

ID: 2013-02-8-A-2404

Оригинальная статья

Акулова А.И., Апаркина А.В., Кобзева Е.С., Гайдукова И.З.

Мониторинг статуса пациентов со спондилартритами в клинической практике – неосуществимая мечта или возможная реальность?

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Резюме

В настоящей работе авторами установлены недостатки мониторинга активности и функционального статуса пациента со спондилартритом, выполняемого в произвольном порядке в реальной клинической практике, и показаны преимущества применения электронной карты обследования пациентов со спондилартритами. При анализе историй болезни и результатов телефонного анкетирования 46 пациентов установлены возможности дистанционного контроля активности спондилартритов.

Ключевые слова: спондилартрит, мониторинг функционального статуса и активности, дистанционный мониторинг.

Актуальность

Согласно рекомендациям ASAS (Международное общество по изучению спондилартритов (СпА)) мониторинг активности пациентов должен включать следующие показатели: общая оценка активности заболевания пациентом (ООАП) с применением числовой рейтинговой шкалы (ЧРШ); общая оценка активности заболевания врачом (ООАВ) с применением ЧРШ; число припухших суставов (ЧПС); счет энтезитов; счет дактилитов; композитные индексы оценки активности BASDAI и ASDAS-СРБ [1-3]. Мониторинг функционального статуса пациентов должен включать 6 показателей: расстояние козелок-стена; ротация в шейном отделе позвоночника; боковая подвижность в поясничном отделе позвоночника; модифицированный тест Шобера; расстояние между медиальными лодыжками; экскурсия грудной клетки. Определение комплекса указанных показателей позволяет врачу объективно оценить статус пациента со СпА, в том числе и в динамике, и обеспечить преемственность в наблюдении за пациентом. В настоящий момент остается неизвестным, насколько точно выполняются данные рекомендации в реальной клинической практике, особенно в случае, если пациент в силу особенностей проживания, условий работы/учебы и др. причин не может регулярно посещать ревматолога.

Цель настоящего исследования – изучение особенностей определения текущей активности заболевания и функционального статуса пациентов со СпА в реальной клинической практике с разработкой мер по его оптимизации путем внедрения дистанционных методов контроля активности с применением *электронной карты опроса пациента с СпА (ЭК)*.

Материалы и методы

В исследование включены 46 пациентов со СпА, госпитализированных в ревматологическое отделение Областной клинической больницы г. Саратова в 2012 г. В ходе госпитализации исследователем А заполнялась ЭК, включавшая основные пункты, рекомендованные ASAS для определения функционального статуса и активности заболевания при СпА, и особенности лекарственной терапии пациента. Исследователем В после выписки были проанализированы истории болезни (ИБ) указанных пациентов, заполненные лечащим врачом в ходе госпитализации. Данные ИБ переносились в карту, аналогичную ЭК. Пациенты в случайном порядке были рандомизированы на 2 группы. 20 пациентов (*группа 1*) в течение 12 недель после выписки выполняли рекомендации врача стационара без явки к ревматологу (при отсутствии специальных показаний), после чего госпитализировались в отделение ревматологии, где повторно заполнялась ЭК и ИБ. 26-ти пациентам (*группа 2*) посредством телефонного анкетирования каждые 4 недели выполнялся мониторинг активности СпА. Вопрос о необходимости госпитализации в ревматологическое отделение пациентов *группы 2* (госпитализация через 12 недель после выписки) решали на 8 неделе на основании изучения мнения пациента и анкетизирующего врача. В ходе опроса пациентов на 8-ой неделе (*группа 2*) и 12-й неделе (*группы 1 и 2*) определяли индекс PASS [W.Maksymowytch, 2010]. Исследователь С опросил 6 врачей отделения ревматологии на предмет длительности заполнения ИБ пациента со СпА. Каждый исследователь был лишен доступа к информации, собранной другими исследователями. Статистический анализ проводился с применением пакета пользовательских программ SPSS17 и Excel. Достоверными считались различия данных при $p < 0,05$.

Результаты

Данные ИБ и ЭК представлены в таблице 1.

Среднее время заполнения ЭК в ходе исходного визита составило 15 (12-28) мин., среднее время заполнения ИБ – 30 (20-40) мин., $p < 0,05$. Ни в одной из проанализированных историй болезни не был выполнен полный перечень требований к обследованию пациента СпА. Наилучшим образом в реальной практике выполняется мониторинг активности с применением композитных индексов, наихудшим – измерение подвижности осевого скелета.

Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, исходной активности и функциональному статусу пациентов.

К неделе 12 в группе 2 установили снижение показателей активности заболевания: индекса BASDAI – с $5,32 \pm 3,2$ до $3,17 \pm 2,12$ см ($n=26$), ASDAS – с $3,44 \pm 3,1$ до $2,6 \pm 1,8$ ($n=11$), $p < 0,05$ для различий значений исходных индексов и на 12-й неделе. Положительный PASS был установлен у 15 (57,69%) пациентов при ответе на вопрос: «Довольны ли Вы текущей активностью СпА (с учетом его влияния на Вашу жизнь, работу и отдых)?» и у 10 (38,6%) пациентов при вопросе: «Вас устроит, если текущая активность СпА (с учетом его влияния на Вашу жизнь, работу и отдых) сохранится в течение последующих 6 месяцев?». На вопрос: «Нужна ли Вам через месяц (на 12 неделе) госпитализация?» - положительно ответили 3 пациента (11,5%). В течение 12 недель самостоятельно отказались от противовоспалительной терапии и/или изменили рекомендованный режим дозирования препаратов 5 (19,23%) пациентов.

Таблица 1. Различия в данных истории болезни и электронной карты опроса пациента со СпА на момент исходной госпитализации

Признак	ИБ (n=46)			ЭК (n=46)		
	M±SD	n [§]	n ^{§§}	M±SD	n [§]	n ^{§§}
Экскурсия грудной клетки, см	2,3±2	22*	24*	2,9±1,8	46	0
Расстояние козелок-стена, см	11±6	6*	40*	13±7,9	46	0
Ротация в шейном отделе позвоночника, °	-	0*	46*	43±12	46	0
Боковая подвижность в поясничном отделе, см	7,9±5*	14*	32*	10,9±6,6	46	0
Модифицированный тест Шобера, см	4,2±1,81*	26*	20*	3,2±1,61	46	0
Расстояние между медиальными лодыжками, см	93±15	4*	42*	99±14,6	46	0
ЧПС, п	3,61±3*	38*	18*	8,8±5	46	0
Число энтезитов, п	2±1*	13*	33	6±3	46	0
Число дактилитов, п	5±0*	1*	45	1,8±4	46	0
BASDAI, см	5,35±3,38	40	6	5,38±3,6	46	0
ASDAS, у.е.	3,56±3,0	40	6	3,44±3,3	46	0
ООАВ, мм	-	0**	46**	66±34	46	0
ООАП, мм	-	0**	46**	78±48	46	0

Примечание: ИБ – данные истории болезни; ЭК – данные электронной карты; «-»- отсутствие результата; n[§]-число ИБ или ЭК с наличием данных по указанному признаку; n^{§§}- число ИБ с отсутствием данных по указанному признаку; * - достоверность различий с соответствующим столбцом ЭК p<0,05; ** - достоверность различий с соответствующим столбцом ЭК p<0,01.

В группе 1 к 12-ой неделе активность заболевания снизилась в меньшей степени, чем во второй группе: индекс BASDAI уменьшился с 5,21 ±3,0 до 4,77±2,2 см (n=20), ASDAS – с 3,42±2,9 до 2,79± 2,6 (n=20), p<0,05 для обоих индексов; p<0,05 для разницы значений индексов в группах 1 и 2. Положительный PASS был установлен у 4 (20%) пациентов при ответе на вопрос: «Довольны ли Вы текущей активностью СпА (с учетом его влияния на Вашу жизнь, работу и отдых)?» и у 3 (15%) пациентов при вопросе: «Вас устроит, если текущая активность СпА (с учетом его влияния на Вашу жизнь, работу и отдых) сохранится в течение последующих 6 месяцев?». Различия числа положительных индексов PASS в группах 1 и 2 достоверны (p<0,05). На вопрос: «Была ли необходима данная госпитализация?» - в первый день пребывания в стационаре положительно ответили 19 пациентов (95%). В первой группе за 12 недель самостоятельно отказались от противовоспалительной терапии и/или изменили рекомендованный режим дозирования препаратов 15 (75%) пациентов.

Заключение

В ходе настоящего исследования установлено:

1. Мониторинг активности и функционального статуса пациента со СпА, выполняемый в произвольном порядке, ассоциируется с потерей части данных и требует затраты большего времени, чем заполнение ЭК. Применение электронной карты обследования пациента позволяет в полном объеме выполнять рекомендации по наблюдению за пациентом со СпА.
2. Дистанционный мониторинг активности СпА с применением ЭК повышает приверженность пациентов лечению, что приводит к лучшим результатам терапии и большей удовлетворенности пациентов лечением.
3. Применение дистанционного контроля активности позволяет сократить число госпитализаций пациентов с СпА в стационар при повышении качества наблюдения за пациентом.

Литература

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. Ann Rheum Dis. 2011 Jan; 70(1):25-31.
2. Sieper J, Rudwaleit M, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Jun; 68 Suppl 2:ii1-44;
3. Taylor W, Gladman D, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum. 2006 Aug; 54(8):2665-2673.