

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.

Л И Т Е Р А Т У Р А

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):196—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

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 ± 28.26 scores. That of the psychological component scale was 49.56 ± 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 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% ($p < 0,001$).

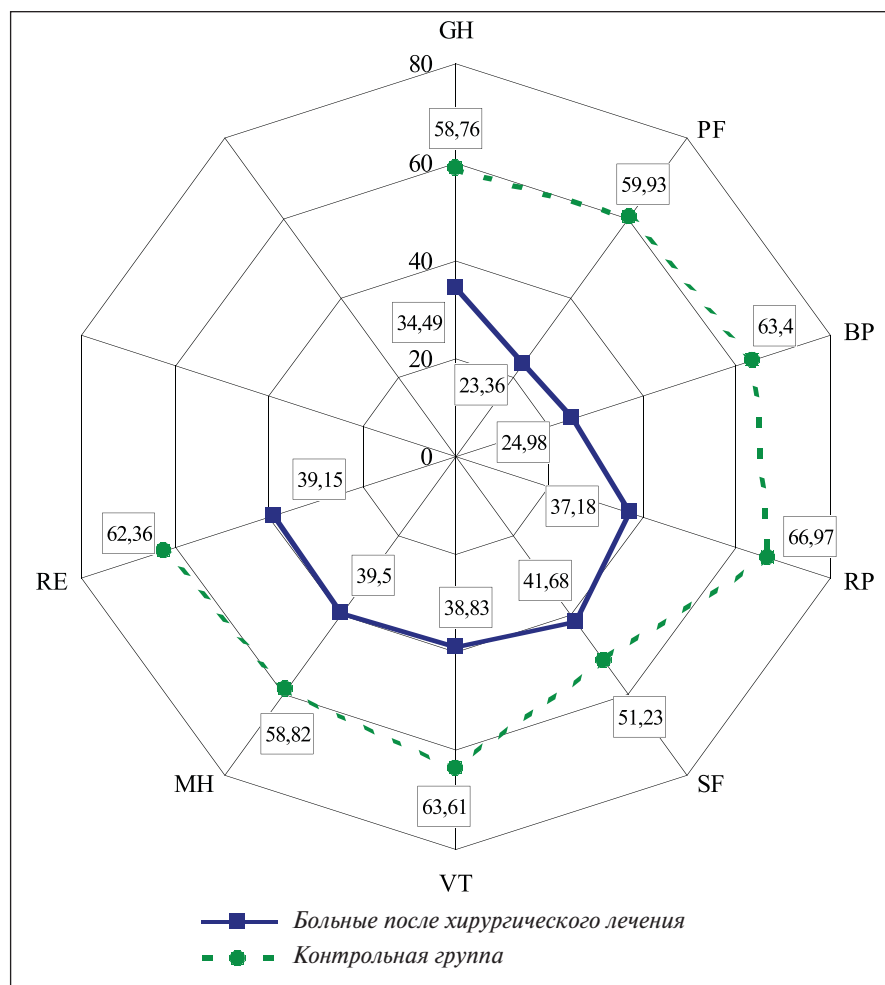
По шкалам, обуславливающим психическое здоровье, также получены статистически значимые различия между группами, при этом наибольшими эти различия были для показателя жизненной активности — 24,78% ($p < 0,001$).

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