

Оригінальні праці

УДК: 616.72-002.77-053.82-036.8

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ У МОЛОДИХ ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В УКРАЇНІ

Джус М.Б.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра внутрішньої медицини №2 (зав. - доц. Мостбауер Г.В.)

Реферат

Мета. Вивчити вплив ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) на якість життя, психічне та фізичне здоров'я молодих людей з ЮРА під час переходу до дорослої системи охорони здоров'я в Україні.

Матеріал та методи. Обстежено 89 молодих осіб віком від 16 - 22 років з анамнезом ЮРА незалежно від наявності активного запалення на момент опитування на базі Олександрівській центральній клінічній лікарні м. Києва, Україна у період з квітня 2015 року по лютий 2017 року. Контролем служило 25 осіб відповідного віку та статі без ревматичних захворювань. Оцінювали вік дебюту захворювання, тривалість захворювання, активність за JADAS, отриману терапію, якість життя за опитувальником Short-Form-36 (SF36), функціональний стан HAQ, віддалені наслідки ЮРА за JADI-A та JADI-E, психоемоційні зміни за PHQ-9 та шкалою депресії Бека.

Результати й обговорення. Виявлено значний вплив ЮРА на фізичні показники якості життя пацієнта. Хворі з ЮРА мали гірше ($p < 0,001$) фізичне здоров'я порівняно з контрольною групою. Найбільше на якість життя у хворих з ЮРА впливав біль. Індекси, відповідальні за фізичне ($p < 0,001$) і рольове ($p < 0,05$) функціонування та тілесні болі ($p < 0,001$), були знижені порівняно з контрольною групою. Проте психологічне функціонування у пацієнтів з ЮРА, не відрізнялися від контрольної групи. Аналіз функціональної активності показав сильний негативний вплив захворювання на фізичне функціонування ($p < 0,001$), інтенсивність болю ($p < 0,001$), загальне самопочуття ($p < 0,001$), життєва активність ($p < 0,001$), соціальне функціонування ($p < 0,001$) та психічне здоров'я ($p < 0,001$), які включені в поняття фізичного ($p < 0,001$) та психічного ($p < 0,05$) здоров'я. При аналізі кореляції функціональної активності з HAQ, виявлено сильний негативний вплив на фізичне функціонування ($r = -0,56$, $p < 0,001$), ролеве функціонування ($r = -0,33$, $p < 0,001$), інтенсивність болю ($r = -0,60$, $p < 0,001$), загальне самопочуття ($r = -0,40$, $p = 0,01$), життєву активність ($r = -0,46$, $p < 0,001$), соціальне функціонування ($r = -0,48$, $p < 0,001$) та психічне здоров'я ($r = -0,42$, $p < 0,001$), які включені в поняття фізичного ($p < 0,001$) та психічного ($p < 0,05$) здоров'я. Суглобові віддалені наслідки ЮРА (JADI-A) мають переважно негативний вплив на фізичне здоров'я пацієнта ($r = -0,27$, $p < 0,05$) та пов'язаних з ним індексів: фізичне функціонування ($r = -0,24$, $p < 0,05$), тілесні болі ($r = -0,24$, $p < 0,05$), загальне самопочуття ($r = -0,24$, $p < 0,05$), життєздатність ($r = -0,19$, $p < 0,05$), соціальне функціонування ($r = -0,27$, $p < 0,05$), психічне здоров'я ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Хоча позасуглобові віддалені пошкодження - JADI-E також мають переважно негативний вплив на фізичне здоров'я

пацієнта ($r = -0,22$, $p < 0,05$) та пов'язані з ними індекси: фізичне функціонування ($r = -0,28$, $p < 0,05$), інтенсивність болю ($r = -0,20$, $p < 0,05$), загальне самопочуття ($r = -0,23$, $p < 0,05$), психічне здоров'я ($r = -0,23$, $p < 0,05$), а також позитивний зв'язок з результатами опитування за шкалою депресії Бека ($r = 0,28$, $p < 0,05$) та PHQ-9 ($r = 0,28$, $p < 0,05$).

Висновки. Віддалені наслідки суглобових та позасуглобових пошкоджень ЮРА в дорослому віці негативно впливають на якість життя пацієнта, зокрема виявлено негативний зв'язок суглобових пошкоджень з фізичним функціонуванням, інтенсивністю болю, загальним станом здоров'я, життєвою активністю, соціальним функціонуванням та психічним здоров'ям. Позасуглобові віддалені наслідки, також мають переважно негативний вплив на фізичне благополуччя пацієнта та на індекси, що з ним пов'язані: фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, психічне здоров'я, а також позитивний зв'язок з тривожністю (за шкалою HAM-A), розвитком депресії (за шкалою депресії Бека) та з оцінкою здоров'я пацієнта (PHQ-9). Важливою є профілактика позасуглобових віддалених пошкоджень, оскільки вони впливають не лише на фізичне, а й на психічне здоров'я молодих дорослих з ЮРА, що може погіршити подальшу адаптацію молодої людини в суспільстві.

Ключові слова: ювенільний ревматоїдний артрит, дорослі, віддалені наслідки, якість життя, JADI-A, JADI-E, психічне здоров'я

Abstract

QUALITY OF LIFE AND LONG-TERM DAMAGES IN YOUNG ADULTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IN UKRAINE

DZHUS M.B.

The O.O. Bohomolets National Medical University in Kyiv

Aim. The aim of our study was to evaluate the quality of life, psychological and physical health of patients with articular and extra-articular damages of JIA using SF-36, HAQ, PHQ-9, and JADI questionnaires in young adults with JIA during the transition healthcare in Ukraine.

Materials and Methods. The cross-sectional study of 89 young adults aged 16 to 22 years with a history of JIA, regardless of the active inflammation presence at the time of the survey. The study was performed at the Oleksandrivsky Central Clinical Hospital in Kyiv, Ukraine in the period between April 2015 and February 2017. 25 age- and sex-matched controls (without rheumatic disease) were included. There was performed an evaluation of the age at disease

onset, disease duration, JADAS, received therapy, quality of life by the Short-Form-36 questionnaire (SF36), the functional state of the HAQ, long-term JIA damage indices JADI-A and JADI-E, PHQ-9, and Beck depression scale.

Results and Discussion. Juvenile idiopathic arthritis had a significant impact on the physical scales of quality of life. Patients with JIA had worse ($p < 0.001$) physical health in comparison with the control group. The pain was the most important factor affecting the quality of life in cases of juvenile idiopathic arthritis. The indices responsible for the physical ($p < 0.001$) and role ($p < 0.05$) functioning and bodily pain ($p < 0.001$) were decreased, compared with the control group. However, the indicators responsible for psychological function in patients with JIA did not differ from the control group. The analysis of functional activity revealed a strong negative effect of the disease on physical functioning ($p < 0.001$), physical role functioning ($p < 0.001$), bodily pain ($p < 0.001$), general health ($p < 0.001$), vitality ($p < 0.001$), social role functioning ($p < 0.001$), and mental health ($p < 0.001$), which are included in the concept of physical ($p < 0.001$) and mental ($p < 0.05$) health. In the analysis of functional activity correlation with HAQ, strong negative effects on physical functioning ($r = -0.56$, $p < 0.001$), role function ($r = -0.33$, $p < 0.001$), bodily pain ($r = -0.60$, $p < 0.001$), general health ($r = -0.40$, $p = 0.01$), vitality ($r = -0.46$, $p < 0.001$), social functioning ($r = -0.48$, $p < 0.001$) and mental health ($r = -0.42$, $p < 0.001$) that are included in the concept of physical ($p < 0.001$) and mental ($p < 0.05$) health, were observed. Articular long-term damages (JADI-A) have a predominantly negative effect on the patient's physical health ($r = -0.27$, $p < 0.05$) and on the indices associated with it: physical functioning ($r = -0.24$, $p < 0.05$), bodily pain ($r = -0.24$, $p < 0.05$), general health ($r = -0.24$, $p < 0.05$), vitality ($r = -0.19$, $p < 0.05$), social functioning ($r = -0.27$, $p < 0.05$), and mental health ($r = -0.22$, $p < 0.05$). While the extra-articular long-term damages - JADI-E also have a predominantly negative effect on the patient's physical health ($r = -0.22$, $p < 0.05$) and on the indexes associated with it: physical functioning ($r = -0.28$, $p < 0.05$), bodily pain ($r = -0.20$, $p < 0.05$), general health ($r = -0.23$, $p < 0.05$), mental health ($r = -0.23$, $p < 0.05$), as well as a positive association Beck depression scale ($r = 0.28$, $p < 0.05$) and PHQ-9 ($r = 0.28$, $p < 0.05$).

Conclusion. In our transitional cohort of Ukrainian patients at the era of biological therapies, juvenile idiopathic arthritis had a larger effect on the physical than mental SF-36 subscale. The long-term effects of articular and extra-articular damages in adult adolescents have a negative impact on the quality of life, in particular, the articular damages have negative correlation with physical functioning, pain intensity, general health status, vitality, social functioning, and mental health. Extra-articular damages also have a predominantly negative effect on physical health and on the indexes associated with it: physical functioning, bodily pain, general health, mental health, and positive correlation with anxiety (HAM-A scale), development of depression (Beck depression scale), and patient health assessment (PHQ-9). Prevention of extra-articular damages is important, because they correlate not only with physical but also with mental health of young adults with JIA, that may affect further

adaptation of young people in society.

Key words: JIA, adults, long term damages, JADI-A, JADI-E, quality of life, mental health

Вступ

Протягом останніх 10 років було здійснено неодноразово спробу розробити систему оцінки виходу ювенільного ідіопатичного артриту в дорослому віці чи, як його домовилися називати в Україні, ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) [1]. Різні опитувальники використовуються для оцінки важкості захворюваності, інвалідності та якості життя у хворих з ЮРА як в дитячому, так і дорослому віці. Опитувальник з оцінки здоров'я дитини (С-НАQ), який був розроблений на основі дорослого опитувальника НАQ, є найкращою анкетною для оцінки неспроможності при ЮРА, але її результати погано співвідносяться з активністю захворювання та функціональною активністю [2]. Опитувальник якості життя SF-36 передбачає оцінку як фізичного, так і психічного благополуччя, які в свою чергу є пов'язані з активністю захворювання та функціональною здатністю пацієнта, що можуть змінюватися з плином захворювання. У дорослому віці нема уніфікованих опитувальників оцінки віддалених наслідків ЮРА. Характер виходу ЮРА залежить не лише від його клінічного варіанту, активності захворювання та ступеня втягнення в патологічний процес тих чи інших органів мішеней, а й від проведеної терапії, її ефективності, дози та тривалості. Відомо, що найчастіше побічні ефекти розвиваються у хворих внаслідок тривалого прийому глюкокортикоїдів та на тлі відсутності адекватної відповіді на базисні хворобомодифікуючі синтетичні або імунобіологічні препарати. Також, прогностично несприятливими факторами перебігу ЮРА, що можуть призводити до інвалідизації є враження кульшових суглобів, шийного відділу хребта та розвиток увеїту. В 2005 р. Viola S. et al. [3] опублікували роботу, в якій були розроблені показники - Juvenile Arthritis Damage Index (JADI) суглобових (JADI-A) та позасуглобових (JADI-E) уражень при ЮРА та проведена їх валідація. За допомогою цих показників можна визначити ступінь незворотних уражень як зі сторони опорно-рухового апарату, так і інших органів і систем внаслідок ЮРА.

Метою нашого дослідження було оцінити

якість життя (ЯЖ) пацієнтів та їх психологічне та фізичне здоров'я з суглобовими та позасуглобовими варіантами віддалених наслідків ЮРА з використанням опитувальників SF-36, HAQ, PHQ-9, JADI.

Матеріал та методи

У дослідження було включено 89 дорослих пацієнта з ЮРА. У цю групу ввійшли хворі з різних регіонів України, яким було встановлено діагноз ЮРА в період між 1984 та 2013 р. Критеріями включення були хворі з діагнозом ЮРА за класифікаційними критеріями міжнародної ліги асоціації ревматологів (International League of Associations for Rheumatology - ILAR) [4] або ж діагноз ЮРА був ретроспективно переглянутий згідно ILAR критеріїв віком старше 18 років. В дослідження не включали пацієнтів з тривалістю захворювання менше 3 роки. Контрольну групу склали 25 здорових молодих людей відповідного віку та статі. Всі пацієнти були обстежені амбулаторно або стаціонарно на базі Олександрівської міської клінічної лікарні м. Київ у період між квітнем 2015 та березнем 2017 р. Проводили оцінку активності захворювання за JADAS та DAS28 [5]. Функціональний стан пацієнта оцінювали за шкалою HAQ, при чому мінімальні порушення вважали при HAQ рахунку від 0 до 0.5, помірні порушення 0.5-1.5 та значні порушення - при >1.5. Оцінку якості життя пацієнтів з ЮРА та контрольної групи проводили з використанням опитувальника Short-Form-36 (SF36) - багатоцільового короткого медичного опитувальника з 36 питаннями. Ми використовували ліцензований доступ (Ліцензія QM037587) для некомерційних академічних досліджень від управління наукових грантів та досліджень (OGSR), що надається компанією OptumInsight Life Sciences, Inc. Ця версія включає в себе нові загальні норми 2009 року для населення в США разом з загальними нормами населення 1998 року. Для оцінки наявності психоемоційних відхилень, зокрема розвитку депресії та тривожності використовували наступні опитувальники: 1. Шкала оцінки здоров'я пацієнта - Patient Health Questionnaire (PHQ-9), де загальний рахунок 0-4 бали свідчить про мінімальну депресію, 5-9 балів - про легку депресію, 10-14 балів - про помірну депресію [6]; 2. Шкала депресії Бе-

ка, де результати тесту інтерпретували наступним чином: 0-13 - варіації, які вважаються нормою, 14-19 - легка депресія, 20-28 - помірна депресія, 29-63 - важка депресія [7] 3. Шкалу самооцінки депресії (© Чабан О.С., Хаустова О.О.). 4. Шкала тривожності Бека [8], 5. Шкала Гамільтона, де загальний рахунок 0-6 бали свідчить про відсутність тривоги, 7-13 балів - про можливі тривожні розлади, 14-20 балів - тривогу, 21-28 балів - симптоматична тривога [9] 6. Шкала самооцінки тривожності (© Чабан О.С., Хаустова О.О.). Для оцінки віддалених наслідків ЮРА ми використовували інтегральний індекс пошкодження суглобових (JADI-A) та позасуглобових (JADI-E) уражень [3].

Статистичний аналіз проводили за допомогою методів описової статистики, критеріїв Стьюдента для незв'язаних перемінних та однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA. Дані представлені як середнє \pm стандартне відхилення (SD) для безперервних змінних та чисел (відсотків) для категорійних змінних. Статистично значимим вважалось значення імовірності $p < 0,05$. Кореляцію визначали методом Пірсона для двосторонньої змішаної моделі. При аналізі використовували пакети програм "Statistica 6.0" Copyright StatSoft, Inc. 1984-2001.

Результати й обговорення

Проведено аналіз демографічних даних у 89 молодих хворих з ЮРА та 25 практично здорових, що представлено в таблиці 1. Середній вік хворих становив 19.4 ± 1.8 , що не відрізнявся від віку контрольної групи, середня тривалість захворювання становила 8.7 ± 5.1 р., середній вік дебюту захворювання 10.2 ± 4.9 р., середній час від початку перших клінічних проявів до встановлення діагнозу - 15.6 ± 25.9 міс. Олігоартикулярна форма ЮРА діагностовано у 34 хворих, включаючи 20 хворих з персистуючим та 14 з поширеним олігоартритом. Поліартикулярний варіант виявлено у 24 хворих, з них - 10 мали серопозитивний поліартрит, а 14 - серонегативний поліартрит. Ентезит-асоційований артрит та псоріатичний артрит діагностовано у 18 хворих, а системний ЮРА - у 13 хворих. Більшість хворих (67,4%) приймали раніше глюкокортикоїди (ГК), а на момент спостереження лише 27% отримують ГК, 14 пацієнтів отримували лише НПЗП, а

Таблиця 1

Демографічна характеристика пацієнтів з ЮРА та контрольної групи

Показники	Хворі з ЮРА (n=89)	Контрольна група (n=25)
Стать (М/Ч)	41/48	12/13
Середній вік	19.4±1.8	20.1±1.9
Тривалість захворювання, р.	8.7±5.1	
Вік дебюту ЮРА, р.	10.2±4.9	
Відтермінування діагнозу, міс.	15.6±25.9	
Персистуючий олігоартрит	20 (22.5%)	
Поширений олігоартрит	14 (15.7%)	
Поліартрит РФ+	10 (11.2%)	
Поліартрит РФ-	14 (15.7%)	
Ентезит-асоційований артрит + псоріатичний артрит	18 (16.9%)	
Системний ЮРА	13 (14.6%)	
ГК приймав раніше/на даний момент	60 (67.4%)/24 (27%)	
НПЗП	14	
ХМПРЗ n= 75		
Метотрексат	55/75	
Плаквеніл	12/75	
Сульфасалазин	6/75	
Азатіоприн	2/75	
Імунобіологія n=23	23	
Анти-ФНП (ЕТА/АДА)	19/23 (16/3)	
Тоцилізумаб	2/23	
Ритуксимаб	2/23	
Ремісія	37 (41.6%)	

75 - хворобомодифікуючі протизапальні засоби (ХМПРЗ), з них метотрексат - 55 хворих, плаквеніл - 12 хворих, сульфасалазин - 6, азатіоприн - 2 хворих. Імунобіологічну терапію отримували раніше або на момент огляду 23 хворих, з них моноклональні антитіла до фактора некрозу пухлин-альфа (ФНП) - 19 хворих (етанерцепт -16 хворих, адаліумаб -3 хворих), тоцилізумаб - 2 хворих, ритуксимаб - 2 хворих. Ремісію діагностовано у 37 (41.6%) хворих з ЮРА в анамнезі.

Всім пацієнтам з ЮРА та особам контрольної групи були роздані опитувальники з оцінки якості життя SF 36 та функціонального стану HAQ, результати яких подано у табл. 2.

Хворі з ЮРА мали гірше ($p<0.001$) фізичне благополуччя 46.3 ± 8.7 порівняно з контрольною групою (55.7 ± 6.9) (табл. 2, рис. 1). У них виявлено зниження показників, що відповідають за фізичне ($p<0.001$) і рольове ($p<0.05$) функціонування та інтенсивність болю ($p<0.001$), порівняно з групою контролю. Однак показники, що відповідають за психологічне благополуччя у хворих з ЮРА, не відрізнялися від контрольної групи.

Пацієнти з ЮРА також були проанкетовані на предмет виявлення депресії та тривожності. В результаті досліджень, помірну депресію за шкалою PHQ-9 було виявлено у 18

Таблиця 2

Якість життя у молодих хворих з ЮРА та контрольної групи

Показники	Пацієнти з ЮРА (n=89)	Контрольна група (n=25)	p
HAQ	0.3±0.4	-	
ВАШ пацієнт	34.6±23.3	-	
ВАШ лікар	27.9±24.3	-	
DAS 28	3,61±1,49	-	
JADAS	11,39±7,83	-	
JADI-A	4,02±6,27	-	
JADI-E	1,17±1,55	-	
SF 36			
SF36 фізичні показники			
PF	74.3±20.9	94.7±8.7*	0,0002
RF	64.6±29.9	83.8±19.5**	0,02
BP	59.0±24.2	84.5±21.6*	0,0002
GH	56.5±22.6	60.1±17.1	0.54
VT	58.2±19.1	59.8±20.0	0.77
SF36 психологічні показники			
SF	75.8±21.2	80.5±18.2	0.41
RE	69.2±33.8	75.0±26.7	0.52
MH	69.3±18.6	68.4±18.9	0.86
PCS	46.3±8.7	55.7±6.9*	0,0001
MCS	47.0±10.5	45.1±11.7	0.52
PHQ	5.8 ±5.5	4.3 ±3.1	0.12

PF-фізичне функціонування; RF- рольове функціонування
BP- інтенсивність болю, GH - загальний стан здоров'я,
VT - життєва активність, SF - соціальне функціонування, RE - рольове функціонування, MH - психічне здоров'я, PCS - фізичне благополуччя, MCS - психологічне благополуччя. ** - достовірні відмінності показників хворих з ЮРА та контрольної групи $p<0,05$; * - достовірні відмінності показників хворих з ЮРА та контрольної групи $p<0,001$

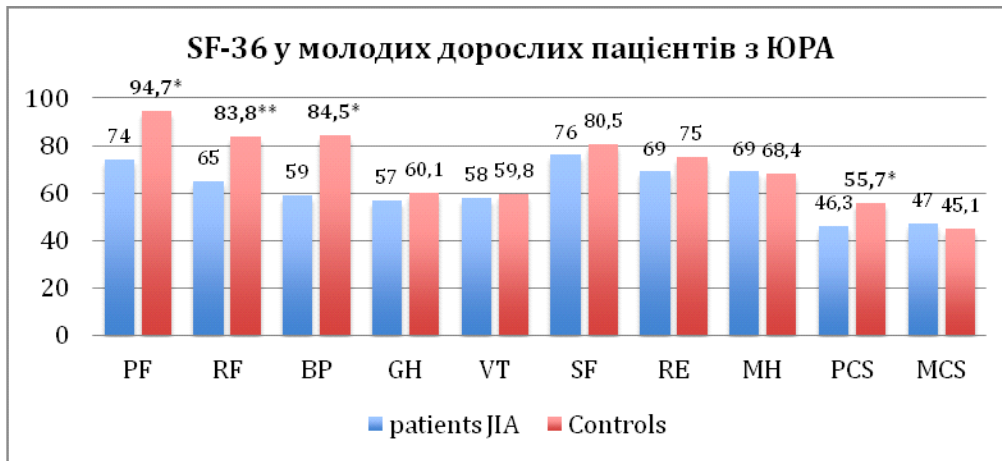


Рис 1

Якість життя за SF-36 у молодих дорослих з ЮРА

PF-фізичне функціонування; RF- рольове функціонування BP- інтенсивність болю, GH - загальний стан здоров'я, VT - життєва активність, SF - соціальне функціонування, RE - рольове функціонування, MH - психічне здоров'я, PCS - фізичне благополуччя, MCS - психологічне благополуччя. * - достовірні відмінності показників хворих з ЮРА та контрольної групи $p < 0,05$; ** - достовірні відмінності показників хворих з ЮРА та контрольної групи $p < 0,001$

(20,2%) пацієнтів, легку депресію - 17 (19,1%) пацієнтів та мінімальну депресію - у 30 (33,7%) пацієнтів. За шкалою Бека легку депресію виявлено у 7 (7,9%) пацієнтів, а помірну депресію - у 5 (5,6%) пацієнтів. Тоді як за шкалою самооцінки депресії останню виявлено лише у 7 (7,9%) пацієнтів. При оцінці тривоги за шкалою Бека висока тривожність виявлена у 2 (2,2%) пацієнтів, середню вираженість тривоги - у 12 (13,4%) пацієнтів та незначну тривожність у 75 (84,3 %) хворих, тоді як при самооцінці тривоги, останню виявлено у 12 (12,4%) пацієнтів, а за шкалою Гамільтона - відсутність тривоги - у 19 (%) пацієнтів, субклінічно виражена тривога виявлена у 7 (7,9 %) пацієнтів, клінічно виражена тривога виявлена у 18 (20,2 %) пацієнтів.

Ми спробували оцінити вплив віддалених суглобових та позасуглобових наслідків ЮРА на фізичний та психологічний стан дорослих пацієнтів. Для оцінки віддалених наслідків ЮРА ми використовували інтегральний індекс пошкодження суглобових (JADI-A) та позасуглобових (JADI-E) уражень. При цьому оцінювали стан в таких суглобах: висково-нижньощелепні, шийний відділ хребта, плечові, ліктьові, променево-зап'ястні, метакарпо-фалангові, проксимальні міжфалангові, кульшові, колінні, гомілково-стопні та метатарзо-фалангові суглоби з оцінкою в них значних функціональних порушень чи розвитку анкілозів або наявності протезів. Оцінка позасуглобових віддалених наслід-

ків ЮРА проводилась з урахуванням уражень очей (катаракта і/або інші ускладнення увеїту з втратою зору), м'язево-скелетної системи (значна м'язова атрофія, остеопороз з переломами чи компресія тіл хребців, асептичний некроз кісток, значне порушення вигину хребта внаслідок контрактури кульшового суглобу чи зміни довжини кінцівки, значна зміна довжини кінцівки чи порушення росту певного сегменту кістки), шкірних покривів (стрії, атрофія підшкірної клітковини внаслідок введення внутрішньосуглобово кортикостероїдів), ендокринної системи (порушення росту, відставання в пубертантному розвитку, цукровий діабет) та розвитку амліоїдозу.

Суглобові віддаленні наслідки JADI-A, мають переважно негативний вплив на фізичне благополуччя пацієнта ($r = -0,27, p < 0,05$) та на індекси, що з ним пов'язані: фізичне функціонування ($r = -0,24, p < 0,05$), інтенсивність болю ($r = -0,24, p < 0,05$), загальний стан здоров'я ($r = -0,24, p < 0,05$), життєва активність ($r = -0,19, p < 0,05$), соціальне функціонування ($r = -0,27, p < 0,05$), психічне здоров'я ($r = -0,22, p < 0,05$) (табл. 3).

Тоді як позасуглобові віддаленні наслідки JADI-E (табл. 4), також мають переважно негативний вплив на фізичне благополуччя пацієнта ($r = -0,22, p < 0,05$) та на індекси, що з ним пов'язані: фізичне функціонування ($r = -0,28, p < 0,05$), інтенсивність болю ($r = -0,20, p < 0,05$), загальний стан здоров'я ($r = -0,23, p < 0,05$), психічне здоров'я ($r = -0,23, p < 0,05$), а також позитивний

Таблиця 3

Вплив суглобових віддалених JADI-A на фізичне та психічне благополуччя дорослих пацієнтів з ЮРА

JADI-A	Коефіцієнт кореляції	p
Оцінка якості життя за SF-36 фізичне благополуччя (PCS)	-0,270	0,003*
Оцінка якості життя за SF-36 психологічне благополуччя (MCS)	-0,057	0,543
Фізичне функціонування (PF)	-0,243	0,009*
Рольове функціонування (RF)	-0,121	0,202
Інтенсивність болю (BP)	-0,244	0,009*
Загальний стан здоров'я (GH)	-0,242	0,010*
Життєва активність (VT)	-0,191	0,043*
Соціальне функціонування (SF)	-0,265	0,005*
Рольове функціонування (RE)	-0,012	0,898
Психічне здоров'я (MH)	-0,215	0,022*
Оцінка функціонального стану (HAQ)	0,265	0,008*
Шкала депресії Бека	0,211	0,057
Шкала тривоги Бека	0,092	0,335
НАМ-А	0,207	0,098
Самооцінка депресії	0,239	0,060
Самооцінка тривоги	0,110	0,390
RHQ-9	0,179	0,139
Шкала Гамільтона	0,088	0,578

зв'язок з НАМ-А ($r=0,25$, $p<0,05$), шкалою депресії ($r=0,28$, $p<0,05$) та RHQ-9 ($r=0,28$, $p<0,05$).

Як ми й очікували, якість життя у наших хворих з ЮІА була гіршою, ніж у контрольній групі. Наші результати підтверджують опубліковані раніше дані, що демонструють гіршу ЯЖ в молодих людей з ЮІА, ніж у контрольній групі відповідного віку та статі [10 11, 12]. Однак, наші результати відрізняються, як у хворих з ЮІА, так і контрольної групи, від дослідження Wirff J. та ін., в якому автори аналізували хворих з ЮІА на етапі передачі пацієнтів від дитячого до дорослого ревматолога в період появи біологічної терапії [13]. Підгрупи SF-36, що відповідають за фізичне та психологічне здоров'я, де-

монструють менший вплив ЮІА на ЯЖ у нашій вибірці, ніж у попередніх опублікованих дослідженнях, хоча ми очікували іншого результату, тому що в Україні біологічна терапія не є доступною для багатьох пацієнтів, що можна пояснити тим, що наші пацієнти частіше отримували ГК, що зменшувало активність захворювання та у нашу вибірку входили не лише пацієнти з ЮІА, які потребують постійного спостереження, а й ті, що знаходилися в повній клінічній ремісії та не потребували медикаментозної терапії.

Наші результати підтвердили літературні дані [10], що найбільший вплив ЮІА мав на "фізичне функціонування" та "інтенсивність болю", що входять в групу фізичного благополуччя за

Таблиця 4

Вплив позасуглобових віддалених JADI-E на фізичне та психічне благополуччя дорослих пацієнтів з ЮРА

JADI-E	Коефіцієнт кореляції r	p
Оцінка якості життя за SF-36 фізичне благополуччя (PCS)	-0,218	0,019*
Оцінка якості життя за SF-36 психологічне благополуччя (MCS)	-0,079	0,401
Фізичне функціонування (PF)	-0,280	0,003*
Рольове функціонування (RF)	-0,131	0,168
Інтенсивність болю (BP)	-0,202	0,032*
Загальний стан здоров'я (GH)	-0,229	0,015*
Життєва активність (VT)	-0,150	0,114
Соціальне функціонування (SF)	-0,157	0,098
Рольове функціонування (RE)	-0,070	0,459
Психічне здоров'я (MH)	-0,234	0,013*
Оцінка функціонального стану (HAQ)	0,179	0,075
Шкала депресії	0,276	0,012*
Шкала тривоги Бека	0,121	0,203
НАМ-А	0,249	0,045*
Самооц депресії	0,245	0,053
Самооц тривоги	0,207	0,104
RHQ-9	0,280	0,019*
Шкала Гамільтона	0,175	0,268

SF-36. Однак при використанні додаткових анкет на виявлення симптомів тривожності та депресії виявлено, що у 7,9 % пацієнтів з ЮРА є субклінічна тривога, а у 20,2 % - клінічно виражена тривога, а також помірна депресія за шкалою PHQ-9 виявлено у 20,2% пацієнтів, легку депресію - у 19,1% пацієнтів та мінімальну депресію - у 33,7% пацієнтів, що потребує консультацію та лікування у відповідного спеціаліста. Хоча в дослідженні дітей з ЮРА [16] клінічно діагноз депресії або тривоги визначається часто, однак при використанні відповідних шкал депресії і тривоги їх значення оцінювалися як середні нормальні показники та вони не були асоційовані з інтенсивністю болю. Однак Paskham J. C. et al.[17] показали, що у дорослих з ЮРА часто страждає соціальна функція.

Ми не знайшли в доступній літературі досліджень з впливу віддалених пошкоджень (JADI-A та JADI-E) на якість життя та психічне здоров'я у молодих дорослих. Подібні дослідження були проведені Viola S. et al у дітей з ЮРА, однак ці результати не можна порівнювати, враховуючи вікові відмінності [3]. В нашій попередній роботі [14] ми не виявили зв'язку тривалості захворювання з показниками якості життя, хоча встановлено негативний вплив функціональної активності за HAQ на всі компоненти ЯЖ (SF-36), а в іншій роботі [15] ми показали, що ЯЖ залежить від рентгенологічного прогресування ЮРА. Ці результати логічно вкладаються в розуміння впливу віддалених суглобових наслідків (JADI-A) на ЯЖ з переважним впливом на його фізичні компоненти.

Важливою є профілактика позасуглобових віддалених пошкоджень (JADI-E), оскільки вони впливають не лише на фізичне, а й на психічне здоров'я молодих дорослих з ЮРА, що може впливати на подальшу адаптацію молодої людини в соціумі.

Наше дослідження має певні обмеження. Це було одномоментне дослідження, що обмежує оцінку природного перебігу ЮРА та прогностичних факторів якості життя при ЮРА. В попередніх дослідженнях продемонстровано, що психологічні чинники, методи терапії, географічне походження та соціально-економічні відмінності можуть мати вплив на біль та психологічний стан при ЮРА.

Наше дослідження також має сильні сторони:

- Дослідження було контрольоване, а контрольна група була узгоджена за статтю та віком.
- Для оцінки якості життя SF-36 ми використовували оновлений ліцензований доступ для некомерційних академічних досліджень від управління наукових грантів та досліджень (OGSR), що надається компанією OptumInsight Life Sciences, який включає нові загальні норми 2009 року разом з загальними нормами населення 1998 року.
- Для оцінки психічного здоров'я, окрім опитувальника якості життя SF-36, використовували і анкети на виявлення тривожності та депресії
- Вперше оцінено вплив віддалених наслідків за JADI-A та JADI-E на психічне та фізичне здоров'я пацієнтів з ЮРА.

Висновки

1. Віддалені наслідки суглобових та позасуглобових пошкоджень ЮРА в дорослому віці негативно впливають на якість життя пацієнта, зокрема виявлено негативний зв'язок JADI-A з фізичним функціонуванням, інтенсивністю болю, загальним станом здоров'я, життєвою активністю, соціальним функціонуванням та психічним здоров'ям.
2. Позасуглобові віддалені наслідки JADI-E, також мають переважно негативний вплив на фізичне благополуччя пацієнта та на індекси, що з ним пов'язані: фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, психічне здоров'я, а також позитивний зв'язок з тривожністю (за шкалою HAM-A), розвитком депресії (за шкалою депресії Бека) та з оцінкою здоров'я пацієнта (PHQ-9).
3. Важливою є профілактика позасуглобових віддалених пошкоджень (JADI-E), оскільки вони впливають не лише на фізичне, а й на психічне здоров'я молодих дорослих з ЮРА, що може погіршити подальшу адаптацію молодої людини в соціумі.

Література

1. Kovalenko V.M., Shuba N.M., Yaremenko O.B., Omelchenko L.I., Bortkevych O.P., Marushko T.V., Protsenko H.O., Harmysh O.O., Ter-Vartanian S.Kh., Svintsitskyi A.S., Herasyenko S.I. Diskusiini pytannia obgruntuvannia statusu diahnozu "iuvenilnyi revmatoidnyi artryt" v katehorii dorosloho naseleennia u vypadkakh

- debiutu khvoroby v dytyachomu ta pidlitkovomu vitsi. *Ukrainskyi Revmatolohichnyi zhurnal* 2016; 63, 5-7. (Коваленко В.М., Шуба Н.М., Яременко О.Б., Омельченко Л.І., Борткевич О.П., Марушко Т.В., Проценко Г.О., Гармиш О.О., Тер-Вартаньян С.Х., Свінціцький А.С., Герасименко С.І. Дискусійні питання обґрунтування статусу діагнозу "ювенільний ревматоїдний артрит" в категорії дорослого населення у випадках дебюту хвороби в дитячому та підлітковому віці. *Український Ревматологічний журнал* 2016; 63, 5-7).
2. Van Mater HA, Williams Jr JW, Coeytaux RR, et al.: Psychometric characteristics of outcome measures in juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64, 554-62.
 3. Viola S, Felici E, Magni-Manzoni S, et al.: Development and validation of a clinical index for assessment of long-term damage in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2005; 52, 2092-2102.
 4. 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.
 5. Consolaro A., Ruperto N., Bazso A. et al.: Development and validation of a composite disease activity score for juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2009; 61, 658-666. doi:10.1002/art.24516CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar
 6. Kroenke K., Spitzer R., Williams J.: The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.15251497.2001.016009606.x
 7. Smarr K.L., Keefer A. L.: Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthr Care & Research* 2011; 63 (S11), S454-S466
 8. Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56, 893-897. doi:10.1037/0022-006x.56.6.893
 9. McDowell, I., Newell, C., & McDowell, I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.* New York: Oxford University Press 2006; 268.?
 10. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: functional outcome. *Rheumatology (Oxford)*. 2002; 41(12), 1428-1435.
 11. Foster HE, Marshall N, Myers A, Dunkley P, Griffiths ID. Outcome in adults with juvenile idiopathic arthritis: a quality of life study. *Arthritis Rheum.* 2003; 48(3), 767-775. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.10863> PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12632431>
 12. Ruperto N, Levinson JE, Ravelli A, Shear ES, Link Tague B, Murray K, Martini A, Giannini EH. Long-term health outcomes and quality of life in American and Italian inception cohorts of patients with juvenile rheumatoid arthritis; I; Outcome status. *J Rheumatol.* 1997; 24(5), 945-951. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9150087>
 13. Wipff J, Sparsa L, Lohse A, Quartier P, Kahan A, Deslandre CJ. Impact of juvenile idiopathic arthritis on quality of life during transition period at the era of biotherapies. *Joint Bone Spine* 2015; <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.03.005> PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26231098>.
 14. Dzhus M. Vplyv yuvenilnoho idiopatychnoho artrytu na yakist zhyttia u molodykh liudei v perekhidnyi period do dorosloi revmatolohichnoi sluzhby. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka* 2017; 2 (4) <https://uk.medjournal.com/index.php/psp/issue/archive>. (Джус М. Вплив ювенільного ідіопатичного артрити на якість життя у молодих людей в перехідний період до дорослої ревматологічної служби. *Психосоматична медицина та загальна практика* 2017; 2 (4)
 15. Dzhus MB. Psycho-emotional condition of young adults with juvenile idiopathic arthritis. *Acta Medica Leopoliensia.* 2017; 23 (1-2), 44-51. (Джус М. Б. Психоемоційний стан у молодих дорослих з ювенільним ідіопатичним артритом. *Acta Medica Leopoliensia.* 2017; 23 (1-2), 44-51)
 16. Erdogdu D, Kasapcopur O, Cimen G, Arisoy N, Kayaalp L. Depression, anxiety and pain in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology* 2008, 6 (S1), 175 <https://doi.org/10.1186/1546-0096-6-S1-P175>
 17. Packham J. C., Hall M. A. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology* 2002; 41 (12), 1440-1443 <https://doi.org/10.1093/rheumatology/41.12.1440>