

Влияние терапии на качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с системной красной волчанкой (по данным регистра РЕНЕССАНС)

Воробьева Л.Д.¹, Асеева Е.А.¹, Соловьев С.К.¹, Койлубаева Г. М.², Глухова С.И.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А Насоновой», Москва, Россия;
²Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызская Республика
¹115522, Москва, Каширское шоссе, 34А;
²720040, Кыргызстан, Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 3

¹V.A. Nasonova
Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia; ²Academician M. Mirrakhimov National Center for Cardiology and Therapy, Bishkek, Kyrgyz Republic
¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522; ²3, Togolok Moldo St., Bishkek 720040, Kyrgyzstan

Контакты:
Любовь Дмитриевна Воробьева;
evagolland@gmail.com

Contact:
Lyubov Vorobyeva;
evagolland@gmail.com

Поступила 27.05.19

Цель исследования — оценка изменения качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ), у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) на фоне проводимой терапии.

Материал и методы. В исследование включено 128 пациентов с достоверной СКВ, соответствующих критериям SLICC 2012 г. У 68 из них проводилась стандартная терапия, 60 получали генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Всем больным во время 1-го визита и через 12 мес проводилась оценка активности заболевания по индексу SLEDAI-2K и органичных повреждений при помощи индекса повреждения SLICC (ИП). КЖСЗ оценивалась с помощью опросника LupusQoL, который пациенты заполняли самостоятельно. **Результаты и обсуждение.** Во время 1-го визита в группе, получающей стандартную терапию, индекс активности составлял в среднем $8,0 \pm 7,3$, в группе ГИБП — $15,4 \pm 7,6$ ($p \leq 0,001$), ИП — $1,2 \pm 0,9$ и $1,8 \pm 1,8$ ($p = 0,008$) соответственно. КЖСЗ у пациентов, получающих ГИБП, было достоверно ниже по всем шкалам опросника, кроме шкалы, оценивающей зависимость от других людей, и шкалы «Эмоциональное здоровье». Через 12 мес, на момент 2-го визита, как в группе, получающей стандартную терапию, так и в группе ГИБП отмечается достоверное снижение активности. При оценке КЖСЗ в группе, находящейся на терапии ГИБП, через 12 мес отмечается достоверное улучшение по шкалам «Боль», «Планирование», «Интимные отношения», «Эмоциональное здоровье», «Образ тела» и «Усталость». В группе стандартной терапии статистически значимое улучшение наблюдалось по шкале «Зависимость от других людей». По всем остальным шкалам опросника также наблюдалась положительная динамика КЖСЗ, однако она не достигала статистической значимости.

Ключевые слова: системная красная волчанка; качество жизни, связанное со здоровьем; LupusQoL.

Для ссылки: Воробьева ЛД, Асеева ЕА, Соловьев СК и др. Влияние терапии на качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с системной красной волчанкой (по данным регистра РЕНЕССАНС). Научно-практическая ревматология. 2019;55(4):421-425.

IMPACT OF THERAPY ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (ACCORDING TO THE RENAISSANCE REGISTER) Vorobyeva L.D.¹, Aseeva E.A.¹, Solovjev S.K.¹, Koilubaeva G.M.², Glukhova S.I.¹

Objective: to assess changes in health-related quality of life (HRQoL) in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) during performed therapy.

Subjects and methods. The investigation included 128 patients with reliable SLE who fulfilled the 2012 SLICC criteria. Sixty-eight patients received standard therapy; 60 used biological agents (BA). During the first visit and at 12 months, all the patients were assessed for disease activity using by SLEDAI-2K and for organ damage employing the SLICC damage index (DI). HRQoL was assessed by the LupusQoL questionnaire that was filled out by the patients independently.

Results and discussion. At Visit 1, the disease activity index averaged 8.0 ± 7.3 in the standard therapy group and 15.4 ± 7.6 in the BA group ($p \leq 0.001$); DI was 1.2 ± 0.9 and 1.8 ± 1.8 , respectively ($p = 0.008$). BA-treated patients had significantly lower HRQoL scores on all questionnaire scales, except «dependence on others» and «emotional health» ones. Both the standard therapy and BA groups showed significantly lower disease activity during Visit 2 at 12 months. HRQoL assessment revealed significant improvements in the scales «pain», «planning», «intimate relationships», «emotional health», «body image», and «fatigue» in the BA group. The standard therapy group had a statistically significant improvement in the scale «dependence on others». All the other scales of the questionnaire displayed a positive change in HRQoL; however, it did not reach statistical significance.

Keywords: systemic lupus erythematosus; health-related quality of life; LupusQoL.

For reference: Vorobyeva LD, Aseeva EA, Solovjev SK, et al. Impact of therapy on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus (according to the RENAISSANCE register). Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2019;57(4):421-425 (In Russ.).

doi: 10.14412/1995-4484-2019-421-425

В последние годы изучение качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ), становится предметом клинического интереса и научных исследований, поскольку улучшение данного показателя у пациента является одной из важных задач лечения. Согласно одному из основополагающих принципов концепции «Лечение до достижения цели», терапия системной красной волчанки (СКВ) должна быть направлена на улучшение КЖСЗ у данной ка-

тегории пациентов [1]. Несмотря на доказанную эффективность стандартных методов терапии, глюкокортикоиды (ГК) и цитостатики негативно влияют на костно-мышечную систему, гомеостаз, сердечно-сосудистую систему, увеличивают риск возникновения тяжелых инфекций, а также обладают онко- и тератогенностью [2, 3]. С целью минимизации необратимых органичных повреждений, применения более низких доз ГК, поддержания стабильного

течения заболевания и достижения ремиссии были разработаны и внедрены в клиническую практику два генно-инженерных биологических препарата (ГИБП): ритуксимаб (РТМ) и белимумаб (БЛМ) [4–10]. В настоящее время получены первые данные о существенном улучшении КЖСЗ у пациентов с СКВ, получающих ГИБП [11, 12]. Изменения показателей КЖСЗ у больных СКВ могут опережать динамику клинических и лабораторных признаков активности, в связи с чем КЖСЗ может быть дополнительным критерием оценки эффективности лечения как на ранних сроках болезни, так и при развитии обострения [13, 14].

Целью данного исследования является оценка изменения КЖСЗ у пациентов с СКВ на фоне проводимой терапии.

Материал и методы

В исследование включены 128 больных СКВ, соответствующих критериям SLICC 2012 г., в возрасте 18 лет и старше, последовательно госпитализированных в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, подписавших информированное согласие на включение в исследование. Всем поступившим в клинику пациентам исходно и после 12 мес наблюдения проводили стандартное обследование, включавшее: общий и биохимический анализ крови; анализы мочи; иммунологическое обследование с определением антинуклеарного фактора (АНФ) и антител к ДНК (а-ДНК), оценивалась текущая активность заболевания по индексу SLEDAI-2K. Оценка необратимых повреждений различных органов проводилась при помощи индекса повреждения SLICC (ИП), КЖСЗ – с помощью опросника LupusQoL, который содержит 34 вопроса, объединенных в шкалы: «Физическое здоровье», «Эмоциональное здоровье», «Образ тела», «Боль», «Планирование», «Усталость», «Интимные отношения», «Зависимость от других людей». Ответы на вопросы смоделированы по пятибалльной шкале Лайкерта (0 – постоянно, 1 – почти всегда, 2 – достаточно часто, 3 – изредка, 4 – никогда). Всем пациентам в зависимости от активности заболевания, клинической и иммунологической картины назначалась стандартная терапия (ГК, гидроксихлорохин, цитостатики), без ГИБП или в сочетании с ГИБП (РТМ или БЛМ).

Статистическая обработка. Данные интегрировались в электронную базу SILVER BLIPS. Статистическая обработка проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., США).

Распределение показателей оценивалось по величине коэффициентов асимметрии и эксцесса и критерия Колмогорова – Смирнова. При нормальном распределении определялось среднее (M) и стандартное отклонение (σ). При распределении, отличном от нормального, медиана (Me) с интерквартильным размахом [25-й; 75-й перцентили]. Для параметров распределения, которое отличалось от нормального, при сравнении двух групп использовался критерий Манна–Уитни. Корреляционный анализ проводился по методу Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Среди включенных 128 пациентов (табл. 1) большинство были женщины (92,2%), средний возраст составлял $33,2 \pm 11,4$ года, длительность забо-

левания – $100,5 \pm 84,3$ мес, SLEDAI-2K – $11,2 \pm 8,5$. У 42,1% больных наблюдалась низкая, у 27,3% – умеренная, у 21,7% – высокая активность заболевания. У 59,4% пациентов имелись различные необратимые органические повреждения.

В зависимости от терапии, которая была назначена во время первой госпитализации, выделены две группы: 68 (63,1%) пациентов получали стандартную терапию без ГИБП и 60 (46,9%) – в сочетании с ГИБП. Все 128 больных принимали ГК *per os* (средняя доза составила $16,8 \pm 10,9$ мг/сут), гидроксихлорохин получали 58,5%, микофенолата мофетил – 19,5%, циклофосфан – 21,2%, азатиоприн – 10,9% (табл. 2). В группе ГИБП активность СКВ и число необратимых органических повреждений исходно были выше, чем в группе стандартной терапии. SLEDAI-2K – $15,4 \pm 7,6$ и $8,0 \pm 7,3$; $p < 0,001$ (рис. 1), ИП – $1,8 \pm 1,8$ и $1,2 \pm 0,9$; $p = 0,008$ соответственно. Поражение почек, центральной нервной системы, а также кожных покровов и слизистых оболочек в группе ГИБП встречалось чаще, чем в группе стандартной терапии (соответственно 56,6 и 42,4%, $p = 0,544$; 26,6 и 4,4%, $p = 0,005$; 60 и 39,3%, $p = 0,0097$; рис. 2)

Показатели иммунологической активности в группе, получающей ГИБП, были выше, чем в группе стандартной терапии. Так, уровень а-ДНК составлял в среднем $152,6 \pm 7,9$ и $103,9 \pm 94,8$ МЕ/мл ($p = 0,003$), С3 – $0,7 \pm 0,3$ и $0,89 \pm 0,3$ г/л ($p = 0,007$), С4 – $0,13 \pm 0,12$ и $0,16 \pm 0,14$ г/л соответственно ($p < 0,001$). КЖСЗ в группе ГИБП было значимо ниже по всем шкалам опросника LupusQoL, кроме шкалы, оценивающей зависимость от других людей, и шкалы «Эмоциональное здоровье» (табл. 3).

Через 12 мес, на момент 2-го визита, в обеих группах отмечается достоверное снижение клинической и иммунологической активности заболевания. Так, в группе с ГИБП индекс активности SLEDAI-2K снизился с $14,8 \pm 8,4$ до $7,8 \pm 7,1$ ($p = 0,0001$), при этом у 40% пациентов зафиксирована низкая активность заболевания. Достоверно снизился уровень а-ДНК до $91,5 \pm 81$ МЕ/мл ($p = 0,0005$), повысилось

Таблица 1 Характеристика пациентов, включенных в исследование (n=128)

Параметр	Показатели
Мужчины/женщины, n (%)	10 (7,8) / 118 (92,1)
Возраст, годы, M±SD	33,02±11,04
Длительность заболевания, мес, M±SD	100±84,3
SLEDAI-2K, M±SD	11,2±8,5
ИП SLICC, M±SD	1,3±1,6 [0; 2]
ИП SLICC ≥1, n (%)	76 (59,4)
ИП SLICC <1, n (%)	52 (40,6)

Таблица 2 Терапия на момент 1-го визита

Терапия	Группа стандартной терапии (n=68)			ГИБП (n=60)		
	n	%	средние дозы	n	%	средние дозы
ГК внутрь	68	100	16,2±10,8 мг/сут	60	100	18,4±11,2 мг/сут
Пульс-терапия ГК	32	47	606±336,3 мг	56	84,8	1202±1687 мг
Циклофосфан	12	17	167,7±411 мг	16	24,2	246,6±550 мг
Микофенолата мофетил	13	19,1	–	13	19,6	–
Метотрексат	2	2,9	–	–	–	–
Азатиоприн	11	16,1	–	3	4,5	–
Гидроксихлорохин	51	75	–	24	36,3	–

содержание компонентов комплемента: С3 – до $0,89 \pm 0,2$ г/л ($p=0,003$), С4 – до $0,17 \pm 0,09$ г/л ($p=0,01$). Уменьшилась частота поражения кожных покровов и слизистых оболочек и поражения почек – с 56,6 до 33,3% ($p=0,005$), а также поражения суставов – с 46,6 до 23,3% ($p=0,003$; табл. 4).

В группе стандартной терапии также достоверно снизился индекс активности заболевания с $8,1 \pm 7,3$ до $6,1 \pm 6,8$ ($p=0,02$), увеличилась частота выявления низкой активности с 35,2 до 45,1% ($p=0,115$) и значительно уменьшилось число больных с высокой активностью заболевания – с 26,4 до 13,2% ($p=0,02$). Динамика показателей иммунологической активности имела тенденцию к улучшению, но ее изменение не было статистически значимым. Также несколько уменьшилась частота поражения суставов, кожи и слизистых оболочек. Отмечено незначимое увеличение частоты поражения почек с 35,7 до 41,1% ($p=0,25$; табл. 5). ИП SLICC в группе ГИБП возрос с $1,8 \pm 1,8$ до $2,1 \pm 2,1$, а в группе стандартной терапии – с $0,9 \pm 1,2$ до $1,5 \pm 1,2$.

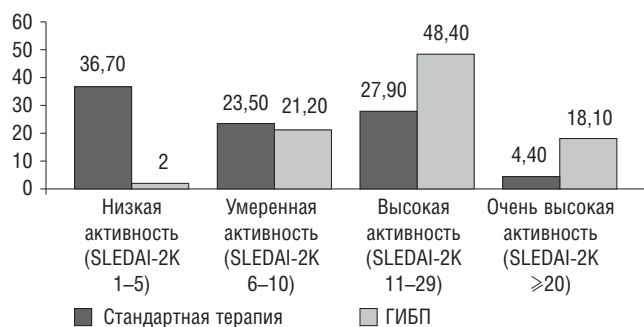


Рис. 1. Активность СКВ по SLEDAI-2K на момент 1-го визита, %

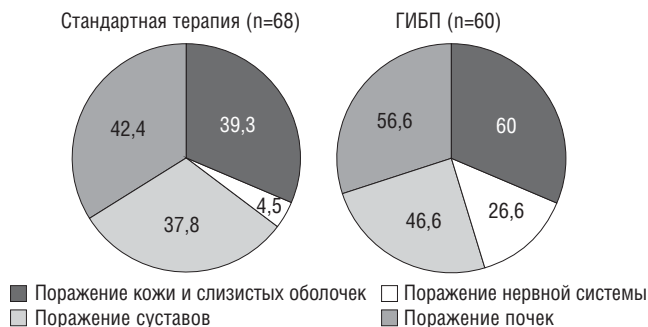


Рис. 2. Сравнительная клиническая характеристика пациентов в группах стандартной терапии и ГИБП. Суммы процентных значений на диаграммах превышают 100%, так как у одного пациента могут быть затронуты одновременно несколько органов и систем, %

Таблица 3 КЖСЗ у пациентов с СКВ на момент 1-го визита, $M \pm SD$

Шкала	ГИБП (n=60)	Стандартная терапия (n=68)	p
Физическое здоровье	$57,5 \pm 26,6$	$68 \pm 21,4$	0,02
Боль	$60,2 \pm 27,6$	$72,3 \pm 22,4$	0,01
Планирование	$52,7 \pm 30,3$	$66,5 \pm 26,9$	0,007
Интимные отношения	$54,6 \pm 38,5$	$75,3 \pm 29,5$	0,009
Зависимость от других людей	$49,7 \pm 28,3$	$55 \pm 27,6$	0,3
Эмоциональное здоровье	$59,4 \pm 22$	$65,4 \pm 22,5$	0,09
Образ тела	$53,3 \pm 30,9$	$65 \pm 26,1$	0,04
Усталость	$54,7 \pm 25,7$	$63,1 \pm 23,9$	0,04

На фоне лечения ГИБП отмечается значимое улучшение КЖСЗ (табл. 6) по шкалам: «Боль» ($p=0,002$), «Планирование» ($p=0,002$), «Интимные отношения» ($p=0,01$), «Эмоциональное здоровье» ($p=0,01$), «Образ тела» ($p=0,003$), «Усталость» ($p=0,002$). В группе стандартной терапии статистически значимое улучшение наблюдалось по шкале «Зависимость от других людей» ($p=0,02$), по всем остальным шкалам опросника LupusQoL также отмечалась положительная динамика, однако она не достигала статистической значимости (табл. 7).

Через 12 мес в группе ГИБП по шкалам «Физическое здоровье» и «Зависимость от других людей» показатели были ниже, чем в группе стандартной терапии: $61,3 \pm 27,4$ и $71,6 \pm 19,1$ ($p=0,04$), $51,1 \pm 31,1$ и $62,8 \pm 27,3$ ($p=0,03$) соответственно. Однако стоит отметить тенденцию к уравниванию этих параметров.

Обсуждение

В настоящем исследовании при оценке эффективности терапии у пациентов с СКВ наряду с изменением активности болезни и числа органических повреждений учитывалась и динамика КЖСЗ. В доступной литературе исследований, посвященных использованию КЖСЗ для оценки эффективности терапии, немного, а результаты определения чувствительности различных опросников противоречивы [15–21]. В нашей работе продемонстрирована четкая взаимосвязь между терапией ГИБП и значительным улучшением КЖСЗ практически по всем шкалам, кроме шкал «Физическое здоровье» и «Образ тела». В то же время J.T. Merrill и соавт. [22] при сравнении эффективности РТМ и плацебо у больных СКВ наблюдали сопоставимые показатели КЖСЗ в обеих группах ($p=0,1277$), как в начале исследования, так и через 52 нед. При исследовании эффективности другого ГИБП – БЛМ – V. Strand и соавт. [23] показали, что к 24-й неделе лечения существенно улучшились показатели, отражающие физическое здоровье пациентов, а к 52-й неделе отмечено значимое улучшение физического и эмоционального здоровья по сравнению с плацебо ($p<0,05$). Различия ГИБП по влиянию на КЖСЗ наблюдали I. Parodis и соавт. [24]. У пациентов, получавших БЛМ, через 3 мес зафиксировано значительное повышение КЖСЗ по шкале «Боль» ($p=0,012$), которое сохранялось до 6-го месяца терапии ($p=0,032$); через 24 мес достигнуто улучшение КЖСЗ по шкалам «Общее состояние здоровья» ($p=0,0002$) и «Жизнеспособность» ($p=0,01$). Через 12 мес наблюдалась положительная динамика по шкале «Физический компонент здоровья» ($p=0,023$) и по шкале «Ментальный компонент здоровья» ($p=0,048$). У пациентов, получавших РТМ, через 3 мес отмечено значительное улучшение по шкале «Ментальный компонент здоровья» ($p=0,031$), которое сохранялось на 6-м месяце терапии ($p=0,007$). При этом на фоне лечения РТМ лучшая динамика наблюдалась по шкалам, характеризующим психический, а при использовании БЛМ – физический компонент здоровья, что может быть связано с различным течением заболевания. Так, у пациентов, которые получали БЛМ, чаще наблюдалось поражение суставов (41,2%), по сравнению с группой РТМ (17,1%), в связи с чем на фоне проводимой терапии отмечалось уменьшение суставных изменений и, соответственно, улучшалось физическое здоровье. В группе РТМ чаще встречался активный люпус-нефрит (57,1%) и психический компонент здоровья исходно был хуже, чем в группе БЛМ. В нашем исследовании в группе ГИБП наблюдались изначально высокая активность заболевания, высокая частота поражения кожных покровов и слизистых оболочек, люпус-

Таблица 4 Динамика проявлений СКВ в группе пациентов, получающих ГИБП (n=60)

Параметр	Исходно	Через 12 мес	p
SLEDAI-2K, M±SD	14,8±8,4	7,8±7,1	0,0001
SLEDAI-2K 0, n (%)	5 (8,3)	5 (8,3)	0,5
SLEDAI-2K 1–5, n (%)	3 (5)	24 (40)	<0,0001
SLEDAI-2K 6–10, n (%)	11 (18,3)	16 (26,6)	0,138
SLEDAI-2K 11–19, n (%)	29 (48,3)	10 (16,6)	0,0001
SLEDAI-2K ≥20, n (%)	12 (20)	5 (8,3)	0,033
ИП SLICC, M±SD	1,8±1,8	2,1±2,1	0,1
<i>Иммунологическая характеристика</i>			
а-ДНК, МЕ/мл, M±SD	152,6±7,9	91,5±81	0,0005
С3, г/л, M±SD	0,7±0,3	0,89±0,2	0,003
С4, г/л, M±SD	0,13±0,12	0,17±0,09	0,01
Снижение и С3, и С4, n (%)	24 (40)	9 (15)	0,001
<i>Клиническая картина</i>			
Поражение кожи и слизистых оболочек, n (%)	34 (56,6)	20 (33,3)	0,005
Поражение ЦНС, n (%)	16 (26,6)	9 (15)	0,05
Поражение суставов, n (%)	28 (46,6)	14 (23,3)	0,003
Поражение почек, n (%)	34 (56,6)	20 (33,3)	0,005

нефрита, поражения нервной системы, общее состояние больных было гораздо тяжелее, чем у тех, кому назначалась стандартная терапия. Однако КЖСЗ улучшилось практически по всем шкалам опросника. Возможно, это связано с тем, что мы использовали специфический опросник LupusQoL, который является более чувствительным к изменениям КЖСЗ у пациентов с СКВ, в отличие от представленных выше исследований, где для оценки КЖСЗ использовался только общий опросник. У наших пациентов на фоне стандартной терапии, хотя и прослеживается положительная динамика показателей КЖСЗ, значимое улучшение отмечалось только по шкале «Зависимость от других людей». В исследовании С. Elera-Fitzcarrald и соавт. [25] одним из факторов, снижающих КЖСЗ, являлась иммуносупрессивная терапия, которая отрицательно влияла на шкалы: «Физическое здоровье», «Боль», «Планирование», «Образ тела», «Зависимость от других людей», «Эмоциональное здоровье». При этом сами авторы считают, что влияние данной терапии на КЖСЗ нельзя однозначно расценивать как негативное. Ее эффект определяется, с одной стороны, воздействием на активность заболевания, а с другой – риском неблагоприятных реакций (инфекция, злокачественные новообразования и т. д.). Оценка влияния стандартной иммуносупрессивной терапии на КЖСЗ боль-

Таблица 6 Динамика показателей у пациентов, получающих ГИБП, M±SD

Шкала	Исходно	Через 12 мес	p
Физическое здоровье	57,5±26,6	61,3±27,4	0,3
Боль	60,2±27,6	70,2±27,1	0,002
Планирование	52,7±30,3	62±31	0,002
Интимные отношения	54,6±38,5	68,9±32,7	0,01
Зависимость от других людей	49,7±28,3	51,1±31,1	0,5
Эмоциональное здоровье	59,4±22	66,4±19,7	0,01
Образ тела	53,3±30,9	66,6±24,5	0,003
Усталость	54,7±25,7	64,4±24	0,002

Таблица 5 Динамика проявлений СКВ на фоне стандартной терапии (n=68)

Параметр	Исходно	Через 12 мес	p
SLEDAI-2K, M±SD	8,1±7,3	6,1±6,8	0,02
SLEDAI-2K 0, n (%)	7 (10,2)	6 (8,8)	0,39
SLEDAI-2K 1–5, n (%)	24 (35,2)	31 (45,1)	0,115
SLEDAI-2K 6–10, n (%)	16 (23,5)	19 (27,9)	0,27
SLEDAI-2K 11–19, n (%)	18 (26,4)	9 (13,2)	0,02
SLEDAI-2K ≥20, n (%)	3 (4,4)	3 (4,4)	0,5
ИП SLICC, M±SD	0,9±1,2	1,5±1,2	0,0001
<i>Иммунологическая характеристика</i>			
а-ДНК, МЕ/мл, M±SD	103,9±94,8	93,9±70,7	0,2
С3, г/л, M±SD	0,89±0,3	0,9±0,2	0,3
С4, г/л, M±SD	0,16±0,14	0,2±0,1	0,002
Снижение и С3, и С4, n (%)	17 (25)	12 (17,6)	0,14
<i>Клиническая картина</i>			
Поражение кожи и слизистых оболочек, n (%)	26 (38,2)	20 (29,1)	0,13
Поражение ЦНС, n (%)	3 (4,4)	4 (5,8)	0,35
Поражение суставов, n (%)	26 (38,2)	18 (26,4)	0,07
Поражение почек, n (%)	25 (35,7)	28 (41,1)	0,25

ных СКВ проводилась также К. Tse и соавт. [26], которые сообщают, что у пациентов, принимающих микофенолата мофетил, КЖСЗ, которое оценивалось по опроснику SF-36, было значительно выше, чем при использовании циклофосфана. В ряде других исследований получены противоречивые данные о влиянии циклофосфана на КЖСЗ у пациентов с СКВ; авторы отмечают как отсутствие какого-либо влияния терапии на исследуемые показатели, так и их разнонаправленную динамику [27–30].

Заключение

Таким образом, полученные в нашем исследовании данные позволяют сделать вывод о том, что опросник LupusQoL является весьма чувствительным к изменениям состояния пациента с СКВ, что позволяет использовать его для оценки эффективности проводимой терапии наравне с индексами активности и ИП. А исследование КЖСЗ в сочетании с определением активности заболевания и необратимых повреждений позволяет более полно оценить состояние здоровья больных СКВ, провести мониторинг и своевременно выявить потребность в коррекции терапии, а также увеличить достоверность сравнения эффективности различных схем терапии СКВ.

Таблица 7 Динамика показателей у пациентов, получающих стандартную терапию, M±SD

Шкала	Исходно	Через 12 мес	p
Физическое здоровье	68±21,4	71,6±19,1	0,2
Боль	72,3±22,4	76,5±21,1	0,2
Планирование	66,5±26,9	72±22,3	0,09
Интимные отношения	75,3±29,5	76,5±26	0,3
Зависимость от других людей	55±27,6	62,8±27,3	0,02
Эмоциональное здоровье	65,4±22,5	69,1±20,4	0,4
Образ тела	65±26,1	73,7±20,6	0,06
Усталость	63,1±23,9	67,2±22	0,2

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Представленная работа не была ранее опубликована в других изданиях

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

ЛИТЕРАТУРА

- Соловьев СК, Асеева ЕА, Попкова ТВ и др. Стратегия лечения системной красной волчанки «до достижения цели» (Treat-to-Target SLE). Рекомендации международной рабочей группы и комментарии российских экспертов. Научно-практическая ревматология. 2015;53(1):9-16 [Soloviev SK, Aseeva EA, Popkova TV, et al. Treat-to-target SLE recommendations from the International Task Force and Russian experts' commentaries. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2015;53(1):9-16 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-9-16
- Fernandez-Nebro A, de la Fuente J, Carreno L, et al. Multicenter longitudinal study of B-lymphocyte depletion in refractory systemic lupus erythematosus: the LESIMA B study. *Lupus*. 2012;21(10):1063-76. doi: 10.1177/0961203312446627
- Gamble R, Dellavalle R. A randomized controlled trial of belimumab for the treatment of active systemic lupus erythematosus. *Arch Dermatol*. 2012;148(3):376-8. doi: 10.1001/archdermatol.2011.1266
- Calvo-Alen J, Silva-Fernandez L, Ucar-Angulo E, et al. SER consensus statement on the use of biologic therapy for systemic lupus erythematosus. *Reumatol Clin*. 2013;9(5):281-96. doi: 10.1016/j.reuma.2013.04.001
- Dooley MA, Houssiau F, Aranow C, et al. Effect of belimumab treatment on renal outcomes: Results from phase 3 belimumab clinical trials in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2011;63(10 suppl. 1). doi: 10.1177/0961203312465781
- Van Vollenhoven RF, Mosca M, Bertsias G, et al. Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: recommendations from an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jun;73(6):958-67. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-205139
- Garcia Popa-Lisseanu MG, Greisinger A, Richardson M, et al. Determinants of treatment adherence in ethnically diverse, economically disadvantaged patients with rheumatic disease. *J Rheumatol*. 2005;32(5):913-9.
- Chambers SA, Raine R, Rahman A, Isenberg D. Why do patients with systemic lupus erythematosus take or fail to take their prescribed medications? A qualitative study in a UK cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48(3):266-71. doi: 10.1093/rheumatology/ken479
- Kumar K, Gordon C, Barry R, et al. 'It's like taking poison to kill poison but I have to get better': a qualitative study of beliefs about medicines in Rheumatoid arthritis and Systemic lupus erythematosus patients of South Asian origin. *Lupus*. 2011;20(8):837-44. doi: 10.1177/0961203311398512
- Меснянкина АА, Соловьев СК, Асеева ЕА, Насонов ЕЛ. Эффективность генно-инженерной биологической терапии и особенности гуморального иммунитета у больных системной красной волчанкой. Научно-практическая ревматология. 2018;56(3):302-9 [Mesnyankina AA, Solovuyev SK, Aseeva EA, Nasonov EL. The efficiency of biological therapy and the features of humoral immunity in patients with systemic lupus erythematosus. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(3):302-9 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-302-309
- Furie R, Petri MA, Strand V, et al. Clinical, laboratory and health related quality of life correlates of Systemic Lupus Erythematosus Responder Index response: A post hoc analysis of the phase 3 belimumab trials. *Lupus Sci Med*. 2014;1:e000031. doi: 10.1136/lupus-2014-000031
- Annapureddy N, Devilliers H, Jolly M. Patient-reported outcomes in lupus clinical trials with biologics. *Lupus*. 2016;25:1111-21. doi: 10.1177/0961203316652494
- Новик АА, Ионова ТИ, Кайнд П. В кн.: Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт-Петербург: Элби; 1999. 140 с. [Novik AA, Ionova TI, Kaind P. In: *Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine* [The concept of the study of quality of life in medicine]. St. Petersburg: Elbi; 1999. 140 p. (In Russ.)].
- McElhone K, Abbott J, Teh L-S. A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2006;15(10). doi: 10.1177/0961203306071710
- Furie R, Cash J, Cronin M, et al. Treatment of systemic lupus erythematosus with LJP 394. *J Rheumatol*. 2001;28:257-65.
- Polderman M, Huizinga T, Le-Cessie S, Pavel S. UVA-1 cold light treatment of SLE: a double blind placebo controlled crossover trial. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:112-5. doi: 10.1136/ard.60.2.112
- Dobkin PL, DaCosta D, Joseph L, et al. Counterbalancing patient demands with evidence: results from a pan-Canadian randomised clinical trial of brief supportive-expressive group psychotherapy for women with systemic lupus erythematosus. *Ann Behav Med*. 2002;24:88-99. doi: 10.1207/S15324796ABM2402_05
- Strand V, Aranow C, Cardiel M, et al. Improvement of health-related quality of life in SLE patients enrolled in a randomised clinical trial comparing LJP 394 treatment with placebo. *Lupus*. 2003;12:677-86. doi: 10.1191/0961203303lu440oa
- Karlson E, Liang M, Eaton H, et al. A randomised clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2004;50:1832-41. doi: 10.1002/art.20279
- Nordmark G, Bengtsson C, Larsson A, et al. Effects of dehydroepiandrosterone supplement on health related quality of life in glucocorticoid treated female patients with systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity*. 2005;38:531-40. doi: 10.1080/08916930500285550
- Schiffenbauer J, Simon LS. Randomised controlled trials in systemic lupus erythematosus: what has been done and what do we need to do? *Lupus*. 2004;13:398-405. doi: 10.1191/0961203303lu1033oa
- Merrill JT, Neuwelt CM, Wallace DJ, et al. Efficacy and Safety of Rituximab in Moderately-to-Severely Active Systemic Lupus Erythematosus: The Randomized, Double-Blind, Phase II/III Systemic Lupus Erythematosus Evaluation of Rituximab Trial. *Arthritis Rheum*. 2010 Jan;62(1):222-33. doi: 10.1002/art.27233
- Strand V, Levy RA, Cervera R, 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 randomized controlled BLISS trials. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:838-44. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202865
- Parodis I, Lopez Benavides AH, Zickert A, et al. The impact of belimumab and rituximab on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res*. 2019 Jun;71(6):811-21. doi: 10.1002/acr.23718
- Elera-Fitzcarrald C, Magaly A, Gamboa-Cardenas R, et al. Factors associated with HRQoL in Peruvian patients with SLE. *Lupus*. 2018;0:1-7. doi: 10.1177/0961203317751062
- Tse K, Tang C, Lio W, et al. Quality of life comparison between corticosteroid and mycophenolate mofetil and corticosteroid and oral cyclophosphamide in the treatment of severe lupus nephritis. *Lupus*. 2006;5:371-9. doi: 10.1191/0961203306lu2307xx
- Grootscholten C, Ligtenberg G, Derksen R. Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: Development and validation of a lupus specific symptom checklist. *Qual Life Res*. 2003;12:635-44. doi: 10.1023/A:1025176407776
- Dussan K, Magder L, Brodsky R. High dose cyclophosphamide performs better than monthly dose cyclophosphamide in quality of life measures. *Lupus*. 2008;17:1079-85. doi: 10.1177/0961203308093828
- Thumboo J, Fong K, Chan S, et al. A prospective study of factors affecting quality of life in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2000;27:1414-20.
- Rood M, Borggreve S, Huizinga T. Sensitivity to change of the MOS SF-36 quality of life assessment questionnaire in patients with systemic lupus erythematosus taking immunosuppressive therapy. *J Rheumatol*. 2000;27:2057-8.