

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМОксана Григорьевна Филимонова, Ольга Викторовна Симонина,
Елена Александровна Леушина, Павел Григорьевич Чупраков(Кировская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.В. Шешунов,
кафедра госпитальной терапии, зав. – д.м.н., проф. Б.Ф. Немцов)

Резюме. Изучена динамика качества жизни (КЖ) и психоэмоционального статуса у больных псориазом с артритом (ПА) под влиянием базисной терапии метотрексатом (n=28) и сульфасалазином (n=20). Контрольную группу составили 25 больных, получающих только нестероидные противовоспалительные препараты. Терапия базисными средствами у больных ПА приводит к быстрому и продолжительному клиническому эффекту, улучшает показатели КЖ больных по опроснику SF-36. Положительное влияние базисной терапии на симптомы депрессии не всегда выражено и является значимым только в группе метотрексата.

Ключевые слова: псориаз, артрит, базисная терапия, качество жизни, психоэмоциональный статус.

ESTIMATE OF BASIC THERAPY FOR QUALITY OF LIFE AND THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITISO.G. Filimonova, O.V. Simonova, E.A. Leushina, P.G. Chuprakov
(Kirov State Medical Academy)

Summary. Dynamics of quality of life (QL) and the psychoemotional status in patients with psoriatic arthritis (PA) under the influence of basic therapy by a methotrexate (n=28) and sulphasalazine (n=20) has been studied. Control group included 25 patients receiving only nonsteroid anti-inflammatory drugs. Therapy by basic drugs in patients with PA leads to fast and long clinical effect, improves indicators of QL in patients on questionnaire SF-36. Positive influence of basic therapy on depression symptoms isn't always expressed and is authentic only in methotrexate group.

Key words: psoriatic arthritis, basic therapy, quality of life, the psychoemotional status.

Псориаз с артритом (ПА) является представителем группы серонегативных спондилоартритов и наряду с анкилозирующим спондилоартритом и реактивными артритами составляет основную их долю. Частота ПА в популяции составляет 0,06-1,4% [9]. ПА сравним с ревматоидным артритом (РА) по темпам прогрессирования, инвалидизации и ухудшению качества жизни (КЖ) больных [15].

Наряду с появлением новых препаратов для лечения хронических эрозивных заболеваний суставов, в том числе биологических агентов, «золотым стандартом» базисной фармакотерапии ПА является метотрексат (МТ), его отличает к тому же наиболее выгодное соотношение эффективности и переносимости по сравнению с другими цитотоксическими препаратами [2,8]. Результаты многих исследований свидетельствуют о положительном влиянии МТ не только на суставной, но и на кожный синдром [12,14]. Не вызывает сомнения клиническая эффективность сульфасалазина (СС), особенно у больных с активным периферическим артритом [11], у части больных он способствует разрешению псориазических эфлоресценций [10].

Однако в последнее время физиологические данные и лабораторные показатели не являются единственным критерием эффективности терапии. В соответствии с новой концепцией клинической медицины КЖ больного является либо главной, либо дополнительной, либо единственной целью при лечении больных с различными заболеваниями [1].

Малоизученной и интересной представляется тема психоэмоциональных расстройств у больных ПА. Присоединяясь к основному симптому ревматических заболеваний – боли, депрессия усиливает, угнетает, снижает переносимость ее и способствует хронизации. Больные при наличии тревоги и/или депрессии предъявляют большее число соматических жалоб, име-

ют худший функциональный статус и КЖ, они меньше удовлетворены результатами своего лечения [4,5]. Не изучен вопрос, может ли базисная терапия наряду с улучшением клинико-функциональных показателей уменьшать выраженность тревожно-депрессивных расстройств и в каких случаях требуется назначение методов психокоррекции в практике ревматолога.

Цель исследования – оценить динамику КЖ и психоэмоциональных нарушений под влиянием базисной терапии у больных ПА.

Материалы и методы

Обследовано 73 больных с достоверным диагнозом ПА, которые были разделены на 3 группы: первая группа (n=28) в качестве базисной терапии получала МТ 10-15 мг/нед., вторая группа (n=20) – СС 2 г/сут., контрольная (n=25) – принимали только нестероидные противовоспалительные средства (НПВП). В исследо-

Таблица 1

Клиническая характеристика больных ПА

Показатели	Метотрексат (n=28)	Сульфасалазин (n=20)	НПВП (n=25)
Возраст, М±δ	48,8±7,6	48,4±9,7	51,6±9,9
Мужчины/женщины	8/20	9/11	12/23
Стаж суставного синдрома, М±δ	9,4±7,4	7,9±6,7	11,2±7,2
Стаж псориаза, М±δ	16,4±11,9	16,0±14,0	21,3±17,0
Полиартрит	22	15	16
Спондилоартрит	10	12	8
Степень активности: 1/2/3	3/21/4	1/14/5	10/12/3
Рентгенологическая стадия I/II/III	5/16/7	7/10/3	4/17/4
СОЭ, мм/ч, М±δ	22,4±11,8	31,4±17,8	23,2±13,7

Примечание: * - значимые отличия между группами, p<0,05.

вание не включались больные с тяжелой сопутствующей патологией. Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1.

Основу обследования больных составили обще-

клинические методы, принятые в ревматологической практике: боль в суставах по визуально-аналоговой шкале – ВАШ, выраженность и длительность утренней скованности, число болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, суставной индекс, а также оценка больными своего самочувствия и утомляемости по ВАШ. Выраженность клинического эффекта у больных ПА оценивали по динамике ACR – критериев, модифицированных для ПА [13].

КЖ больных определяли по опроснику SF-36 (Short Form-36-Item Health Survey) с вычислением 8 основных показателей:

ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое

здоровье. Оценку функционального статуса проводили при помощи опросника HAQ (Health Assessment Questionnaire). Влияние поражения кожи на повседневную деятельность больных оценивали при помощи опросника Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Для определения психоэмоциональных нарушений применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), опросник депрессии Бека, шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергер-Ханина. Основные клинические параметры, показатели КЖ и психоэмоционального статуса определяли до лечения, через 1, 3 и 6 месяцев терапии.

Для статистической обработки материала использовали специализированный статистический пакет SPSS 13.0. В группах вычисляли среднее арифметическое (М), среднеквадратическое отклонение (σ), среднюю ошибку среднего арифметического (m), доверительный интервал. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 1, во всех группах среди больных преобладали женщины со II степенью активности ПА. Средний возраст больных, стаж псориаса и суставного синдрома значимо не отличались. Большинство больных в группах имели полиартритический вариант суставного синдрома, вулгарный очаговый или распространенный псориаз в стационарной или прогрессирующей стадии. Рентгенологически во всех группах выявлена преимущественно II стадия по Штейнброкеру. У всех больных до лечения была выявлена клиническая активность заболевания и снижение функциональных возможностей периферических суставов.

Лечение проводили в условиях ревматологического отделения, после тщательного клинико-лабораторного обследования для уточнения диагноза и выявления противопоказаний, получения письменного согласия

больных на лечение. В процессе применения базисной терапии проводили изучение основных клинических показателей болезни.

У больных, получающих МТ, положительная динамика параметров суставного синдрома наблюдалась уже к 1 месяцу терапии. Наибольшего изменения претерпели такие показатели, как суставной индекс и выраженность боли по ВАШ. Значимо уменьшились ЧБС и ЧПС, выраженность и продолжительность утренней скованности. В процессе поддерживающей терапии клинический эффект МТ сохранялся к 3 месяцу лече-

Таблица 2

Динамика клинических показателей под влиянием терапии у больных ПА (М±σ)

Показатель	До лечения			Через 6 мес.		
	МТ (n=28)	СС (n=20)	НПВП (n=25)	МТ (n=28)	СС (n=16)	НПВП (n=25)
ЧБС	19,4±11,6	16,1±13,3	15,0±14,0	10,6±11,0**	6,4±5,8**	10,4±13,1*
Суставной индекс	17,6±8,6	16,1±8,1	12,2±9,3	10,6±9,3***	7,9±7,2***	10,1±9,3
ЧПС	12,5±7,9	11,2±9,8	6,0±8,0	5,5±7,7**	2,8±3,4***	4,9±9,0
Боль по ВАШ	58,8±20,9	64,4±19,0	59,0±21,8	40,3±18,8***	44,6±18,9**	55,6±16,6
Скованность, мм	59,8±26,4	57,7±25,4	55,0±22,7	44,1±24,2*	43,9±26,3	57,0±20,0
Длительность скованности, мин.	128,4±101,5	125±151,0	143,8±30,9	91,3±95,8*	69,4±83,2	111,7±222,5
Утомляемость, мм	57,6±20,3	55,1±23,2	57,3±23,2	51,4±21,2	44,8±18,8*	57,5±15,5
Самочувствие, мм	45,9±17,7	54,8±16,8	53,2±21,5	62,5±18,5***	62,7±17,7	58,2±16,3
HAQ	0,78±0,45	0,75±0,47	0,65±0,54	0,56±0,49*	0,48±0,56*	0,52±0,43

Примечание: *- $p < 0,05$, **- $p < 0,01$, ***- $p < 0,001$. Значимость различий по отношению к показателям до лечения.

ния и нарастал к 6 месяцу терапии практически по всем оцениваемым клиническим показателям (табл. 2), к тому же к концу наблюдения значимо улучшился функциональный статус по HAQ.

В группе больных, получавших СС, к 1 месяцу терапии значимо улучшились все показатели, кроме самочувствия. К 6 месяцу терапии сохранялось значимое уменьшение ЧБС и ЧПС, суставного индекса, боли и утомляемости по ВАШ, а также показателя HAQ.

На фоне терапии НПВП к концу стационарного этапа лечения отмечалось значимое улучшение ЧБС, боли, выраженности и продолжительности утренней скованности. Однако к 6 месяцам терапии значимое улучшение сохранялось только по показателю ЧБС. По сравнению с НПВП, базисная терапия приводила к снижению активности, а в ряде случаев к ремиссии заболевания (2 больных в группе МТ и 2 – в группе СС).

При оценке эффективности терапии согласно критериям ACR было выявлено, что через 1 месяц терапии ACR 20 имели 62,5% больных, получающих МТ, 76,5% больных, принимающих СС и половина контрольной группы. Примерно половина больных, получающих базисную терапию, соответствовала критериям ACR 50.

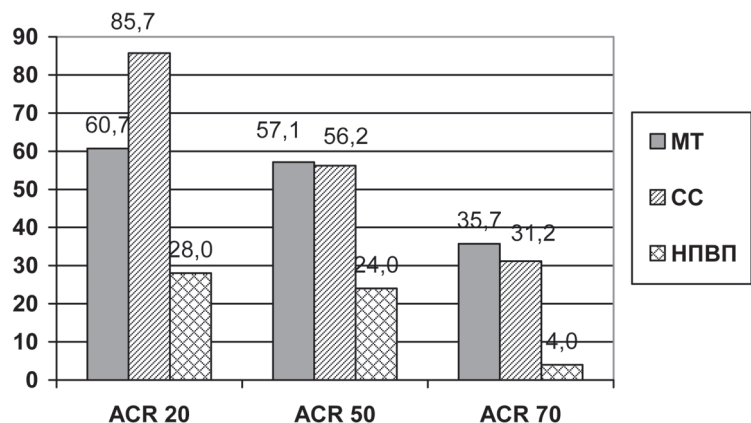


Рис. 1. Клиническая эффективность препаратов через 6 мес. терапии согласно критериям ACR у больных ПА (%).

Через 3 месяца терапии АСР 20 имели 73,1% больных в группе МТ, 64,7% – в группе СС и только четверть больных, получающих НПВП. К концу наблюдения (рис. 1) в группах больных, получающих базисную терапию, увеличилось число больных, имеющих улучшение АСР 70, в группе НПВП – АСР 50. В целом к 6 месяцам терапии наибольшее число ответчиков было в группе СС – 81,2%, несколько меньше – в группе МТ – 60,7%. Наименьшая клиническая эффективность наблюдалась в группе НПВП – всего 28%.

принимавших только НПВП, через 1 месяц лечения уменьшалась выраженность депрессии по Беку, через 3 месяца – ситуативная тревожность. Однако к концу наблюдения значимых изменений не отмечалось.

В процессе терапии базисными препаратами отмечена положительная динамика клинических показателей, отражающих выраженность воспалительного процесса в суставах у большинства больных ПА. Положительное влияние базисной терапии по сравнению с терапией НПВП на суставной синдром при ПА подтверждают

Таблица 3

Динамика показателей КЖ под влиянием терапии у больных ПА (М±σ)

Показатель		До лечения			Через 6 мес.		
		МТ (n=28)	СС (n=20)	НПВП (n=25)	МТ (n=28)	СС (n=16)	НПВП (n=25)
СЖ	ФФ	40,2±20,9	44,1±22,7	47,6±22,8	50,0±29,4	58,4±26,6**	46,6±19,8
	РФФ	14,3±23,0	25,0±39,8	20,0±35,4	25,0±39,7	40,6±44,4	11,0±26,1
	Б	30,6±16,5	30,1±15,8	34,2±16,0	45,1±23,4**	54,8±27,9**	37,9±14,6
	ОЗ	39,3±16,8	46,5±16,1	43,0±16,7	47,4±20,7**	45,1±14,8	45,6±17,0
	Ж	31,1±13,8	43,4±17,4	40,8±20,3	46,1±21,1**	57,5±20,8*	48,6±16,6
	СФ	50,9±22,6	52,7±22,4	54,8±23,1	61,6±23,1*	69,5±22,8**	61,0±23,8
	РЭФ	45,2±43,7	33,3±40,4	28,0±35,6	45,2±43,7	52,1±43,8**	38,7±40,5
	ПЗ	41,7±18,2	52,9±21,6	57,4±17,4	57,7±18,8***	62,5±18,8*	57,4±16,9
DLQI		11,2±8,7	3,1±4,0	7,0±6,0	9,6±8,3	3,8±5,3	6,0±7,0

Примечание: *-p<0,05, **-p<0,01, ***-p<0,001. Значимость различий по отношению к показателям до лечения.

Переносимость терапии во всех группах была удовлетворительной. Побочные действия отмечены у 7 больных в группе МТ, у 4 – в группе СС и у 6 – в группе НПВП. Наиболее часто встречались диспептические расстройства и повышение трансаминаз. Побочные эффекты потребовали отмены препарата только у 1 больного, получающего СС. В других случаях они были выражены умеренно и проходили самостоятельно при уменьшении дозы лекарственных средств или увеличении интервала между приемами.

При изучении динамики показателей КЖ нами было установлено, что на фоне терапии МТ к концу стационарного этапа лечения значимое улучшение произошло только по показателю Ж, к 3 месяцам терапии по шкалам ФФ, Б, Ж, СФ и ПЗ. К 6 месяцам терапии сохранялось улучшение по показателям Б, Ж, СФ, ПЗ, к тому же значимо увеличился показатель ОЗ (табл. 3).

В группе больных, получающих СС, к 1 месяцу терапии улучшились показатели ФФ, Б и СФ, к 3 месяцам – Б и РЭФ. К концу этапа наблюдения значимое улучшение наблюдалось по всем показателям, кроме РФФ и ОЗ. У больных, принимающих только НПВП, к концу стационарного этапа лечения отмечалось значимое увеличение шкал Б, ОЗ, Ж и ПЗ, однако к 3 и 6 месяцам наблюдения это улучшение не сохранялось ни по одному из показателей. Значимого улучшения дерматологического индекса КЖ не происходило ни в одной из групп.

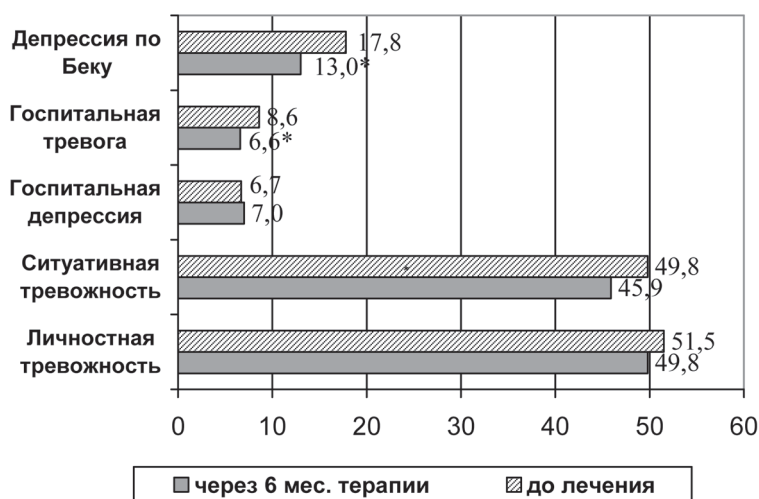
При исследовании влияния базисной терапии на психоэмоциональный статус было установлено, что к 1 месяцу терапии в группе МТ наблюдалось значимое уменьшение выраженности депрессии согласно опроснику Бека, которое сохранялось к 6 месяцам терапии. Также к концу наблюдения отмечалось уменьшение симптомов тревоги по Госпитальной шкале (рис. 2).

У больных, получающих СС, также наблюдалось уменьшение симптомов тревоги к 3 месяцам терапии, которое не сохранялось к 6 месяцу лечения. У больных,

результаты оценки эффективности лечения с использованием критериев АСР, что соответствует данным литературы, полученным для МТ и СС [2,10,12,14].

В сравнительном исследовании эффективности и переносимости СС и МТ при ПА, проведенного В.В. Бадокиным и соавт. (2007), показано положительное влияние этих препаратов на основные показатели кожного и суставного синдромов. В первые 3 месяца лечения наиболее яркие положительные сдвиги отмечались при применении средних доз МТ в отличие

от СС. Однако к 6 и 12 месяцам лечения оба препарата продемонстрировали в равной степени свой противовоспалительный потенциал на поражение кожи и суставов [3]. В нашем исследовании было получено, что через 1 и 3 мес. терапии улучшение по показателям суставного синдрома было одинаково в обеих группах, однако к 6 месяцам терапии более выраженное улучшение наблю-



Примечание: *-p<0,05 – значимость различий по отношению к показателям до лечения.

Рис. 2. Влияние терапии метотрексатом на психоэмоциональный статус у больных ПА.

далось в группе больных, получающих МТ. Согласно АСР-критериям, максимальное число ответчиков к концу наблюдения было в группе СС (81,2%), однако максимальное улучшение АСР 70 имело большее количество больных в группе МТ (35,7% по сравнению с 31,2%). В целом базисная терапия показала высокую клиническую эффективность по сравнению с НПВП.

При изучении динамики показателей КЖ к 1 месяцу терапии большее улучшение было достигнуто в группе СС, к 3 месяцам – в группе МТ, к концу наблюдения зна-

чимое улучшение по большинству показателей наблюдалось в обеих группах. У больных, получающих только НПВП, улучшение КЖ через 1 месяц терапии по 4 шкалам не сохранялась в процессе дальнейшего наблюдения. Поэтому КЖ у больных ПА следует считать наряду с динамикой суставного синдрома и лабораторных показателей объективным критерием эффективности проводимой терапии. Значимого улучшения показателя DLQI не произошло во всех группах, что, возможно, связано с преобладанием очагового характера псориаза и стационарной формы до начала терапии у больных с ПА.

В некоторых исследованиях, касающихся РА, установлена значимая корреляция между положительной динамикой состояния опорно-двигательного аппарата и исчезновением психических нарушений [7]. Однако после традиционного лечения РА часто сохраняется высокий уровень тревожности и снижение показателей эмоционального функционирования [4,6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №2. – С.72-76.
2. Бадюкин В.В. Псориатический артрит (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дисс.д-ра мед. наук. – М., 2003. – 46 с.
3. Бадюкин В.В., Сеферова А.Н., Корсакова Ю.Л. Сравнительная оценка эффективности и переносимости сульфасалазина и метотрексата при псориатическом артрите // Вестник последипломного медицинского образования. – 2007. – №2. – С.27-32.
4. Зельтман А.Е., Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – №2. – С.69-75.
5. Иванов С.В. Депрессия и сердечно-сосудистая патология // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – №3. – С.27-31.
6. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом // Клиническая медицина. – 2001. – №1. – С.47-50.
7. Цивилько М.А., Мелентьев А.С., Коркина М.В. и др. Особенности психических нарушений у больных ревматоидным артритом // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999.

В нашей работе было получено, что в процессе лечения больных ПА базисными препаратами значимая динамика тревожно-депрессивных расстройств (выраженности депрессии по Беку и госпитальной тревоги) через 6 месяцев терапии наблюдалась только в группе МТ, при этом сохранялись депрессивные симптомы, соответствующие легкой степени депрессии. Это свидетельствует о том, что у больных ПА с коморбидной депрессией, особенно выраженной и тяжелой, необходимо включать в комплексную терапию психотерапевтические методы, в том числе антидепрессанты.

Таким образом, терапия базисными препаратами у больных ПА, приводит к быстрому (уже на стационарном этапе лечения) и продолжительному клиническому эффекту по сравнению с НПВП согласно критериям АСР, чаще приводит к ремиссии заболевания и улучшает показатели КЖ больных. Влияние базисной терапии на симптомы депрессии не всегда выражено и является значимым только в группе МТ.

– №2. – С.9-11.

8. Шостак Н.А., Клименко А.А. Современные подходы к диагностике и лечению псориатического артрита // Тер. архив. – 2008. – №10. – С.82-87.
9. Gladman D.D. Psoriatic Arthritis: epidemiology // Psoriasis and Psoriatic Arthritis / Eds. K.B. Cordon, E.M. Ruderman. – Springer, 2005. – P.57-66.
10. Clegg D.O., Reda D.J., Mejias E., et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study // Arthr. Rheum. – 1996. – Vol. 39. №12. – P.2013-2020.
11. Jones G., Crotty M., Brooks P. Interventions for psoriatic arthritis // Cochrane Database Syst. Rev. – 2000. – Vol. 3. – P.212.
12. Marquerie L., Flipo R.M., Grardel B., et al. Use of disease-modifying antirheumatic drugs in patients with psoriatic arthritis // Rev. Rheum. – 2002. – Vol. 69. – P.498-504.
13. Mease P., Antoni C., Gladman D. Psoriatic Arthritis assessment tools in clinical trials // Arthr. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. №2. – P.1149-1154.
14. Patel S., Veale D., FitzGerald O., McHugh N.J. Psoriatic arthritis – emerging concepts // Rheumatology. – 2001. – Vol. 40. – P.243-246.
15. Rahman P., Nguyen E., Cheung C., et al. Comparison of radiological severity in psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis // J. Rheumatol. – 2001. – Vol. 28. – P.1041-1044.

Информация об авторах: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112, КГМА, кафедра госпитальной терапии, тел. (8332) 58-52-00, e-mail: fioks24@mail.ru, Филимонова Оксана Григорьевна – аспирант; Симонова Ольга Викторовна – д.м.н., профессор; Леушина Елена Александровна – аспирант; Чупраков Павел Григорьевич – к.б.н., доцент.

© МУХА Н.В., ГОВОРИН А.В., ПЕРЕВАЛОВА Е.Б. – 2011
УДК 616.379-008.64

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ КЕТОАЦИДОЗОМ

Наталья Вячеславовна Муха, Анатолий Васильевич Говорин, Евгения Борисовна Перевалова
(Читинская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.В. Говорин,
кафедра факультетской терапии, зав. – д.м.н., проф. А.В. Говорин)

Резюме. Проведено исследование микроциркуляторного русла у 14 больных с сахарным диабетом 1 типа (СД-1), осложненным кетоацидозом, и у 15 больных СД-1 без кетоацидоза. У больных с СД-1, осложненным кетоацидозом, наряду с усилением капиллярного кровотока, характеризующимся увеличением показателей перфузии М, σ , κ , выявлено снижение вклада эндотелиальных факторов в регуляцию тонуса на 5-е сутки госпитализации. Исходя из этого, для оценки нарушений микроциркуляции, больным сахарным диабетом 1 типа с кетоацидозом необходимо рекомендовать проведение лазерной доплеровской флоуметрии с помощью аппарата ЛАКК-01 («Лазма», Россия) в динамике (на 1-е, 5-е и 10-е сутки лечения).

Ключевые слова: микроциркуляция, сахарный диабет 1 тип, кетоацидоз.

THE CONDITION OF MICROCIRCULATION IN DIABETES OF THE 1ST TYPE COMPLICATED WITH KETOACIDOSIS

N.V. Mukha, A.V. Govorin, E.B. Perevalova
(Chita State Medical Academy)

Summary. There has been conducted a research of microcirculation in channels in 14 patients with type 1 diabetes