

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У МОЛОДИХ ДОРΟΣЛИХ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

**М.Б. Дзус**

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ  
Кафедра внутрішньої медицини №2 (зав. - доц. Г.В. Мостбауер)

### Реферат

**Мета.** Визначення психоемоційного стану за даними опитувальників у дорослих пацієнтів з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА).

**Матеріал і методи.** На базі Олександрівської міської клінічної лікарні, м. Київ обстежено 106 пацієнтів з верифікованим ЮІА за класифікаційними критеріями міжнародної ліги асоціації ревматологів, які досягли віку більше 18 років. В дослідження не включали пацієнтів з органічною патологією головного мозку, енцефалопатією пов'язаною з артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, хронічною нирковою недостатністю. Клінічне обстеження включало рахунок кількості припухлих та болючих суглобів та кількості суглобів, що потребують протезування в наслідок деструктивних змін, оцінку активності захворювання з врахуванням призначених протиревматичних ліків, оцінку якості життя та здоров'я за опитувальниками SF-36, HAQ, PHQ-9, оцінку тривоги за опитувальниками Бека та Гамільтона (HAM-A), депресії за опитувальником Бека та опитувальники Чабана О.С. з самооцінки тривоги та депресії, визначення соціальних факторів, які ймовірно впливають на здоров'я.

**Результати й обговорення.** Усіх пацієнтів було розділено на дві групи залежно від потреби в протезуванні суглобів не зважаючи на клінічний варіант ЮІА. До I групи увійшло 20 хворих віком  $24,20 \pm 8,7$  роки, з потребою в протезуванні одного чи більше суглобів як наслідок ЮІА. Друга група включала 86 хворих, що не потребують протезування суглобів, середнім віком  $23,18 \pm 6,18$  роки. У I групі виявлено більшу тривалість захворювання ( $p=0,025$ ), більшу кількість деформованих суглобів ( $p<0,001$ ), частіше виявляли пошкодження шийного відділу хребта ( $p=0,015$ ), артрити суглобів кистей ( $p=0,008$ ), ураження сухожилків ( $p=0,037$ ), більше системних виявів ЮІА ( $p=0,003$ ), вищу лабораторну активність за ШОЕ ( $p=0,001$ ) та DAS 28 ( $p<0,0001$ ), агресивнішу терапію, в тому числі, довше приймали глюкокортикоїди (ГК) ( $81,74$  міс.), ніж у II групі ( $15,34$  міс.) ( $p<0,0001$ ) та отримали більшу кумулятивну дозу ГК ( $p=0,001$ ). Фізичний стан пацієнта за анкетуванням SF-36 у I групі становив  $33,92 \pm 14,0$  проти  $43,74 \pm 13,62$  у II групі, що свідчить про нижчий рівень фізичного здоров'я ( $p<0,001$ ) та гірший функціональний стан за HAQ ( $p=0,034$ ). Однак психологічний стан здоров'я пацієнтів за SF-36 не відрізнявся у двох групах ( $p=0,832$ ), хоча опитувальник PHQ-9 показав, що в пацієнтів I групи виявлено депресію помірної тяжкості ( $11,17 \pm 6,19$ ) проти легкої ("субклінічної") депресії ( $6,4 \pm 6,02$ ) в II групі ( $p=0,019$ ), що підтверджується шкалою самооцінки депресії, де в I групі виявлена схильність ( $p=0,018$ ) до депресивних станів

( $9,0 \pm 6,39$ ) порівняно з відсутністю таких у II групі ( $4,5 \pm 3,98$ ). За оцінкою анкети виявлення психосоматичних розладів у I групі ( $8,5 \pm 6,35$ ) частіше спостерігається потреба в консультаціях у медичного психолога ( $p=0,013$ ), ніж у II групі ( $4,08 \pm 3,56$ ). Однак, при оцінюванні тривожності в обох групах пацієнтів різниці не було виявлено ні за якими шкалами, хоча рівень тривожності був вищим у I групі.

**Висновки.** Пацієнти з деструктивними змінами в суглобах при ЮІА мають більшу схильність до психоемоційних розладів, що потребує консультації медичного психолога або фахівця з психосоматичної медицини. Активне та своєчасне лікування ЮІА з використанням сучасних методів, в тому числі імунобіологічної терапії, дозволить запобігти розвитку деструктивних змін у суглобах, що в свою чергу призведе до зменшення психоемоційних розладів у дорослих пацієнтів з ЮІА. Пацієнти з агресивним деструктивним перебігом ЮІА потребують більшої соціальної адаптації, що зумовлює потребу включення медичних психологів у команду лікарів, поряд з ревматологами, ортопедами, реабілітологами, окулістами, для лікування дорослих з ЮІА.

**Ключові слова:** ювенільний ідіопатичний артрит, якість життя, депресія, тривога, протезування

### Abstract

#### PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF YOUNG ADULTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

M.B. DZHUS

The O.O. Bohomolets National Medical University in Kyiv

**Aim.** To determine emotional state in adults with juvenile idiopathic arthritis (JIA) using questionnaires/

**Material and Methods.** Patients diagnosed with JIA (N=106) aged over 18 years were examined on the basis of the Alexander Municipal Clinical Hospital, Kyiv, Ukraine. The diagnosis was verified according to the classification criteria of the International League of the Association of Rheumatologists. The study did not include patients with organic pathology of the brain, encephalopathy associated with hypertension, diabetes mellitus, and chronic renal failure. Clinical examination included count of swollen and painful joints; count of joints requiring prosthetics in consequence of destructive changes; assessment of disease activity with regard to administered anti-rheumatic drugs; assessment of quality of life and health with the questionnaires SF-36, HAQ, PHQ-9; evaluation of anxiety by Beck and Hamilton (HAM-A) questionnaires; evaluation of depression by Beck questionnaire surveys and Chaban

questionnaire on self-evaluation of anxiety and depression; and determining the social factors that appear to affect health.

**Results and Discussion.** All patients were divided into two groups, depending on the need for prosthetic joints regardless of JIA clinical variants. Group I included 20 patients aged  $24,20 \pm 8,7$  years, with the need of one or more prosthetics joints as a result of JIA. The second group included 86 patients who did not require prosthetic joints, with mean age  $23,18 \pm 6,18$  years. In group I, a longer disease duration ( $p=0.025$ ), more deformed joints ( $p<0.001$ ), more frequent cervical spine damage ( $p=0.015$ ), arthritis of hands joints ( $p=0.008$ ), lesions of tendons ( $p=0.037$ ), more systemic manifestations of JIA ( $p=0.003$ ), higher ESR ( $p=0.001$ ) and DAS 28 ( $p<0,0001$ ) were found; they also received more aggressive therapy, including longer course of glucocorticoids (GC) ( $81.74$  months) than the patients in group II ( $15.34$  months) ( $p<0.0001$ ) and a higher cumulative dose of GC ( $p = 0.001$ ). The patients' physical condition according to the SF-36 was  $33,92 \pm 14,0$  in group I vs  $43,74 \pm 13,62$  in group II, indicating a lower level of physical health ( $p<0.001$ ) and poorer functional status by HAQ ( $p=0.034$ ). However, the patients' psychological health by the SF-36 did not differ in two groups ( $p=0.832$ ), although the PHQ-9 questionnaire showed that the patients in group I revealed moderate severity depression ( $11,17 \pm 6,19$ ) vs light ("subclinical") depression ( $6,4 \pm 6,02$ ) in group II ( $p=0.019$ ), which is also confirmed by the self-evaluation scale for depression, where a tendency towards depression was found in group I ( $9,0 \pm 6,39$ ) compared to no signs of depression ( $4,5 \pm 3,98$ ) in group II ( $p=0.018$ ). According to the questionnaire on psychosomatic disorders, higher need for medical psychologist's consultation ( $8,5 \pm 6,35$ ) was found in group I ( $p=0.013$ ) than in group II ( $4,08 \pm 3,56$ ). However, in anxiety assessment, the difference was not detected by any questionnaires in both groups of patients, although the anxiety level was higher in group I.

**Conclusions.** Patients with JIA with destructive changes in the joints have higher tendency towards psycho-emotional disorders that require medical consultations of a psychologist or a psychosomatic medicine professional. Active and early treatment of JIA using modern methods, including biological therapy, allow to prevent destructive changes in the joints, that in its turn reduces psycho-emotional disorders in adult patients with JIA. Patients with aggressive destructive course of JIA need higher social adjustment, which causes a need to include medical psychologists in the team of doctors (along with rheumatologists, podiatrists, rehabilitation professionals, and ophthalmologists) who treat adults with JIA.

**Keywords:** juvenile idiopathic arthritis, quality of life, depression, anxiety, prosthetics

## Вступ

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) це гетерогенна група запальних артропатій не виявленої етіології, яка розвивається в осіб до 16 років та виявляється ураженням одного або більше суглобів протягом 6 тижнів [15]. Це найрозповсюдженіше запальне ревматичне захворювання дитячого віку з щорічною захворюваністю, за

даними Pediatric Rheumatology European Society, 2-20 випадків на 100 000 населення [16]. Згідно класифікації International League of Associations for Rheumatology (ILAR) розрізняють сім категорій ЮІА: системний артрит, поширений олігоартрит, поліартрит серонегативний, поліартрит серопозитивний, ентезит-артрит, псоріатичний артрит та недиференційований артрит. Ці підтипи мають різні клінічні вияви, різні імунологічні маркери та перебіг захворювання [15] відповідно вони мають різний прогноз захворювання. Майже у половини хворих, в яких в дитинстві діагностовано ЮІА, в дорослому віці теж спостерігається активність захворювання. Відомо, що наявність хронічних соматичних захворювань часто відображається на психоемоційному стані пацієнта. Ураження опорно-рухового апарату призводить у дитячому віці до обмеження пацієнта в активному проведенні часу, участі у рухових іграх, занятті спортом, а подеколи, у важких випадках, навіть у відвідування освітніх закладів. Однак, згідно даних досліджень [4, 17] такі фізичні обмеження активності рідко призводять до психоемоційних розладів у дітей. Натомість потреба у психологічній підтримці виникає у пацієнтів з ЮІА на етапі передачі хворого від дитячого ревматолога до дорослого, коли з'являється у пацієнта необхідність у відвідуванні лікаря самостійно без батьків, самостійно нести відповідальність за своє здоров'я, потреба в самостійних навичках лікування, дозування, частоти і мети прийому препаратів [7, 8]. Із іншого боку, цікавим є вивчення психологічного стану дорослих пацієнтів з ЮІА з тривалим перебігом захворювання з різними віддаленими наслідками захворювання, що може впливати на якість життя пацієнта. Відомо, що якість життя, за даними ВООЗ, це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту. Тому важливим є і розуміння складових здоров'я пацієнта, які впливають на його якість, а саме - екологія, спадковість, спосіб життя людини, медицина, а також мотивація на здоров'я, розуміння здоров'я, оптимізм [6, 13]. Якість життя визначається такими компонента-

ми, як біологічні (фізичне і психологічне здоров'я), фізіологічні (задоволення основних біологічних потреб), емоційні (гедонія, духовна гармонія, любов, самоповага, самореалізація), а також фінансове благополуччя. Саме тому у нашій роботі було використано не лише такі загальноприйняті опитувальники з якості життя та здоров'я як SF-36, HAQ, PHQ-9, але і опитувальники Чабана О.С. з самооцінки тривоги та депресії та шкала оцінки якості життя [6], в яких оцінювалися ступінь вираженості задоволення пацієнта від самореалізації, любові, задоволення/радості від звичайних щоденних справ, наявності друзів, соціальної активності, фінансового добробуту, спільного проведення часу з сім'єю і друзями, задоволенням роботою, соціальним статусом (положенням у суспільстві).

Метою дослідження було визначення психоемоційного стану за даними опитувальників у дорослих пацієнтів з ЮІА.

### Матеріал і методи

Ми обстежили 106 дорослих пацієнтів з ЮІА в анамнезі незалежно від наявності чи відсутності активного запалення на момент огляду. В цю групу ввійшли хворі з різних регіонів України, яким було встановлено діагноз ЮІА в період між 1984 та 2013 р. Критеріями включення були хворі з верифікованим ЮІА за класифікаційними критеріями міжнародної ліги асоціації ревматологів (International League of Associations for Rheumatology - ILAR) [15], які досягли віку більше 18 років без тяжкої супутньої патології. В дослідження не включали пацієнтів з ЮІА, в яких була діагностована органічна патологія головного мозку, енцефалопатія пов'язана з артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, хронічною нирковою недостатністю; ШКФ <90 мл/хв.

Ретроспективно проаналізовано медичну документацію пацієнтів з аналізом дебюту захворювання, оцінкою часу від початку перших клінічних виявів до моменту встановлення діагнозу, активності захворювання в дебюті та отримане лікування в дитячому віці. При досягненні дорослого віку, всі пацієнти були обстежені амбулаторно або стаціонарно на базі Олександрівської міської клінічної лікарні, м. Київ в період між квітнем 2015 та травнем 2016 р.

Клінічне обстеження, крім загальноприй-

нятого, включало рахунок кількості припухлих та болючих суглобів, оцінку стану пацієнта лікарем та пацієнтом за 10-см візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), оцінку наявності активного захворювання з врахуванням призначених протиревматичних ліків. Активним вважали ЮІА при DAS 28>2,4 та JADAS 27>2 [2, 5, 9]. Крім фізичного стану пацієнта, оцінювали його психоемоційний стан за допомогою не лише загальноприйнятих опитувальників з якості життя та здоров'я як SF-36 [12], HAQ [1], PHQ-9 [11], але і опитувальники тривоги Бека та Гамільтона (HAM-A) [3, 9, 10], опитувальник оцінки депресії Бека [9], шкали та опитувальники Чабана О.С. з самооцінки тривоги та депресії, визначення соціальних факторів, які ймовірно впливають на здоров'я та шкала оцінки якості життя [6].

У табл. 1 подано загальну характеристику пацієнтів. Чоловіки становили 45% хворих, середнього віку 23,3 роки та з середньою тривалістю захворювання 12,7 роки. Серед обстежених домінували пацієнти з персистуючим олігоартритом, серонегативним за ревматоїдним фактором (РФ) поліартритом та ентезит-артритом. Більшість пацієнтів отримували раніше або на момент огляду базисну терапію у вигляді метотрексату та системні глюкокортикоїди (ГК) (58%).

Статистичні дослідження включали оцінку середніх величин, стандартну девіацію та вірогідність відмінностей за допомогою t-тесту.

### Результати й обговорення

Усіх пацієнтів поділено на дві групи, залежно від агресивності захворювання, що призвело до потреби в протезуванні суглобів не зважаючи на клінічний варіант ЮІА. До I групи увійшло 20 хворих віком  $24,20 \pm 8,7$  роки, що мають потребу в протезуванні одного чи більше суглобів як наслідок ЮІА. Друга група була чисельно більшою та включала 86 хворих з різними варіантами ЮІА, та включала пацієнтів, що не потребують протезування суглобів. Середній вік хворих в цій групі становив  $23,18 \pm 6,18$  роки. Пацієнти, які мають потребу у протезуванні, та які не мають такої потреби, не залежно від клінічного варіанту ЮІА, не відрізняються між собою за віком та статтю (табл. 2). Однак, у пацієнтів I групи, які потребують протезування суглобів на тлі ЮІА, виявлена суттєво більша тривалість захворюван-

Таблиця 1

## Характеристика пацієнтів

Параметри	Пацієнти з ЮІА (n=106)
Демографічні:	
Чоловіча стать (%)	49 (45)
Вік, роки (мін-макс)	23,3 (17,2-41,3)
Тривалість захворювання, роки (мін-макс)	12,7 (1,3-27,6)
Вік початку захворювання, роки (мін-макс)	9,04 (5,2-11,9)
Розподіл хворих за підтипами ЮІА	
Системний артрит; n(%)	14 (14,6)
РФ(-) поліартрит; n(%)	23 (24)
РФ(+) поліартрит; n(%)	7 (7,3)
Персистуючий олігоартрит; n(%)	21 (21,8)
Поширений олігоартрит; n(%)	10 (10,4)
Ентезит-артрит; n(%)	20 (20,8)
Псоріатичний артрит; n(%)	0
Прийом медикаментів	
Anti-TNF-? ; n(%)	15 (14,2)
Метотрексат; n(%)	58 (54,7)
НПЗП; n(%)	26 (24,5)
Преднізолон; n(%)	58 (54,7)

РФ - ревматоїдний фактор; НПЗП - нестероїдні протизапальні препарати;  
Anti-TNF - інгібітори фактору некрозу пухлин

ня ( $p=0,025$ ) та значно більша кількість деформованих суглобів ( $p<0,001$ ). Ця група пацієнтів мала частіше системні екстраартикулярні вияви ЮІА ( $p=0,003$ ), що, відповідно, зв'язано з вищою лабораторною активністю за ШОЕ ( $p=0,001$ ) та DAS 28 ( $p<0,0001$ ). У I групі частіше виявляли пошкодження шийного відділу хребта ( $p=0,015$ ), артрити суглобів кистей ( $p=0,008$ ), ураження су-

хожилків ( $p=0,037$ ), ніж у II групі, що обмежує рухову активність пацієнта. Враховуючи більшу активність захворювання в I групі та залучення більшої кількості суглобів з системними виявами, ця група пацієнтів отримувала агресивнішу терапію, в тому числі, вони довше приймали глюкокортикоїди (ГК) (81,74 міс.), ніж у II групі (15,34 міс.) ( $p<0,0001$ ) та отримали більшу ку-

Таблиця 2

Клінічна характеристика хворих на ЮІА, що потребують протезування суглобів (група I) та хворих, що не потребують протезування суглобів (група II)

Параметри	Хворі на ЮІА	
	I група (n=20)	II група (n=86)
Вік	24,20 (8,70)	23,18 (6,18)
Чоловіча стать (%)	9 (45%)	46 (51%)
Тривалість активного захворювання	16,47 (8,90)*	11,94 (7,61)
Деформовані суглоби, анкілози (к-сть)	3,53 (2,5)**	0,35 (1,46)
Системні вияви	0,45 (0,51)*	0,15 (0,36)
Ентезити	0,42 (1,22)*	0,11 (0,31)
Пошкодження шийного відділу хребта	0,74(0,5)*	0,16 (0,37)
Артрит суглобів кистей	0,75(0,44)*	0,42 (0,5)
Відставання в розвитку від однолітків	0,39 (0,5)**	0,08 (0,28)
СРП	28,06 (29,29)	18,16 (28,69)
ШОЕ	27,74 (18,55)**	14,22 (14,48)
РФ	10,01 (6,58)	5,14 (8,74)
DAS28 дор	4,50 (1,21)**	2,73 (1,34)
Кумулятивна доза ГК	31117,65 **	2846,75
Тривалість прийому ГК, міс.	81,74 (128,56)**	15,34 (28,59)
ІМТ	19,22 (3,98)*	21,87 (3,84)
Заг. холестерин	5,86 (1,45)	4,72 (0,72)
Глюкоза	4,82 (0,6)	4,76 (0,53)
Щоденне куріння	0,32 (0,67)	0,44 (0,73)
Сигарето-роки	2,00 (1,41)	1,95 (2,53)

Результати подано у вигляді M (SD); \* - вірогідність  $<0,05$ ; \*\* - вірогідність  $<0,001$

мулятивну дозу ГК ( $p=0,001$ ). Відомий негативний вплив ГК на ріст пацієнта внаслідок пригнічення соматотропного гормону, пояснює виявлене відставання в рості від одноліток ( $p=0,001$ ) у I групі пацієнтів з агресивнішою терапією.

При оцінюванні психоемоційного стану пацієнтів з ЮІА залежно від агресивності захворювання встановлено наступні закономірності, подані у табл. 3. Зрозуміло, що збільшення кількості уражених суглобів та активності захворювання відобразилося на тих результатах анкетування SF-36, що відповідають за фізичний стан пацієнта - PCS: у першій групі цей показник становив  $33,92 \pm 14,0$  проти  $43,74 \pm 13,62$  у II групі, що свідчить про достовірно нижчий рівень фізичного здоров'я у тих хворих, що потребують протезування ( $<0,001$ ). Те ж саме підтверджено результатами анкетування оцінки функціонального стану HAQ, де гірший стан виявлено у I групі ( $p=0,034$ ). Що ж стосується оцінки психологічного здоров'я пацієнтів за SF-36 (MCS), то різниці між двома групами не було виявлено ( $p=0,832$ ), хоча опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) - шкала самооцінки депресії показав, що в більшості пацієнтів I групи мали результат, що дорівнював  $11,17 \pm 6,19$ , який відповідає, згідно критерії оцінки результатів PHQ-9, помірній тяжкості депресії на відміну від II групи ( $6,4 \pm 6,02$ ), де виявлено ознаки легкої ("субклінічної") депресії ( $p=0,019$ ). Такі ж результати підтверджуються шкалою самооцінки депресії

[6], де в I групі виявлена більша схильність ( $p=0,018$ ) до депресивних станів ( $9,0 \pm 6,39$ ) порівняно з відсутністю таких у II групі ( $4,5 \pm 3,98$ ). Оцінюючи результати опитування за анкетною для виявлення психосоматичних розладів [6] встановлено, що в I групі ( $8,5 \pm 6,35$ ) частіше спостерігається потреба в консультаціях у медичного психолога або фахівця з психосоматичної медицини ( $p=0,013$ ), ніж у II групі ( $4,08 \pm 3,56$ ).

Однак, при оцінюванні тривожності в обох групах пацієнтів вірогідної різниці не було виявлено ні за шкалою самооцінки тривоги, ні за шкалою тривоги Бека, а ні за шкалою Гамільтона, хоча рівень тривожності був вищим у I групі.

При визначенні соціальних факторів, що впливають на здоров'я вірогідної різниці не виявлено. Однак, із 28 можливих соціальних факторів, що могли впливати на стан пацієнта, виділено 2 групи основних факторів - імовірно пов'язані та не пов'язані з впливом захворювання. Серед факторів, що ймовірно можуть бути пов'язані з впливом захворювання найчастіше спостерігалися наступні: матеріальні труднощі; погіршення відносин: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі; погіршення сексуального життя; створення "нервової" обстановки вдома; жалість, співчуття, розуміння: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі; погіршення якості проведення часу дозвілля; зменшення спілкування поза домом (церква, вихід в місто, до друзів, в кіно, театр); погіршення відносин на роботі з начальством; зменшення кількості друзів; обмеження часу пе-

Таблиця 3

Психоемоційна характеристика хворих на ЮІА, які потребують (група I) та не потребують (група II) протезування суглобів

Параметри	Хворі на ЮІА	
	I група (n=12)	II група (n=36)
Оцінка якості життя за SF-36 PCS (SD)	33,92 (14,0)**	43,74 (13,62)
Оцінка якості життя за SF-36 MCS (SD)	45,33(12,45)	45,92 (10,14)
Оцінка функціонального стану HAQ (SD)	0,66 (0,77)*	0,35 (0,39)
PHQ-9 (SD)	11,17(6,19)*	6,4(6,02)
Визначення соціальних факторів, що впливають на здоров'я (SD)	6,3(4,74)	4,08(3,46)
Виявлення психосоматичних розладів (SD)	8,5 (6,35)*	4,08(3,56)
Самооцінка депресії (SD)	9,0 (6,39)*	4,5(3,98)
Шкала депресії Бека (SD)	15,44 (5,64)*	7,74 (18,15)
Самооцінка тривоги (SD)	7,9 (5,53)	5,13(4,03)
Шкала тривоги Бека (SD)	12,35 (8,83)	10,89 (8,96)
НАМ-А (SD)	13,9 (10,37)	9,72(8,61)
Якість життя Чабан (SD)	16,2 (4,64)	18,32(3,76)

Результати подано у вигляді M (SD); \* - вірогідність  $<0,05$ ; \*\* - вірогідність  $<0,001$ , PCS - фізичний стан пацієнта; MCS - психологічний стан пацієнта; НАМ-А - шкала тривожності Гамільтона

регляду телепрограм. Із факторів, що не пов'язані з захворюванням найчастіше зустрічалися наступні - погіршення здоров'я членів родини; вплив засобів масової інформації; зміна відносин між людьми в цілому; вживання алкоголю близькими і рідними; загроза безробіття для близьких і рідних.

Відомо, що в пацієнтів з ЮІА є клінічні вияви (хронічний біль, значні зміни в функціональній активності та розвиток суглобових деформацій), які можуть бути ризиком розвитку в них деяких психологічних порушень. Так, депресія, трапляється частіше у людей із запальними захворюваннями суглобів, порівняно із загальним населенням у цілому. Основна психологічна відмінність між запальними захворюваннями у дорослих та в дитячому віці, полягає в тому, що в дитинстві ще не повністю розвинене вміння справлятися з власними проблемами. Тому, у підлітковому та молодому дорослому віці треба приділяти особливу увагу психологічному здоров'ю пацієнта із ЮІА, оскільки хвороба може вплинути на довгострокове психологічне здоров'я пацієнтів і їх здатність впоратися з інвалідністю в дорослому житті. Відомо, що психологічна варіабельність (лабільність) впливає на розвиток депресії та тривожності у дорослих з ЮІА та на больові відчуття більше, ніж сам запальний процес [14]. Тому, ефективна психологічна допомога дає можливість справитися пацієнту з впливом на больові відчуття при хронічному артриті. Відомо, що частота розвитку серйозних фізичних ускладнень ЮІА (включаючи сліпоту і смерть) є менша, ніж десять років тому. При використанні традиційних методів вимірювання функціональної недостатності (наприклад, критерії Штейнброкер), дійсно відмічається поліпшення віддалених наслідків [4]. Це поліпшення відображає зростаюче усвідомлення лікарями того, що ЮІА не є таким доброякісним захворюванням, як раніше вважалося, і що пошкодження суглобів відбувається досить рано, а раннє залучення досвідченої мультидисциплінарної команди з використанням більш агресивних методів лікування (в тому числі внутрішньо-суглобових введень ГК та застосування метотрексату) є визначальним. Однак, в нашій роботі було показано, що інвалідизація внаслідок важких уражень суглобів, які потребують їх про-

тезування, значно впливає на психоемоційний стан пацієнта. Не залежно від варіанту ЮІА та рівня функціональних порушень, у всіх пацієнтів захворювання має значний вплив на якість життя. Це узгоджується з результатами авторів [4], які показали, що не дивлячись на високоякісну освіту серед цієї когорти пацієнтів, вони мають вищий рівень безробіття порівняно з загальною популяцією. Згідно із іншими дослідженнями хоча ЮІА пов'язаний з постійним болем, обмеженими фізичними можливостями і зниженням психосоціального адаптації, однак інтенсивність болю не є предиктором тривожності чи погіршення якості життя [14].

Повсякденний настрій не має якогось-небудь прогностичного значення у визначенні інтенсивності болю, однак наявність депресії в минулому є предиктором болю [13, 4]. Психологічні змінні, а не гострі наслідки запального захворювання, більшою мірою пояснюють варіабельність депресії і тривоги у дорослих з ЮІА, а також те, як фізичні та психологічні чинники впливають на біль. Тому необхідний цілісний підхід до ведення пацієнта з ЮІА, в якому були б задоволені не лише фізичні потреби хворих, але і їх психологічні потреби.

Відповідно до літературних джерел [13], інтенсивність болю була предиктором функціональної недостатності та згодом інвалідності. Із огляду на те, що ці дані отримані в поперечному розрізі, може бути, що при більшій функціональній недостатності рівень або повідомлення щодо інтенсивності болю буде вищими.

Ці результати узгоджуються з іншими дослідженнями, які пов'язують біль і функціональну недостатність серед населення молодого віку. Було встановлено, що вища тривожність пов'язана з нижчою якістю життя. Ці дані також підтверджують зростаючу кількість досліджень щодо психологічної дезадаптації і зміни психологічного стану в молодому віці, що пов'язано з хронічним болем [13]. Відповідно існуючих даних щодо дорослих з хронічним болем [4, 6], знайдений сильний зв'язок між психологічною дезадаптацією та тривогою. Оскільки кількість літературних даних зростає, важливо чітко визначити, чим тривожність і психологічна дезадаптація схожі і чим відрізняються. Тому подальші роботи в цьому напрямку є необхідні для

вивчення психологічного стану молодих дорослих з ЮІА.

Опираючись на дослідження, в якому висвітлювалась кореляція між психологічною дезадаптацією і болем як предикторами якості життя [6], наше дослідження також показало, що якість життя і функціональний стан, так само як і схильність до депресивних станів є порушеними у молодих дорослих з ЮІА. Тому робота з цими пацієнтами, яка скерована не лише на покращення функціональної активності та зменшення запалення, але й на покращення психологічної адаптації, яка передбачає більшу здатність жити в теперішній момент і жити в повній мірі, що може привести до збільшення самоприйняття якості життя.

Важливо також підкреслити, що психологічна дезадаптація і сприйняття болю були кращими предикторами якості життя, ніж сам біль [13]. Таким чином, є необхідним зосередитися на когнітивних відносинах індивіда до болю та зменшення болю в цілях підвищення якості життя. Важливу роль у житті дорослих хворих з хронічним болем та інвалідністю відіграє психологічна дезадаптація і сприйняття болю [6].

На відміну від нашого дослідження, за даними [13] психологічна дезадаптація і прийняття болю не були пов'язані з функціональною недостатністю, що швидше за все, пов'язано з малим розміром вибірки у дослідженні.

Слід зазначити деякі застереження при інтерпретації наших результатів. Невеликий розмір вибірки, можливо, не дозволив виявити всіх присутніх зв'язків між змінними, тому необхідна обережність при інтерпретації та узагальненні результатів, які були виявлені.

Іншим обмеженням є те, що більшість учасників відмічали "помірний" або "м'який" рівень запалення суглобів, і хоча це узгоджується з іншими дослідженнями [4], це зменшує зовнішню обґрунтованість висновків.

Загалом, робота пов'язана з роллю психологічної дезадаптації і сприйняття болю у молодих дорослих з ЮІА є новою сферою досліджень. Ці попередні висновки і можливі заходи, які включають в себе стратегії, спрямовані на підвищення рівня сприйнятності й психологічної гнучкості та якості життя у молодих людей з ЮІА, є головною метою дослідження. Наше

дослідження може полегшити вивчення цих процесів і їхній зв'язок з різними поведінковими наслідками для психологічного здоров'я молодих дорослих з ЮІА.

## Висновки

1. Пацієнти з деструктивними змінами в суглобах при ЮІА мають більшу схильність до психоемоційних розладів, що потребує консультації медичного психолога або фахівця з психосоматичної медицини
2. Активне та своєчасне лікування ЮІА з використанням сучасних методів, в тому числі імунобіологічної терапії, дозволить запобігти розвитку деструктивних змін в суглобах, що в свою чергу призведе до зменшення психоемоційних розладів у дорослих пацієнтів з ЮІА
3. Пацієнти з агресивним деструктивним перебігом ЮІА потребують більшої соціальної адаптації, що зумовлює потребу включення медичних психологів у команду лікарів, поряд з ревматологами, ортопедами, реабілітологами, окулістами, для лікування дорослих з ЮІА.

## Література

1. Anderson J., Sayles H., Curtis J.R., Wolfe F., Michaud K. Converting modified health assessment questionnaire (HAQ), multidimensional HAQ, and HAQII scores into original HAQ scores using models developed with a large cohort of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010, 62(10), 1481-1488.
2. Anderson J., Caplan L., Yazdany J., et al. Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures: American College Of Rheumatology Recommendations For Use In Clinical Practice. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012, 4(5), 640-647.
3. Beck T., Epstein N., Brown G.; Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J. Consulting and Clin Psychol* 1988, 56(6), 893-897.
4. Bertilsson L., Anderson-Gare B, Fasth A., et al. Disease course, outcome and predictors of outcome in a population-based juvenile chronic arthritis cohort followed for 17 years. *J. Rheumatol*, 2013, 40, 715-724.
5. Consolaro A., Bracciolini G., Ruperto N., et al. Remission, minimal disease activity, and acceptable symptom state in juvenile idiopathic arthritis: defining criteria based on the juvenile arthritis disease activity score. *Arthritis Rheum* 2012, 64(7), 2366-2374.
6. Chaban O., Khaustova E., Moskalenko-Mospanenko E., i dr. Populiarnaia psykhyatryia: otvety na naybolee chasto zadavaemye voprosy psykhyatram.- K., 2014.-152 s. (Чабан О., Хаустова Е., Москаленко-Моспаненко Е., и др. Популярная психиатрия: ответы на наиболее часто задаваемые вопросы психиатрам.- К., 2014.-152 с.)

7. Foster H. E., Marshall N., Myers A., et al. Outcome in Adults With Juvenile Idiopathic Arthritis A Quality of Life Study. *Arthritis & Rheumatism* 2003, 48 (3), 767-775.
8. Feinstein A. B., Forman E. M., Masuda Akihiko et al. Pain Intensity, Psychological Inflexibility, and Acceptance of Pain as Predictors of Functioning in Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Preliminary Investigation. // *J Clin Psychol Med Settings* 2011, 18, 291-298
9. Geisser M., Roth R., Robinson M. Assessing Depression among Persons with Chronic Pain Using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: A Comparative Analysis. *Clin J Pain* 1997, 13, 163-170.
10. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959, 32, 50-55.
11. Jenkinson C., Stewart-Brown S., Petersen S., Paice C. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health* 1999, 53 (1), 46-50.
12. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. W. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J. Gen. Intern. Med.*, 2001, 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
13. Kaladze N.N., Kabatova Y.N. Psykhologhycheskoe sostoianyе bolnykh yuvenylnym revmatoydny m artrytom v aspekte neobkhdymosty kompleksnoho medyko psykhologhycheskoho soprovozhdenyia s uspolzovanyem art-terapyu. *Tavrycheskyi medyko-byolohycheskyi vestnyk* 2013, 16 (3), 44-47. (Каладзе Н.Н., Кабатова И.Н. Психологическое состояние больных ювенильным ревматоидным артритом в аспекте необходимости комплексного медико психологического сопровождения с использованием арт-терапии. *Таврический медико-биологический вестник* 2013, 16 (3), 44-47.)
14. Packham J. C., Hall M. A., Pimm T. J. Long-term follow up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors for mood and pain. *Oxford J Med & Health Rheum* 2002, 41(12) 1444-1449.
15. Petty R.E., Southwood T.R., Manners P., et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton 2001. *J. Rheumatol* 2004, 31, 390-392.
16. Ravelli A., Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet* 2007, 3, 369(9563), 767-778.
17. Russo E, Trevisi E., Zulian F., et al. Psychological Profile in Children and Adolescents with Severe Course Juvenile Idiopathic Arthritis. *The Scient World J* 2012, ID 841375, 7 doi:10.1100/2012/841375.