

МЕТОДИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

В.Ю. Дубовик¹, Т.С. Грузева^{1,2}, Г.В. Іншакова^{1,2}

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Резюме

Стратегічною метою охорони здоров'я є збереження та зміцнення здоров'я, подовження тривалості життя та покращення його якості. З огляду на це, оцінка якості життя пацієнтів з певною патологією є важливим медико-соціальним завданням в контексті визначення ефективності лікування та обґрунтування і розробки профілактичних заходів та коригуючих впливів. Актуальність оцінки якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом є очевидною, з огляду на поширеність серед населення та тяжкість перебігу патології, реформування системи надання медичної допомоги, ускладнюючі чинники, у т.ч. пандемію SARS-CoV-2 [1]. Існує необхідність включення оцінки якості життя у перелік обов'язкових методів дослідження з метою вивчення ефективності фармакологічних та нефармакологічних методів лікування пацієнтів з ревматоїдним артритом в динаміці, враховуючи тривалий перебіг захворювання та його вплив на повсякденне життя.

В сучасних умовах використовується низка методів та інструментів з оцінки якості життя пацієнтів, які мають свої особливості та переваги. Очевидно, буде продовжено пошук більш точних методик оцінки якості життя даної категорії пацієнтів, які стануть стандартом оцінки ефективності лікування.

Численні дослідження підтверджують, що ревматоїдний артрит викликає погіршення всіх аспектів якості життя, зокрема, розлади психічного здоров'я, а також соціальну дисфункцію. Активність захворювання, оцінена за допомогою шкали DAS-28 [2], є найбільш прогностичним фактором у пацієнтів. Вона негативно корелює з якістю життя і позитивно корелює з депресією та тривогою.

В сучасних умовах активних змін в підходах до організації надання медичної допомоги, системних викликів на кшталт пандемії COVID-19 важливим є виявлення та застосування швидких і найбільш ефективних методів оцінки стану пацієнтів з хронічною патологією, у т.ч. з ревматоїдним артритом, до та після лікування. Також важливо ідентифікувати основні фактори, що призводять до зниження якості життя пацієнтів, та розробити план заходів щодо оптимізації організації надання медичної допомоги відповідно до потреб пацієнтів.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, спеціалізована медична допомога, якість життя, методи та інструменти оцінки.

ВСТУП

Відомо, що ревматичні захворювання є досить поширеними у всьому світі та становлять одну з найбільш значущих медичних і соціально-економічних проблем сучасного суспільства, оскільки суттєво знижують якість життя, призводять до значних витрат

на охорону здоров'я і негативно впливають на національну економіку.

Згідно з даними глобальної статистики, ревматоїдний артрит є найпоширенішою формою запального захворювання суглобів, яка спостерігається у 1% населення світу. Це хронічне системне аутоімунне захворю-

вання сполучної тканини призводить до інвалідності та передчасної смерті [1, 3, 4]. Пік захворюваності для жінок становить 41 рік, для чоловіків – 45 років. Жінки хворіють на ревматоїдний артрит у 2–4 рази частіше порівняно з чоловіками. Згідно з міжнародними даними, виживання пацієнтів з ревматоїдним артритом, які не досягають клініко-лабораторної ремісії, можна порівняти з виживанням при таких тяжких захворюваннях як цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, ішемічна хвороба серця. Смертність у пацієнтів з цією патологією вища у 2,5 рази. Ревматоїдний артрит скорочує тривалість життя пацієнтів на 5–10 років [3, 4, 5]. Дане захворювання є не лише великою медичною проблемою через прогресуючий перебіг, непередбачуваність та недостатню ефективність лікування, а й має велике соціальне значення через високу частоту втрати працездатності та приріст інвалідності.

Глобальною тенденцією останніх десятиліть є підвищення інтересу лікарів до питань оцінки якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями, оскільки існуючі методи оцінки ефективності терапевтичних втручань, як правило, відображають суто біологічний підхід і не враховують різноманіття життя людини [6]. Медичний висновок про ефективність лікування, зроблений лікарем на підставі результатів клінічного обстеження, і оцінка пацієнтом якості свого життя можуть суттєво відрізнятись [6,7]. Це пов'язано як з індивідуальними особливостями пацієнта, так і з можливими помилками при виконанні або інтерпретації необхідних діагностичних та лікувальних процедур, а також з побічними ефектами ліків та їх впливом на психоемоційну сферу пацієнта.

У світі з 1995 року основним координатором досліджень якості життя є міжнародна некомерційна організація – MAPI Research Institute [8], у ВООЗ функціонує окрема секція з цих питань. В Україні поки-що не існує координаційного органу, який має повноваження щодо впровадження та контролю за оцінкою якості життя як сучасного об'єктивного стандарту медичних досліджень, а також адаптації згідно з міжнародними стандартами вже існуючих та розробки нових національних інструментів для визначення якості життя пацієнтів.

З огляду на вказане, актуальним є питання створення уніфікованої форми для оцінки якості життя пацієнтів з провідними нозологіями, враховуючи сучасні умови організації надання медичної допомоги, системні виклики, у т.ч. пандемію SARS-CoV-2 [6, 10]. Ланки первинної та спеціалізованої медичної допомоги почали впроваджувати в щоденну практичну діяльність телеконсультації, а також створення електронних рецептів та направлень для отримання спеціалізованої медичної допомоги. Вказані нововведення необхідні, оскільки для багатьох пацієнтів вони розширили доступ до отримання медичної допомоги.

Метою дослідження став аналіз наукової літератури з питань оцінки якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом, особливостей та переваг конкретних методик та інструментів.

Матеріали і методи. У роботі використано бібліосемантичний та аналітичний методи дослідження. Джерелами інформації слугували наукові публікації у фахових наукових виданнях, рекомендації ВООЗ, матеріали MAPI Research Institute.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відомо, що хронічні захворювання неможливо повністю вилікувати, але цілком можливо досягти тривалої ремісії та контрольованого перебігу хвороби за умови достатнього комплаєнсу між лікарем і пацієнтом. При цьому одним з головних завдань лікаря є зменшення впливу хвороби на спосіб життя пацієнта, оскільки важливо не тільки пролонгувати життя, але й підвищити його якість.

В сучасних умовах у щоденній клінічній практиці оцінка якості життя досить часто сприймається лікарями неоднозначно. Традиційно критеріями ефективності лікування в клінічних дослідженнях є дані об'єктивного обстеження та лабораторні показники. Незважаючи на те, що стандартні медико-біологічні параметри часто є основними критеріями ефективності лікування, вони не відображають самопочуття пацієнта та його активність у повсякденному житті [6, 9, 11].

Необхідно зазначити, що за наявності ревматоїдного артриту, як і будь-якої хронічної патології, оцінка пацієнтом свого стану є найважливішим показником здоров'я і має бути включена в повсякденну діяльність практикуючого лікаря. Об'єктивні зміни медико-біологічних параметрів, результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень та зміна лікування відповідно до перебігу захворювання, на думку лікаря, свідчать про покращення якості життя пацієнта. Звичайно, покращення об'єктивних показників є відображенням поліпшення самопочуття пацієнта, однак в ході практичної діяльності така закономірність не завжди простежується і пацієнти продовжують страждати від суб'єктивних порушень психічного та фізичного генезу. Саме тому виникає необхідність у створенні інтегрованої оцінки якості життя з метою визначення змін стану пацієнта.

У зв'язку з прогресуючим перебігом захворювання та посиленням симптомів, пацієнти з ревматоїдним артритом втрачають здатність до звичайної щоденної фізичної активності, а саме самообслуговування та домашньої трудової діяльності. Обмеження, викликані хворобою, часто призводять до залежності від сторонньої допомоги. Періодичний біль, пов'язаний із запаленням, деформація та обмеження рухли-

вості суглобів негативно впливають на психологічний та соціальний аспекти життя пацієнтів.

Згідно з рекомендаціями секції ВООЗ, що вивчає проблеми якості життя, при оцінці необхідно враховувати низку важливих критеріїв [11]. Ними є фізичний (сила, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічний (емоції, мислення, зовнішній вигляд, переживання); рівень самостійності (повсякденна активність, працездатність, залежність від лікування та ліків); громадське життя (особисті стосунки, сексуальна активність, суспільна цінність суб'єкта); навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність та якість медичної та соціальної допомоги, забезпеченість, екологічна ситуація, можливість навчання, доступність інформації); духовність (релігія, особисті переконання).

Серед загальних опитувальників часто застосовують: *Sickness Impact Profile*, *McMaster Health Index Questionnaire*, *Nottingham Health Profile*, *General Health Rating Index*, *Quality of Life Index*, *EuroQoL-5D*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36)* [12].

Дані наукової літератури свідчать, що найчастіше для визначення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, використовується шкала *HRQoL*, яка є важливим доповненням до оцінки клінічних параметрів. *HRQoL* визначається шляхом самооцінки пацієнтами власного стану шляхом порівняння поточного стану здоров'я з бажаним [8, 12]. Суб'єктивна оцінка пацієнтом стану свого здоров'я є практичним фактором, який дозволяє краще планувати та покращувати якість допомоги пацієнту. Самооцінка пацієнтом свого здоров'я показує ступінь його фізичного обмеження, що спричинено захворюванням, в динаміці до та після проведеного лікування.

У США і країнах Європи при проведенні досліджень якості життя широко використовується *SF-36 Health Status Survey (SF-36)*, який відноситься до неспецифічних опитувальників цієї групи [13, 14]. Опитувальник *SF-36* був нормований для загальної популяції США і репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії. У США і країнах Європи були проведені дослідження окремих популяцій і отримані результати за нормами для здорового населення і для груп хворих з різними хронічними захворюваннями з поділом груп за статтю та віком. Даний опитувальник застосовується при проведенні наукових досліджень серед різних груп населення, пацієнтів в Україні. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм станом за допомогою 36 пунктів, які згруповані у вісім шкал: фізичний стан, повсякденна діяльність, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 оцінюється як повне здоров'я.

Також активно використовують коротку форму анкети якості життя *BOO3 WHOQOL-BREF*. Вона є коротшою версією оригінального інструменту, яка більше підходить для використання у великих клінічних дослідженнях [15]. Структурно анкета складається з 26 компонентів, які характеризують наступні сфери: фізичне здоров'я (*WHOPH*), психологічне здоров'я (*WHOPSY*), соціальні відносини (*WHOSR*) та навколишнє середовище (*WHOENV*). *WHOQOL-BREF* відображає відповідні психометричні характеристики у пацієнтів з ревматоїдним артритом і є реальним показником для подальших втручань, спрямованих на покращення якості життя.

У клінічних випробуваннях ефект лікування можна оцінити шляхом вимірювання стану здоров'я за допомогою індексу *EQ-5D* до та після лікування, з подальшою оцінкою поліпшення чи погіршення стану здоров'я пацієнта [16, 17, 18]. *EQ-5D* активно використовується у клінічних випробуваннях, в обсерваційних дослідженнях, для оцінки стану здоров'я населення та багатьох інших типах досліджень, де необхідно оцінити загальний показник стану здоров'я. Значення індексу *EQ-5D* можна застосувати для оцінки приросту років життя з поправкою на якість (*QALY*) з економічною оцінкою медичних втручань. Дані профілю *EQ-5D* надають додаткові докази відносної ефективності проведеного лікування. Норми *EQ-5D-3L* для 24 країн опубліковані в книзі Szende A, Janssen B, Sabases J. (Самооцінка здоров'я населення: міжнародна перспектива на основі *EQ-5D*. Дордрехт: Springer; 2014 р.) [17]. У цьому виданні дані про застосування в Україні індексу *EQ-5D* відсутні, оскільки використання даного індексу не спостерігалось у практичній діяльності лікарів. Тому варто звернути увагу на обізнаність медиків щодо існуючих інструментів оцінки якості життя до та після проведеного лікування у випадку тривалого перебігу хронічної патології, зокрема ревматоїдного артриту.

Аналіз наукової літератури свідчить про використання опитувальника профілю впливу хвороби *Sickness Impact Profile (SIP)*, який призначений для вимірювання ступеню порушення здоров'я пацієнта на основі аналізу повсякденної діяльності та загального самопочуття на фоні захворювання [19, 20]. Він був розроблений у Вашингтонському університеті в Сіетлі, США. Нині використовується багатьма установами у світі і є офіційним опитувальником якості життя в Університеті Джона Хопкінса в Балтіморі. Анкета складається з 136 дихотомічних запитань (так/ні), які представляють конкретні види діяльності, поділені на 12 загальних категорій. Загальна оцінка категорій або вимірів *SIP* множиться на сотню, отримуючи результат у відсотках, де 0% відповідає повністю здоровим пацієнтам, а 100% – пацієнтам у дуже важкому стані, повністю залежних від сторонньої допомоги в усіх аспектах життя.

Під час пандемії SARS-CoV-2 більшість закладів первинної та спеціалізованої допомоги почали активно впроваджувати в процес медичного обслуговування пацієнтів телеконсультації, а також створювати електронні рецепти та направлення [1, 5, 21].

У випадку пацієнтів з ревматоїдним артритом ця форма допомоги є доречним рішенням, оскільки ревматологи мають доступ до медичних карт пацієнтів і знайомі з більшістю пацієнтів особисто, тривало спостерігаючи за перебігом захворювання в реальному режимі до карантину. Можливість стежити за станом здоров'я пацієнтів та надавати медичні консультації телефоном дозволяє лікарям швидко передавати відповідні поради та коригувати лікування пацієнтів залежно від стану їхнього здоров'я. Дана форма медичного обслуговування також сприяє зменшенню чи уникненню соціальних контактів, що є важливим профілактичним заходом в умовах пандемії.

Теоретично, дана модель надання медичної допомоги може найкраще підходити для пацієнтів з ревматичними захворюваннями. Однак зворотній зв'язок з пацієнтами свідчить, що частина з них не повністю задоволена цією формою допомоги. Деякі пацієнти надають перевагу прийомам спеціалістів, що, на їхню думку, є ефективнішим з точки зору лікування. Частина пацієнтів з ревматоїдним артритом вважає, що запропонована та впроваджена модель надання допомоги у вигляді телеконсультаційних прийомів виявляється лише частково спроможною задовільнити їх потреби, не сприяє поліпшенню перебігу хронічного захворювання, неефективна для утримання ремісії та значно знижує комплаєнс, що в свою чергу веде до зниження якості життя пацієнтів.

У дослідженні Bingqing Bai здійснено аналіз факторів, що впливають на якість життя хворих на ревматоїдний артрит, за допомогою опитувальників SF-36, WHOQOL-BREF та QLICD-RA [22]. Серед факторів, що призвели до суттєвих відмінностей у оцінці якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом були виокремлені наступні: вік, індекс маси тіла, сімейний стан, тривалість сну, самотність та досвід консультацій психолога, а також лабораторне вимірювання рівнів СРБ, фактори комплементу C3, C4, IgA та Ig M. За результатами даного дослідження, недостатній сон і підвищений рівень IgA тісно пов'язані з низькою якістю життя пацієнтів з ревматоїдним артритом. Варто зазначити, що безробіття та самотність під час карантину є незалежними детермінантами зниження якості життя та сприяють більшому прояву симптомів у пацієнтів з ревматоїдним артритом.

Таким чином, для оцінки якості життя пацієнтів існує низка інструментів, які знаходять застосування

у науково-дослідницькій роботі та в практиці охорони здоров'я. Вони дозволяють об'єктивно оцінити різні аспекти якості життя з врахуванням провідних чинників впливу. Використання їх у практичній діяльності лікаря сприятиме досягненню цілей лікувально-діагностичного процесу та підвищить результативність медичного обслуговування.

ВИСНОВКИ

Аналіз наукової літератури засвідчив важливість визначення оцінки якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом як об'єктивного критерію ефективності лікування та підґрунтя для коригуючих впливів. Для проведення такої оцінки існує низка інструментів, які широко використовуються у наукових дослідженнях та в практичній охороні здоров'я в багатьох країнах світу.

Проте, оцінка якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом часто залишається поза увагою лікаря, що обумовлено недостатньою обізнаністю медичного персоналу щодо належних інструментів, браком часу для проведення опитувань, іншими чинниками впливу, зокрема карантинном в умовах пандемії тощо. Тому важливим завданням є поширення інформації у професійному середовищі про сучасні методи та інструменти оцінки якості життя, їх особливості та переваги, навчання персоналу їх використанню та створення умов і забезпечення можливостей активного здійснення оцінки якості життя пацієнтів.

Застосування індексів оцінки якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом сприятиме посиленню комплаєнсу між лікарем та пацієнтом, удосконаленню медичного обслуговування хворих, обґрунтуванню коригуючих впливів та медико-соціальних програм підтримки. Підвищення результативності медичної допомоги пацієнтам з ревматоїдним артритом лежить у площині систематичного поліпшення якості телеконсультацій за умови належного технічного забезпечення закладів охорони здоров'я та медичного персоналу, впровадженні відповідних курсів для медичного персоналу та пацієнтів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ В ДАНОМУ НАПРЯМКУ

З огляду на значущість проведення оцінки якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом для об'єктивного визначення результативності лікування, обґрунтування коригуючих впливів, подальше дослідження ефективності застосування певних методик оцінки якості життя є необхідним складником процесу оптимізації медичного обслуговування населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Pietrabissa G., Simpson S.G. Psychological consequences of social isolation during COVID-19 outbreak. *Front Psychol.* 2020. 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.02201 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013572/>.
2. Van Riel P. L., Renskers L. The Disease Activity Score (DAS) and the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28) in the management of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2016. 34 (5). P. 40-44.
3. van Delft M.A. M., Huizinga T.J. An overview of auto-antibodies in rheumatoid arthritis. *J of Autoim.* 2020. 110. doi: 10.1016/j.jaut.2019.102392 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31911013/>.
4. ACR 2021: 100+ Arthritis and Rheumatic Disease Updates You Need to Know. URL: <https://creakyjoints.org/about-arthritis/acr-2021-research-updates/>.
5. Akkaya F., Kiyak E. Evaluation of the loneliness, social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Int J Caring Sci.* 2018. 11(1). P. 457-463.
6. EULAR provisional recommendations for the management of rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV-2 / Landewé R. B, et al. *Ann Rheum Dis.* 2020. 79(7). P. 851-858. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217877.
7. Cella D.F. Quality of Life: concepts and definition. *J. Pain and Symptom Manag.* 1994. 9(3). P. 186-192. doi: 10.1016/0885-3924(94)90129-5.
8. MAPI Research Institute. URL: <https://www.mapi-institute.com>.
9. Tesio L. Quality of life measurement: one size fits all. *Rehabilitation medicine makes no exception.* *J Med Pers.* 2009. 7(1). P. 5-9. doi: 10.1007/s12682-009-0002-5.
10. Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies *Am.J. Cardiol.* 1984. 54(7). P. 908-913. doi: 10.1016/s0002-9149(84)80232-5.
11. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? *World Health Forum.* 1996. 517(4). P. 354-356. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>.
12. Поник Р.М., Коритко З.І. Захворюваність та особливості реабілітації хворих на ревматоїдний артрит в умовах сьогодення. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 2019. 3. С. 183-187. doi: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.vi3.10504>.
13. SF-36 Health Status Survey (SF-36). RAND 36-Item Health Survey 1.0 Questionnaire Items. URL: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html.
14. Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. The RAND-36 Item Health Survey questionnaire (Version 1.0). *Health Economics.* 2011. 2(3). P. 217-227. doi: 10.1002/hec.4730020305.
15. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Programme on Mental Health. WHO, Geneva, Switzerland. Field Trial Version December 1996. URL: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
16. General population norms for the EQ-5D-3 L in Norway: comparison of postal and web surveys / Stavem K., et al. *Health Qual Life Outcomes.* 2018. 16(1). doi: 10.1186/s12955-018-1029-1.
17. Szende A, Janssen B, Cabases J. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D / ed. by Agota Szende, Bas Janssen, Juan Cabases. Springer, 2014. 196 p. doi 10.1007/978-94-007-7596-1.
18. Devlin N.J., Brooks R. EQ-5D and the EuroQol group: past, present and future. *Appl Health Econ Health Policy.* 2017. 15. P. 127-137. doi: 10.1007/s40258-017-0310-5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343080/>
19. Sickness Impact Profile – SIP. URL: <http://www.mapi6trust.org/services/questionnairelicensing/catalog6questionnaires/2966sip>.
20. McMahon S.B. Assessment of Pain Beliefs, Coping, and Function. *Wall & Melzack's Textbook of Pain, Sixth Edition.* 2013. Chapter 24. P. 328-338.
21. Таński W. The Role of Clinical Activity, Loneliness, and Satisfaction with e-Health Services as Factors Affecting Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Psychology Research and Behavior Management.* 2021. 14. P. 1581-1590. doi: 10.2147/PRBM.S332141 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34675699/>.
22. Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid arthritis in Northeast China / Bai B., et al. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2020. 18. doi: 10.1186/s12955-020-01355-7.

REFERENCES

1. Pietrabissa, G, Simpson, S.G. (2020). Psychological consequences of social isolation during COVID-19 outbreak. *Front Psychol*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020..>
2. Van Riel, P.L, Renskers, L. (2016). The Disease Activity Score (DAS) and the Disease Activity Score using 28 joint counts (DAS28) in the management

- of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 34(5), 40-44.
3. van Delft, M. A. M., Huizinga, T. J. (2020). An overview of autoantibodies in rheumatoid arthritis. *J of Autoim*, 110. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102392>.
 4. ACR 2021: 100+ Arthritis and Rheumatic Disease Updates You Need to Know. (2021). Retrieved from: <https://creakyjoints.org/about-arthritis/acr-2021-research-updates/>.
 5. Akkaya, F., Kiyak, E. (2018). Evaluation of the loneliness, social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Int J Caring Sci*, 11(1), 457-463.
 6. Landewé, R.B, Machado, P.M., Kroon, F. et al. (2020). EULAR provisional recommendations for the management of rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV-2. *Ann Rheum Dis*, 79(7), 851-858. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217877>.
 7. Cella, D. F. (1994). Quality of Life: concepts and definition. *J. Pain and Symptom Manag*, 9(3), 186-192. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)
 8. MAPI Research Institute. Retrieved from: <https://www.mapi-institute.com>.
 9. Tesio, L. (2009). Quality of life measurement: one size fits all. *Rehabilitation medicine makes no exception*. *J Med Pers*, 7(1), 5-9. <https://doi.org/10.1007/s12682-009-0002-5>.
 10. Wenger, N. K., Mattson, M. E., Furberg, C. D., Elinson, J. (1984). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am.J. Cardiol*, 54(7), 908-913. [https://doi.org/10.1016/s0002-9149\(84\)80232-5](https://doi.org/10.1016/s0002-9149(84)80232-5).
 11. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? (1996). *World Health Forum*, 517(4), 354-356. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
 12. Ponyk, R.M., Korytko, Z.I. (2019). Zakhvoriuvanist ta osoblyvosti reabilitatsii khvorykh na revmatoidnyi artryt v umovakh sohodennia [The incidence and features of rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis in modern medicine]. *Achievements of clinical and experimental medicine*, 3, 183-187. [in Ukrainian].
 13. SF-36 Health Status Survey (SF-36). RAND 36-Item Health Survey 1.0 Questionnaire Items. Retrieved from: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html.
 14. Hays, R.D., Sherbourne, C.D., Mazel, R.M. (2011). The RAND-36 Item Health Survey questionnaire (Version 1.0). *Health Economics*, 2(3), 217-227. <https://doi.org/10.1002/hec.4730020305>.
 15. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Programme on Mental Health. (1996). Geneva. Retrieved from: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
 16. Stavem, K., Augestad, L.A., Kristiansen, I.S. et al. (2018). General population norms for the EQ-5D-3 L in Norway: comparison of postal and web surveys. *Health Qual Life Outcomes*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1029-1>.
 17. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. (2014). / ed. by Agota Szende, Bas Janssen, Juan Cabases. Springer, 196 p. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7596-1>.
 18. Devlin, N.J, Brooks, R. (2017). EQ-5D and the EuroQol group: past, present and future. *Appl Health Econ Health Policy*, 15, 127-137.
 19. Sickness Impact Profile – SIP. Retrieved from: <http://www.mapi6trust.org/services/questionnairelicensing/catalog6questionnaires/2966sip>.
 20. McMahon, S. B. (2013). Assessment of Pain Beliefs, Coping, and Function. *Wall & Melzack's Textbook of Pain*, Sixth Edition. Chapter 24, 328-338.
 21. Tański, W. (2021). The Role of Clinical Activity, Loneliness, and Satisfaction with e-Health Services as Factors Affecting Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1581-1590. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S332141>
 22. Bai, B., Chen, M., Fu, L. et al. (2020). Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid arthritis in Northeast China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01355-7>.

Summary

METHODS OF ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

V. Y. Dubovyk¹, T. S. Gruzieva^{1,2}, H. V. Inshakova^{1,2}

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

The strategic goal of health care is to maintain and enhance health, prolong life expectancy and improve it's quality. In view of this, the assessment of the quality of patients life with diseases is an important medical and social task in the context of determining the effectiveness of treatment and justification and development of preventive measures and corrective actions.

The relevance of assessing the quality of life of patients with rheumatoid arthritis is obvious, given the prevalence among the population and the severity of the pathology, reforming the health care system, complicating factors, including the SARS-CoV-2 pandemic [1]. There is a need to include quality of life assessment in the list of mandatory research methods to study the effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for patients with rheumatoid arthritis in the dynamics, given the long course of the disease and it's impact on daily life.

In modern conditions, a number of methods and tools are used to assess the quality of life of patients, which have their own characteristics and benefits. Obviously, the search for more accurate methods of assessing the quality of life of this category of patients will continue, which will become the standard for assessing the effectiveness of treatment.

Numerous studies confirm that rheumatoid arthritis causes a deterioration in all aspects of quality of life, including mental health disorders and social dysfunction. Disease activity, assessed using the DAS-28 scale [2], is the most prognostic factor in patients. It negatively correlates with quality of life and positively correlates with depression and anxiety.

According to modern intensive changes in approaches to the organization of health care, systemic challenges such as the COVID-19 pandemic, it is important to identify and apply rapid and most effective methods of assessing the condition of patients with chronic pathology, including rheumatoid arthritis, before and after treatment. It is also important to identify the main factors that lead to a decrease in the quality of life of patients, and to develop an action plan to optimize the organization of medical care in accordance with the needs of patients.

Key words: rheumatoid arthritis, specialized medical care, quality of life, methods and tools of assessment.