УДК 616.72-002-053.5

Л.В. Жданова

КЛИНИКО-АНЕМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТОВ В РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

Бурятский филиал Научного центра проблем здоровья семьи репродукции человека СО РАМН (Улан-Удэ)
ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Статья посвящена изучению эпидемиологии ювенильных артритов у детей в Республики Бурятии. Во всероссийском регистре ювенильных артритов (ЮА) по Республики Бурятии (РБ) состоит 48 пациентов в возрасте 10,2 ± 5,1 года со средней продолжительностью заболевания 3,4 ± 3,2 года, из них 26 мальчиков и 22 девочки. Отмечается высокий уровень заболеваемости ЮА в РБ, который составляет 21,2 на 100 тыс. детского населения. Возраст дебюта заболевания приходится на школьные годы и составляет 7,1 ± 4,5 года. Отмечается 2 возрастных пика начало ЮА – 1–3 года (31,2 %) и 8–12 лет (39,5 %). В 66,6 % случаев встречается олигоартикулярная форма ЮА. Более половины пациентов имеют внесуставные проявления ЮА, большая часть из которых приходится на реакцию лимфопролиферативных органов (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия). 56,2 % пациентов с ЮА имеют инвалидизацию, у 70 % она устанавливается в первый год заболевания. 90 % больных с ЮА находятся на лечении метотрексатом, из них 69 % получают сочетанную иммуносупрессивной терапию, в том числе 13 % – генно-инженерные биологические препараты.

Ключевые слова: *дети, ювенильные артриты*

CLINICAL AND ANAMNESTICAL FEATURES OF JUVENILE CHRONIC ARTHRITIS IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

L.V. Zhdanova

Buryat Branch of Scientific Center of Family Health and Human Reproduction Problems SB RAMS, Ulan-Ude
Buryat State University, Ulan-Ude

Article is devoted to the study of the epidemiology of juvenile arthritis in children in the Republic of Buryatia. All-Russian register of juvenile arthritis (JA) by the Republic of Buryatia (RB) is 48 patients aged 10,2 ± 5,1 years, with a mean disease duration of 3,4 ± 3,2 years, including 26 boys and 22 girls. There is a high incidence of JA in the Republic of Buryatia, which is 21,2 to 100,000 child population. Age of onset of the disease falls on school years and is 7,1 ± 4,5 years. Marked the beginning of the peak age 2 JA: 1–3 years – 31,2 %, and 8–12 years – 39,5 %. In 66,6 % of cases occur oligoarticular form JA. More than half of patients have extra-articular manifestations of JA, the majority of which occur in the reaction of lymphoproliferative (lymphadenopathy, hepatosplenomegaly). 56,2 % of patients with JA have a disability, 70 % of it is set in the first year of the disease. 90 % of patients with JA being treated with methotrexate, of whom 69 % are on conjoint immunosuppressive therapy, including 13 % - genetically engineered biological agents.

Key words: *children, juvenile arthritis*

Ювенильный артрит (ЮА) – одно из наиболее частых ревматических заболеваний, встречающихся у детей, которое характеризуется преимущественным поражением суставов, а также патологией других органов и тканей с формированием полиорганной недостаточности различной степени выраженности. Заболеваемость ЮА составляет от 2 до 16 на 100 тыс. детского населения в возрасте до 16 лет. Распространенность ЮА у детей до 18 лет на территории российской Федерации достигает 62,3, первичная заболеваемость – 16,2 на 100 тыс., в том числе у подростков соответствующие показатели составляют 116,4 и 28,3, а у детей до 14 лет – 45,8 и 12,6 [5]. Заболевание носит прогрессирующее течение, которое приводит к резкому ограничению возможности передвижения и самообслуживания, физической и социальной дезадаптации детей. Учитывая, что начало ЮА приходится на дошкольный возраст, до 50 % детей к подростковому периоду инвалидизированы, причем в большинстве случаев статус инвалидности устанавливается в первые годы заболевания [1, 6]. Ранняя инвалидизация детей, страдающая различными вариантами ЮА приводит к значительному снижению качества жизни, низкой социальной активности родителей, существенным затратам на содержание ребенка-инвалида. Таким образом, можно говорить о том, что ЮА является не только медицинской проблемой, но и социальной.

Лечения ЮА является сложным. Используемые лекарственные препараты имеют возрастные ограничения, в связи, с чем применение многих из них затруднено в педиатрической практике. Базисные противовоспалительные препараты имеют ряд ограничений, побочных явлений, что также обуславливает трудности в их подборе [4, 7, 8, 10]. В последнее десятилетие в лечение ЮА прочно вошли генно-инженерные биологические препараты, которые изменили парадигму терапии данного заболевания, но и здесь имеются проблемы в их назначении – дороговизна, отсутствие детского возраста в показаниях.

Учитывая медико-социальную проблему ЮА, необходимость изучения особенностей течения, распространенности и заболеваемости в РФ, для оптимизации медицинской помощи в 2007 году стартовал проект всероссийского регистра детей с ЮА.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить клинико-анамнестические особенности ЮА у детей, проживающих на территории Бурятии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены результаты всероссийского регистра больных с ЮА по республики Бурятии (РБ). При постановке диагноза и определения категории артрита использовалась номенклатура и классификация ювенильных артритов (ILAR, г. Эдмонтон, 2011) [2]. Оценка активности проводилась по 100мм шкале ВАШ (визуально аналоговая шкала), где 0 мм - отсутствие активности, 100 мм – самая высокая степень активности. Оценка качества жизни проводилась по опроснику CHAQ (the Childhood Health Assessment Questionnaire), где количество баллов 0 – нет функциональных нарушений, 0–0,13 – минимальные функциональные нарушения, 0,14–0,63 – минимальные и умеренные, 0,64–1,75 – умеренные, > 1,75 – выраженные функциональные нарушения [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всероссийском регистре ЮА по РБ состоит 48 пациентов в возрасте 10,2 ± 5,1 года со средней продолжительностью заболевания 3,4 ± 3,2 года, из них 26 мальчиков и 22 девочки.

Средний возраст дебюта заболевания приходится на школьные годы и составляет 7,1 ± 4,5 года. Отмечается 2 возрастных пика начало ЮА – 1–3 года (31,2 %) и 8–12 лет (39,5 %). Возрастная особенность представлена на рис. 1.

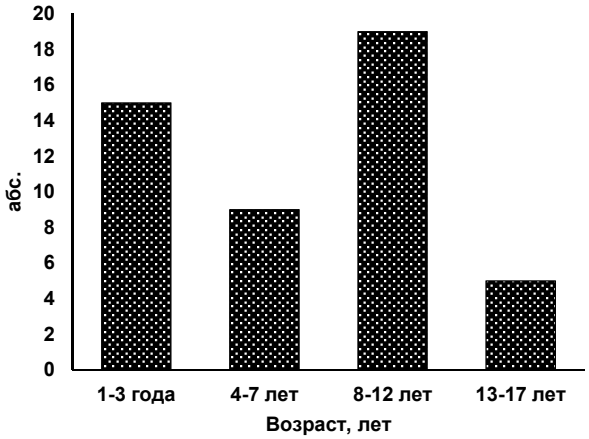

Рис. 1. Возрастная характеристика дебюта ЮА (абс. число).

Заболеваемость ЮА по РБ составила 21,2 на 100 тыс. детского населения, и находится на верхних границах по данным Российской Федерации (заболеваемость ЮА по России от 6–21 на 100 тыс. детского населения. Отмечены районы, где заболеваемость превышает показатели по РБ. К ним относятся Мухоршибирский, Иволгинский, Тункинский, Еравнинский, Хоринский, Селенгинский и Заиграевский районы. Заболеваемость по районам РБ представлена в табл. 1.

Согласно классификации артритов по ILAR больший процент составляют больные с олигоартикулярной формой ЮА, что согласуется с мировыми данными (рис. 2).

Таблица 1

Заболеваемость ЮА по районам РБ (на 100 000 детского населения)

Районы	Улан-Удэ	Северобайкальский	Прибайкальский	Кабанский	Кяхтинский	Иволгинский	Тункинский	Мухоршибирский	Баргузинский	Еравнинский	Хоринский	Селенгинский	Заиграевский
Заболеваемость	23,3	11,1	14,8	15	18,8	25,7	31,1	31,1	31,5	38	40	42,5	52,1

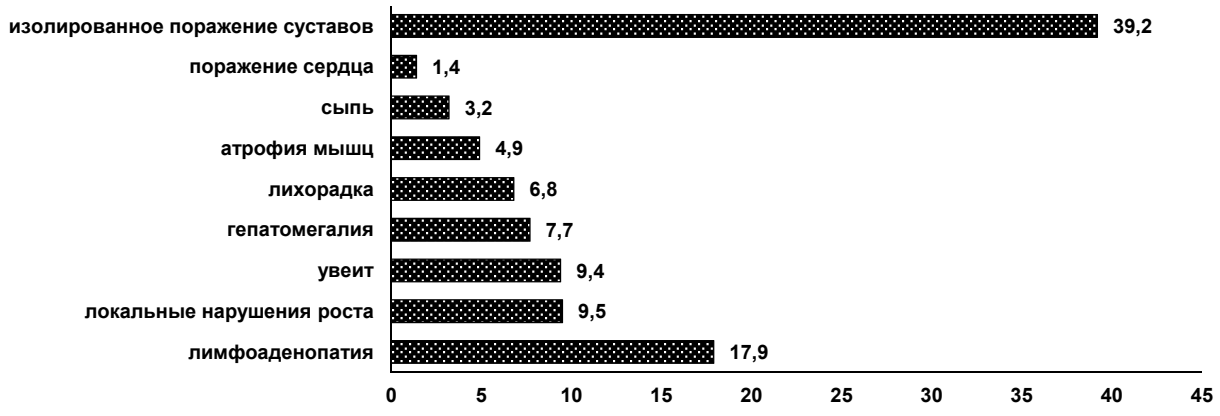

Рис. 3. Внесуставные проявления ЮА (%).

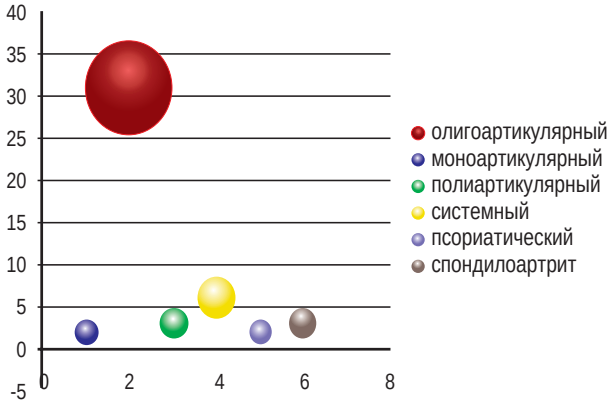

Рис. 2. Классификация ЮА.

Изолированное поражение суставов отмечено у 39,2 % пациентов. Наиболее частым внесуставным проявлением является реакция лимфопролиферативных органов, что подтверждает иммунопатологический процесс заболевания (рис. 3).

Оценка функционального класса по Штейнброккеру показала, что только 9,2 % пациентов с ЮА не имеют нарушения функции суставов, до 45,5 % больных ограничены в самообслуживание, и это определяет высокую степень инвалидизации. Так 56,2 % страдающих ЮА имеют инвалидность, причем в 70 % случаев она установлена в первый год заболевания.

Согласно классификации рентгенологических стадий по Штейнброккеру 56,7 % больных имеют I стадию (эпифизарный остеопороз), у 32,3 % пациента отмечается нарушение целостности суставного хряща, что соответствует II стадии и 2,3 % детей с ЮА имеют анкилозирование суставов (IV стадия).

Характеристика проводимого иммуносупрессивного лечения показала, что только 31 % пациентов с ЮА получают монотерапию метотрексатом или сульфасалазином и 69 % детей находятся на сочетанной терапии (табл. 2).

Таблица 2

Сочетанная терапия у пациентов с ЮА

Препараты	МТХ+ЦсА	МТХ+ИНФ	МТХ+СФ
Количество пациентов (абс. число)	4	9	1

Примечание: МТХ – метотрексат, ЦсА – циклоспорин, ИНФ – инфликсимаб, СФ – сульфасалазин.

На фоне проводимого лечения ремиссия отмечена у 27 % пациентов. Для оценки активности заболевания использовалась шкала ВАШ (визуально аналоговая шкала), которая показала, что, не смотря на агрессивную терапию у 28,1 % детей с ЮА сохраняется высокая степень активности заболевания (рис. 4).

Оценка качества жизни по опроснику CHAQ выявила, что преимущественно страдают функции, суставов нижних конечностей, и степень их нарушения является минимальной и умеренной (табл. 3).

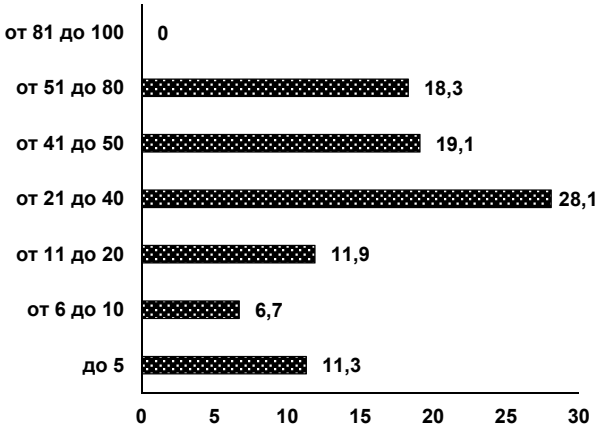

Рис. 4. Активность ЮА по 100 мм шкале ВАШ.

Таблица 3

Оценка качества жизни по опроснику CHAQ

Название шкалы	Количество баллов
Одевание	0
Подъем	0,5
Еда	0
Прогулка (ходьба)	0,3
Гигиена	0
Дотягивание	0,2
Сила сжатия	0
Активность	0,2
Оценка родителями боли по ВАШ	2,5
Оценка общего состояния	4,0
Индекс функциональной недостаточности	0,3

ВЫВОДЫ

1. В РБ отмечается высокая заболеваемость ЮА, которая составляет 21,2 на 100 тыс. детского населения.

2. Средний возраст дебюта ЮА составляет 7,1 ± 4,5 года. Девочки и мальчики болеют с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

3. Дети с ЮА чаще страдают олигоартикулярной формой (32/66,6 %), имеют II степень активности и I рентгенологическую стадию по Штейнброккеру.

4. Более половины пациентов имеют внесуставные проявления ЮА, большая часть из которых приходится на реакцию лимфопролиферативных органов (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия).

5. 90 % больных с ЮА находятся на лечении метотрексатом, из них 69 % получают сочетанную иммуносупрессивную терапию, в том числе 13 % – генно-инженерные биологические препараты.

6. Отмечается низкий уровень качества жизни пациентов, страдающих ЮА, что подтверждается данными опросника CHAQ. Степень нарушения составляет 0,3 балла и соответствует минимальным нарушениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Е.И. Ревматические болезни и их влияние на качество жизни детей и их семей. Качество жизни // Медицина. – 2008. – № 1. – Р. 14–17.

2. Алексеева Е.И., Валиева С.И, Апаева Д.В. Эффективность и безопасность комбинированной иммуносупрессивной терапии циклоспорином А и метотрексатом у больных с тяжелым ювенильным ревматоидным артритом // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5 (2). – С. 19–27.

3. Кузьмина Н.Н., Никишина И.П., Шайков А.В. и др. Российский адаптированный вариант опросников для оценки качества жизни и состояния здоровья детей с ювенильными хроническими артритами // Научно-практическая ревматология. – 2002. – № 1. – С. 40–47.

4. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита в эру генно-инженерных биологических препаратов // Терапевтический архив. – 2007. – № 5. – С. 5–8.

5. Школьникова М.А., Алексеева Е.И. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии. – М.: М-арт, 2011. – 512 с.

6. Яковлева Л.В. Психологические особенности личности детей с ювенильным ревматоидным артритом // Рос. педиатр. журнал. – 1998. – № 6. – С. 20–21.

7. Cassidy J., Petty R. Texebook of pediatric rheumatology. – Elsevier Saundres, 2005.

8. Hashkes P.J., Laxer R.M. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis // JAMA. – 2005. – Vol 5. – P. 19–27.

9. Hofer M., Sothwood T.R. Classification of childhood arthritis // Best. pract. Res. Clin. Rheum. – 2002. – Vol. 16, N 3. – P. 379–396.

10. Horneff G., Augustin S. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis // Med. Monatsschr. Pharm. – 2008. – Vol. 31 – P. 326–336.

Сведения об авторах

Жданова Лариса Владимировна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Бурятского филиала НЦ ПЗСРЧ СО РАМН, старший преподаватель ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (670018, г. Улан-Удэ, ул. Аргадинская, 10; тел.: 8 (3012) 451-913, сот. тел.: 89503844873; e-mail: l.zhdanova@mail.ru)