

Функциональный статус и качество жизни взрослых больных ювенильным артритом при длительном течении заболевания

С.О. Салугина

НИИ ревматологии РАМН, Москва

Цель — оценить функциональный статус и качество жизни взрослых пациентов, длительно страдающих ювенильным артритом (ЮА). **Материал и методы.** В исследование были включены 213 взрослых больных ЮА, большинство из которых (84,5%) находились на стационарном лечении в детском отделении НИИ ревматологии РАМН с 1968 по 2008 г. или обратились впервые. 97 из 213 были консультированы и обследованы амбулаторно или в стационаре НИИ ревматологии РАМН. Среди включенных в исследование преобладали лица женского пола (72,8%), средний возраст больных составил $23,9 \pm 6,5$ года (от 18 до 60 лет), длительность болезни — $17,4 \pm 6,8$ года (от 10 до 53 лет). Функциональная способность пациентов определялась по классификации O. Steinbrocker (функциональный класс — ФК) и опроснику HAQ. Пациентам были предложены (путем рассылки, телефонного или очного опроса) для заполнения анкеты, содержащие вопросы о функциональном и социальном статусе.

Результаты исследования. Треть пациентов не имели функциональных ограничений (ФК 1), у 36% они были минимальными (ФК 2), 29% нуждались в помощи при самообслуживании, а 6,2% являлись тяжелыми инвалидами. По данным анкетирования, среднее значение индекса HAQ составило 0,8 балла. У половины респондентов не отмечалось функциональных ограничений (HAQ=0). HAQ, равный 0,1–1,0, имели 33,5% опрошенных. Самые серьезные затруднения при самообслуживании (HAQ=2,1–3,0) испытывали 6,6% больных. Значения HAQ коррелировали с возрастом больных и длительностью заболевания ($p < 0,001$). 43,3% опрошенных оценили состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее, 39,8% — как удовлетворительное и только 16,9% — как плохое. Отмечалась корреляция между состоянием здоровья и значениями HAQ ($R=0,6$, $p < 0,001$), возрастом больных ($R=0,3$, $p < 0,001$), длительностью ЮА ($R=0,3$, $p < 0,001$). Большинство пациентов (78,9%) на момент исследования учились или работали, 48,8% имели высшее образование, 6,8% не могли учиться или работать из-за болезни. Треть обследованных имели семью, у 46 родились дети, что не зависело от состояния здоровья и функциональной способности пациентов.

Заключение. Большинство взрослых пациентов, длительно страдающих ЮА, имеют благоприятный прогноз в отношении функционального статуса и качества жизни. В то же время у части пациентов отмечены более тяжелое течение и исходы болезни с формированием выраженных функциональных ограничений, в связи с чем они нуждаются в лечении и продолжении наблюдения.

Ключевые слова: ювенильный артрит, функциональный статус, HAQ, исходы, прогноз, качество жизни.

Контакты: Светлана Олеговна Салугина pafon1@yandex.ru

FUNCTIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS WITH JUVENILE ARTHRITIS DURING THE LONG-TERM COURSE OF DISEASE

S.O. Salugina

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Objective: to assess the functional status and quality of life of adult patients long suffering from juvenile arthritis (JA).

Subjects and methods. The study included 213 adult patients with JA, the majority (84.5%) of whom had been treated at the Childhood Department, Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, in 1968 to 2008 or sought medical advice for the first time. Ninety-seven of the 213 patients were consulted or examined in the outpatient setting or at the clinic of the Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences. Among the patients enrolled into the study, women were prevalent (72.8%); the patients' mean age was 23.9 ± 6.5 years (range 18 to 60 years); the disease duration was 17.4 ± 6.8 years (range 10 to 53 years). The patients' functional capacity was determined by O. Steinbrocker's classification (functional class — FC) and HAQ questionnaire. The patients were asked (by mail, telephone, or personal interview) to fill in the questionnaire, by answering the questions concerning the functional and social status.

Results. A third of the patients had no functional limitations (FC 1), 36% had minimal functional limitations (FC 2); 29% needed help with self-service, and 6.2% were severely disabled. According to the questionnaire survey data, the mean HAQ score was 0.8. Half of the respondents were found to have no functional limitations (HAQ score was 0). HAQ scores of 0.1–1.0 were observed in 33.5% of the respondents. 6.6% of the patients had the most serious problems with self-service (HAQ scores of 2.1–3.0). HAQ scores correlated with age and disease duration ($p < 0.001$). The health status was appraised as good or very good, satisfactory, or bad by 43.3, 39.8, and 16.9% of the patients, respectively. There was a correlation between the health status and the HAQ scores ($R = 0.6$; $p < 0.001$), age ($R = 0.3$; $p < 0.001$), and JA duration ($R = 0.3$; $p < 0.001$). At the moment of the study, most (78.9%) patients worked or studied at the moment; 48.2% had a higher education; 6.8% could not study or work because of the disease. A third of the examinees had families; 46 patients had children, which did not depend on the patients' health status and functional capacity.

Conclusion. *Most adult patients, long suffering from JA, have a good prognosis for their functional status and quality of life. At the same time some patients were observed to have a severer course of the disease and its outcomes with significant functional limitations; in this connection, they need treatment and a continued follow-up.*

Key words: *juvenile arthritis, functional status, HAQ, outcomes, prognosis, quality of life.*

Contact: *Svetlana Olegovna Salugina pafon1@yandex.ru*

Ювенильный артрит (ЮА) – наиболее распространенное воспалительное ревматическое заболевание детского возраста. Это хроническое длительно текущее заболевание суставов начинается в детстве и нередко продолжается после 18 лет. Состояние и качество жизни пациента в отдаленные сроки болезни – важный вопрос как для самих больных и их родителей, так и для ревматологов педиатрического и общего профиля. Большое внимание в литературе последнего десятилетия уделено исходам ЮА, включающим не только традиционные параметры (летальность или выздоровление), что не очень часто применимо к ЮА, но и другие составляющие. Современное понятие исхода заболевания отражает состояние пациента через определенное время после дебюта болезни, как правило, не менее чем через 7–10 лет [1–11]. Из-за отсутствия общепринятых стандартов для описания исхода ЮА большинство исследователей применяют такие показатели, как клинический статус, активность заболевания, ремиссия, функциональные нарушения, рентгенологические изменения, а также параметры качества жизни [1, 12–19]. В последние годы прогресс в терапии, а именно раннее начало лечения базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), несомненно, привели к значительному улучшению всех составляющих исхода заболевания.

Известно, что на прогноз и исход заболевания существенно влияют вариант дебюта и течения болезни. Согласно современным представлениям ЮА объединяет в себе гетерогенную группу хронических заболеваний суставов с различными этиопатогенезом, иммуногенетическим происхождением, клиническими проявлениями и нозологической принадлежностью, течением, исходом и прогнозом [12, 20–23]. Так, олигоартикулярный вариант дебюта и течения ЮА имеет более благоприятные исход и прогноз, чем полиартикулярный и системный.

Одним из важных параметров исхода суставного заболевания является функциональный статус пациентов. В зарубежной литературе довольно часто используется понятие «функциональный исход» [9, 16, 17, 24–26]. По некоторым данным, несмотря на отчетливое снижение количества пациентов с тяжелыми функциональными нарушениями при большой длительности заболевания, от 2,5 до 10% подростков, вступающих во взрослую жизнь, инвалидизированы в связи с состоянием опорно-двигательного аппарата [5, 10, 25, 26].

В популяционных исследованиях рядом авторов было показано, что функциональные нарушения у подавляющего большинства больных ЮА, несмотря на большой срок болезни, были отнесены к функциональному классу (ФК) 1 или 2 (56 и 39%). При этом у лиц женского пола формировались более выраженные функциональные нарушения, чем у пациентов мужского пола [5, 27–29]. Эти нарушения (ФК 3 и ФК 4) диагностированы у 5–9% больных [30], около половины из которых страдали полиартритом [18, 30]. По данным В.А. Gare и А. Fasth [5], а также других авторов [1, 4, 17, 18, 27, 31–33], при данном варианте риск формирования

серьезной функциональной недостаточности (ФН) возрастает в 5 раз и тесно связан с длительностью болезни. Так, через 3–7 лет после начала ЮА ФК 2–4 имели только 12% пациентов, а через 16 лет – уже 48%. Среди больных с системным вариантом дебюта ЮА при давности заболевания около 15 лет, по данным E. Stoerber [34], только 13,4% имели ФК 3 и ФК 4, что совсем не встречалось у пациентов с олигоартритом. Многие авторы отмечают, что на формирование ФН большее влияние оказывал характер дебюта заболевания, а не течение [27, 28]. Как показано S. Magni-Manzoni и соавт. [35, 36], ранний возраст дебюта в сочетании с множественным поражением суставов значительно влиял на функциональный прогноз, указывая на его ухудшение в будущем.

В некоторых работах большое внимание уделено качеству жизни больных, например их социальной адаптации [15, 37, 38]. Существенное значение для многих больных с хроническими заболеваниями суставов имеет возможность получения образования. По данным литературы, например, в США (штат Цинциннати) к 25 годам 27% пациентов с ЮА продолжали обучение в университете, в то время как в популяционных исследованиях приводятся значительно меньшие цифры (7%). В наблюдениях R.H. Hill и соавт. [39], J.J. Miller и соавт. [40], M. Zak и F.K. Pedersen [41] уровень образования в исследуемой группе пациентов с ЮА также был выше, чем в популяции. Не менее важным представляется вопрос дальнейшего трудоустройства больных. При взрослении дети, длительно страдающие ЮА и привыкшие к своему состоянию, стараются найти место в жизни и решать свои проблемы самостоятельно, порою неадекватно оценивая свое состояние и даже нередко бравируя им. Подобными наблюдениями делится Dr. K. Kelly (Queen Silvia Children's Hospital, Göteborg, Sweden, 2002). В качестве примера она приводит историю больного ЮА, который хочет стать первым полицейским, имеющим протезы вместо тазобедренных суставов. Автор подчеркивает убежденность больного в том, что, несмотря на заболевание, он имеет право и все шансы стать полноценным членом общества и выбрать себе профессию по душе. Рассуждая на тему перспектив больных ЮА, K. Kelly отмечает, что, взрослая, такие дети часто задают себе вопрос, а должны ли они делать так, как им советуют доктора. Автор подчеркивает, что в 14–16 лет подростки не слушают советов врачей, а принимают решение самостоятельно, в 17–20 лет они задумываются о своем будущем, они хотят быть реалистами, но при этом полны оптимизма.

В ряде публикаций [13, 14, 18, 38–40] показано, что 62–83% пациентов с ЮА работают, причем их средний годовой доход выше, чем в популяции; 14% активно трудятся на дому. Удельный вес безработных был практически такой же, как и в общей популяции, и только треть пациентов не работали вследствие своего заболевания. Подавляющее большинство (90%) больных считали себя практически здоровыми и функционально сохранными, тем не менее 42% больных нуждались в наблюдении ревматолога. Около 11,5% создали семьи.

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Анализ опубликованных популяционных исследований показал, что в целом взрослые пациенты с длительно текущим ЮА имели субъективно хорошее состояние здоровья, существенно не отличающееся от такового здоровых, сходный уровень образования, зарплаты, пропорциональное количество созданных семей и рожденных детей [14, 15, 38, 40, 42, 43].

Целью нашего исследования было оценить функциональный статус и качество жизни взрослых пациентов, длительно страдающих ЮА.

Материал и методы. В исследование включено 213 взрослых пациентов, с детства страдающих ЮА. Большинство из них (84,5%) находились на стационарном лечении в детском отделении НИИ ревматологии РАМН с 1968 по 2008 г. Часть больных обратились в институт впервые самостоятельно или по направлению. Пациентам были предложены (путем рассылки, телефонного или очного опроса) анкеты с вопросами о функциональном и социальном статусе.

Среди включенных в исследование преобладали лица женского пола (72,8%). Средний возраст больных составил $23,9 \pm 6,5$ года (от 18 до 60 лет), длительность болезни – $17,4 \pm 6,8$ года (от 10 до 53 лет).

Консультированы и обследованы амбулаторно или в стационаре НИИ ревматологии РАМН 97 из 213 больных. Системный ЮА был у 19 пациентов, полиартикулярный – у 31, персистирующий олигоартрит – у 10, распространяющийся олигоартрит – у 40.

Функциональную способность пациентов определяли согласно классификации функциональных классов по шкале O. Steinbrocker [44] и с использованием Станфордской шкалы оценки здоровья Health Assessment Questionnaire (HAQ) [45, 46]. Для изучения социального статуса и качества жизни взрослых больных ЮА была разработана анкета с вопросами, касающимися состояния здоровья в целом, наличия инвалидности, образования, профессии, семейного положения, продолжения наблюдения у ревматолога и получения антиревматической терапии.

Все цифровые данные были подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с использованием программ статистического анализа для IBM PC Excel 7.0, Access 7.0, Statistica 7.0. Для описания характера распределения количественных признаков использовали стандартные методы вариационной статистики с определением среднего арифметического значения (M), среднего (стандартного) квадратичного отклонения (σ). Достоверность различий между группами при сравнении количественных параметров оценивали с помощью t-теста Стьюдента, а также теста Манна–Уитни. Корреляционные зависимости определяли по методу Спирмена. При оценке различий распределения ранговых переменных использовали критерий χ^2 . Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Оценка функциональных возможностей пациентов, длительно страдающих ЮА (рис. 1), показала, что треть из них не имели функциональных огра-

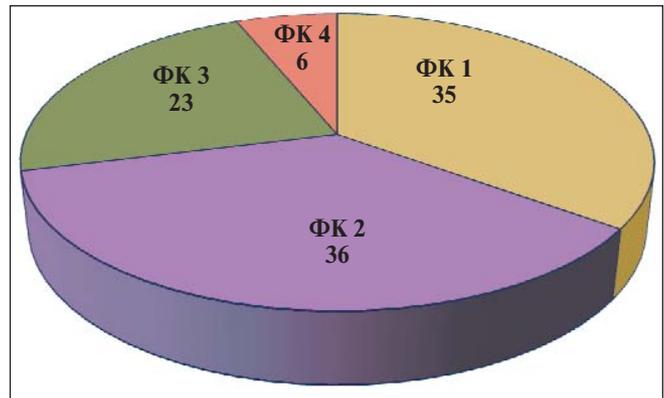


Рис. 1. Распределение (в %) взрослых больных ЮА в зависимости от ФК по шкале Штейнброекера

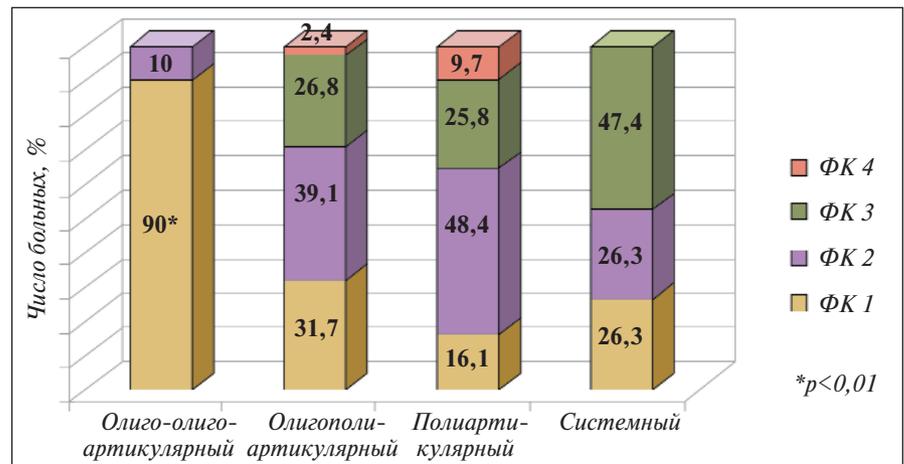


Рис. 2. Функциональная способность больных с различными вариантами ЮА при длительном течении

ничений, у 36% они были минимальными (ФК 2), тем не менее около трети (29%) больных нуждались в помощи при самообслуживании, причем 6,2% были тяжелыми инвалидами. Наиболее благоприятный функциональный прогноз имелся у пациентов с олигоартритом в дебюте и на протяжении болезни (рис. 2), особенно по сравнению с таковым у больных системным ЮА ($p=0,03$). Значительно затруднено самообслуживание (ФК 3, 4) было у пациентов с полиартикулярным дебютом и течением болезни, а также с системным ЮА.

ФК достоверно коррелировал с показателями клинико-лабораторной активности – число припухших суставов (ЧПС) и число болезненных суставов (ЧБС; $R=0,7-0,3$, $p < 0,001$), СОЭ ($R=0,5$, $p < 0,001$), СРБ ($R=0,3$, $p < 0,001$), общей активностью заболевания ($R=0,5$, $p < 0,001$), рентгенологической стадией ($R=0,7$, $p < 0,001$), наличием асептического некроза ($R=0,6$, $p < 0,001$), отмечалась связь с ремиссией ($R=-0,4$, $p < 0,001$) и обострениями ($R=0,4$, $p < 0,001$). На ФК не влияли возраст дебюта болезни и ее длительность.

При оценке функционального статуса по опроснику HAQ среднее значение индекса HAQ составило 0,8 балла, выраженность боли по ВАШ – 21,6 мм, что свидетельствует о небольших функциональных ограничениях и умеренно выраженном болевом синдроме в общей группе больных ЮА (рис. 3). По мнению респондентов, около половины из них не имели функциональных ограничений (HAQ=0). Не-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

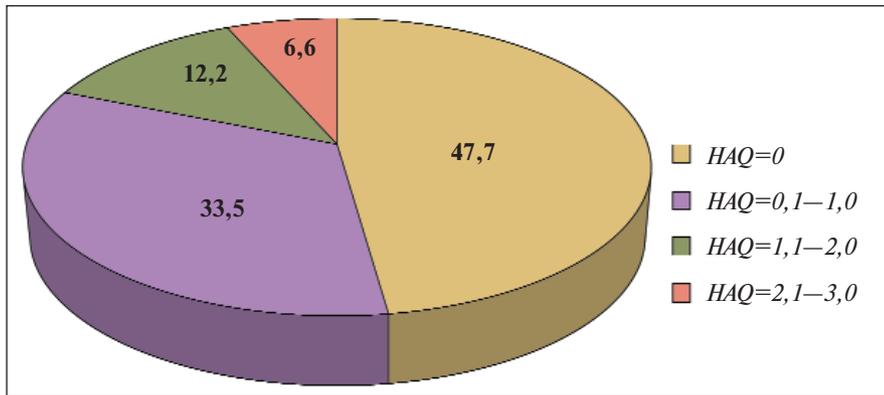


Рис. 3. HAQ у пациентов (в %) с длительным течением ЮА

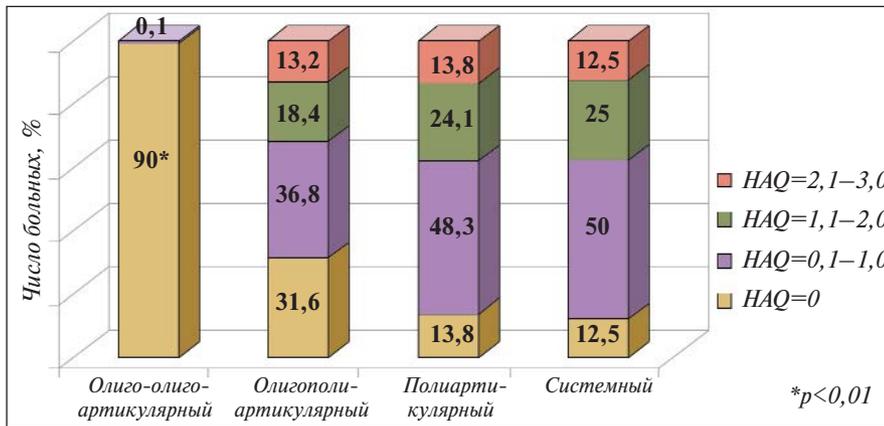


Рис. 4. HAQ у пациентов с различными вариантами ЮА при длительном течении

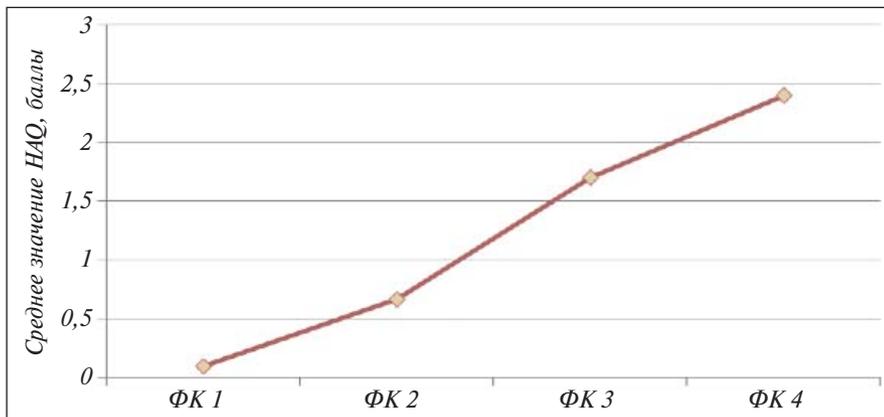


Рис. 5. Взаимосвязь ФК (по оценке врача) с показателями субъективной оценки HAQ больными

которые затруднения в выполнении повседневных функций (HAQ=0,1-1,0) испытывали 33,5% пациентов. Наиболее серьезные проблемы при самообслуживании (HAQ=2,1-3,0) имели 6,6% больных (рис. 4). 18,4% не могли обойтись без помощи окружающих их людей. Распределение значений индекса HAQ в зависимости от варианта ЮА (см. рис.4) было примерно аналогично данным, полученным при оценке ФК по Штейнброчеру. Объективная оценка врачом функционального статуса пациентов (ФК по шкале Штейнброчера) достоверно коррелировала с субъективными представлениями больного о своих функ-

циональных возможностях (индекс HAQ; R=0,8, p<0,001; рис. 5).

Была выявлена достоверная прямая корреляция между индексом HAQ и степенью инвалидизации у взрослых больных ЮА (R=0,6, p<0,001), а также между возрастом пациентов (R=0,3, p<0,001) и давностью заболевания (R=0,4, p<0,001).

Значения HAQ в группе работающих пациентов были достоверно ниже, чем в группе неработающих (p<0,001), что подтверждает серьезное влияние заболевания на трудоспособность. Субъективная оценка функциональных возможностей у женщин была достоверно ниже (значение HAQ выше), чем у мужчин (p=0,03).

Пациенты с более высокими показателями HAQ больше нуждались во врачебном наблюдении (p<0,001) и продолжении лечения (p<0,001), что обуславливало более регулярные посещения ревматолога. Данные анкетирования показали, что 50,7% больных продолжали наблюдаться у ревматолога или других специалистов, тем не менее 45,5% не испытывали в этом необходимости, а некоторые больные (3,8%) прекратили наблюдение ввиду отсутствия ревматолога по месту жительства.

По данным анкетирования, большинство больных оценили состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее (43,3%) и удовлетворительное (39,8%) и только 16,9% – как плохое (рис. 6). При этом субъективная оценка достоверно коррелировала с индексом HAQ (R=-0,6, p<0,001), возрастом (R=-0,3, p<0,001), давностью заболевания (R=-0,3, p<0,001). Это свидетельствовало о том, что состояние здоровья пациентов напрямую зависело от их функциональных возможностей и ухудшалось с течением времени в равной мере как у мужчин, так и у женщин.

На момент заполнения анкеты значительная часть респондентов (78,9%) работали или учились. Около половины (48,2%) больных получили высшее образование или продолжали учиться в вузе, 43,1% имели среднее или среднеспециальное образование. Следует отметить, что при сравнении с популяционными данными уровень образования в группе пациентов с ЮА был выше [47]. Большинство анкетированных (68,9%) выбрали себе профессию по желанию, 31,1% с учетом своих возможностей. Не смогли закончить школу по разным причинам, в том числе из-за болезни, 16 пациентов.

Значительно выраженные нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата явились причиной для опреде-

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

ления I группы инвалидности у 14 больных (рис. 7), патология органов зрения и ее осложнения – у 6. Преобладали пациенты со II и III группами инвалидности, т. е. имевшие возможность работать или учиться. Были функционально сохранными и не нуждались в прохождении медико-социальной экспертизы 2/3 опрошенных.

На момент опроса пациентов, имеющих семью (31,7%), было меньше, чем холостых (68,3%), однако, скорее всего, это связано с достоверно более молодым контингентом последних (средний возраст $29,0 \pm 8,6$ и $21,6 \pm 3,4$ года соответственно, $p < 0,001$). У 46 пациентов родились дети. Наличие семьи и детей не зависело от состояния здоровья, показателей функционального статуса (НАQ), инвалидизации, общей трудоспособности. Женщины чаще мужчин стремились создать семью ($p < 0,001$).

Обсуждение результатов. Функциональная способность пациентов является одним из важных параметров исхода суставного заболевания. Данные о состоянии опорно-двигательного аппарата и формировании серьезных функциональных нарушений при большой длительности ЮА неоднозначны (10–48% инвалидизированных пациентов). Имеются сведения об уменьшении количества больных ЮА с выраженными функциональными нарушениями (до 4–10%), несмотря на длительность болезни, что связывают с успехами в терапии, внедрением тактики раннего назначения БПВП, а также расширением спектра препаратов для лечения ЮА [4, 10, 48].

К моменту включения в исследование у 9,4% больных суставные проявления отсутствовали, соответственно они не имели функциональных ограничений. У большинства включенных в исследование (71%) был ФК 1–2 (по шкале Штейнброекера и опроснику НАQ), т. е. многие больные свободно обслуживали себя и даже могли заниматься профессиональной деятельностью. Субъективные возможности больных (НАQ) примерно соответствовали мнению врача (ФК). В целом, как показали наше исследование и данные литературы, выраженность функциональных ограничений по шкале Штейнброекера соответствовала нарастанию значений НАQ, это значит, что обе методики в равной степени достоверно оценивают функциональный статус пациентов [1, 5, 10, 17, 41]. В то же время ряд авторов придерживаются обратного мнения, утверждая, что определение ФК по Штейнброекеру не достаточно информативно для определения истинных функциональных способностей пациентов с ЮА [49]. Нами было выявлено достоверное влияние на функциональный статус клинической активности заболевания, т. е. наличия воспаленных суставов, боли и других параметров, при том, что возраст и пол, а также длительность болезни воздействия не оказывали. Напротив, наличие рентгенологических изменений, деструктивного процесса, серьезно ухудшали ФК.

Несмотря на отсутствие достоверных различий, наиболее благоприятным был функциональный статус у больных с персистирующим олигоартритом, у которых не сформирова-

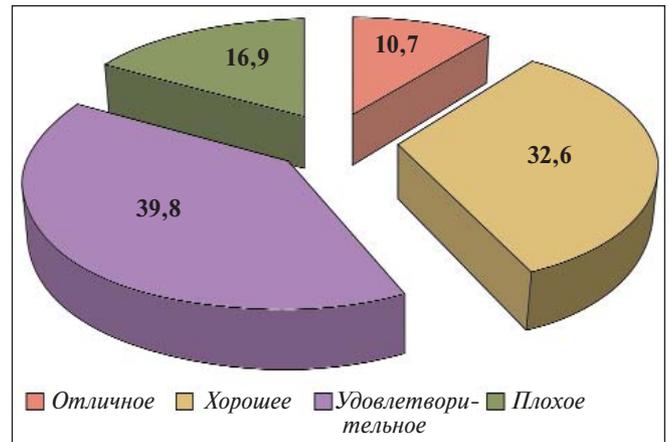


Рис. 6. Субъективная оценка больными с длительным ЮА состояния своего здоровья (в %)

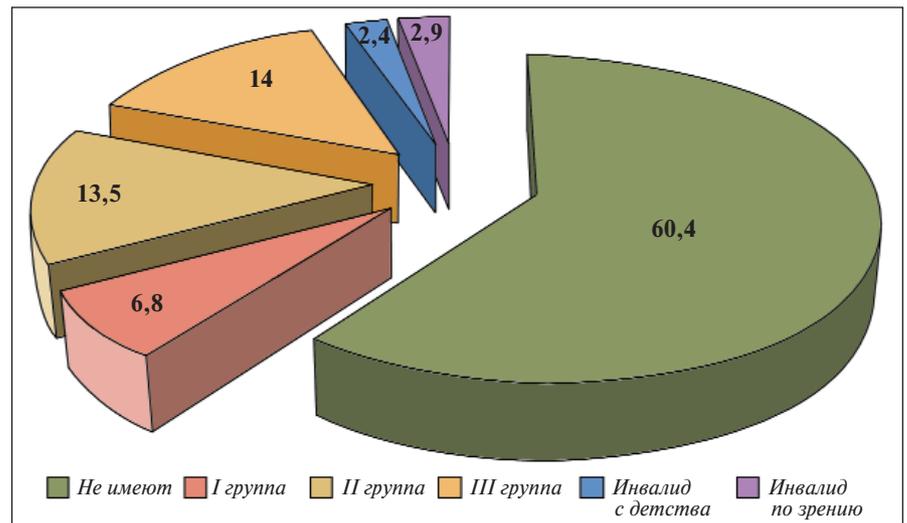


Рис. 7. Число больных длительным ЮА (в %), имеющих инвалидность

ровался полиартрит. Например, среднее значение НАQ в группе пациентов с персистирующим олигоартритом составило 0,01 балла в отличие от больных с полиартритом – 1,1 балла. Данный факт указывает на прогностическое значение для функционального исхода заболевания количества пораженных суставов как в начале болезни, так и на ее протяжении, что согласуется с данными литературы [5, 15, 19, 50, 51]. Среди обследованных было 29% больных с тяжелыми функциональными ограничениями и минимальной возможностью самообслуживания. Все они страдали полиарттикулярным или системным ЮА.

Выраженность функциональных изменений (ФК и НАQ) не зависела от получаемой в течение болезни терапии, в том числе от приема БПВП. Большинство пациентов с разными ФК (от легких до тяжелых инвалидизирующих нарушений опорно-двигательного аппарата) использовали лекарственные средства, в том числе БПВП, что свидетельствует о резистентности к проводимому лечению у части пациентов и необходимости использования у них более современной и эффективной терапии.

Особое внимание было уделено социальной адаптации и качеству жизни больных. Большинство респондентов оценили состояние своего здоровья как хорошее или удовле-

творительное (83,1%), причем на субъективную оценку, с одной стороны, достоверно влияли функциональные возможности (НАQ), а с другой – длительность болезни и возраст. Это свидетельствовало о том, что с возрастом и по мере увеличения длительности болезни отмечалось ухудшение состояния пациентов, что, возможно, связано и с нарастанием частоты сопутствующих заболеваний (кардиоваскулярных, эндокринных и т. д.). Полученные данные свидетельствуют о хорошей социальной адаптации взрослых пациентов. Около половины из них имели высокий уровень образования (учились или окончили вуз). Оказалось, что этот показатель в общей популяции значительно ниже [47], что свидетельствует о стремлении больных ЮА получить хорошее образование, профессию и быть полноценными членами общества.

В исследуемой группе 78,9% больных работали или учились. Выбор профессии по большей части соответствовал их желаниям (68,9%), однако около трети пациентов могли ориентироваться только на свои возможности. Влияние заболевания на создание семьи и рождение детей представляется не столь пессимистичным, поскольку треть пациентов имели семью, а 22,4% – детей. Эти показатели могли бы быть и более высокими, хотя в общей популяции они ниже (11,5%) [13, 40], необходимо учитывать и достаточно молодой контингент опрашиваемых (средний возраст – 29 лет),

и тенденцию современных молодых людей заводить семью в более позднем возрасте. Следует отметить, что на стремление к созданию семьи не оказывали влияния ни состояние здоровья, ни функциональные возможности, ни другие факторы, однако женщины реализовывали свое желание выйти замуж и иметь ребенка чаще, чем мужчины.

Основной причиной определения группы инвалидности у больных ЮА были нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и ФН. Большинство больных (39,6%) имели II и III группы инвалидности, т. е. могли работать. Однако следует помнить о вероятности развития тяжелой инвалидизации из-за состояния суставов (у 6,8%), а также органов зрения (2,9%).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об относительно благоприятном функциональном исходе у большинства взрослых пациентов с ЮА. Они остаются функционально сохранными, работоспособными даже после длительного существования болезни, что свидетельствует о достаточно благоприятном прогнозе ЮА. Состояние здоровья пациентов позволяет получить профессию, заниматься любимым делом (у 43,9% из них есть хобби), адаптироваться к повседневной жизни и социальной среде. В то же время часть пациентов с более тяжелым течением и исходом болезни, имеющих выраженные функциональные ограничения, нуждаются в лечении и наблюдении врача.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Adib N., Silman A., Thomson W. Outcome following onset of juvenile idiopathic inflammatory arthritis: I. Frequency of different outcomes. *J Rheumatol* 2005;44:995–1001.
- Duffy C.M. Health outcomes in pediatric rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:102–8.
- Duffy C.M., Lovell D.J. Assessment of health status, function and outcome. In *Textbook of pediatric rheumatology*. Ed. by J.T. Cassidy, R.E. Petty. 4th ed. W.B. Saunders Company, 2001:178–87.
- Flato B., Lien G., Smerdel A. et al. Prognostic factors in juvenile rheumatoid arthritis: a case-control study revealing early predictors and outcome after 14.9 years. *J Rheumatol* 2003;30:386–93.
- Gare B.A., Fasth A. The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study. II. Outcome. *J Rheumatol* 1995;22:308–19.
- Guillaume S., Prieur A.M., Coste J. et al. Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthr Rheum* 2000;43(8):1858–65.
- Narayanan K., Rajendran C.P., Porkodi R. et al. A follow-up study of juvenile rheumatoid arthritis into adulthood. *J Assoc Physicians India* 2002;50:1039–41.
- Nasonova V., Alexeyev L., Alekberova Z. et al. Juvenile rheumatoid arthritis (JRA) in the practice of the internist-rheumatologist. «R» 1989;94(2):87–90.
- Oen K., Reed M., Malleon P.N. et al. Radiologic outcome and its relationship to functional disability in JRA. *J Rheumatol* 2003;30:832–40.
- Minden K., Niewerth M., Listing J. et al. Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthr Rheum* 2002;46:2392–401.
- Prahalad S., Passo M.H. Long-term outcome among patients with JRA. *Front Biosci* 1998;21(3):13–22.
- Логина Е.Ю. Ювенильный артрит во взрослой ревматологической клинике: клинико-функциональная характеристика и исходы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001:25 с.
- David J., Cooper C., Hickey L. et al. The functional and psychological outcomes of JCA into young adulthood. *Br J Rheumatol* 1994;33:876–81.
- Peterson L.S., Mason T., Nelson A.M. et al. Psychosocial outcomes and health status of adults who have had JRA. *Arthr Rheum* 1997;40(12):2235–40.
- Ruperto N., Levinson J.E., Ravelli A. et al. Long-term health outcomes and quality of life in American and Italian inception cohorts of patients with juvenile rheumatoid arthritis. I. Outcome status. *J Rheumatol* 1997;24(5):945–51.
- Spiegel L.R., Schneider R., Lang B.A. et al. Early predictors of poor functional outcome in systemic-onset JRA. A multicenter cohort study. *Arthr Rheum* 2000;43:2402–9.
- Packham J.C., Hall M.A. Long-term follow-up of 246 adults with JIA: functional outcome. *J Rheumatol* 2002;41:1428–35.
- Foster H.E., Marshall N., Myers A. et al. Outcome in adults with juvenile idiopathic arthritis: a quality of life study. *Arthr Rheum* 2003;48(3):767–75.
- Oen K., Malleon P.N., Cabral D.A. et al. Early predictors of longterm outcome in patients with JRA: subset-specific correlations. *J Rheumatol* 2003;30:585–93.
- Martini A. Are the number of joints involved or the presence of psoriasis still useful tools to identify homogeneous disease entities in JIA? *J Rheumatol* 2003;30:1900–3.
- Petty R.E. Classification of childhood arthritis: a work in progress. *Bailliere's Clin Rheum* 1998;12(2):181–90.
- Ravelli A. Toward an understanding of the long-term outcome of juvenile idiopathic arthritis. *Clin Exp Rheumat* 2004;22:271–5.
- Woo P., Tessel E.M., van der Net J. et al. Outcome status in children with sustained polyarticular and systemic juvenile idiopathic arthritis: Letter to the Editor. *J Rheumatol* 2001;40:225–6.
- Dempster H., Porepa M., Young N. et al. The clinical meaning of functional outcome scores in children with juvenile arthritis. *Arthr Rheum* 2001;8(44):1768–74.
- Oen K. Long-term outcomes and predictors of outcomes for patients with juvenile idiopathic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16(3):347–60.
- Zak M., Pedersen F.K. Juvenile chronic arthritis into adulthood: a long-term follow-up study. *Rheumatology (Oxford)* 2000;39(2):198–204.
- Dequeker J., Mardjuadi A. Prognostic factors in JCA. *J Rheumatol* 1982;9:909–15.
- Jeremy R., Schaller J., Arkless R. et al. JRA persisting into adulthood. *Am J Med* 1968;45:419–34.
- Laaksonen A.L. A prognostic study of JRA. *Acta Paediatr Scand* 1996;166:90–1.
- Pedersen F.K., Heilmann C., Friis J. et al. A follow-up investigation of 93 patients with JCA. *Ugeskr Laeger* 1987;149:2843–5.
- Ansell B.M., Wood P.H.N. Prognosis in juvenile chronic polyarthritis. *Clin Rheum Dis* 1976;2:397–412.
- Calabro J.J., Marchesano J.M., Parrino G.R. JRA: Long-term management and prognosis. *J Musculo Med* 1989;6:17–32.
- Hanson V., Kornreich H., Demstein B. et

- al. Prognosis of JRA. *Arthr Rheum* 1977;20:279–84.
34. Stoeber E. Prognosis in Juvenile chronic polyarthritis. *Eur J Pediatr* 1981;135:225–8.
35. Magni-Manzoni S., Pistorio A., Labo E. et al. A longitudinal analysis of physical functional disability over the course of juvenile idiopathic arthritis. *Ann of the Rheum Dis* 2008;67:1159–64.
36. Magni-Manzoni S., Rossi F., Pistorio A. et al. Prognostic factors for radiographic progression, radiographic damage, and disability in juvenile idiopathic arthritis. *Arthr Rheum* 2003;48(12):3509–17.
37. Bilings A.G., Moos R.F., Miller J.J. et al. Psychosocial adaptation in juvenile rheumatic disease: a controlled evaluation. *Health Psychol* 1987;6:343–59.
38. Packham J.C., Hall M.A. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: education and employment. *J Rheumatol* 2002;41:1436–9.
39. Hill R.H., Herserin A., Walters K. Juvenile rheumatoid arthritis: follow-up into adulthood – medical, sexual and social status. *Can Med Assoc J* 1976;11424:790–5.
40. Miller J.J., Spitz P.W., Simpson U. et al. The social function of young adults who had arthritis in childhood. *J Pediatr* 1982;100:378–82.
41. Zak M., Pedersen F.K. Juvenile chronic arthritis into adulthood: a long-term follow-up study. *Rheumatol (Oxford)* 2000;39(2):198–204.
42. King K., Hanson V. Psychosocial aspects of JRA. *Pediatr Clin North Am* 1986;33(5):1221–37.
43. Larbre J.P., Duquesne A., Gheta D. et al. Collaboration in long term follow-up of juvenile idiopathic arthritis. 15th European Paediatric Rheumatology Society Congress, London, UK, 14–17 September, 2008. Abstract Book: 82.
44. Hochberg M.C., Chang R.W., Dwosh I. et al. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 1992;35:498.
45. Fries J.F., Spitz P., Kraines R.G. et al. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthr Rheum* 1980;23:137–45.
46. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М., Горячев Д.В. и др. Валидация русскоязычной версии Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Науч-практич ревматол* 2004;2:59–64.
47. Российский статистический сборник. М.: Госкомстат России, 2002.
48. Oen K., Malleson P.N., Cabral D.A. et al. Disease course and outcome of juvenile rheumatoid arthritis in a multicenter cohort. *J Rheumatol* 2002;29(9):1989–99.
49. Levinson J.E., Wallace C.A. Juvenile rheumatoid arthritis: outcome and treatment for the 1990s. *Rheum Dis Clin North Am* 1991;17:891–905.
50. Flato B., Aasland A., Odd V. et al. Outcome and predictive factors in JRA and juvenile spondyloarthropathy. *J Rheumatol* 1998;25:366–75.
51. Van Der Net J., Prakken A.B., Helder P.J. et al. Correlates of disablement in polyarticular JCA. A cross-selection study. *Br J Rheumatol* 1996;35:91–100.

Летальность при переломах шейки бедра в старшей возрастной группе жителей Кемерово как обоснование необходимости медикаментозной профилактики остеопороза

Т.А. Раскина, Ю.В. Аверкиева

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

Цель – изучить летальность при переломах проксимального отдела бедра (через 6; 12 и 24 мес) у жителей Кемерово старшей возрастной группы.

Материал и методы. Проанализирована летальность у 432 больных (328 женщин и 104 мужчин) после остеопоротических переломов, полученных в январе 2004 – декабре 2008 г. при минимальном уровне травмы. Прослежена летальность в периоды наблюдения: 0–6; 6–12 и 12–24 мес.

Результаты исследования. За первые 6 мес умерло 95 (22,0%) из 432 больных, за 6–12 мес – 42 (12,5%) из 337 пациентов, за 12–24 мес – 47 (16,2%) из 290 оставшихся под наблюдением больных. Установлено, что летальность в первые 6 мес была достоверно выше, чем в последующие 6–12 мес ($p < 0,0001$) и 12–24 мес ($p < 0,05$).

Заключение. Остеопоротические переломы проксимального отдела бедра характеризуются высокими показателями летальности, которые достигают максимума в первые 12 мес после перелома.

Ключевые слова: остеопороз, переломы проксимального отдела бедра, летальность, антиостеопоротические препараты.

Контакты: Татьяна Алексеевна Раскина rassib@mail.ru

MORTALITY IN PROXIMAL FEMUR FRACTURES IN AN OLD-AGE GROUP OF KEMEROVO AS A RATIONALE FOR THE NECESSITY OF MEDICAL PREVENTION OF OSTEOPOROSIS

T.A. Raskina, Yu.V. Averkiva

Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

Objective: to study mortality rates in proximal femur fractures in an old-age group of Kemerovo after 6, 12, and 24 months.

Subjects and methods. Mortality rates were analyzed in 432 patients (328 women and 104 men) after osteoporotic fractures with the minimum amount of trauma injury, sustained in January 2004 to December 2008. The rates were followed up at 0–6, 6–12, and 12–24 months.