir State Medical University
Lenina str., 3, 450008, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia

Background. Annotation. Currently, the prevalence of PA in the population is 0,05–1,6%. The rate of progression, deterioration of the quality of life and disability of PA patients is comparable to rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.

Aims. to study the effect of psoriatic arthritis on the quality of life of patients.

Material and methods. A study was conducted with the participation of 75 patients. For the study, we used standardized questionnaires developed to assess the quality of life of patients with PA.

Research method: questioning patients using standardized questionnaires, analysis of the information received.

Results. The most important areas of influence of PA on quality of life from the point of view of patients are: pain (78%), skin problems (72%), decreased functionality (60%), discomfort (51%) and fatigue (44%). In patients with PA, pronounced functional disorders are noted. The HAQ index averaged $1,88 \pm 0,6$ points. The pain syndrome according to the VAS averaged $74,34 \pm 6,22$ mm in men and $55,77 \pm 6,19$ mm in women ($p < 0,05$). Patients noted the greatest disturbances in activities such as walking (44%), standing up (37%), hygiene procedures (21%), using transport (36%), housework (47%). Almost 40% of patients use various devices or help from others. Women were more likely than men to have subclinical disorders both on the anxiety scale (61,9% versus 42,2%, $p < 0,05$) and on the depression scale (71,4% versus 39,4%, $p < 0,05$).

Conclusion. Psoriatic arthritis significantly reduces quality of life, affecting the most important aspects of life — physical, emotional and social. The use of various questionnaires makes it possible to comprehensively assess the impact of PA on the quality of life and study the priorities of patients. Assessment of the quality of life in this disease should contribute to the development of preventive management tactics, as well as methods for assessing disease control.

Keywords: psoriatic arthritis, quality of life, depression, functional capabilities.

Conflict of interest: the authors of this article have confirmed that they have no conflict of interest to report.

Source of funding: the work was done and published through financing at the place of work of the authors..

For citation: Koreshkova KM, Khismatullina ZR. Quality of life in patients with psoriatic arthritis. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2021;97(3):00–00. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1213>

Обоснование

Псориатический артрит (ПА) входит в группу серонегативных спондилоартритов, характеризуется хроническим воспалением суставов и энтезисов. В настоящее время распространенность ПА в популяции составляет 0,05–1,6% [1]. По скорости прогрессирования, ухудшения качества жизни и инвалидизации больных ПА сравним с ревматоидным артритом и болезнью Бехтерева [2]. Это многогранное заболевание, при котором происходит поражение как суставов и энтезисов, так и внесуставных тканей. Известно, что ПА оказывает большое влияние на качество жизни, при оценке последнего опираются на изучение многих показателей — физическая активность, боль, эмоциональные нарушения, усталость и т. д. Наиболее важные аспекты, подверженные изменениям под влиянием ПА, были включены в набор основных областей влияния ПА на качество жизни на пленарном заседании Core Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT, 2016). Согласно данным R. Queiro и соавт. (2017), положительное влияние на различные аспекты качества жизни оказывает терапия ПА — улучшение параметров по физической и психоэмоциональной сфере наблюдается уже в течение первого года от начала лечения [3]. С.Ф. Rosen и соавт. (2012) также отмечают, что более выраженное снижение качества жизни у больных ПА по сравнению с больными псориазом наблюдается не только из-за деструктивного процесса в суставах и соединительной ткани, но и более частой коморбидности [4]. Оценка качества жизни при ПА представляется актуальным вопросом, изучение которого должно способствовать разработке превентивной тактики ведения больных ПА, а также методов оценки контроля над заболеванием. В данной статье были описаны результаты изучения влияния ПА на качество жизни больных.

Цель исследования: изучить влияние ПА на качество жизни пациентов.

Методы

Дизайн исследования

Нами было проведено открытое проспективное сравнительное исследование в параллельных группах. Исследование проводилось с октября 2020 по февраль 2021 года. Исследуемые параметры оценивались с помощью опросников PsAID, HAQ, HAID и результаты сравнивались между группами. Гипотеза исследования: при ПА имеется негативное влияние на различные сферы качества жизни больных — физическую, социальную, эмоциональную. Проверка гипотезы проводилась посредством сравнительного анализа результатов проведенного анкетирования.

Критерии соответствия

1. Подтвержденный диагноз «псориатический артрит».
2. Давность заболевания более 1 года.
3. ИМТ менее 30,0.
4. Отсутствие заболеваний и состояний, могущих повлиять на результаты исследования (другие системные заболевания в стадии декомпенсации, органная недостаточность, беременность, лактация, острые инфекционные заболевания, обострение других хронических заболеваний, онкологические заболевания).
5. ПА средней или высокой активности.
6. Подписание пациентом информированного согласия.

Условия проведения

Исследование проводилось проспективно в условиях ГБУЗ РКВД № 1 г. Уфа. Каждый пациент был осмотрен дерматовенерологом и прошел анкетирование по опросникам PsAID-12, HAQ, HAID. В последующем был проведен сравнительный анализ полученных данных.

Продолжительность исследования

Продолжительность исследования составила 5 месяцев.

Этическая экспертиза: исследование было одобрено локальным этическим комитетом (протокол № 3 от 18.03.2020).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 пациентов с псориатическим артритом, находящиеся под наблюдением в ГБУЗ РКВД №1 г. Уфа и получающие базисную противовоспалительную терапию (метотрексат в дозе 10–15 мг/нед. перорально), а также стандартную терапию псориаза (топические глюкокортикостероиды, салициловую мазь). Активность ПА оценивалась по числу болезненных (ЧБС) или припухших (ЧПС) суставов, где низкая активность устанавливалась при ЧБС или ЧПС < 5, отсутствии рентгенологической деструкции и функциональных нарушений, средняя активность устанавливалась при ЧБС или ЧПС ≥ 5, единичных рентгенологических деструкциях, умеренных функциональных нарушениях; высокая — при ЧБС или ЧПС ≥ 5, отсутствии ответа на стандартную терапию, распространенных рентгенологических деструкциях и выраженных функциональных нарушениях. Группу контроля составили 45 больных псориазом без ПА, получающие стандартную терапию псориаза (топические глюкокортикостероиды, салициловую мазь), по показаниям — метотрексат (10–15 мг/нед. перорально). Для проведения исследования использовались стандартизированные опросники, разработанные для оценки качества жизни больных ПА — Psoriatic Arthritis Impact of Disease (Псориатический артрит: влияние болезни/PsAID), Health Assessment Questionnaire (Анкета оценки здоровья/HAQ), The hospital Anxiety and Depression Scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии/HAID). Метод исследования — анкетирование пациентов по стандартизированным опросникам, анализ полученной информации. Все участники подписали добровольное информированное согласие на проведение исследования. Критерии невключения в исследование: отсутствие информированного добровольного согласия, возраст менее 18 или более 70 лет, участие в других клинических исследованиях.

Анализ в подгруппах

Больные первой группы были поделены на две подгруппы — мужчины ($n = 33$), женщины ($n = 42$) с целью дополнительного анализа зависимости результатов исследования от пола пациента.

Статистический анализ

Размер выборки предварительно не рассчитывался. Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения Microsoft Excel (Microsoft Office Excel, Microsoft Corporation, Redmond, Washington). Нормальность переменных проверялась с помощью классического критерия согласия Колмогорова. Непрерывные переменные были даны как средние значения или медианы. Категориальные переменные были вы-

ражены в виде частот и процентов. Для определения статистической значимости различия дисперсий выборок использовался точный критерий Фишера (двусторонний), различия считались статистически значимыми при уровне менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты

Объекты (участники) исследования

Всего в исследовании приняли участие 120 пациентов — в группе больных ПА было 75 участников, в группе контроля (больные псориазом без ПА) — 45 участников. В первой группе наблюдалось преобладание женщин — 56% ($n = 42$) над мужчинами — 44% ($n = 33$). Средний возраст больных составил $42,97 \pm 12,20$ года, средний возраст начала ПА составил $39,67 \pm 10,98$ года, средняя продолжительность ПА — 3,32 года. Среднее значение индекса PASI составило 20,48 баллов (табл. 1).

Основные результаты исследования

Влияние псориатического артрита на физические аспекты жизни

Пациенты с ПА сообщают о значительном влиянии заболевания на физический аспект качества жизни, связанном с ограничением физической активности и утратой трудоспособности [5]. Для изучения данного вопроса мы использовали широко распространенный стандартизированный опросник состояния здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire), который ориентирован на функциональный индекс нарушения жизне-

деятельности. Опросник включает 20 вопросов, сгруппированных в 8 шкал и ориентированных на выявление функциональных нарушений пациентов [6]. В ходе подсчета были получены следующие результаты (табл. 2). Индекс HAQ составил в среднем $1,88 \pm 0,6$ баллов. Болевой синдром по ВАШ составил у мужчин в среднем $74,34 \pm 6,22$ мм, у женщин — $55,77 \pm 6,19$ мм ($p < 0,05$). Пациенты отмечали наибольшие нарушения в таких видах деятельности, как ходьба (58,6%), вставание (49,3%), гигиенические процедуры (28,0%), пользование транспортом (48,0%), работа по дому (62,6%). Почти 54% больных пользуются различными приспособлениями или помощью других лиц. В группе контроля пациентами были отмечены нарушения в таких видах жизнедеятельности, как работа по дому (24,4%) и гигиенические процедуры (20,0%), однако нарушения этих и других видов деятельности были менее выраженными, чем в группе ПА (рис. 1). Таким образом, у больных ПА отмечаются значительные нарушения жизнедеятельности, связанные с заболеванием, которые являются более выраженными, чем у пациентов с псориазом.

Области жизни, на которые оказывает наибольшее влияние ПА с точки зрения пациентов

Для изучения качества жизни у больных ПА нами был использован утвержденный опросник Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item questionnaire (PsAID-12) — «Псориатический артрит: влияние болезни», разработанный

Таблица 1. Клинические характеристики пациентов в выборке
Table 1. Clinical characteristics of patients in the sample

Параметр	Всего ($n = 75$)	Женщины ($n = 42$)	Мужчины ($n = 33$)
Возраст (год, $M \pm m$)	$42,97 \pm 12,20$	$41,33 \pm 12,04$	$44,62 \pm 12,34$
Пол	75 (100%)	43 (56%)	33 (44%)
ИМТ ($кг/м^2$; $M \pm m$)	$25,17 \pm 3,88$	$24,13 \pm 4,10$	$26,16 \pm 3,67$
Возраст начала ПА (год, $M \pm m$)	$39,67 \pm 10,98$	$38,67 \pm 10,11$	$40,64 \pm 11,79$
Продолжительность ПА (год, $M \pm m$)	$3,32 \pm 2,21$	$2,67 \pm 2,18$	$3,97 \pm 2,21$
PASI	$20,48 \pm 10,38$	$19,83 \pm 9,21$	$21,12 \pm 11,56$

Примечание. ПА — псориатический артрит, ИМТ — индекс массы тела, PASI (Psoriasis Area and Severity Index) — индекс площади и тяжести поражения псориазом.

Note. PA — psoriatic arthritis, BMI — body mass index, PASI (Psoriasis Area and Severity Index) — psoriasis area and severity index.

Таблица 2. Результаты опроса пациентов с ПА с помощью опросника HAQ
Table 2. Results of a survey of patients with PA using the HAQ questionnaire

Показатель	Всего ($n = 75$)	Мужчины ($n = 33$)	Женщины ($n = 42$)
Количество баллов HAQ ($M \pm m$)	$1,88 \pm 0,6$	$1,98 \pm 0,86$	$1,77 \pm 0,34$
ВАШ, мм ($M \pm m$)	$66,06 \pm 6,21$	$74,34 \pm 6,22$	$55,77 \pm 6,19^*$

Примечание. HAQ — Health Assessment Questionnaire (Анкета оценки здоровья), ВАШ — визуальная аналоговая шкала боли, измеряемая пациентом, * — различия в группах мужчин и женщин статистически значимы.

Note. HAQ — Health Assessment Questionnaire, VAS — visual analogue pain scale measured by the patient, * — differences in the groups of men and women are statistically significant.

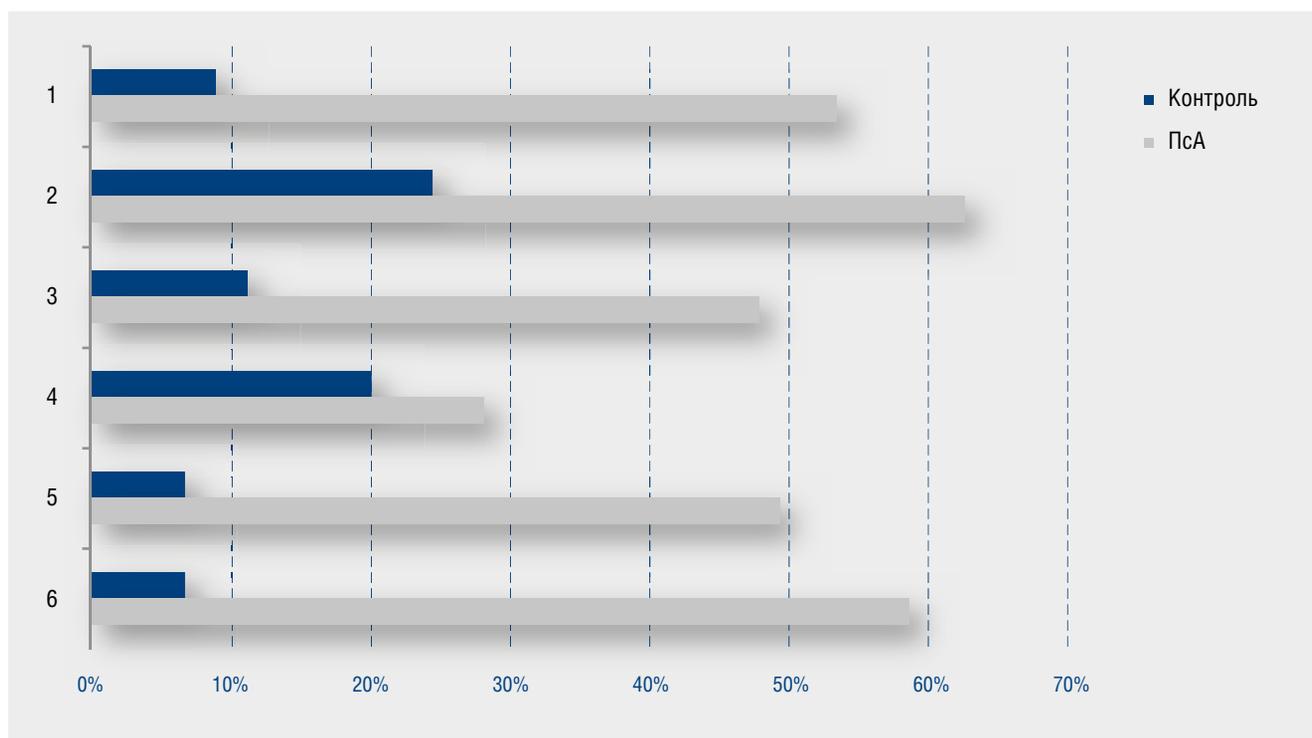


Рис. 1. Виды деятельности, при которых наблюдаются наибольшие нарушения у больных ПА.

Примечание. Синим цветом обозначена частота нарушений у пациентов первой группы (больные ПА, $n = 75$), красным — группа контроля (больные псориазом без ПА, $n = 45$). Виды деятельности: 1 — пользование приспособлениями/помощью, 2 — работа по дому, 3 — пользование транспортом, 4 — гигиенические мероприятия, 5 — вставание, 6 — ходьба.

Fig. 1. Types of activity in which the greatest disturbances are observed in patients with PA.

Note. Patients of the first group (patients with PA, $n = 75$) are shown in blue, and the control group (patients with psoriasis without PA, $n = 45$) is red. Activities: 1 — using tools/help, 2 — housework, 3 — using transport, 4 — hygiene measures, 5 — getting up, 6 — walking.

Европейской противоревматической лигой (European League Against Rheumatism—EULAR), позволяющий оценить точку зрения пациентов на 12 областей здоровья, которые считаются наиболее значимыми со стороны больных. По сравнению с другими инструментами оценки качества жизни опросник PsAID-12 полностью основан на взглядах пациента на болезнь, поэтому его использование позволяет добиться всесторонней оценки влияния ПА [7, 8]. По проведению анкетирования нами были получены следующие результаты. Среди наиболее важных областей влияния ПА пациентами были выделены: боль (78,6%), кожные проблемы (76,0%), снижение функциональных возможностей (60,0%), а также трудности с установлением контроля над заболеванием (29,3%) (табл. 3). В группе контроля пациенты выделяли как наиболее значимые проблемы с кожей (91,1%), установлением контроля над заболеванием (75,5%), а боль и снижение функциональных возможностей были отмечены небольшим количеством больных (6,7 и 11,1% соответственно). В группе больных ПА мужчины чаще выделяли проблемы с установлением контроля над заболеванием (54,5% против 21,4% у женщин, $p < 0,05$), т. е. отмечали более значимым физический аспект влияния ПА, а женщины чаще, чем мужчины, указывали жалобы на усталость (57,1% против 27,3%, $p < 0,05$), а также тревожность, страх и неуверенность в себе (45,2% против 18,2%, $p < 0,05$), т. е. чаще отмечали влияние ПА на эмоциональный и психический аспекты жизни (табл. 3). Эти данные согласуются

с результатами исследования Michelsen В. с соавт. (2017), в котором авторы выявили у больных причинно-следственные связи между ПА и тревожностью и/или депрессией [9]. Опросник PsAID-12 уникален тем, что учитывает как физические, так и эмоциональные и психические расстройства и позволяет сделать вывод о всестороннем влиянии ПА на качество жизни. По данным Gossec L. с соавт. (2014), которые исследовали 474 больных ПА по опроснику PsAID-12, боль, кожные проблемы и функциональные расстройства являются не только важными симптомами, но и основными аспектами влияния ПА [10]. В другом исследовании 59 пациентов с ПА наиболее важным аспектом воздействия болезни считалась физическая активность [11]. Вероятно, некоторые из наблюдаемых различий можно объяснить культурными особенностями и/или активностью заболевания [12].

Эмоциональные аспекты

Долгое время эмоциональным и психическим расстройствам при ПА уделялось недостаточное внимание [13]. Изучение данного вопроса требует активного участия пациентов и высокого уровня комплаентности [14]. В нашем исследовании было проведено анкетирование больных с целью подробного изучения психологических проблем при ПА, где пациентам было предложено указать эмоциональные расстройства, связанные с болезнью. По результатам анкетирования были получены следующие данные (табл. 4). Наиболее часто

Таблица 3. Наиболее важные области влияния ПА (по мнению пациентов) по данным опросника PsAID-12 (EULAR)
Table 3. The most important areas of influence of PA (according to patients) according to the PsAID-12 questionnaire (EULAR)

Показатель воздействия	Больные Псориазом		Группа контроля		Критерий <i>p</i>	Больные ПА				Критерий <i>p</i>
	<i>n</i> = 75	%	<i>n</i> = 45	%		Женщины		Мужчины		
						<i>n</i> = 42	%	<i>n</i> = 33	%	
1. Боль	59	78,6	3	6,7	< 0,05	31	73,8	28	84,8	> 0,05
2. Усталость	33	44,0	18	40,0	> 0,05	24	57,1	9	27,3	< 0,05
3. Проблемы с кожей	54	76,0	41	91,1	< 0,05	28	66,7	26	78,8	> 0,05
4. Работа и/или досуг	13	17,4	11	24,4	> 0,05	7	16,6	6	18,2	> 0,05
5. Функциональные возможности	45	60,0	5	11,1	< 0,05	25	59,5	20	61,0	> 0,05
6. Дискомфорт	38	50,6	26	57,7	> 0,05	24	57,1	14	42,4	> 0,05
7. Нарушения сна	21	28,0	14	31,1	> 0,05	11	26,2	10	30,3	> 0,05
8. Контроль над заболеванием	22	29,3	34	75,5	< 0,05	9	21,4	18	54,5	< 0,05
9. Тревожность, страх и неуверенность	12	16,0	5	11,1	> 0,05	19	45,2	6	18,2	< 0,05
10. Смущение/стыд из-за своего внешнего вида	9	12,0	11	24,4	> 0,05	6	14,3	3	9,0	> 0,05
11. Участие в социальной жизни	6	8,0	3	6,7	> 0,05	3	7,1	3	9,0	> 0,05
12. Депрессия	3	4,0	1	2,2	> 0,05	2	4,7	1	3,0	> 0,05

Примечание. ПА — псориатический артрит, PsAID-12 — Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item questionnaire.

Note. PA — psoriatic arthritis, PsAID-12 — Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item questionnaire, European League Against Rheumatism (EULAR).

Таблица 4. Наиболее значимые эмоциональные расстройства (по мнению пациентов) при ПА
Table 4. The most significant emotional disorders (according to patients) in PA

Отметьте ощущения, которые вы испытывали за последнюю неделю:	Первая группа		Вторая группа		Критерий <i>p</i>
	<i>n</i> = 75	%	<i>n</i> = 45	%	
1. Чувство усталости в покое или после сна	44	58,6	12	26,6	< 0,05
2. Чувство безрадостности	8	10,6	8	17,8	> 0,05
3. Ощущение зависимости от других людей	27	36,0	3	6,6	< 0,05
4. Ощущение беспомощности	31	41,3	10	22,2	< 0,05
5. Ощущение себя старше своих лет	40	53,3	18	40,0	> 0,05
6. Чувство стыда при нахождении среди людей	25	33,3	29	64,4	< 0,05
7. Нежелание идти куда-либо в связи с заболеванием	36	48,0	12	26,6	< 0,05
8. Чувство обременения других людей в связи с моим заболеванием	20	26,7	3	6,6	< 0,05
9. Раздражительность по отношению к другим людям	29	38,6	4	8,9	< 0,05
10. Апатия, нежелание что-либо делать	41	54,6	6	13,3	< 0,05
11. Вспыльчивость	14	18,6	9	20,0	> 0,05
12. Ощущение безысходности	35	46,7	11	24,4	< 0,05
13. Ожидание беды	22	29,3	3	6,6	< 0,05
14. Чувство замкнутости, отвергнутости другими	46	61,3	17	37,7	< 0,05
15. Трудности в личных отношениях	18	24,0	6	13,3	> 0,05

Примечание. ПА — псориатический артрит, первая группа — пациенты с псориатическим артритом (*n* = 75), вторая группа — группа контроля (*n* = 45).

Note. PA — psoriatic arthritis, the first group — patients with psoriatic arthritis (*n* = 75), the second group — the control group (*n* = 45).

Таблица 5. Изучение уровня тревоги и депрессии у больных ПА с помощью шкалы HADS
Table 5. Study of the level of anxiety and depression in patients with PA using the HADS scale

Тревога, баллы	Мужчины с ПА		Женщины с ПА		Критерий <i>p</i>	Всего		Группа контроля		Критерий <i>p</i>
	<i>n</i> = 33	%	<i>n</i> = 42	%		<i>n</i> = 75	%	<i>n</i> = 45	%	
0–7	15	45,4	9	21,4	> 0,05	24	32,0	26	57,7	< 0,05
8–10	14	42,4	26	61,9	< 0,05	40	53,3	17	37,7	> 0,05
11 и более	4	12,1	7	16,7	> 0,05	11	14,6	2	4,4	> 0,05
Депрессия, баллы	<i>n</i> = 33		<i>n</i> = 42		Критерий <i>p</i>	<i>n</i> = 75		<i>n</i> = 45		Критерий <i>p</i>
	%	%	%	%		%	%	%	%	
0–7	16	48,5	7	16,7	> 0,05	23	30,6	28	62,2	< 0,05
8–10	13	39,4	30	71,4	< 0,05	43	57,3	15	33,4	< 0,05
11 и более	4	12,1	5	11,9	> 0,05	9	12,0	2	4,4	> 0,05

Примечание. HADS — The hospital Anxiety and Depression Scale (Госпитальная шкала тревожности и депрессии). Подсчет баллов проводится отдельно по каждой шкале, оценка результатов проводится как по отдельности, так и в совокупности: 0–7 баллов — норма, 8–10 баллов — субклинические проявления тревоги или депрессии, 11 и более баллов — клинически выраженные симптомы тревоги или депрессии.

Note. HADS — The hospital Anxiety and Depression Scale. Scoring is carried out separately for each scale, the results are assessed both separately and in aggregate: 0–7 points — normal, 8–10 points — subclinical manifestations of anxiety or depression, 11 or more points — clinically expressed symptoms of anxiety or depression.

пациенты выделяли такие эмоциональные расстройства, как чувство отвергнутости другими (61,3%), усталость (58,6%), апатия (54,6%), чувство обременения других людей в связи со своим заболеванием (48,0%) и нежелание куда-либо идти в связи с заболеванием (48,0%). В группе контроля преобладающими оказались чувство стыда при нахождении среди других (64,4%), чувство обременения других людей в связи со своим заболеванием (26,6%), усталость (26,6%) нежелание куда-либо идти в связи с заболеванием (26,6%), однако последние три значения были ниже, чем в группе больных ПА. В исследовании McDonough E. и соавт. (2014), распространенность эмоциональных расстройств у людей с ПА достигает 37% и выше по сравнению с пациентами с псориазом [15]. Считается, что депрессия и беспокойство у данных больных преимущественно связаны с увеличением числа воспаленных суставов, инвалидностью, болью и усталостью [15]. Более подробное изучение данного вопроса позволяет выявить расстройства в эмоциональной, социальной сфере, которые ранее считались не важными при ПА, например, страх перед будущим, повышенная эмоциональность, ожидание несчастья, навязчивые ритуалы, разочарование в себе и т. д. (рис. 2).

Тревожность и депрессия у больных ПА

Пациенты с ПА указывают на наличие тревоги (часто — беспричинной) и страха перед будущим [16]. Те же данные были продемонстрированы нашим исследованием. Для оценки тревожности и депрессии была использована госпитальная шкала депрессии HADS (Anxiety and Depression Scale), состоящая из 14 пунктов для определения уровня тревоги и депрессии, которые оцениваются как по отдельности, так и в совокупности. Шкала HADS успешно используется для выявления тревожно-депрессивного расстройства у пациентов с различными соматическими заболева-

ниями, в частности, ее преимущества демонстрирует исследование Emily McD. и соавт. (2014), в котором симптомы тревоги были выявлены у 36,6% пациентов с ПА, а симптомы депрессии — 17,7% больных [17]. По результатам нашего исследования у пациентов с ПА нормальные значения по шкале тревоги (0–7 баллов) наблюдались у 32,0% (в группе контроля — 57,7%, ($p < 0,05$)), по шкале депрессии — 30,6% (в группе контроля — 62,2%, ($p < 0,05$)), в то время как субклинические расстройства (8–10 баллов) у пациентов с ПА оказались преобладающими по шкале депрессии — 57,3% против 33,4% в группе контроля ($p < 0,05$). Таким образом, по частоте субклинических и клинических расстройств по шкале тревоги, а также по частоте клинических расстройств по шкале депрессии (11 и более баллов) не было статистически значимых различий между исследуемой и контрольной группами. В исследуемой группе у женщин чаще выявлялись субклинические расстройства как по шкале тревоги (61,9% против 42,2% у мужчин, $p < 0,05$), так и по шкале депрессии (71,4% против 39,4% у мужчин, $p < 0,05$). В группе контроля преобладали нормальные значения в обеих шкалах (по шкале тревоги — 57,7%, депрессии — 62,2%), а субклинические проявления депрессии были значительно ниже, чем в группе ПА (33,4% против 57,3%, $p < 0,05$).

Депрессия и тревога при ПА связаны с различными факторами: болью, потерей работы или необходимостью перехода на менее квалифицированную работу, женским полом, активностью артрита, стойкой утратой трудоспособности, усталостью [18].

Нежелательные явления

В ходе исследования не были зарегистрированы нежелательные явления (случаи болезни, травмы, незапланированные оперативные вмешательства и др.), связанные с проводимым исследованием.

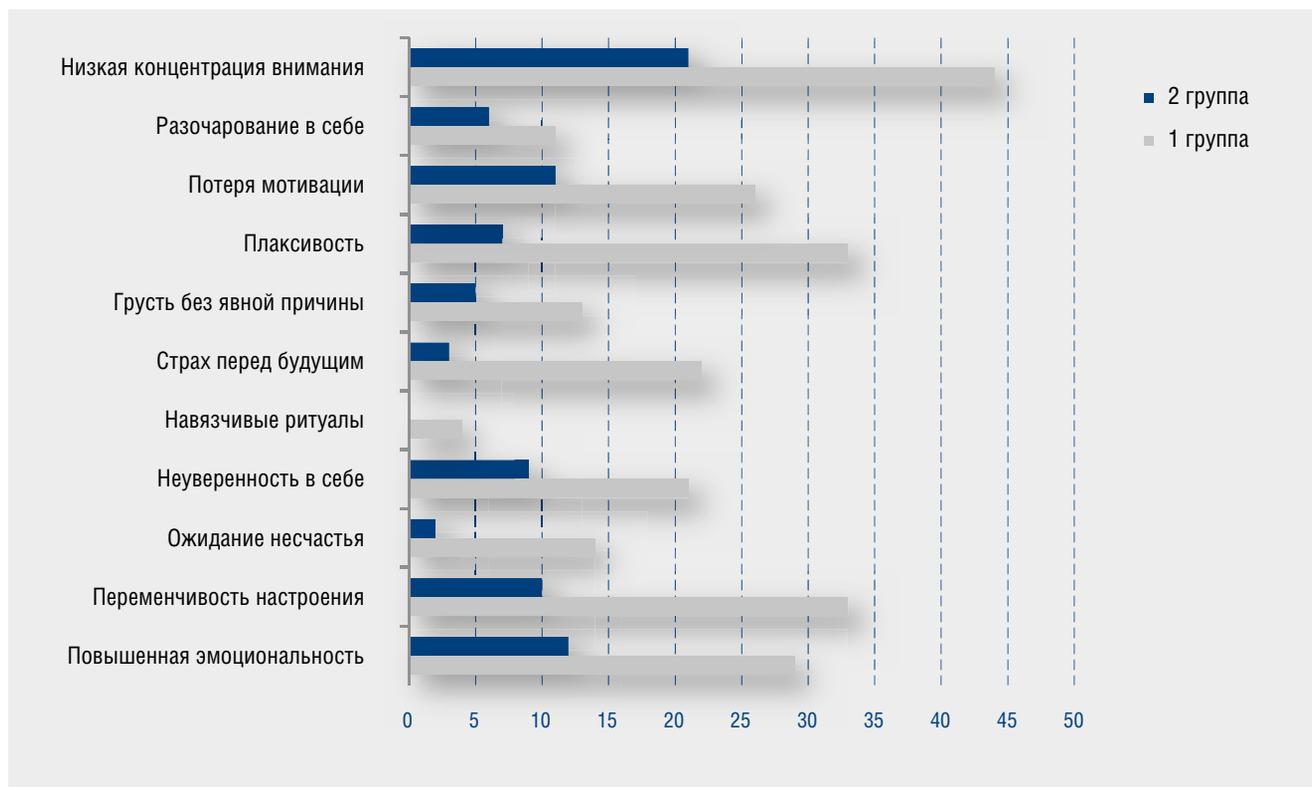


Рис. 2. Эмоциональные расстройства, наиболее важные с точки зрения пациентов с ПА.

Примечание. ПА — псориатический артрит, 1 группа (обозначена серым цветом) — пациенты с ПА (n = 75), 2 группа (обозначена синим цветом) — группа контроля (n = 45)

Fig. 2. Emotional disorders most important from the point of view of patients with psoriatic arthritis.

Note. PA — psoriatic arthritis, group 1 (marked in grey) — patients with PA (n = 75), group 2 (marked in blue) — control group (n = 45)

Обсуждение

Резюме основного результата исследования

В группе больных ПА было 75 участников, в группе контроля — 45 участников. Средний возраст больных составил 42,97 ± 12,20 года, средний возраст начала ПА — 39,67 ± 10,98 лет. Средняя продолжительность ПА составила 3,32 ± 2,21 года. Среднее значение индекса PASI составило 20,48 ± 10,38 баллов. Индекс HAQ составил в среднем 1,88 ± 0,6 баллов. Выраженность боли по ВАШ составила у мужчин в среднем 74,34 ± 6,22 мм, у женщин — 55,77 ± 6,19 мм. Пациенты отмечали наибольшие нарушения в таких видах деятельности, как ходьба (58,6%), вставание (49,3%), гигиенические процедуры (28,0%), пользование транспортом (48,0%), работа по дому (62,6%). Среди наиболее важных областей влияния ПА пациентами были выделены: боль — 78,6%, кожные проблемы — 76,0%, снижение функциональных возможностей — 60,0%, а также трудности с установлением контроля над заболеванием — 29,3%. В группе контроля боль и функциональные нарушения были отмечены меньшим количеством больных (6,7% и 11,1% соответственно), однако преобладающими оказались проблемы с кожей (91,1%) и трудности с установлением контроля над заболеванием (75,5%). В группе больных ПА мужчины чаще выделяли проблемы с установлением контроля над заболеванием (54,5% против 21,4% у женщин, p < 0,05), т.е. отмечали более значимым физический аспект влияния ПА, а женщины чаще, чем мужчины, указывали жалобы на усталость

(57,1% против 27,3%, p < 0,05), а также тревожность, страх и неуверенность в себе (45,2% против 18,2%, p < 0,05), т.е. чаще отмечали влияние ПА на эмоциональный и психический аспекты жизни. В группе контроля эти значения оказались значительно ниже, чем в группе больных ПА (37,7, 26,6, 13,3 и 40% соответственно). Между исследуемой и контрольной группами не было статистически значимых различий по частоте клинических проявлений (11 и более баллов по шкале HADS) тревожных и депрессивных расстройств, однако в группе ПА у женщин чаще выявлялись субклинические расстройства (8–10 баллов) как по шкале тревоги (61,9% против 42,2% у мужчин, p < 0,05), так и по шкале депрессии (71,4% против 39,4% у мужчин, p < 0,05).

Обсуждение основного результата исследования

ПА оказывает выраженное влияние на качество жизни больных, затрагивая физическую, социальную и эмоциональную сферы. У больных ПА отмечаются нарушения жизнедеятельности. Индекс HAQ составил в среднем 1,88 ± 0,6 баллов. Болевой синдром по ВАШ в среднем составил у мужчин 74,34 ± 6,22 мм, у женщин — 55,77 ± 6,19 мм (p < 0,05). Согласно Филимоновой О.Г. и соавт. (2011), на болевой синдром оказывает существенное влияние рациональная терапия — по результатам их исследования лечение способно уменьшать болевой синдром по ВАШ до 30% (с 64,4 ± 19,0 до 44,6 ± 18,9 мм) [19]. При изучении влияния ПА на физическую активность пациенты отметили наибольшие

нарушения в таких видах деятельности, как ходьба (58,6%), вставание (49,3%), гигиенические процедуры (28,0%), пользование транспортом (48,0%), работа по дому (62,6%), 54% больных пользуются различными приспособлениями или помощью других лиц. В группе контроля нарушения были менее выраженными — трудности во время работы по дому отметили 24,4% больных, гигиенических мероприятий — 20,0%, пользования транспортом — 11,1%, трудности при ходьбе и вставании — 6,6%, а пользуются помощью и/или приспособлениями 8,8% больных. Среди наиболее важных областей влияния ПА пациентами были выделены: боль (78,6%), кожные проблемы (76,0%), снижение функциональных возможностей (60,0%), дискомфорт (51,6%) и усталость (44,0%). Это согласуется с данными исследования Mease P.J. (2011), где пациенты отметили боль, усталость, кожные проблемы, а также снижение функциональных возможностей как наиболее важные области влияния ПА [20]. Мужчины преимущественно отмечали более значимыми физические аспекты влияния ПА, а женщины делали упор на эмоциональный аспект. В то же время у женщин чаще выявлялись субклинические расстройства как по шкале тревоги (61,9% против 42,2% у мужчин, $p < 0,05$), так и по шкале депрессии (71,4% против 39,4% у мужчин, $p < 0,05$).

По данным Максимчука Н.С. и Шаклеина Д.Л. (2016), имеется корреляция между снижением физической активности и степенью активности ПА, на последнюю, в свою очередь, оказывает выраженное влияние своевременная и правильно подобранная терапия [21]. В их исследовании продолжительное и рациональное лечение улучшает не только физическое состояние больных ПА, но и другие параметры качества жизни — психологическую сферу и социальную адаптацию. В другом исследовании также продемонстрировано влияние ПА на эмоциональный аспект жизни пациентов — до начала лечения у больных имелись выраженные эмоциональные расстройства, в т. ч. тревожность и депрессия,

доля которых уменьшилась через 6 месяцев базисной терапии (в контрольной группе, получавшей только нестероидные противовоспалительные препараты, не было тенденции к положительной динамике) [22]. Мы можем сделать вывод, что физический, социальный и эмоциональный аспекты жизни одинаково важны для пациентов с ПА и поддержание высокого качества жизни входит в круг интересов не только специалистов, но и самих больных. Кроме того, эмоциональное благополучие при ПА, вероятно, находится в зависимости от восстановления и поддержания двигательной функции. Результаты нашего исследования подтверждают ранее продемонстрированное влияние ПА на жизнь.

Ограничения исследования

У нашего исследования были определенные ограничения. Одним из них было отсутствие информации о подтипах ПА, фенотипе псориаза. Кроме того, не учитывались эффекты терапии, которые могли повлиять на результаты анкетирования.

Заключение

Мы рассмотрели основные аспекты жизни, на которые оказывает влияние ПА. Использование различных опросников позволило всесторонне оценить влияние ПА на качество жизни, изучить приоритеты пациентов. Влияние ПА на качество жизни очень широко и охватывает не только физическую сферу (связанные с передвижением и трудом), но и социальную (общение, участие в мероприятиях), а также эмоциональную (тревога, стыд, эмоциональная лабильность и т. д.). Между данными изменениями можно предположить причинно-следственную связь. Учитываемая многосторонний характер влияния ПА, высокую частоту осложнений, в том числе раннюю инвалидизацию, более глубокое изучение влияния данного заболевания на качество жизни должно способствовать повышению качества диагностики и лечения данной группы больных. ■

Литература/References

1. Strand V, Sharp V, Koenig AS, Park G, Shi Y, Wang B. Comparison of health-related quality of life in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of etanercept treatment. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(7):1143–1150. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200387
2. Taylor WJ. Impact of psoriatic arthritis on the patient: through the lens of the WHO International classification of functioning, health, and disability. *Curr Rheumatol Rep.* 2012;14(4):369–374. doi: 10.1007/s11926-012-0263-5
3. Queiro R, Cañete JD, Montilla C, Abad M, Montoro M, Gómez S. Minimal disease activity and impact of disease in psoriatic arthritis: a Spanish cross-sectional multicenter study. *Arthritis Res Ther.* 2017;19(1):72. doi: 10.1186/s13075-017-1277-1
4. Rosen CF, Mussani F, Chandran V, Eder L, Thavaneswaran A, Gladman DD. Patients with psoriatic arthritis have worse quality of life than those with psoriasis alone. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(3):571–576. doi: 10.1093/rheumatology/ker365
5. Orbai AM, de Wit M, Mease P, Shea JA, Gossec L, Leung YY. A. International patient and physician consensus on a psoriatic arthritis core outcome set for clinical trials. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(4):673–680. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210242
6. Mease PJ, Woolley JM, Bitman B, Wang BC, Globe DR, Singh A. Minimally important difference of health assessment questionnaire in psoriatic arthritis: relating thresholds of improvement in functional ability to patient-rated importance and satisfaction. *J Rheumatol.* 2011;38(11):2461–2465. doi: 10.3899/jrheum.110546
7. De Wit M, Kvien T, Gossec L. Patient participation as an integral part of patient reported outcomes development guarantees the representativeness of the patient voice—a case-study from the field of rheumatology. *RMD Open.* 2015;1(1):e000129. doi: 10.1136/rmdopen-2015-000129
8. Castrejón I, Gossec L, Carmona L. The EULAR outcome measures library: an evolutionary database of validated patient-reported instruments. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:475–476. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-eular.2377
9. Michelsen B, Kristianslund EK, Sexton J, Hammer HB, Fagerli KM. Do depression and anxiety reduce the likelihood of remission in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis? Data from the prospective multicentre NOR-DMARD study. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(11):1906–1910. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211284
10. Gossec L, de Wit M, Kiltz U, Braun J, Kalyoncu U, Scrivero R. A patient-derived and patient-reported outcome measure for assessing psoriatic

arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(6):1012–1019. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205207

11. Hu SW, Holt EW, Husni ME, Qureshi AA. Willingness-to-pay stated preferences for 8 health-related quality-of-life domains in psoriatic arthritis: a pilot study. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39(5):384–397. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.10.005

12. Gudu T, Kiltz U, de Wit M, Kvien TK, Gossec L. Mapping the effect of psoriatic arthritis using the international classification of functioning, disability and health. *J Rheumatol.* 2017;44(2):193–200. doi: 10.3899/jrheum.160180

13. Tillett W, de-Vries C, McHugh NJ. Work disability in psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(2):275–83. doi: 10.1093/rheumatology/ker216

14. Palominos PE, Gaujoux-Viala C, Fautrel B, Dougados M, Gossec L. Clinical outcomes in psoriatic arthritis: A systematic literature review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(3):397–406. doi: 10.1002/acr.21552

15. McDonough E, Ayearst R, Eder L, Chandran V, Rosen CF, Thavaneswaran A. Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol.* 2014;41(5):887–896. doi: 10.3899/jrheum.130797

16. Putrik P, Ramiro S, Hifinger M, Keszei AP, Hmamouchi I., Dougados M. In wealthier countries, patients perceive worse impact of the disease although they have lower objectively assessed disease activity: results from the cross-sectional COMORA study. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(4):715–720. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207738

17. Emily McD, Renise A, Lih E, Vinod Ch, Cheryl FR. Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol.* 2014;41(5):887–896. doi: 10.3899/jrheum.130797

18. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología [Prevalence of symptoms

of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics]. *Reumatol Clin.* 2011;7(1):20–6. Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2010.03.003

19. Филимонова О.Г., Симонова О.В., Леушина Е.А., Чупраков П.Г. Влияние базисной терапии на качество жизни и психоэмоциональный статус у больных псориазом. *Сибирский медицинский журнал.* 2011(1)64 [Filimonova OG, Simonova, EA, Leushina OV, Chuprakov PG. Estimate of basic therapy for quality of life and the psychoemotional status in patients with psoriatic arthritis. *Siberian Medical Journal.* 2011(1)64 (InRuss.)]

20. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: tender and swollen joint assessment, psoriasis area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES), Leeds Dactylitis Index (LDI), Patient Global for Psoriatic Arthritis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), and Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63 Suppl 11:S64-85. doi: 10.1002/acr.20577

21. Максимчук Н.С., Шаклеин Д.Л. Оценка качества жизни у больных псориазом. *Вятский медицинский вестник.* 2007(1)9. [Maksimchuk NS, Shaklein DL. Assessment of the quality of life in patients with psoriatic arthritis. *Medical Vestnik of Vyatka.* 2007(1)9 (In Russ.)]

22. Филимонова О.Г., Симонова О.В. Влияние базисной терапии на психоэмоциональный статус больных псориазом. *Научно-практическая ревматология.* 2016;129 [Filimonova OG, Simonova OV. Influence of basic therapy on the psychoemotional status of patients with psoriatic arthritis. *Scientific and practical rheumatology.* 2016;129. (InRuss.)]

Участие авторов: концепция и дизайн исследования — З.Р. Хисматуллина; сбор и обработка материала — К.М. Корешкова; написание текста — К.М. Корешкова; редактирование, направление на публикацию — З.Р. Хисматуллина.

Authors' participation: research concept and design — Zarema R. Khismatullina; collection and processing of material — Ksenia M. Koreshkova; text writing — Ksenia M. Koreshkova; editing, direction for publication — Zarema R. Khismatullina.

Информация об авторах

***Ксения Михайловна Корешкова** — ассистент; адрес: Россия, Республика Башкортостан, 450000, г. Уфа, ул. 50 лет СССР, д. 13, кв. 65; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6039-8311>; eLibrary SPIN: 4427-1594; e-mail: saitik16@yandex.ru

Зарема Римовна Хисматуллина — д.м.н., профессор; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8674-2803>; eLibrarySPIN: 6602-4060; e-mail: hzr07@mail.ru

Information about the authors

***Ksenia M. Koreshkova** — assistant lecturer; address: 13 street 50 years of the USSR, apt. 65, 450000, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6039-8311>; eLibrary SPIN: 4427-1594; e-mail: saitik16@yandex.ru

Zarema R. Khismatullina — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8674-2803>; eLibrary SPIN: 6602-4060; e-mail: hzr07@mail.ru

Статья поступила в редакцию: ??????

Принята к публикации: ??????

Дата публикации: ??????

Submitted: ??????

Accepted: ??????

Published: ??????