

Виноградова И.Б и др.

Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования (предварительные результаты) Науч-практ ревматол 2009;1: 22–7.

7. Gamez-Nava J.L., Gonzalez-Lopez L., Davis P. et al. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. Br J Rheum 1998;37:1215–9.

8. Алексеева Л.И., Шарапова Е.П. Хондритин сульфат в лечении остеоартроза. РМЖ 2009;21(360):1448–52.

9. Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull WHO 2003;81(9):646–56.

10. Jordan K.M.M., Arden N.K. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the

Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003;62:1145–55.

11. Zhang W., Moscovitz R.W., Nuki G. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthr Cartil 2008;16(2):137–62.

Ограничение жизнедеятельности у больных ювенильным хроническим артритом

Т.А. Шелепина

ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва

На основании результатов обследования с помощью опросника CHAQ проанализирована степень ограничения жизнедеятельности у больных с различными вариантами ювенильного хронического артрита. Обсуждается целесообразность использования опросника у детей младшей дошкольной группы.

Ключевые слова: ювенильный хронический артрит, ограничение жизнедеятельности.

Контакты: Татьяна Андреевна Шелепина Shelepina209@mail.ru

Vital activity limitation in patients with juvenile chronic arthritis

T.A. Shelepina

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

The results of examination using the CHAQ are employed to analyze the degree of vital activity limitation in patients with different types of juvenile chronic arthritis. Whether it is advisable to use the questionnaire in young preschoolers is discussed.

Key words: juvenile chronic arthritis, vital activity limitation.

Contact: Tatyana Andreyevna Shelepina Shelepina209@mail.ru

Хронические воспалительные заболевания суставов у детей – тяжелая патология, требующая мультидисциплинарного обследования на ранних стадиях и сложнейшего комплексного лечения при установлении варианта артрита. Целью терапии является достижение ремиссии. При этом оценивают такие показатели, как снижение активности воспалительного процесса, купирование боли и предотвращение инвалидизации, одним из показателей которой является ограничение жизнедеятельности, т. е. затруднение при самообслуживании. Для оценки данного показателя широко используется опросник Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) [1–3].

Цель работы – изучить степень ограничения жизнедеятельности у пациентов с различными вариантами ювенильного хронического артрита (ЮХА) и результативность использования опросника CHAQ у детей дошкольного возраста.

Материал и методы. В исследование включено 132 больных, часть которых обследовали повторно, в связи с чем общее число наблюдений составило 162.

Пациенты школьного возраста отвечали на вопросы самостоятельно в присутствии исследователя. Ограничение жизнедеятельности у детей младшей группы (до-

школьники) оценивал врач, при этом использовали также сведения, полученные от родителей. Выраженность боли в данной подгруппе определяли с помощью картиночной шкалы.

Среди пациентов было 64% девочек. Средний возраст больных составлял $11,92 \pm 4,3$ года, средняя давность заболевания – $6,1 \pm 4,2$ года. Больные с системным вариантом ЮХА составили 20%, с полиартикулярным – 52%, с олигоартикулярным – 15%. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (ЮАС) диагностирован у 8% детей, ювенильный псориатический артрит – у 5%. Данные о распределении в зависимости от варианта артрита представлены в табл. 1.

Пациентов обследовали в первые дни госпитализации, опрос (CHAQ) проводили перед назначением реабилитационного лечения. Использовали русскоязычный вариант опросника CHAQ, описательную статистику программы Biostat.

Результат исследования. Средний показатель опросника в целом по группе пациентов составил $0,4 \pm 0,6$. У детей с системным вариантом ЮХА он равнялся $0,8 \pm 0,7$, с полиартикулярным – $0,5 \pm 0,4$, с олигоартикулярным – $0,3 \pm 0,3$, с псориатическим – $1,0 \pm 1,3$, с ЮАС – $0,2 \pm 0,2$. У пациентов

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

младшей возрастной группы средний показатель ограничения жизнедеятельности составил $0,6 \pm 0,7$. Тяжелая степень ограничения жизнедеятельности при системном варианте ЮХА отмечена у 28% детей, при полиартикулярном – у 10%, при псориатическом артрите – у 25%; при олигоартикулярном и ЮАС тяжелой степени ограничения жизнедеятельности не выявлено.

Обсуждение. Исследование проведено с целью определения возможности самообслуживания у больных с ЮХА, находившихся на стационарном лечении в детском отделении НИИР РАМН в 2010–2012 гг.

Как показали результаты исследования, у больных с различными вариантами ЮХА ограничение жизнедеятельности соответствовало средней степени. Этот показатель оказался достоверно ниже, чем при исследовании, проведенном нами у пациентов, находившихся на стационарном лечении в НИИР РАМН в 2005–2006 гг. Предварительные сравнительные данные, полученные нами при обследовании меньшего числа пациентов, опубликованы ранее и представлены в табл. 2. Улучшение качества жизни, о чем свидетельствует снижение общего показателя ограничения жизнедеятельности по группе, вероятнее всего, связано с внедрением в практику генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). В анализируемой нами группе такую терапию получали 65% больных.

Данный показатель оказался достоверно выше у пациентов с системным вариантом ЮХА, чем с полиартикулярным ($p=0,012$). Число пациентов с тяжелой степенью ограничения жизнедеятельности было выше при системном варианте. Наши результаты совпадают с данными литературы [4–6] о наибольшей тяжести системного варианта артрита.

Максимально тяжелая степень ограничения жизнедеятельности отмечалась у 2 пациентов с псориатическим артритом, имевших 4-й функциональный класс (тяжелые анатомические изменения в суставах) при первой госпитализации в НИИР РАМН. Несмотря на комплексную медикаментозную терапию, включавшую ГИБП, и активное реабилитационное лечение (оперативное и консервативное), значительного улучшения качества жизни у этих пациентов достичь не удалось.

В младшей группе обследованных средний показатель ограничения жизнедеятельности равнялся 0,6. Однако эти данные, по нашему мнению, нельзя считать достоверными, так как многие действия у детей нельзя было оценить (табл. 3).

Многие пациенты дошкольного возраста не обучены самообслуживанию, в частности, не умеют принять душ и

Таблица 1. *Распределение пациентов в зависимости от варианта артрита*

Вариант артрита	Число больных	Число наблюдений
Системный	26 (20)	32 (20)
Полиартикулярный	68 (52)	84 (52)
Олигоартикулярный	20 (15)	25 (15)
ЮАС	11 (8)	12 (7)
Ювенильный псориатический	7 (5)	9 (6)

Примечание. В скобках – процент больных.

Таблица 2. *Средний показатель ограничения жизнедеятельности у больных ЮХА, находившихся на стационарном лечении в различные годы ($p=0,000$)*

Период пребывания в стационаре	Число пациентов	Средний показатель по группе
2005–2006 гг.	28	0,982
2010–2012 гг.	47	0,418
2010–2012 гг.	162	0,4

Таблица 3. *Действия, входящие в опросник, которые нельзя оценить у детей*

Возраст, годы	Число больных	Среднее число действий, которые нельзя оценить
3	4	11
4	7	7
5	12	9
6	8	6

вымыть голову, причесаться, пользоваться ножом и ножницами. Менее половины детей помогают родителям по дому. Самостоятельно выполняли поручения вне дома только 3 пациента. Возможно, это объясняется страхом родителей оставить ребенка без присмотра. Большинство родителей ограждают детей от самообслуживания, поэтому оценить реальные возможности детей очень сложно. В задачу исследования входило изучение возможности оценки маленьким пациентом своих болевых ощущений по картиночной шкале. Все дети старше 3 лет объективно оценивали боль на уровне слабой. Обследование проводили без родителей, желаемый результат достигался, если удавалось быстро увести ребенка от матери и увлечь его демонстрацией картинок. В таком случае контракт с ребенком устанавливался легко, и он охотно рассматривал картинки с изображением лиц с различной по интенсивности болью и отвечал на вопрос, на кого он похож и что он умеет или не умеет делать самостоятельно. Если же мама шла за ребенком, то установить контакт не удавалось, он не отвечал на вопросы.

Через 6–12 мес повторно обследованы 14 детей. У 3 из них отмечено полное совпадение результатов, у 7 – небольшие различия в рамках одной степени ограничения

жизнедеятельности, у 4 – снижение степени ограничения жизнедеятельности. У 1 пациентки при сочетании опроса с выполнением действия наблюдалась попытка явного приуменьшения степени выраженности ограничения жизнедеятельности (0,5 – по данным пациентки, 1,125 – по данным врача).

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы:

1) общий показатель по группе больных ЮХА соответствует средней степени ограничения жизнедеятельности;

2) изучаемый показатель достоверно выше у пациентов с системным вариантом ЮХА по сравнению с полиарткулярным;

3) средний показатель ограничения жизнедеятельности в настоящем исследовании оказался достоверно ниже, чем у пациентов, находившихся на лечении в НИИР РАМН в 2005–2006 гг.;

4) использование опросника CHAQ у детей младше 5 лет малоэффективно, так как невозможно понять, обусловлены трудности выполнения тех или иных действий заболеванием или неумением.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Singh G., Athreya B.H., Fries J.F. et al. Measurement of Health Status in Children with Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Arthr Rheum* 1994;37(12):1761–9.
2. Brunner H. Health of Children with Chronical Arthritis: Relation of Different Measures and the Quality of Parents Proxy Reporting. *Arthr Rheum* 2004;51(5):763–73.
3. Nikishina I., Ruperto N., Kuzmina N. et

al. The Russian version of the Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health and Child Health Questionnaire (CHO). *Clin Exp Rheum* 2001;19(Suppl 23):131–5.
4. Prier A.M. Prognosis of the systemic forms of juvenile chronic arthritis. *Apropos of 100 cases. Arch Fr Pediatr* 1984;41:91–7.
6. Prier A.M. Devenir fonctionnel social et

professionnel de patients atteints d'arthrite chronique juvenile revus 12 ans apres une premiere estimation. *Rev Rheum* 1985;52:189–90.

7. Flato B., Lien G., Smerdel A. Prognostic factors in Juvenil rheumatoid arthritis: a case-control study revealing early predictors and outcome after 14.9 years. *J Rheum* 2003;30(2):386–93.

Анкилозирующий спондилоартрит в ревматологической практике Карелии

И.М. Марусенко, А.А. Бражник, Н.Н. Везикова, О.А. Васькова

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский университет», Республика Карелия

Представлены патоморфологические аспекты воспалительного процесса при анкилозирующем спондилоартрите (АС), роль мышечного спазма в поддержании интенсивности болевого синдрома и скованности, необходимость ранней диагностики АС, значение раннего применения нестероидных противовоспалительных препаратов у таких пациентов. Результаты клинических исследований и собственные данные авторов демонстрируют высокую эффективность и хорошую переносимость нимесулида (найз) при АС.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, диагностика, лечение.

Контакты: Ирина Михайловна Марусенко imarusenko@yandex.ru

Ankylosing spondyloarthritis in the rheumatology practice of Karelia

I.M. Marusenko, A.A. Brazhnik, N.N. Vezikova, O.A. Vaskova

Petrozavodsk State University

The paper describes the pathological aspects of an inflammatory process in ankylosing spondyloarthritis (AS), the role of muscle spasm in maintaining the intensity of pain syndrome and stiffness, the need for the early diagnosis of AS, and the significance of the early use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in these patients. The results of clinical trials and the authors' data demonstrate the high efficacy and good tolerance of nimesulide (nise) in AS.

Key words: ankylosing spondyloarthritis, diagnosis, treatment.

Contact: Irina Mikhailovna Marusenko imarusenko@yandex.ru

Анкилозирующий спондилоартрит (АС, болезнь Бехтерева) – хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией в крестцово-подвздошных сочленениях (КПС), позвоночнике и паравертебральных мягких тканях. АС ассоциируется с носительством антигена гистосовместимости HLA-B27 и относится к группе серонегативных спондилоартритов [1, 2].

Распространенность АС в мире составляет от 0,15 до 1,4% [2], в европейских странах – от 0,08 [3] до 0,26% [4], в

России (2008 г.) – 0,1% [5]. По данным на 2012 г., встречаемость АС у жителей Республики Карелия равна 0,014%, что может свидетельствовать о недостаточном уровне диагностики данной патологии.

Первые проявления заболевания возникают, как правило, в молодом возрасте (15–30 лет) и редко наблюдаются после 45 лет [1]. У женщин первые рентгенологические изменения появляются значительно позже, чем у мужчин [6]. Начало заболевания в молодом возрасте и ранняя инвали-