

Получена: 19 февраля 2018 / Принята: 23 апреля 2018 / Опубликовано online: 28 апреля 2018

УДК 614.2-616.5-002.525.2+159.9.072

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ, ЭТНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ (ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА)

Бакытжан Е. Конабеков ¹,

Елдос А. Хамитов ²,

Зайтуна А. Хисметова ³, <http://orcid.org/0000-0001-5937-3045>

¹ Магистрант 2-го года обучения, специальность "Общественное здравоохранение";

² Докторант 2-го года обучения, специальность "Общественное здравоохранение";

³ Преподаватель кафедры общественного здравоохранения, к.м.н.

Кафедра общественного здравоохранения,

Государственный медицинский университет города Семей,

г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

Введение: Системная красная волчанка (СКВ) – заболевание неопределенного генеза, характеризующееся широким спектром клинических проявлений и поражением различных систем и органов. Ряд авторов отмечают, что лечение СКВ должно ориентироваться не только на улучшение клинических показателей, но и на качественные составляющие самочувствия пациента, а именно, улучшение качества жизни, связанного со здоровьем.

Цель: оценить качество жизни у пациентов с СКВ города Семей в зависимости от психоэмоционального состояния, медико-социальных и этнических характеристик.

Материалы и методы: проведено одномоментное поперечное исследование качества жизни пациентов с системной красной волчанкой за период с 01.09.2017 по 31.12.2017г. В исследование было включено 45 пациентов, прикрепленных к поликлиникам г.Семей и имеющих диагноз системная красная волчанка в анамнезе. Для оценки качества жизни пациентов был взят опросник LupusQoL (McElhone и др.), для оценки наличия или отсутствия депрессии и тревоги – HADS (A.S. Zigmond и R.P. Snaith). Проводился анализ корреляционной связи между возрастом, продолжительностью заболевания, баллами депрессии и тревоги и 8-ю доменами анкеты LupusQoL с помощью коэффициента корреляции Спирмена r . Для оценки различий 2-х групп использовался статистический критерий Манна-Уитни. За критический уровень значимости взято значение $p < 0,05$. Статистический анализ проводился при помощи программы SPSS версия 20.0.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 43 года (45, 18). Общее среднее качество жизни у пациентов составило 50,21 (51,2; 35,45). У 24 (53,3%) пациентов, согласно шкале HADS, не было выявлено признаков депрессии, субклинически выраженная депрессия была выявлена у 11 (24,4%), у 10 (22,2%) отмечалась клинически выраженная депрессия. Показатели доменов качества жизни: "Физическая здоровье", "Боль", "Планирование", "Бремя, налагаемое на других", "Эмоциональное здоровье", "Образ тела", "Утомляемость" у группы пациентов с депрессией были ниже по сравнению с группой пациентов без депрессии. Пациенты, чьи баллы шкалы тревожности превышали уровень нормы, имели показатели качества жизни хуже по всем доменам, в отличие от пациентов, чьи баллы тревоги находились в пределах уровня нормы.

Вывод: Воздействие СКВ негативно сказывается на всех областях жизни пациентов. У нашей группы пациентов ухудшение КЖ коррелировало с высокими баллами депрессии и тревоги. Наличие брака положительно сказывалось на некоторых доменах КЖ.

Ключевые слова: Системная красная волчанка, качество жизни, депрессия и тревога.

Summary

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, DEPENDING ON MEDICO-SOCIAL, ETHNIC CHARACTERISTICS AND PSYCHO-EMOTIONAL STATE (DEPRESSION AND ANXIETY)**Bakytzhan E. Konabekov**¹,**Yeldos A. Khamitov**²,**Zaytuna A. Khismetova**³, <http://orcid.org/0000-0001-5937-3045>¹ Master's student of the second year of study, specialty "Public Health";² PhD student of the second year of study, specialty "Public Health";³ Lecturer of the public health department, c.m.s.Department of Public Health,
Semey State Medical University,
Semey, Republic of Kazakhstan.

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a disease of uncertain origin, characterized by a wide range of clinical manifestations and affection of various organ systems. A number of authors note that the treatment of SLE should focus not only on improving clinical indicators, but also on the quality components of the patient's well-being, namely, improving the quality of life associated with health.

Objective: to evaluate the quality of life in patients with SLE of the city of Semey, depending on the psycho-emotional state, medico-social and ethnic characteristics.

Materials and methods: One-stage cross-sectional study of the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus was carried out for the period from 01.09.2017 to 31.12.2017. The study included 45 patients attached to the polyclinics in Semey city and diagnosed with systemic lupus erythematosus in the anamnesis. The LupusQoL (McElhone et al.) questionnaire was used to evaluate health related quality of life of the patients with SLE, the presence and absence of depression and anxiety was evaluate using the HADS (A.S. Zigmond and R.P. Snaith). The correlation analysis was made between age, duration of the disease, depression and anxiety scores, and eight domains of the LupusQoL questionnaire using the Spearman correlation coefficient ρ . We used the Mann-Whitney statistical criterion to estimate the two groups. The value $p < 0,05$ is taken for the critical level of significance. Statistical analysis was carried out using SPSS version 20.0 for the Windows version.

Results: The average age of patients was 43 years (45, 18). The total mean QoL in the patients was 50,21 (51,2, 35,45). Twenty-four (53,3%) patients, according to the HADS scale, have no depression, 11 (24,4%) patients had subclinical depression and 10 patients (22,2%) had a clinically significant depression. Quality of life domains: Physical health, Pain, Planning, Burden imposed on others, Emotional health, Body image, Fatigue were lower in a group of patients with depression than in a group of patients without depression. The patients with anxiety scores beyond the norm level had worse QoL than patients with anxiety scores in the range of norm level had.

Conclusion: The impact of SLE affects negatively all areas of patients' lives. In our patient group, worsening of QOL was correlated with high scores of depression and anxiety. The presence of marriage had a positive effect on some domains of QOL.

Key words: *Systemic lupus erythematosus, quality of life, depression and anxiety.*

Түйіндеме

ЖҮЙЕЛІ ҚЫЗЫЛ ЖЕГІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК, ЭТНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫНА ЖӘНЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫНА (ДЕПРЕССИЯ ЖӘНЕ ҮРЕЙ) БАЙЛАНЫСТЫ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ

Бакытжан Е. Конабеков ¹,**Елдос А. Хамитов** ²,**Зайтуна А. Хисметова** ³, <http://orcid.org/0000-0001-5937-3045>¹2-ші оқу жылының магистрі, "Қоғамдық денсаулық сақтау" мамандығы;²Докторант, "Қоғамдық денсаулық сақтау" мамандығы;³м.ғ.к, Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының оқытушысы.

Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы,

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,

Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Кіріспе: Жүйелі қызыл жегі – (ЖҚЖ) – бұл әртүрлі орган жүйелерінің залаландыру мен клиникалық кең спектрмен сипатталатын, белгісіз шыққан ауруы. Бірқатар авторлар ЖҚЖ емдеу тек клиникалық көрсеткіштерді жақсартуға ғана емес, сонымен бірге пациенттің әл-ауқатының сапалық құрамдас бөліктеріне, атап айтқанда, денсаулыққа байланысты өмір сапасын жақсартуға бағытталуы тиіс деп санайды.

Мақсаты: Семей қаласындағы ЖҚЖ бар науқастардың депрессия мен үрей және медициналық – әлеуметтік, этникалық айырмашылық деңгейіне байланысты өмір сүру сапасын бағалау.

Материалдар мен әдістер: 01.09.2017 - 31.12.2017жж. аралығында ЖҚЖ бар науқастардың өмір сапасын бір сатылы көлденең зерттеуі өткізілді. Зерттеуге Семей қаласының емханаларына тіркелген, анамнездерінде жүйелі қызыл жегі диагнозы қойылған 45 науқас алынды. Пациенттердің өмір сапасын бағалау үшін LupusQoL сауалнамасы (McElhone және т.б.), депрессия мен үрей деңгейін бағалау үшін HADS сауалнамасы (A.S. Zigmond и R.P. Snaith) пайдаланылды. Жас шамасы, ауру ұзақтығы, депрессия және үрей ұпайлары мен LupusQoL сауалнамасының 8 домендері арасында Спирмена р корреляция коэффициенті арқылы корреляциялық қатынастарды талдау жүргізілді. Екі топты бағалау үшін Манн-Уитни статистикалық өлшемі қолданылды. Маңыздылық дәрежесі үшін $p < 0,05$ мәні алынды. Статистикалық талдау Windows нұсқасы үшін SPSS 20.0 бағдарламасы арқылы жүргізілді.

Нәтижелері: Науқастардың орташа жасы 43 жасты құрады (45, 18). Пациенттердің жалпы орташа өмір сүру сапасы 50,21 (51,2; 35,45) құрады. 24 (53,3%) науқаста депрессияның деңгейі қалыпты деңгейде болды, 11 (24,4%) науқаста - субклиникалық түрде көрсетілген және 10 (22,2%) науқаста клиникалық айқын депрессия белгіленді. Өмір сүру сапасы: Дене шынықтыру, ауырсыну, жоспарлау, басқаларға жүктелетін ауыртпалық, эмоционалдық денсаулық, дененің имиджі, әлсіздік депрессиямен науқастар тобында науқастар тобына қарағанда төмен депрессиясыз. Үрей деңгейі нормадан жоғары бар науқастар, үрей деңгейі норма шегінде болған науқастардан қарағанда барлық домендары бойынша нашар көрсеткішке ие болды.

Қорытынды: Жүйелі қызыл жегі науқастар өмірінің барлық салаларына теріс әсер етеді. Біздің науқастар тобында өмір сүру сапасының нашарлауы депрессия мен үрейдің жоғары деңгейіне байланысты болды. Некедің болуы өмір сүру салаларының кейбір сапасына оң әсерін тигізді.

Түйін сөздер: Жүйелі қызыл жегі, өмір сүру сапасы, депрессия және үрей.

Библиографическая ссылка:

Конабеков Б.Е., Хамитов Е.А., Хисметова З.А. Качество жизни у пациентов с системной красной волчанкой в зависимости от медико-социальных, этнических характеристик и психоэмоционального состояния (депрессия и тревога) // Наука и Здравоохранение. 2018. 2 (Т.20). С. 17-28.

Konabekov B.E., Khamitov Ye.A., Khismetova Z.A. Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus, depending on medico-social, ethnic characteristics and psycho-emotional state (depression and anxiety). *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2018, (Vol.20) 2, pp. 17-28.

Конабеков Б.Е., Хамитов Е.А., Хисметова З.А. Жүйелі қызыл жегімен ауыратын науқастардың медициналық-әлеуметтік, этникалық сипаттамаларына және психо-эмоционалдық жағдайына (депрессия және үрей) байланысты өмір сүру сапасы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2018. 2 (Т.20). Б. 17-28.

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) – заболевание неопределенного генеза, характеризующееся широким спектром клинических проявлений и поражением различных систем и органов [1]. СКВ подвержены преимущественно женщины в возрасте от 30 до 70 лет. Эпидемиологические характеристики заболевания резко различаются от страны к стране. Так, высокие показатели заболеваемости были отмечены в американских, азиатских странах и в странах Австралии и Океании [22]. В мультицентровом исследовании, проведенном Носоновым Е. и др., были изучены заболеваемость и распространенность (на 100000 чел.) СКВ среди взрослого населения городов Курска и Ярославля (Российская Федерация) – 1,4; 9,0; Семей (Казахстан) – 1,6; 20,6 и Винницы (Украина) – 0,3; 14,9; соответственно, показатель распространенности был значительно выше в городе Семей [18].

Ряд авторов отмечают, что лечение СКВ должно ориентироваться не только на улучшение клинических показателей, но и на качественные составляющие самочувствия пациента, а именно улучшение качества жизни (далее - КЖ), связанного со здоровьем [10, 20, 25]. В исследовании американских исследователей Ng X. и др., пациенты выразили желание как улучшения лечения, уменьшения побочных эффектов от лекарств, количества обострения заболевания, предотвращения повреждений органов, так и возврат к нормальной жизнедеятельности и улучшения психоэмоционального состояния [20].

КЖ связанное со здоровьем является интегрированным показателем, включающим в себя различные аспекты жизнедеятельности человека, на которые влияет его состояние здоровья [12]. В

исследовании шведской когорты пациентов СКВ было отмечено значительное снижение показателей КЖ по сравнению с общей совокупностью населения [3]. В мультиэтническом исследовании авторы сообщают об различиях показателей КЖ в зависимости этнической принадлежности, образования, степени органических повреждений и проявлений заболевания. В их исследовании был использован опросник SF-36 (Rand Corporation, Санта-Моника, Калифорния). Так показатель физический компонент здоровья был худшим среди австралийцев, а психологический – у китайцев [9]. Мексиканские пациенты в исследовании Etchegaray-Morales I. и др. имели худшие показатели в доменах: "Время, налагаемое на других", "Усталость" и "Эмоциональное здоровье" [6]. Боль, усталость и ограничения возможности в выполнении повседневной деятельности ухудшают КЖ пациентов с СКВ [2]. Пациенты испытывают трудности и в социальном плане: СКВ дезадаптирует их, нарушая привычный образ жизни и изменяя характер взаимоотношений с родственниками и друзьями [26]. Кроме того, СКВ имеет негативное влияние и на КЖ родственников больных [28].

Целью нашего исследования является изучение КЖ пациентов СКВ г. Семей и его различие в зависимости от медико-социальных, этнических характеристик и психоэмоционального состояния.

Материалы и методы.

Дизайн: одномоментное поперечное исследование. Анкетирование производилось с 01.09.2017 по 31.12.2017 г на базе поликлиник города Семей.

Тема исследования была одобрена Этическим комитетом Государственного медицинского университета г. Семей (№6 от

30.05.2017г.). Исследование проводилось сплошным методом.

Объем выборки: Исследование проводилось сплошным методом, так как генеральная совокупность пациентов с СКВ в городе Семей составило 54 человек. Из них 45 дали согласие на прохождение анкетирования. 6 пациентов отказались от участия в исследовании, данные 2 пациентов были утеряны и 1 пациент был исключен из-за несоответствия критериям отбора. Перед проведением исследования 45 пациентов дали письменное подтверждение информированного согласия.

Критерии включения в исследование: пациенты, имеющие в анамнезе диагноз СКВ и прикрепленные к поликлиникам г. Семей; лица женского пола; возраст 18 лет и старше. **Критерии исключения из исследования:** пациенты, не имеющие в анамнезе СКВ и не прикрепленные к поликлиникам г.Семей; психические заболевания или нарушение когнитивных функций, что препятствует пониманию вопросников в рамках этого исследования; младше 18 лет; отказавшиеся от исследования; лица мужского пола, в связи с незначительным количеством на территории г. Семей.

Социально-демографические данные (возраст, брачный статус, национальность, образование, занятость) и клинические данные (инвалидность, длительность заболевания) заполнялись во время анкетирования. Для сбора этих данных авторами был разработан опросник. Брачный статус записывался как: замужем / сожительствую, не замужем, разведена, вдова. Все данные о брачном статусе группировались в две группы: 1 группа – замужние/ сожительствующие пациенты; 2 группа – незамужние, разведенные, овдовевшие. Также данные о национальности были сгруппированы в 2 группы: казахи и татары – 1 группа, 2 – русские. Пациенты были разделены по уровню образования на 2 группы: 1 группа с высшим образованием, 2 группа со средним, средним специальным и незаконченным высшим.

Для определения КЖ пациентов СКВ использовалось специализированная анкета LupusQoL [15]. Данная анкета состоит из 34 вопросов. Вопросы в свою очередь

подразделяются на 8 доменов (блоков): "Физическое Здоровье" – состоит из 8 вопросов, "Боль" – из 3 вопросов "Планирование" – из 3 вопросов, "Интимные отношения" – из 2 вопросов, "Бремя, налагаемое на других" – из 3 вопросов (восприятие пациентом бремени, который он оказывает на близких ему людей), "Эмоциональное Здоровье" – из 6 вопросов, "Образ Тела" – из 5 вопросов (восприятие пациентом воздействия, оказываемого СКВ на его внешность и привлекательность), "Усталость" – из 4 вопросов. Ответы соответствуют пятибалльной шкале Лайкерта: 0 – постоянно, 1 – почти всегда, 2 – достаточно часто, 3 – изредка, 4 никогда. Оценка КЖ принимает значение от 0 до 100, где 100 наилучшее значение, а 0 – наихудшее.

Для оценки тревожно-депрессивного состояния применялась анкета HADS[29]. Анкета HADS, в целом, состоит из 14 вопросов. Первая часть (7 вопросов) оценивает отсутствие или наличие депрессии, вторая часть (7 вопросов) – тревоги. Максимальное количество баллов в каждой части – 21 баллов, где 0-7 баллов свидетельствует об отсутствии депрессии и тревоги (норма), с 8 до 10 баллов включительно – субклинически выраженной депрессии и тревоге, с 11 баллов до 21 – клинически выраженной депрессии и тревоге. Для сравнения КЖ пациенты с баллами депрессии и тревоги в пределах нормы были объединены в группу №1, а пациенты с баллами депрессии и тревоги находящимся за пределами нормы – в группу №2.

Статистические методы. Описательная статистика представлена арифметической средней (Mean), медианой (median), межквартильным размахом (IQR), так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, и процентами. Проводился анализ корреляционной связи между возрастом, продолжительностью заболевания, баллами депрессии и тревоги и 8-ю доменами анкеты LupusQoL с помощью коэффициента корреляции Спирмена r . Для оценки 2-х групп использовался статистический критерий Манна-Уитни. За критический уровень значимости принято значение $p < 0,05$. Для интерпретации силы корреляционной связи взята оценка: ± 1 –

полная (функциональная), от $\pm 0,7$ до $\pm 0,99$ – сильная корреляционная связь, от $\pm 0,3$ до $\pm 0,69$ – средняя корреляционная связь, от $\pm 0,01$ до $\pm 0,29$ – слабая корреляционная связь, 0 свидетельствует об отсутствии корреляционной связи. Статистический анализ проводился при помощи программы SPSS версия 20.0.

Результаты

Средний возраст пациентов составил 43 года (45, 18). Этнический состав: большинство пациентов составили казахи 36 (80%), значительно меньше было русских 7 (15,6%) и незначительное количество татар 2 (4,4%). Средняя продолжительность заболевания от начала постановки диагноза составила 11 лет (8, 10).

Из 45 пациентов 36 (80%) имели инвалидность, в том числе: 19 (42%) человек имели 3-ю степень инвалидности, 17 (38%) человек 2-ю и 9 (20%) человек не имели инвалидности, что свидетельствует о высокой инвалидизации пациентов данного заболевания.

27 (60%) пациентов не были трудоустроены, 18 (40%) пациентов имели место работы. Из 45 пациентов 23 (51,1%) пациента не состояли в браке, тогда как 22 (48,8%) пациента находились в браке или сожительствовали.

В ходе исследования 4 (8,9%) пациентов указали, что имели среднее образование, 27 (60%) – среднее специальное, 3 (3,7%) – незаконченное высшее и 11 (24,4%) – высшее.

Общий средний показатель КЖ у пациентов составил 50,21 (51,2; 35,45). Среднее значение доменов: "Физическое здоровье" составило 46,52 (43,75; 46,88), Боль – 47,59 (50, 50), "Планирование" – 49,81 (58,33; 58,33), "Интимные отношения" – 45,83 (50; 100), "Бремя, налагаемое на других" – 53,89 (58,33; 41,67), "Эмоциональное здоровье" – 56,11 (54,17; 33,33), "Образ тела" 54,54 (60; 50), "Утомляемость" – 44,86 (37,5; 43,75). Эти данные демонстрируют, что у пациентов г. Семей домены "Физическое здоровье", "Утомляемость" и "Боль" имели худшие показатели.

Среднее значение тревоги составило 8 баллов (8; 6,5), тогда как среднее значение депрессии было 7,3 баллов (7; 6,5). Исходя из

данных оценок, пациенты распределились по трем категориям депрессии и тревоги. У 24 (53,3%) пациентов уровень депрессии соответствовал норме, у 11 (24,4%) наблюдалась субклинически выраженная депрессия и у 10 (22,2%) отмечалась клинически выраженная депрессия.

В ходе исследования нами выявлено, что у 21 (46,7%) пациента уровень тревоги соответствовал норме, тогда как у 10 (22,2%) уровень соответствовал субклинически выраженной тревоге и у 14 (31,1%) клинически выраженной.

Согласно шкале HADS более чем у половины пациентов (53,3%) наблюдалась субклинически и клинически выраженная депрессия.

Также в ходе анализа были обнаружены статистически значимые различия в доменах "Физическое здоровье", "Интимное отношение", "Эмоциональное здоровье" между пациентами группы 1 и 2 (Таблица 1). Только в домене "Физическое здоровье" наблюдалось статистически значимое различие между трудоустроенными и нетрудоустроенными лицами (Таблица 1). В остальных доменах не наблюдалось наличие статистически значимых различий. Домен "Образ тела" у пациентов русской национальности был ниже, чем у группы пациентов казахской и татарской национальности ($p=0,038$). В других доменах не было обнаружено статистически значимых различий ("Физическое здоровье" $p=0,355$; "Боль" $p=0,479$; "Планирование" $p=0,157$; "Интимные отношения" $p=0,874$; "Бремя, налагаемое на других" $p=0,412$; "Эмоциональное Здоровье" $p=0,252$; "Утомляемость" $p=0,214$).

Статистически значимых различий в показателях КЖ у пациентов с различным уровнем образования не было обнаружено статистически значимых различий ("Физическое здоровье" $p=0,895$; "Боль" $p=0,937$; "Планирование" $p=0,614$; "Интимные отношения" $p=0,875$; "Бремя, налагаемое на других" $p=0,287$; "Эмоциональное Здоровье" $p=0,412$; "Образ тела" $p=0,643$; "Утомляемость" $p=0,466$).

Между доменами КЖ и возрастом не обнаружено корреляционной зависимости ("Физическое здоровье" $p=0,129$; "Боль"

р=0,252; "Планирование" р=0,229; "Интимные отношения" р=0,951; "Бремя, налагаемое на других" р=0,225; "Эмоциональное Здоровье" р=0,399; "Образ тела" р=0,063; "Утомляемость" р=0,971). Также домены КЖ не коррелировали и с продолжительностью

заболевания ("Физическое здоровье" р=0,636; "Боль" р=0,687; "Планирование" р=0,403; "Интимные отношения" р=0,726; "Бремя, налагаемое на других" р=0,087; "Эмоциональное Здоровье" р=0,844; "Образ тела" р=0,229; "Утомляемость" р=0,990).

Таблица 1.

Показатели КЖ (LupusQoL) в зависимости семейного положения и занятости.

Данные представлены: Mean (median, IQR).

Домены	N	Семейное положение			Занятость		
		Да	Нет	р	Да	Нет	р
Физическое здоровье	45	55,97 (54,69;42,18)	37,50 (31,25;25)	0,020	57,81 (56,25;50,00)	39,00 (37,50;25,00)	0,031
Боль	45	53,79 (58,33;54,16)	41,67 (41,67;33,33)	0,175	56,02 (62,50;60,41)	41,97 (50,00;41,66)	0,127
Планирование	45	55,68 (66,67;66,66)	44,20 (50;50)	0,205	56,02 (66,67;66,66)	45,68 (50;50)	0,235
Интимные отношения	27	59,17 (50;62,5)	29,17 (31,25;59,38)	0,029	46,15 (50,00;81,25)	45,54 (43,75;56,25)	1,00
Бремя, налагаемое на других	45	61,74 (75;58,34)	46,38 (41,67;41,67)	0,060	57,40 (54,17;50)	51,54 (58,33;41,67)	0,476
Эмоциональное здоровье	45	62,69 (64,59;26,04)	49,82 (45,83;33,34)	0,034	56,25 (58,33;21,88)	56,02 (45,83;37,50)	0,659
Образ тела	45	56,06 (62,5;53,64)	53,08 (55;50)	0,733	56,69 (66,88;57,08)	53,10 (55,00;45,00)	0,634
Утомляемость	45	45,74 (40,63;51,56)	44,02 (37,5;37,5)	0,820	40,28 (37,50;42,19)	47,92 (37,50;50)	0,457

КЖ и уровень депрессии и тревоги.

Все показатели КЖ, за исключением показателя "Интимные отношения", были ниже у группы пациентов с депрессией в сравнении с группой пациентов без депрессии. Пациенты с субклинически и клинически выраженным уровнем тревоги имели худшие показатели по всем доменам, в отличии пациентов, чьи баллы тревоги находились в пределах уровня

нормы (Таблица 3). У доменов "Физическое здоровье", "Боль", "Планирование", "Интимные отношения", "Эмоциональное здоровье", "Образ тела" и "Утомляемость" прослеживалась корреляционная связь средней силы с баллами депрессии, исключением стал домен "Бремя, налагаемое на других". Все показатели КЖ коррелировали с баллами тревоги, связь средней силы (Таблица 2).

Таблица 2.

Корреляционная связь между доменами КЖ (LupusQoL) и баллами депрессии и тревоги (HADS).

Домены	N	HADSD		HADSА	
		р Спирмена	р	р Спирмена	р
Физическое здоровье	45	-0,532	<0,001	-0,543	<0,001
Боль	45	-0,366	0,013	-0,499	<0,001
Планирование	45	-0,445	0,002	-0,516	<0,001
Интимные Отношения	27	-0,491	0,006	-0,521	0,005
Бремя, налагаемое на других	45	-0,244	0,106	-0,458	0,002
Эмоциональное Здоровье	45	-0,539	<0,001	-0,630	<0,001
Образ тела	45	-0,401	0,006	-0,505	<0,001
Утомляемость	45	-0,611	<0,001	-0,513	<0,001

Таблица 3.

Показатели КЖ (LupusQoL) в зависимости от депрессии и тревоги (HADS).**Данные представлены: Mean (median, IQR)**

Домены	N	Депрессия			Тревога		
		норма	отклонение	p	норма	отклонение	p
Физическое здоровье	45	57,42 (51,57;53,13)	34,08 (37,50;42,19)	0,010	57,89 (62,50;53,13)	36,59 (35,94;32,04)	0,014
Боль	45	55,90 (58,33;41,67)	38,10 (33,33;41,66)	0,043	57,14 (58,33;45,83)	39,24 (33,33;39,58)	0,049
Планирование	45	62,15 (66,67;33,33)	35,71 (33,33;54,17)	0,003	62,70 (66,67;33,33)	38,54 (33,33;56,26)	0,009
Интимные отношения	27	57,14 (62,50;71,88)	33,65 (37,50;50,00)	0,084	61,46 (62,50;59,38)	33,33 (37,50;50,00)	0,040
Бремя, налагаемое на других	45	61,80 (75,00;50,00)	44,84 (47,67;47,67)	0,045	65,08 (75,00;50,00)	44,10 (37,50;41,67)	0,011
Эмоциональное здоровье	45	64,41 (65,50;36,46)	42,63 (45,83;35,42)	0,016	67,86 (66,67;33,33)	45,83 (45,83;23,96)	0,001
Образ тела	45	63,02 (75,00;58,54)	44,84 (50,00;46,67)	0,030	68,09 (75,00;53,13)	42,67 (44,38;47,81)	0,005
Утомляемость	45	57,55 (53,13;48,44)	30,36 (31,25;28,13)	0,001	56,85 (56,25;53,13)	34,38 (34,38;32,81)	0,013

Обсуждение результатов.

В исследовании продемонстрировано КЖ, уровень депрессии и тревоги пациентов г. Семей. В ходе исследования было выявлено, что домены LupusQoL были подвержены влиянию СКВ в различной степени, наихудшие показатели имели домены "Утомляемость", "Физическое Здоровье" и "Боль". Согласно трем исследованиям, использовавшие анкету LupusQoL, домены "Утомляемость" и "Физическое Здоровье" у пациентов СКВ являлись наиболее худшими [6, 11, 16].

Нами не была обнаружена корреляционная зависимость между возрастом и показателями КЖ, как и в исследовании мексиканских ученых Garcia-Carrasco M. и др. [7]. В противовес нашим данным предыдущие исследования обнаружили связь между возрастом и КЖ пациентов с СКВ [3, 5, 6, 9, 11, 16, 27]. В исследовании ученых из Великобритании, McElhone K. и др., наблюдалась обратная корреляционная связь между возрастом и доменами "Физическое Здоровье", "Интимные Отношения" и прямая корреляционная зависимость с доменом "Эмоциональное Здоровье". Два исследования с использованием опросника LupusQoL также обнаружили обратную корреляционную зависимость возраста с доменами "Боль" и "Образ Тела" [6, 11].

Также в нашем исследовании длительность заболевания не коррелировала с доменами КЖ. Аналогичные результаты были продемонстрированы в ряде исследований [5, 6, 11, 27]. Однако, в исследовании Golder V. и др. была обнаружена обратная корреляционная связь между длительностью заболевания и КЖ пациентов. Возможно, расхождение в результатах является следствием того, что в последнем исследовании отбирались исключительно пациенты с состоянием низким уровнем активности заболевания (low disease activity state).

Нами было выявлено, что домены "Физическое Здоровье", "Интимные отношения" и "Эмоциональное здоровье" были лучше у пациентов группы 1. Партнеры пациентов с СКВ могут оказывать социальную поддержку, тем самым улучшая КЖ. Ng P. и Chan W. предполагают, что социальные взаимоотношения и поддержка пациентов с СКВ могут иметь положительный эффект на психоэмоциональное здоровье [19]. В исследовании Jolly M. и др. пациенты, состоявшие в отношениях имели лучшие показатели в доменах "Физическое здоровье" и "Планирование" [11], хотя другие исследования не показали статистически значимых различий в КЖ [6, 16]. В

исследовании Тамауо и др. также отмечают положительное влияние брака на физические и психологические аспекты КЖ, но они также допускают, что пациенты с низким КЖ возможно реже вступают в брак или в отношения. В тоже время стоит отметить, что не адекватная помощь, оказываемая окружением пациентов, может негативно сказываться на КЖ пациентов с СКВ [14].

Как и в исследовании Etchegaray-Morales I. и др., в нашем исследовании мы не обнаружили зависимости между занятостью, уровнем образования и КЖ. Однако, занятость и уровень образования можно отнести к косвенным показателям социально-экономического статуса. Ряд исследований сообщают о связи между социально-экономическим статусом и здоровьем населения [4, 13, 21, 23]. Социально-экономический статус может негативно влиять на кумуляцию повреждения органов и активность заболевания [8, 17], которые в свою очередь могут опосредовано ухудшить КЖ пациентов с СКВ.

В ходе исследования нами было выявлено, что большинство пациентов г. Семей, согласно опроснику HADS, имели признаки тревоги и депрессии. Shen B. и др. в своем исследовании оценили депрессию и тревогу, при помощи опросников SAS и SDS, у пациентов с СКВ и здоровой группы населения, где пациенты с СКВ имели худшие показатели [6, 24]. Tam L-S. и др. также сообщают о высокой распространённости депрессии и тревоги среди пациентов с СКВ [26].

Также нами обнаружено, что пациенты имевшие тревожно-депрессивные отклонения имели худшие показатели КЖ по сравнению с пациентами, чьи баллы депрессии и тревоги находился в пределах нормы. Результаты наших исследований в большей части совпадают с результатами предыдущего исследования [6, 26]. Так, в исследовании Tam L-S. и др. пациенты с баллами депрессии и тревоги выше нормы имели показатели КЖ ниже в отличие от группы пациентов, имевших баллы депрессии и тревоги на уровне нормы. Они отметили, что баллы депрессии коррелировали со всеми доменами SF-36, тогда как баллы тревоги коррелировали только с некоторыми.

Ограничением нашего исследования является отсутствие оценки активности СКВ и индекса повреждения органов у пациентов. Также ограничениями нашего исследования является малая выборка и проведение исследования только на территории города Семей.

Вывод.

Воздействие СКВ негативно сказывается на всех областях жизни пациентов. У нашей группы пациентов ухудшение КЖ коррелировали с высокими баллами депрессии и тревоги. Наличие брака положительно сказывалось на некоторых доменах КЖ.

КЖ является важной оценочной мерой субъективного восприятия пациентом собственного здоровья. При ведении пациентов с СКВ необходимо принимать во внимание не только клиничко-диагностические данные, но также КЖ и психоэмоциональное самочувствие. Психологическая помощь может иметь положительный эффект на КЖ пациентов, помогая преодолевать трудности психологического характера, возникшие в следствии СКВ.

Благодарности.

Авторы выражают благодарность Mary Gawlicki, Corporate Translations, Inc., и доктору Lee-Suan Teh за предоставление разрешения на использование опросника LupusQoL.

Вклад авторов.

Конабеков Б.Е. - сбор и обработка данных, поиск и анализ литературы, написание манускрипта.

Хамитов Е.А. – сбор данных и поиск литературы.

Хисметова З.А. - научное руководство исследования и корректировка выводов.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование.

Финансирование данного исследования не осуществлялось.

Литература:

1. Подчерняева Н.С. и др. Системная красная волчанка // Педиатрическая фармакология. 2006. Т. 6. С. 21–26.

2. Björk M. et al. Quality of life and acquired organ damage are intimately related to activity limitations in patients with systemic lupus erythematosus // BMC Musculoskelet. Disord.

2015. T. 16. № 1.

3. *Chaigne B. et al.* Impact of disease activity on health-related quality of life in systemic lupus erythematosus – a cross-sectional analysis of the Swiss Systemic Lupus Erythematosus Cohort Study (SSCS) // *BMC Immunol.* 2017. T. 18. № 1. C. 17.

4. *Demakakos P. et al.* Socioeconomic status and health: the role of subjective social status // *Soc. Sci. Med.* 2008. T. 67. № 2. C. 330–40.

5. *Doria A. et al.* Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants // *Rheumatology.* 2004. T. 43. № 12. C. 1580–1586.

6. *Etchegaray-Morales I. et al.* Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Mexican Lupus Patients Using the LupusQoL // *PLoS One.* 2017. T. 12. № 1. C. e0170209.

7. *García-Carrasco M. et al.* Health related quality of life in Mexican women with systemic lupus erythematosus: a descriptive study using SF-36 and LupusQoL(C) // *Lupus.* 2012. T. 21. № 11. C. 1219–24.

8. *George A. et al.* Influence of Education on Disease Activity and Damage in Systemic Lupus Erythematosus: Data From the 1000 Canadian Faces of Lupus // *Arthritis Care Res. (Hoboken).* 2017. T. 69. № 1. C. 124–132.

9. *Golder V. et al.* Association of the lupus low disease activity state (LLDAS) with health-related quality of life in a multinational prospective study. // *Arthritis Res. Ther.* 2017. T. 19. № 1. C. 62.

10. *Gordon C. et al.* British Society for Rheumatology guideline for the management of systemic lupus erythematosus in adults // *Rheumatol.* 2017. T. epub. № 6 October. C. 1–45, Suppl.

11. *Jolly M. et al.* LupusQoL-US benchmarks for US patients with systemic lupus erythematosus // *J. Rheumatol.* 2010. T. 37. № 9. C. 1828–1833.

12. *Karimi M., Brazier J.* Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? // *Pharmacoeconomics.* 2016. T. 34. № 7. C. 645–649.

13. *Lago S. et al.* Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review // *Z. Gesundh. Wiss.* 2018. T. 26. № 1. C. 1–14.

14. *Mazzoni D., Cicognani E., Prati G.* Health-related quality of life in systemic lupus

erythematosus: a longitudinal study on the impact of problematic support and self-efficacy // *Lupus.* 2017. T. 26. № 2. C. 125–131.

15. *McElhone K. et al.* Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the LupusQoL, for adults with systemic lupus erythematosus // *Arthritis Rheum.* 2007. T. 57. № 6. C. 972–9.

16. *McElhone K. et al.* The LupusQoL and associations with demographics and clinical measurements in patients with systemic lupus erythematosus // *J. Rheumatol.* 2010. T. 37. № 11. C. 2273–2279.

17. *Mendoza-Pinto C. et al.* Socioeconomic status and organ damage in Mexican systemic lupus erythematosus women // *Lupus.* 2015. T. 24. № 11. C. 1227–1232.

18. *Nasonov E. et al.* The prevalence and incidence of Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in selected cities from three Commonwealth of Independent States countries (the Russian Federation, Ukraine and Kazakhstan) // *Lupus.* 2014. T. 23. C. 213–219.

19. *Ng P., Chan W.* Group psychosocial program for enhancing psychological well-being of people with systemic lupus erythematosus // *J Soc Work Disabil Rehabil.* 2007. T. 6. № 3. C. 75–87.

20. *Ng X. et al.* Understanding systemic lupus erythematosus patients' desired outcomes and their perceptions of the risks and benefits of using corticosteroids // *Lupus.* 2017. T. 0. C. 1–9.

21. *Präg P., Mills M.C., Wittek R.* Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison // *Soc. Sci. Med.* 2016. T. 149. C. 84–92.

22. *Rees F. et al.* The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies // *Rheumatology.* 2017. C.1-17

23. *Semyonov M., Lewin-Epstein N., Maskilevson D.* Where wealth matters more for health: The wealth-health gradient in 16 countries // *Soc. Sci. Med.* 2013. T. 81. C. 10–17.

24. *Shen B. et al.* The correlations of disease activity, socioeconomic status, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with systemic lupus erythematosus // *Clin. Dev. Immunol.* 2013. T. 2013. C. 270878.

25. *Strand V. et al.* Improvements in health-related quality of life with belimumab, a B-lymphocyte stimulator-specific inhibitor, in

patients with autoantibody-positive systemic lupus erythematosus from the randomised controlled BLISS trials // *Ann Rheum Dis*. 2014. T. 73. C. 838–844.

26. Tam L.-S. et al. The relationship between neuropsychiatric, clinical, and laboratory variables and quality of life of Chinese patients with systemic lupus erythematosus // *J. Rheumatol*. 2008. T. 35. № 6. C. 1038–45.

27. Tamayo T. et al. Factors influencing the health related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: long-term results (2001–2005) of patients in the German Lupus Erythematosus Self-Help Organization (LULA Study) // *Lupus*. 2010. T. 19. № 14. C. 1606–1613.

28. Zeng F. et al. Relatives' quality of life and psychological disturbance: a new concern of SLE management // *Clin. Rheumatol*. 2017. C. 1–7.

29. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatr. Scand*. 1983. T. 67. № 6. C. 361–370.

References:

1. Podchernyaeva N.S. et al. Sistemnaya krasnaya volchanka [Systemic lupus erythematosus]. *Pediatricheskaya farmokologiya* [Pediatric pharmacology]. 2006. T. 6. pp. 21–26. [In Russian]

2. Björk M. et al. Quality of life and acquired organ damage are intimately related to activity limitations in patients with systemic lupus erythematosus. *BMC Musculoskelet. Disord*. 2015. T. 16. № 1.

3. Chaigne B. et al. Impact of disease activity on health-related quality of life in systemic lupus erythematosus – a cross-sectional analysis of the Swiss Systemic Lupus Erythematosus Cohort Study (SSCS). *BMC Immunol*. 2017. T. 18. № 1. S. 17.

4. Demakakos P. et al. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc. Sci. Med*. 2008. T. 67. № 2. S. 330–40.

5. Doria A. et al. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*. 2004. T. 43. № 12. S. 1580–1586.

6. Etchegaray-Morales I. et al. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Mexican Lupus Patients Using the LupusQoL. *PLoS One*. 2017. T. 12. № 1. S. e0170209.

7. García-Carrasco M. et al. Health related quality of life in Mexican women with systemic lupus erythematosus: a descriptive study using SF-36 and LupusQoL(C). *Lupus*. 2012. T. 21. № 11. S. 1219–24.

8. George A. и др. Influence of Education on Disease Activity and Damage in Systemic Lupus Erythematosus: Data From the 1000 Canadian Faces of Lupus. *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. 2017. T. 69. № 1. C. 124–132.

9. Golder V. et al. Association of the lupus low disease activity state (LLDAS) with health-related quality of life in a multinational prospective study. *Arthritis Res. Ther*. 2017. T. 19. № 1. S. 62.

10. Gordon C. et al. British Society for Rheumatology guideline for the management of systemic lupus erythematosus in adults. *Rheumatol*. 2017. T. epub. № 6 October. S. 1–45, Suppl.

11. Jolly M. et al. LupusQoL-US benchmarks for US patients with systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol*. 2010. T. 37. № 9. S. 1828–1833.

12. Karimi M., Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016. T. 34. № 7. S. 645–649.

13. Lago S. et al. Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review. *Z. Gesundh. Wiss*. 2018. T. 26. № 1. S. 1–14.

14. Mazzoni D., Cicognani E., Prati G. Health-related quality of life in systemic lupus erythematosus: a longitudinal study on the impact of problematic support and self-efficacy. *Lupus*. 2017. T. 26. № 2. S. 125–131.

15. McElhone K. et al. Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the LupusQoL, for adults with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2007. T. 57. № 6. S. 972–9.

16. McElhone K. et al. The LupusQoL and associations with demographics and clinical measurements in patients with systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol*. 2010. T. 37. № 11. S. 2273–2279.

17. Mendoza-Pinto C. et al. Socioeconomic status and organ damage in Mexican systemic lupus erythematosus women. *Lupus*. 2015. T. 24. № 11. S. 1227–1232.

18. Nasonov E. et al. The prevalence and incidence of Systemic Lupus Erythematosus

(SLE) in selected cities from three Commonwealth of Independent States countries (the Russian Federation, Ukraine and Kazakhstan). *Lupus*. 2014. T. 23. S. 213–219.

19. Ng P., Chan W. Group psychosocial program for enhancing psychological well-being of people with systemic lupus erythematosus. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2007. T. 6. № 3. S. 75–87.

20. Ng X. et al. Understanding systemic lupus erythematosus patients' desired outcomes and their perceptions of the risks and benefits of using corticosteroids. *Lupus*. 2017. T. 0. S. 1–9.

21. Präg P., Mills M.C., Wittek R. Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison // *Soc. Sci. Med*. 2016. T. 149. S. 84–92.

22. Rees F. et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology*. 2017. S.1-17

23. Semyonov M., Lewin-Epstein N., Maskileyson D. Where wealth matters more for health: The wealth-health gradient in 16 countries. *Soc. Sci. Med*. 2013. T. 81. S. 10–17.

24. Shen B. et al. The correlations of disease activity, socioeconomic status, quality of life, and

depression/anxiety in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. *Clin. Dev. Immunol*. 2013. T. 2013. S. 270878.

25. Strand V. et al. Improvements in health-related quality of life with belimumab, a B-lymphocyte stimulator-specific inhibitor, in patients with autoantibody-positive systemic lupus erythematosus from the randomised controlled BLISS trials. *Ann Rheum Dis*. 2014. T. 73. S. 838–844.

26. Tam L.-S. et al. The relationship between neuropsychiatric, clinical, and laboratory variables and quality of life of Chinese patients with systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol*. 2008. T. 35. № 6. S. 1038–45.

27. Tamayo T. et al. Factors influencing the health related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: long-term results (2001–2005) of patients in the German Lupus Erythematosus Self-Help Organization (LULA Study). *Lupus*. 2010. T. 19. № 14. S. 1606–1613.

28. Zeng F. et al. Relatives' quality of life and psychological disturbance: a new concern of SLE management. *Clin. Rheumatol*. 2017. S. 1–7.

29. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983. T. 67. № 6. S. 361–370.

Контактная информация:

Конабеков Бакытжан Ержанович – магистрант 2-го года обучения по специальности "Общественное здравоохранение" Государственного медицинского университета города Семей.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071400 г.Семей, 408 кв., д.20, кв. 59.

e-mail: konabekov92@gmail.com

Телефон: 8 747 805 75 26