

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

более выраженное у детей, не имеющих строгих медицинских показаний для данной формы обучения. Удобная форма обучения пациентов подросткового возраста не улучшает КЖ, способствуя формированию неактивного образа жизни, что может затруднять в дальнейшем становление личности.

Таким образом можно сделать следующие выводы:

1) большинство подростков с ЮА обучаются в школе;

2) среди обучающихся на дому чуть менее половины больных не имеют четких медицинских показаний для такой формы обучения;

3) «удобная» форма обучения не улучшает КЖ при ЮА;

4) выбор формы обучения подростка — ответственная задача, которая должна решаться коллегиально родителями, врачом, длительно наблюдающим пациента, и им самим.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлева Л.В. Взаимосвязь нервной, иммунной и эндокринной систем при ювенильном ревматоидном артрите, особенности психоэмоционального статуса и пути его коррекции. Автореф. дисс. ... док. мед. наук. М., 1999.
2. Данилов А.Б., Голубев В.Л. О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую. РМЖ 2009 (спецвыпуск Бололевой синдром): 1—5.
3. Schanberg L.E. Pain, Stiffness and Fatigue in Juvenile Polyarticular Arthritis Contemporaneous Stressful Events and Moon as Predictors Arthr Rheuma 2005;52(4):1196—204.
4. Florentino L., Datta D., Gentie S. Transition from school to adapt life for physically disabled young. Arch Dis Child 1998;306—11.
5. Billings A.G., Moos R.H., Miller J.J. et al. Psychosocial adaptation in juvenile in rheumatic disease a controlled evaluation. Health Psychol 1987;6(4):343—59.
6. Whitehouse R., Shope J.T., Sullivan D.B. et al. Children with rheumatoid arthritis at school. Functional problems participation in physical education. The implementation of Public Law 94—142. Clin Pediatr (Phila) 1989;28(11):509—14.
7. Brunner H. Health of Children with Chronical Arthritis: Relation of Different Measures and the Quality of Parents Rroxy Reporting. Arthritis Rheum 2004;51(5):763—73.

## Качество жизни при переломах проксимального отдела бедра у лиц старшей возрастной группы

Т.А. Раскина, Ю.В. Аверкиева

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ»

**Цель исследования** — изучение качества жизни при переломах проксимального отдела бедра у лиц старшей возрастной группы в Кемерово.

**Пациенты и методы.** Проанализировано качество жизни при остеопоротических переломах у 219 больных (173 женщины и 46 мужчин), получивших травму с января 2004 г. по декабрь 2008 г.

**Результаты исследования.** У больных с переломами бедра наименьшие показатели зарегистрированы по шкале физического функционирования (41,94±31,16 балла), отражающей степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т. п.). Наибольшие значения отмечены по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»: 50,96±19,04 балла и «Жизненная активность»: 51,44±26,51 балла. Среднее значение «Физического компонента здоровья» составило 46,42±28,26 балла. Уровень «Психологического компонента здоровья» соответствовал 49,56±19,55 балла.

**Выводы.** Установлено, что у лиц с переломами проксимального отдела бедра показатели шкал опросника SF-36 снижены по всем параметрам.

**Ключевые слова:** остеопороз, переломы проксимального отдела бедра, качество жизни, мужчины, женщины, опросник SF-36.

**Контакты:** Юлия Валерьевна Аверкиева [doctorjulia@rambler.ru](mailto:doctorjulia@rambler.ru)

### Quality of life in old patients with proximal femoral fractures

T.A. Raskina, Yu.V. Averkieva

Kemerovo State Medical Academy, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation

**Objective:** to study quality of life in Kemerovo old patients with proximal femoral fractures.

**Patients and methods.** Quality of life in osteoporotic fractures was analyzed in 219 patients (173 women and 46 men) who had sustained the injury in January 2004 to December 2008.

**Results.** In the patients with hip fractures, the lowest (41.94±31.16 scores) values were recorded by the physical functioning scale reflecting the degree to which their health limited the performance of physical exercises (self-service, walking, going upstairs, weight carriage, etc.). The role functioning and life activity scales showed the highest values (50.96±19.04 and 51.44±26.51 scores, respectively). The mean value of the phys-

ical component scale was  $46.42 \pm 28.26$  scores. That of the psychological component scale was  $49.56 \pm 19.55$  scores.

**Conclusion.** The patients with proximal femoral fractures were found to have lower scores on all SF-36 dimensions.

**Key words:** osteoporosis, proximal femoral fractures, quality of life, men, women, SF-36 questionnaire.

**Contact:** Averkieva Yulia Valeryevna doctorjulia@rambler.ru

В России, как и во всем мире, остеопороз (ОП) является одной из важнейших проблем здравоохранения, поскольку частота его в последние десятилетия постоянно увеличивается. В России при обследовании лиц 50 лет и старше в соответствии с критериями ВОЗ ОП выявляется у каждой 3-й женщины и каждого 5-го мужчины [1–4]. Социальное значение ОП определяется его последствиями — переломами позвонков и костей периферического скелета. Наиболее тяжелые последствия ОП у лиц старшей возрастной группы связаны с переломами проксимального отдела бедра.

ОП и обусловленные им переломы оказывают существенное влияние на качество жизни (КЖ) больных [5, 6]. Так, в исследовании F. Roder и соавт. [7] проводилась оценка КЖ у больных старшей возрастной группы с переломами проксимального отдела бедра, которым в течение 48 ч после травмы проводилось хирургическое лечение (эндопротезирование или остеосинтез). Было установлено, что при благоприятном послеоперационном периоде максимальное восстановление (до 90%) показателей КЖ происходит в первые 6 мес после травмы. Однако даже спустя 1 год после травмы значения по шкале физического функционирования достигли лишь 85% по сравнению с исходным уровнем. Полного восстановления показателей КЖ у больных не выявлено ни по одной из шкал.

G. Pioli и соавт. [8] при изучении сравнительного влияния различных методов хирургического лечения на КЖ у больных с переломами бедра в анамнезе показали, что после эндопротезирования КЖ было значимо выше, чем после остеосинтеза (основная причина — частота послеоперационных осложнений). При оценке КЖ у больных с остеопоротическими переломами после остеосинтеза продемонстрировано, что для пациентов с переломами бедра были характерны такие эмоции, как растерянность, тревога, печаль, горе, что определяло психологическую адаптацию [9]. Отмечено, что даже при быстро сросшемся переломе у больных сохранялся страх перед повседневной активностью как перед потенциальной причиной новых переломов. После тяжелых переломов больные становились глубокими инвалидами с полной утратой трудоспособности, у них появлялись симптомы тревожности и обсессивно-компульсивного поведения.

В России имеются единичные работы, посвященные изучению КЖ у больных с переломами бедра. С.А. Бахтиярова [2] изучала КЖ у больных с переломами проксимального отдела бедра и у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе в сравнении с таковым у лиц без переломов и ИМ. Было показано, что больные с переломами и ИМ имеют схожее КЖ. Однако больные с переломами были в большей степени ограничены в физической активности и в большей степени страдали от боли.

Учитывая, что наша страна занимает огромную территорию и ее населяет большое число разных народностей и этнических групп, крайне важно проведение исследований в различных климатогеографических областях.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение КЖ у больных 50 лет и старше с переломами проксимального отдела бедра при минимальном уровне травмы.

**Пациенты и методы.** Проанализировано КЖ у жителей Кемерово в возрасте 50 лет и старше, наблюдавшихся в травматологических отделениях с 1 января 2004 г. по 31 декабря 2008 г.

В исследование включали пациентов с рентгенологически подтвержденными переломами проксимального отдела бедра, произошедшими при минимальном уровне травмы. Переломы в результате минимальной травмы (падение с высоты собственного роста и ниже) расценивали как остеопоротические нетравматические.

Информация о переломах и их исходах получена при анализе медицинской документации специализированных травматологических отделений (истории болезни, карты выбывших из стационара больных) ГКБ № 2, 3 и 11, данных регистрации ЗАГСов, а также посредством телефонного опроса.

В исследование включено 173 женщины и 46 мужчин с переломами проксимального отдела бедра, полученными при минимальном уровне травмы. Контрольную группу составили 150 женщин и 50 мужчин в возрасте 50 лет и старше, наблюдавшихся в Областном клиническом госпитале для ветеранов войн, без переломов при минимальном уровне травмы в анамнезе. КЖ пациентов с остеопоротическими переломами проксимального отдела бедра оценивали с помощью опросника SF-36. Опросник заполняли либо путем телефонного опроса, либо при личной беседе. Результаты представлены в виде оценок в баллах, при этом более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 — полное здоровье. Полученные результаты в баллах сравнивали между группами.

Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Статистический анализ проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0 для Windows. Для всех видов анализа различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Оценка КЖ пациентов с переломами проксимального отдела бедра проводилась с помощью опросника SF-36. У больных с переломами бедра наименьшим был показатель по шкале физического функционирования ( $41,94 \pm 31,16$  балла), отражающий степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т. п.; табл. 1).

Наибольшие значения отмечены по шкалам «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» —  $50,96 \pm 19,04$  балла и «Жизненная активность» —  $51,44 \pm 26,51$  балла.

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

Таблица 1. Показатели опросника SF-36 у больных с переломами проксимального отдела бедра

Показатель	Больные с переломами бедра
Общее состояние здоровья (GH)	46,84±23,55
Физическое функционирование (PF)	41,94±31,16
Интенсивность боли (BP)	44,54±31,16
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	42,34±27,2
Социальное функционирование (SF)	46,51±14,28
Жизненная активность (VT)	51,44±26,51
Психическое здоровье (MH)	49,33±18,37
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	50,96±19,04
Физический компонент здоровья (PH)	46,42±28,26
Психологический компонент здоровья (MH)	49,56±19,55

Для шкал, характеризующих психический компонент здоровья, статистически значимые различия между группами установлены по показателям психического здоровья — 4,4% ( $p=0,03$ ) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, — 6,5% ( $p=0,006$ ). Показатель социального функционирования значимо не отличался в группах и составил 1,85% ( $p=0,26\%$ ). В группе с переломами бедра показатель по шкале жизненной активности был выше на 2,92%, чем у лиц без переломов, однако статистически значимых различий между группами не получено ( $p=0,12$ ).

Статистически значимых различий по показателям физического и психологического компонента здоровья не установлено (3,91 и 2,38% соответственно;  $p>0,05$ ).

Таблица 2. Показатели опросника SF-36 у больных с переломами бедра и у лиц без переломов

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	p
Общее состояние здоровья (GH)	46,84±23,55	50,69±23,75	0,09
Физическое функционирование (PF)	41,94±31,16	51,4±26,21	0,002
Интенсивность боли (BP)	44,54±31,16	45,7±29,38	0,6
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	42,34±27,2	53,54±33,66	0,001
Социальное функционирование (SF)	46,51±14,28	48,36±15,98	0,26
Жизненная активность (VT)	51,44±26,51	48,52±27,1	0,12
Психическое здоровье (MH)	49,33±18,37	53,73±23,12	0,03
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	50,96±19,04	57,11±22,54	0,006
Физический компонент здоровья (PH)	46,42±28,26	50,33±28,25	0,6
Психологический компонент здоровья (MH)	49,56±19,55	51,94±22,18	0,8

**Примечание.** Достоверность различий рассчитана по сравнению с контролем.

Среднее значение по шкале «Физический компонент здоровья» составило 46,42±28,26 балла, а по шкале «Психологический компонент здоровья» — 49,56±19,55 балла.

**Оценка показателей КЖ у больных с переломами проксимального отдела бедра и у лиц без переломов** показала более низкие значения по некоторым шкалам опросника SF-36, чем в группе лиц без перелома бедра в анамнезе (табл. 2).

Среди шкал, характеризующих физический компонент здоровья, статистически значимые различия между группами получены для показателей физического функционирования — 9,46% ( $p=0,002$ ) и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием — 11,2% ( $p=0,001$ ). Статистически значимых различий между группами по показателю общего здоровья и интенсивности боли не выявлено (3,85 и 1,16% соответственно;  $p>0,05$ ).

Таким образом, у пациентов с переломами бедра показатели КЖ были снижены в большей степени и по большинству параметров, чем у лиц без переломов. В основной группе показатели физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, психического здоровья и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, были статистически значимо ниже, чем в контроле ( $p<0,05$ ).

**Оценка показателей КЖ у выживших больных с переломами проксимального отдела бедра в зависимости от метода лечения** (хирургическое и консервативное; см. рисунок) позволила установить, что у больных с переломами проксимального отдела бедра, получивших консервативное лечение, отмечались более низкие значения по всем шкалам опросника SF-36, чем у пациентов после хирургического лечения.

Среди шкал, характеризующих физическое здоровье, наибольшие различия между группами выявлены для интенсивности боли — 38,42% ( $p < 0,0001$ ). Различия по шкале физического функционирования составило 36,57% ( $p < 0,0001$ ), по показателю ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, — 29,79% ( $p < 0,0001$ ). Наименьшие различия между группами наблюдались по показателю общего состояния здоровья — 24,48% ( $p < 0,001$ ).

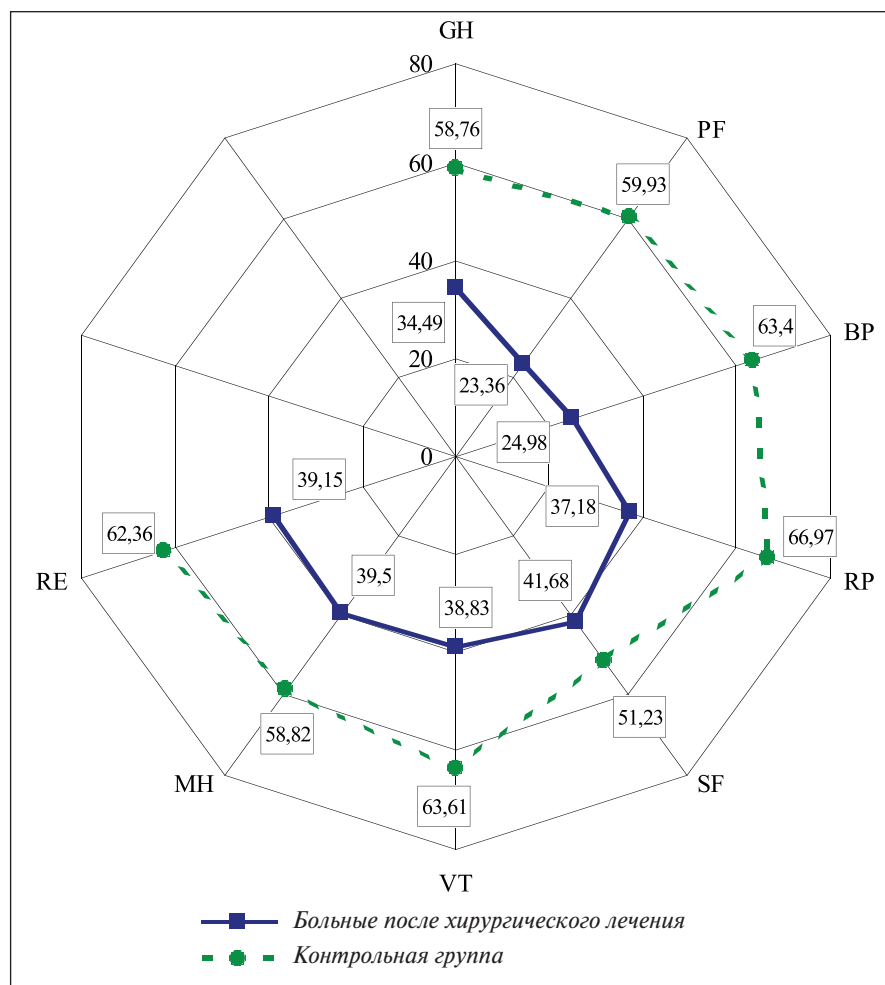
По шкалам, обуславливающим психическое здоровье, также получены статистически значимые различия между группами, при этом наибольшими эти различия были для показателя жизненной активности — 24,78% ( $p < 0,001$ ).

Различия по шкале ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, составило 23,21% ( $p < 0,001$ ), по показателю психического здоровья — 19,82% ( $p < 0,001$ ). Наименьшее различие между группами выявлено для шкалы социального функционирования — 9,55% ( $p < 0,001$ ).

Различия по показателю физического компонента здоровья составили 32,26% ( $p < 0,0001$ ), психологического компонента — 19,24% ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, у больных после консервативного лечения все показатели КЖ в большей степени снижены, чем у больных после хирургических вариантов лечения.

**Обсуждение результатов.** Настоящее исследование показало, что у больных с переломами проксимального отдела бедра показатели КЖ были снижены по всем шкалам опросника SF-36 даже спустя 2 года после травмы. Наименьшие значения имели следующие показатели: показатель физического функционирования ( $41,94 \pm 31,16$  балла), отражающий степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т. п.), и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. Таким образом, пациенты с переломами бедра имели значительные ограничения при выполнении всех видов физической активности и испытывали сильную боль, усталость и потерю жизненных сил. Установлено, что в группе больных с переломами бедра показатели КЖ были снижены в большей степени и по большинству параметров, чем в группе лиц без переломов. В основной группе показатели физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, психического здоровья и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, были значимо ниже, чем в контроле. Аналогичные результаты были получены как в российских [1, 5, 9, 10], так и в зарубежных исследованиях [11—13]. В исследовании A.G. Randell и соавт. [14] было показано, что через 3 мес после травмы у пациентов с переломами бедра



Показатели опросника SF-36 у больных с консервативными и хирургическими методами лечения переломов бедра

наблюдались статистически значимо худшие показатели физического и социального функционирования по сравнению таковыми в контрольной группе. Вместе с тем больные с переломами бедра имели достаточно высокие показатели по шкале интенсивность боли [13], тогда как в настоящей работе показатель шкалы боли оставался низким в течение 2 лет после травмы. При сравнении групп пациентов в зависимости от метода лечения установлено, что у больных с консервативными вариантами лечения показатели КЖ по всем параметрам были снижены в большей степени, чем у лиц после хирургического лечения. Подобные результаты получены и другими авторами [15—17]. Так, было показано [2], что если в течение первого года восстановления после травмы происходило независимо от способа лечения, то через 3 года у пациентов, леченных хирургическими методами, отмечалось меньшее ограничение в выполнении физических нагрузок и они меньше страдали от боли и эмоциональных расстройств.

Таким образом, КЖ у лиц старшей возрастной группы с переломами проксимального отдела бедра значимо различалось в зависимости от метода проводимого лечения. Результаты настоящего исследования, проведенного в Кемерово, показали, что ОП, остеопоротические переломы и связанные с ними исходы являются актуальной проблемой для кузбасского региона.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Науч-практ ревматол 2003;2:23–7.
2. Бахтиярова С.А. Проспективное исследование качества жизни и социально-экономических последствий осложненного остеопороза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009;22 с.
3. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003; 10.
4. Торопцова Н.В., Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современном мире. Тер арх 2006;3:11–3.
5. Лесняк О.М., Белова К.Ю., Варавко Ю.О. и др. Качество жизни после остеопоротических переломов сохраняется низким в течение года после перелома (исследование ICUROS). В кн.: Остеопороз и остеопатии. Тез. IV Рос. конгресса по остеопорозу. СПб., 2010 (Прил. 1):27.
6. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. М., 2011;270 с.
7. Roder F., Schwab M., Aleker T. et al. Proximal femur fracture in older patients rehabilitation and clinical outcomes. Age Ageing 2003;32(1):8–9.
8. Pioli G., Barone A., Giusti A. et al. Predictor of mortality after hip fracture: results from 1-year follow-up. Aging Clin Exp Res 2006;18(5):381–7.
9. Хвостова С.А. Психология личности больных с переломами костей на фоне остеопороза. Остеопор и остеопат 2005;3:30–3.
10. Cooper G.S. Menstrual History and Risk of Hip Fractures in Postmenopausal Women The Iowa Women's Health Study. Am J Epidemiol 2001;153(3):251–5.
11. Hallberg I., Rosenqvist A.M., Kartous L. et al. Health-related quality of life after osteoporosis fractures. Osteopor Int 2004;15(10):834.
12. Lyons A.R. Clinical outcomes and treatment of hip fractures. Am J Med 1997;103(2A):51–63.
13. Marcinkowska M., Wawrzyniak A., Horst-Sikorska W. et al. Quality of life in patients with hip bone fracture. Pol Merkur Lekarski 2006;21(121):44–9.
14. Randell A.G., Bhalerao N., Nguyen T.V. Quality of life in osteoporosis: reliability, consistency, and validity of the Osteoporosis Assessment Questionnaire. J Rheum 1998;25:1171–9.
15. Hongo M., Itoi E., Sinaki M. et al. Effect of low-intensity back exercise on quality of life and back extensor strength in patients with osteoporosis: a randomized controlled trial. Osteopor Int 2007;18(10):1389–95.
16. Fiereris J., Broos P.L. Quality of life after hip fracture surgery in the elderly. Acta Chir Belg 2006;106(4):393–6.
17. Johnell O., Kanis J. A. An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. Osteopor Int 2004;15(11):897–902.

## Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите (результаты собственных исследований)

**Н.А. Храмцова, Е.В. Трухина**

*ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России,  
НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО «РЖД», Иркутск*

*В структуре причин преждевременной смертности при ревматоидном артрите (РА) ведущее место занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее осложнения.*

*Цель исследования – изучение частоты, структуры и особенностей течения ИБС у больных РА.*

*Пациенты и методы.* Проведено аналитическое одномоментное поперечное исследование 257 пациентов с РА (ARA, 1987). Средний возраст больных составил  $55,4 \pm 11,6$  года, продолжительность РА – 14,7 (2; 20) года.

*Результаты исследования.* Частота ИБС при РА достигала 45,9% ( $n=118$ ), в том числе типичной стенокардии напряжения – 52,5% ( $n=62$ ), безболевой ишемии и нарушений ритма – 25,4% ( $n=30$ ) и 22,1% ( $n=26$ ) соответственно. Отмечен высокий удельный вес вертеброгенных кардиалгий (48,8%;  $n=100$ ) у предъявлявших жалобы на боли в области сердца. Выявлены традиционные факторы риска, такие как артериальная гипертензия (ОР – 12,1), курение (ОР – 10,2), ранняя менопауза (ОР – 3,6), снижение скорости клубочковой фильтрации (ОР – 3,5), наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ОР – 3,1), избыточная масса тела (ОР – 2,5), частота сердечных сокращений – более 70 уд/мин (ОР – 2,3), атерогенные дислипидемии (ОР – 2,3), гипергликемия (ОР – 2,1) и возраст (ОР – 1,7). Наряду с ними установлены предикторы ИБС, ассоциирующиеся с последствиями хронического воспаления – прием глюкокортикоидов (ОР – 5,0), сопутствующая анемия как частое осложнение РА (ОР – 4,7), высокая активность РА по DAS 28 (ОР – 3,7), ВАШ боли >50 мм (ОР – 2,6) и давность >10 лет (ОР – 2,2).

*Выводы.* К особенностям течения ИБС при РА относится частое выявление нарушений ритма и безболевой ишемии. Наряду с традиционными факторами риска ИБС очевидно значение степени активности воспаления.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, ишемическая болезнь сердца.

**Контакты:** Наталья Анатольевна Храмцова [khramtsova\\_na@mail.ru](mailto:khramtsova_na@mail.ru)