

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ТА АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ
ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІАРТИКУЛЯРНИМ ВАРІАНТОМ
ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ***Джус М.Б.* (<https://orcid.org/0000-0002-7500-8520>)*Мостбауер Г.В.* (<https://orcid.org/0000-0002-0142-0416>)*Карасевська Т.А.* (<https://orcid.org/0000-0003-3687-621>)*Шевчук М.І.**Кулик М.С.* (<https://orcid.org/0000-0002-7695-9977>)*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна
dzhusm@yahoo.co.uk*

Актуальність. Поліартикулярний варіант ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА) – це захворювання, яке розпочинається в дитячому віці та веде до ураження суглобів та інвалідизації в дорослому віці зі значними соціальними втратами. У 18 років хворі переходять під спостереження до дорослих ревматологів, що часто супроводжується втратою контролю над захворюванням через недостатній комплаєнс як зі сторони пацієнта, так і зі сторони лікаря. Сьогодні в Україні немає задокументованого процесу передачі хворих з дитячого до дорослого віку. Тому створення алгоритму ведення таких хворих є актуальною задачею.

Метою даного дослідження було оцінити клініко-лабораторний стан та розробити алгоритм ведення дорослих пацієнтів з поліартикулярним варіантом ЮІА залежно від виявлення РФ чи/та А-ЦЦП.

Матеріали та методи. У дослідження включено 168 дорослих пацієнтів з різних регіонів України, яким в дитинстві встановлено діагноз ЮІА в період між 1984 та 2014 роками, без тяжкої супутньої патології. Критеріями включення пацієнтів з ЮІА були: вік від 16 до 60 років; тривалість захворювання більше, як 3 роки; наявність документального підтвердження в дитячому віці діагнозу ЮІА (амбулаторна картка, виписки зі стаціонару). Серед хворих з ЮІА виділено 53 пацієнта з поліартикулярним варіантом, з них 42 або 25% – з РФ(–) поліартритом та 11 або 6,5% – з РФ(+) поліартритом. Усім проводили оцінювали активність захворювання за DAS28 та JADAS-10, проводили анкетування пацієнта SF-36, HAQ, TAS-20, RHQ-9 та оцінку віддалених суглобових JADI-A та позасуглобових JADI-E пошкоджень. Статистичні дослідження проводили за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics version 25.0.0.0; результати вважалися достовірними при 5% критичному рівні ($P < 0,05$)

Результати. Виявлено негативний зв'язок JADI-A з величинами показників фізичного благополуччя пацієнта ($r = -0,27$, $p < 0,05$) та індексів, що з ним пов'язані: фізичного функціонування ($r = -0,24$, $p < 0,05$), інтенсивністю болю ($r = -0,24$, $p < 0,05$), загального стану здоров'я ($r = -0,24$, $p < 0,05$), життєвою активністю ($r = -0,19$, $p < 0,05$), а також з величинами показників соціального функціонування ($r = -0,27$, $p < 0,05$), психічного здоров'я ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Вираженість позасуглобових віддалених наслідків JADI-E корелювала не тільки з показниками фізичного благополуччя пацієнта ($r = -0,22$, $p < 0,05$) та індексів, що з ним пов'язані: фізичного функціонування ($r = -0,28$, $p < 0,05$), інтенсивністю болю ($r = -0,20$, $p < 0,05$), загальний стан здоров'я ($r = -0,23$, $p < 0,05$) та психічне здоров'я ($r = -0,23$, $p < 0,05$), але і мала позитивний зв'язок з НАМ-А ($r = 0,25$, $p < 0,05$), шкалою депресії ($r = 0,28$, $p < 0,05$) та RHQ-9 ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Встановлено достовірно нижчий рівень фізичного здоров'я у хворих, що потребують протезування ($p < 0,001$) порівняно з такими, що не мають потребу у протезуванні.

Висновок. Розроблено алгоритми ведення дорослих пацієнтів з ЮІА позитивних за РФ чи/та А-ЦЦП залежно від виявлених суглобових та позасуглобових пошкоджень та потреби в протезуванні і стану МЦКТ й психологічного стану.

Ключові слова: ювенільний ідіопатичний артрит, дорослі, поліартрит, тактика ведення.

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) відносять до орфанних захворювань, що дебютує у дитячому віці. При досягненні пацієнтами 18-річного віку, вони переходять під спостереження до дорослих ревматологів, що часто супроводжується втратою контролю над захворюванням через недостатній комплаєнс як зі сторони пацієнта, так і зі сторони лікаря. В останні роки проблемі перехідної медицини в світі приділяється велике значення, однак в Україні задокументованого процесу передачі хворих з дитячого до дорослого віку

немає, а ревматологи дорослої служби охорони здоров'я погано є обізнані з особливостями перебігу ювенільних захворювань у дорослому віці. Особливу увагу слід приділяти поліартикулярним варіантам ЮІА, при яких найчастіше розвиваються функціональні порушення та інвалідизація, що веде до соціальних втрат.

Метою даного дослідження було оцінити клініко-лабораторний стан та розробити алгоритм ведення дорослих пацієнтів з поліартикулярним варіантом ЮІА залежно від виявлення РФ чи/та А-ЦЦП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 168 дорослих пацієнтів з різних регіонів України, яким в дитинстві встановлено діагноз ЮІА в період між 1984 та 2014 роками, без тяжкої супутньої патології. При включенні в дослідження діагноз ЮІА ставили відповідно до критеріїв Міжнародної ліги асоціації ревматологів (International League of Associations for Rheumatology – ILAR), Durban 1997, Edmonton 2001 (ILAR) [6], або ж діагноз ЮІА був ретроспективно переглянутий згідно ILAR критеріїв у пацієнтів, віком старше 18 років.

Критеріями включення пацієнтів з ЮІА були: вік від 16 до 60 років; тривалість захворювання більше, як 3 роки; наявність документального підтвердження в дитячому віці діагнозу ЮІА (амбулаторна картка, виписки зі стаціонару).

Критеріями невиключення пацієнтів з ЮІА були: вік понад 60 років; тривалість захворювання менше 3 років; енцефалопатія, пов'язана з артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом; ШКФ < 90 мл/хв; інші важкі супутні захворювання.

Всі пацієнти з ЮІА обстежені дорослим ревматологом амбулаторно або стаціонарно на базі Олександрівської клінічної лікарні міста Києва у період між квітнем 2014 року та груднем 2017 року, що були скеровані на обстеження міськими ревматологами. Усім пацієнтам проводили ретроспективний аналіз медичної документації з оцінкою віку дебюту захворювання, тривалості ЮІА, часу відтермінування діагнозу, віку менархе, локалізації суглобового синдрому, наявності ентезитів, сакроіліїту, болю в спині, увеїту, інших клінічних проявів та лабораторної активності як в дебюті захворювання, так і на фоні лікування дитячим ревматологом, з врахуванням візуальної аналогової шкали (ВАШ) у дитинстві на початку захворювання, активності захворювання за JADAS, наявності ревматоїдного фактору (РФ), HLA-B27, АНА, отриманого лікування в дитинстві глюкокортикоїдами (ГК) та хворобомодифікуючими протиревматичними препаратами (ХМПРП), біологічною терапією (БТ).

Серед пацієнтів з ЮІА за ILAR класифікацією переважали хворі з олігоартритом персистивним (n = 44, або 26,2%), РФ(-) поліартритом (n = 42, або 25%), ентезит-асоційованим артритом (n = 28, або 16,7%), системним артритом (n = 22, або 13,1%), олігоартритом поширеним (n = 20, або 11,9%), РФ(+) поліартритом (n = 11 або 6,5%), псоріатичним артритом (n = 1, або 0,6%).

На момент першого огляду пацієнтам проводили загальноклінічне обстеження, вивчалась медична документація, оцінювали активність захворювання за DAS28 та JADAS27, проводили анкетування пацієнта та лабораторні дослідження.

Кількісну оцінку суглобових та позасуглобових пошкоджень ЮІА проводили за спеціальними

індексами JADI (від англ. Juvenile Arthritis Damage Index) [7].

Оцінку загального стану проводили за візуальною аналоговою 10-сантиметровою шкалою (ВАШ) в дитинстві та в дорослому віці за оцінкою лікаря та пацієнта.

Оцінку якості життя та психоемоційного стану проводили за допомогою анкетувань з використанням опитувальника якості життя SF-36, опитувальника порушення функціональної активності Health Assessment Questionnaire (HAQ), опитувальників тривоги Бека, самооцінки тривоги, HAM-A, самооцінки депресії, шкали депресії PHQ-9; наявність алекситимії оцінювали за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20).

Функціональний стан пацієнта оцінювали за шкалою HAQ, причому мінімальні порушення вважали при HAQ рахунку від 0 до 0,5, помірні порушення 0,5...1,5 та значні порушення – при > 1,5 [8].

Статистичні дослідження проводили за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics version 25.0.0.0, результати вважалися достовірними при 5% критичному рівні (P < 0,05). Розподіл кількісних змінних випробувано за допомогою тесту Шапіро-Віллка. Кількісні змінні з нормальним розподілом виражалися як середнє значення ± SD, кількісні змінні, які показували ненормальний розподіл, були виражені за медіаною (P25-P75), також проводили кореляційний аналіз змінних.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Досліджено частоту виявлення різних імуногенетичних і імунологічних маркерів залежно від варіанту ЮІА за ILAR-класифікацією (табл. 1). Встановлено, що HLA-B27 був присутній у 95% (n = 19) пацієнтів з ентезит-асоційованим артритом, у 64,9% (n = 16) пацієнтів з поширеним та персистивним олігоартритом та в 9,1% (n = 1) пацієнтів з РФ (+) поліартритом. Серед АНА позитивних пацієнтів домінували хворі з поширеним та персистивним олігоартритом (26,3% (n = 5) пацієнтів та 6,25% (n = 2) пацієнтів, відповідно), 12,9% (n = 4) пацієнтів з РФ(-) поліартритом та 1 пацієнт (5,3%) з системним варіантом. Позитивність за РФ найчастіше була при РФ(+) поліартриті (n = 10, або 90,9% пацієнтів), а при РФ (-) поліартриті у 7 (22,6%) пацієнтів виявлено А-ЦЦП, які також були виявлені у 15,6% (n = 5) пацієнтів та 21,1% (n = 4) пацієнтів, відповідно, при персистивному та поширеному олігоартриті. Негативність за всіма маркерами спостерігалась при системному варіанті (68,4%, n = 13 пацієнтів), РФ(-) поліартриті (63,3%, або n = 19 пацієнтів) та при олігоартриті персистивному і поширеному (відповідно, 50%, n = 16 пацієнтів та 15,8%, n = 3 пацієнта) і лише в 1 (5%) пацієнта з ентезит-асоційованим артритом.

З обстежених виділено 42 пацієнтів з поліартикулярними варіантами (12 – з РФ(+) поліартритом та 32 – з РФ(-) поліартритом), у яких проаналізували фактори ризику несприятливого прогнозу щодо розвитку віддалених наслідків.

З цією метою ми порівняли клініко-лабораторні характеристики пацієнтів з наявністю та відсутністю суглобових і позасуглобових пошкоджень (табл. 2).

Встановлено, що частіше суглобові віддалені пошкодження розвивалися у жінок, ніж у чоловіків ($p < 0,05$), а позасуглобові прояви частіше розвивалися у тих хворих, в яких пізніше встановлено діагноз з моменту перших клінічних проявів ($p < 0,05$).

Аналізуючи корелятивні зв'язки величини показника суглобових віддалених наслідків JADI-A (табл. 3), виявлено їх негативний зв'язок з величинами показників фізичного благополуччя пацієнта ($r = -0,27$, $p < 0,05$) та індексів, що з ним пов'язані: фізичного функціонування ($r = -0,24$, $p < 0,05$), інтенсивністю болю ($r = -0,24$, $p < 0,05$), загального стану здоров'я ($r = -0,24$, $p < 0,05$), життєвою активністю ($r = -0,19$, $p < 0,05$), а також з величинами показників соціального функціонування ($r = -0,27$, $p < 0,05$), психічного здоров'я ($r = -0,22$, $p < 0,05$).

Вираженість позасуглобових віддалених наслідків JADI-E (табл. 4), тісно корелювала не тільки з показниками фізичного благополуччя пацієнта ($r = -0,22$, $p < 0,05$) та індексів, 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 ($r = -0,23$, $p < 0,05$) та психічне здоров'я ($r = -0,23$, $p < 0,05$), але і мала позитивний зв'язок з HAM-A ($r = 0,25$, $p < 0,05$), шкалою депресії ($r = 0,28$, $p < 0,05$) та PHQ-9 ($r = 0,28$, $p < 0,05$).

Встановлено сильний негативний зв'язок фізичного благополуччя з кількістю болючих суглобів ($r = -0,484$, $p < 0,001$), ВАШ пацієнта в дитинстві ($r = -0,516$, $p < 0,001$), рентгенологічною стадією ураженого суглобу ($r = -0,456$, $p < 0,001$), ФНС ($r = -0,487$, $p < 0,001$), DAS28 ($r = -0,519$, $p < 0,001$), BASDAI ($r = -0,59$, $p < 0,01$), JADAS-10 в дорослому віці ($r = -0,462$, $p < 0,001$).

Нами оцінено показники психоемоційного стану, ЯЖ та функціонального стану пацієнтів з ЮІА залежно від потреби в протезуванні суглобів (табл. 5). Усіх пацієнтів розділено на 2 групи залежно від аресивності перебігу захворювання: I група – 12 пацієнтів, що потребують протезування; II група – 36 пацієнтів, що не потребують протезування.

Таблиця 1

Клінічні варіанти ЮІА залежно від наявності імуногенетичних і імунологічних маркерів та їх частота

Встановлений діагноз	Виявлений маркер, абс. (%)			
	HLA-B27 (n = 38)	РФ/ А-ЦЦП (n = 30)	АНА (n = 12)	Всі маркери негативні (n = 52)
РФ(+) поліартрит (n = 12)	1 (9,1%)	12 (100%)	0	0
РФ(-) поліартрит (n = 32)	0	7 (22,6%)	4 (12,9%)	20 (36,5%)
Олігоартрит персистивний (n = 32)	9 (28,1%)	5 (15,6%)	2 (6,25%)	16 (50%)
Олігоартрит поширений (n = 19)	7 (36,8%)	4 (21,1%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)
Ентезит-асоційований артрит (n = 20)	19 (95%)	0	0	1 (5%)
Системний варіант (n = 19)	2 (10,5%)	3 (15,8%)	1 (5,3%)	13 (68,4%)
Всього (n = 133)	38 (100%)	31 (100%)	12 (100%)	52 (100%)

Таблиця 2

Загальна клінічна характеристика пацієнтів з поліартикулярними варіантами ЮІА залежно від розвитку суглобових та позасуглобових пошкоджень у дорослому віці

Показники	Суглобові пошкодження			Позасуглобові пошкодження		
	Відсутні (n = 19)	JADI-A \geq 1 (n = 26)	P	Відсутні (n = 26)	JADI-E \geq 1 (n = 19)	P
Стать (ж/ч)	12 (63,2%) / 7 (36,8%)	21 (80,8%) / 5 (19,2%)	< 0,05	20 (76,9%) / 6 (23,1%)	13 (68,4%) / 6 (31,6%)	> 0,05
Вік дебюту ЮІА, роки	9,8 \pm 4,3	9,1 \pm 5,2	> 0,05	8,8 \pm 4,7	10,1 \pm 4,9	> 0,05
Відтермінування діагнозу, місяці	5,5 (1; 120)	6,0 (0,5; 120)	> 0,05	5,0 (2; 120)	7,0 (0,5; 180)	< 0,05
РФ(+) поліартрит	6 (31,6%)	8 (30,8%)	> 0,05	7 (26,9%)	7 (36,8%)	> 0,05
РФ(-) поліартрит	13 (68,4%)	18 (69,2%)	> 0,05	19 (73,1%)	12 (63,2%)	> 0,05

При оцінюванні показників ЯЖ та психоемоційного стану пацієнтів з ЮІА залежно від агресивності захворювання (табл. 5) встановлено: у I групі цей показник SF-36, що оцінює фізичне благополуччя пацієнта 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 ($p < 0,001$). Те ж саме підтверджено результатами анкетування оцінки функціонального стану за HAQ, де гірший стан виявлено у I групі ($p < 0,05$). Що ж стосується оцінки психологічного благополуччя пацієнтів, то різниці між двома групами за SF-36 не виявлено ($p > 0,05$),

хоча опитувальник пацієнта про стан здоров'я за PHQ-9 (шкала самооцінки депресії) показали її вищий рівень у пацієнтів I групи порівняно з II групою ($11,17 \pm 6,19$ бали проти $6,41 \pm 3,02$; $p < 0,05$).

За результатами вищенаведених даних та попередньо опублікованих наших результатів обстеження [4] пацієнтів на алекситимію за опитувальником TAS-20 [5] та стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у обстежених нами дорослих пацієнтів з ЮІА [3], ми розробили алгоритми ведення дорослих пацієнтів з ЮІА позитивними за РФ чи/та А-ЦЦП (рис. 1).

Таблиця 3

Корелятивні зв'язки величин віддалених JADI-A та показників фізичного та психічного благополуччя дорослих пацієнтів з ЮІА, за шкалою SF-36

JADI-A	Коефіцієнт кореляції	p
Життєва активність (VT)	-0,191	< 0,05
Загальний стан здоров'я (GH)	-0,242	< 0,05
Інтенсивність болю (BP)	-0,244	< 0,05
Оцінка функціонального стану (HAQ), бали	0,265	< 0,05
Оцінка якості життя за SF-36 психологічне благополуччя (MCS)	-0,057	> 0,05
Оцінка якості життя за SF-36 фізичне благополуччя (PCS)	-0,270	< 0,05
Психічне здоров'я (MH)	-0,215	< 0,05
Рольове функціонування (RE)	-0,012	> 0,05
Рольове функціонування (RF)	-0,121	> 0,05
Самооцінка депресії, бали	0,239	> 0,05
Самооцінка тривоги, бали	0,110	> 0,05
Соціальне функціонування (SF)	-0,265	< 0,05
Фізичне функціонування (PF)	-0,243	< 0,05
Шкала Гамільтона, бали	0,088	> 0,05
Шкала депресії Бека, бали	0,211	> 0,05
Шкала тривоги Бека, бали	0,092	> 0,05
НАМ-А, бали	0,207	> 0,05
PHQ-9, бали	0,179	> 0,05

Таблиця 4

Корелятивні зв'язки величин віддалених JADI-E та показників фізичного та психічного благополуччя дорослих пацієнтів з ЮІА, за шкалою SF-36

JADI-E	Коефіцієнт кореляції r	p
Життєва активність (VT)	-0,150	> 0,05
Загальний стан здоров'я (GH)	-0,229	< 0,05
Інтенсивність болю (BP)	-0,202	< 0,05
Оцінка функціонального стану (HAQ), бали	0,179	> 0,05
Оцінка якості життя за SF-36 психологічне благополуччя (MCS)	-0,079	> 0,05
Оцінка якості життя за SF-36 фізичне благополуччя (PCS)	-0,218	< 0,05
Психічне здоров'я (MH)	-0,234	< 0,05
Рольове функціонування (RE)	-0,070	> 0,05
Рольове функціонування (RF)	-0,131	> 0,05
Самооцінка депресії, бали	0,245	> 0,05
Самооцінка тривоги, бали	0,207	> 0,05
Соціальне функціонування (SF)	-0,157	> 0,05
Фізичне функціонування (PF)	-0,280	< 0,05
Шкала Гамільтона, бали	0,175	> 0,05
Шкала депресії, бали	0,276	< 0,05
Шкала тривоги, бали	0,121	> 0,05
НАМ-А, бали	0,249	< 0,05
PHQ-9, бали	0,280	< 0,05

І. При виявленні пацієнта з позитивними РФ чи/або А-ЦЦП, слід проводити підрахунок суглобових та позасуглобових пошкоджень згідно рахунку JADI-A та JADI-E.

1. Якщо у пацієнта виявлено JADI-A>1, то слід провести рентгенологічне дослідження найбільш ураженого суглобу та, за необхідності, скерувати на консультацію до ортопеда.

2. При відсутності показів до оперативного втручання, слід інтенсифікувати терапію ІБТ та/чи ХМПРП згідно УКПМД МОЗ України та ЛФК.

3. При наявності показів до оперативного втручання, слід: а) провести анкетування на наявність депресії за RHQ-9 та при її виявленні скерувати до психотерапевта для корекції стану; при відсутності ознак депресії за RHQ-9, слід провести анкетування

Таблиця 5

Показники психоемоційного стану, ЯЖ та функціонального стану пацієнтів з ЮІА залежно від потреби в протезуванні суглобів

Параметри	Потреба в протезуванні суглобів	
	потребують (n = 12)	не потребують (n = 36)
Соціальні фактори, що впливають на здоров'я, бали	6,3±4,74	4,08±3,46
Виявлення психосоматичних розладів	8,5±6,35	4,08±3,56*
Оцінка функціонального стану HAQ, бали	0,66±0,37	0,35±0,29*
Психологічне благополуччя за SF-36	45,33±12,45	45,92±10,14
Фізичне благополуччя за SF-36	33,92±14	43,74±13,62**
Самооцінка депресії, бали	9±6,39	4,5±3,98*
Самооцінка тривоги, бали	7,9±5,53	5,13±4,03
Шкала депресії Бека, бали	15,44±5,64	7,74±18,15*
Шкала тривоги Бека, бали	12,35±8,83	10,89±8,96
НАМ-А, бали	13,9±10,37	9,72±8,61
RHQ-9, бали	11,17±6,19	6,4±3,02*

Примітки: результати представлені у вигляді M±SD; * – вірогідність < 0,05; ** – вірогідність < 0,001.

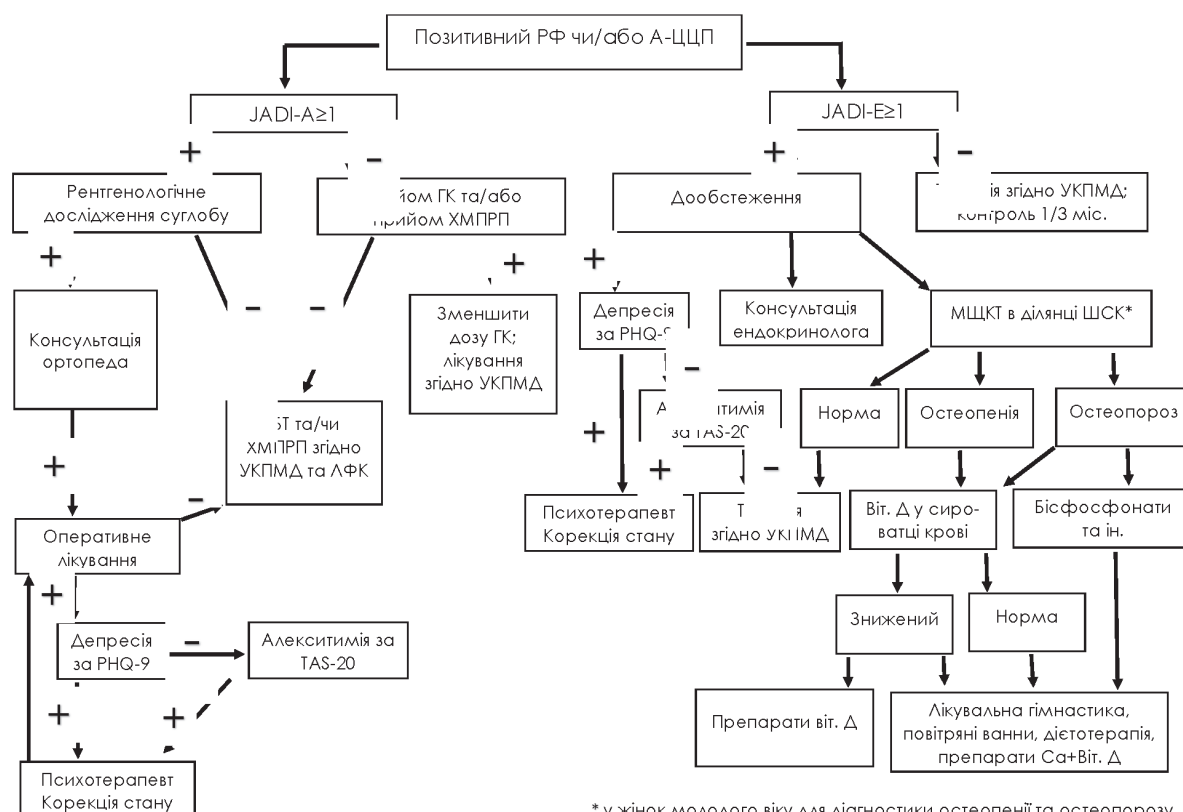


Рис. 1. Алгоритм ведення пацієнтів з РФ/А-ЦЦП позитивним ЮІА на етапі переходу від педіатричної до дорослої ланки надання медичної допомоги залежно від віддалених наслідків та психоемоційного стану

на рівень алекситимії за TAS-20 та при її виявленні скерувати до психотерапевта для корекції стану; б) провести оперативне втручання з наступним терапевтичним веденням пацієнта, згідно УКПМД.

4. Якщо у пацієнта виявлено JADI-A<1, то при виявленні прийому ГК та /або відсутності прийому ХМПРП, зменшити дозу ГК та призначити необхідне лікування згідно УКПМД.

5. Якщо у пацієнта виявлено JADI-E>1, то:

1) слід провести анкетування на наявність депресії за РНҚ-9 та при її виявленні скерувати до психотерапевта для корекції стану; при відсутності ознак депресії за РНҚ-9, слід провести анкетування на рівень алекситимії за опитувальником TAS-20 та при її виявленні скерувати до психотерапевта для корекції стану;

2) провести дообстеження:

а) рентгенівська денситометрія для оцінки стану МЦКТ в ділянці шийки стегнової кістки (ШСК) з врахуванням віку та статі (у жінок молодого віку для діагностики остеопенії та остеопорозу слід використовувати одночасно Т- та Z- показники). При виявленні ознак зниження МЦКТ нижче референтних значень, слід обстежити рівень вітаміну Д (25-ОН) в сироватці крові та при його зниженні до лікування додати препарати вітаміну Д. Крім того рекомендувати пацієнткам активну лікувальну гімнастику, тривале перебування на свіжому повітрі, дієтотерапію збагачену кальцієм та вітаміном Д, а у разі виявленого остеопорозу – розглянути питання призначення бісфосфонатів, згідно розроблених європейських рекомендацій [9];

б) консультація лікаря-ендокринолога.

5. При JADI-E<1 слід продовжувати терапію згідно Уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги (УКПМД) пацієнтам з ЮІА з контролем стану 1 раз в 3 місяці.

Отже, при досягненні 18 річного віку, пацієнт має бути скерованим до дорослої ревматологічної служби. Ревматолог дитячої служби охорони здоров'я має підготувати інформацію, з зазначенням варіанту ЮІА, віку дебюту захворювання, наявності імуногенетичних і імунологічних маркерів, отриманої терапії (ХМПРП, ГК, БТ), кумулятивної дози препаратів, тривалості прийому, ефективності та причини відміни [1, 2].

ВИСНОВКИ

Оцінку активності ЮІА в дорослому віці слід проводити з використанням різних шкал залежно від варіанту: при поліартикулярному РФ(+) варіанті ЮІА слід використовувати DAS-28,

Визначення А-ЦЦП, РФ, АНА, HLA-B27 є необхідним всім пацієнтам.

При наявності позитивних А-ЦЦП та/або РФ слід більше контролювати суглобові пошкодження,

а саме – величину кута суглобів з девіаціями та контрактурами, об'єм активних рухів у шийному відділі хребта, відкривання скронево-щелепних суглобів.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє, що не має конфлікт інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерело фінансування. Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

REFERENCES

1. Dzhuz M.B. The problem of transfer of the patient to juvenile rheumatoid arthritis from pediatric to adult rheumatologist // Ukr. Rheumatological Journal. 2015; 61 (3): 35-9. [in Ukrainian]. Mode access: <http://www.rheumatology.kiev.ua/article/8178/problema-peredachi-xvorogo-na-yuvenilnij-revmatoidnij-artritiv-dityachogo-do-doroslogo-revmatologa>
2. Dzhuz M.B. Standards and recommendations for transitional care for young patients with juvenile onset of rheumatic disease (EULAR / PReS, November 2016) // Health of Ukraine. 2016; 6 (49): 54-5. [in Ukrainian]. Mode access: <https://health-ua.com/article/5324-standarti-ta-rekomendatci-z-perehdno-dopomogi-patcnam-molodogo-vku-z-yuvenil>
3. Povorozniuk V.V., Amosova K.M., Dzhuz M.B. Age-specific features of bone mineral density in young women with juvenile idiopathic arthritis // Ukr. Rheumatological Journal. 2017; 69 (3): 22-6. [in Ukrainian]. Mode access: <http://www.rheumatology.kiev.ua/article/10295/vikovi-osoblivosti-mineralnoishhilstnosti-kistkovoitkanini-u-zhinok-molodogo-viku-z-yuvenilnim-idiopatichnim-artritom>
4. Dzhuz M.B., Marushko T.V., Mostbauer H.V., Ivashkivsky O.I., Kurylchuk I.V., Yegorova N.A., Nosovets O.K. Prediction of long-term effects of polyarticular variant of juvenile idiopathic arthritis // Medical Science of Ukraine. 2017; 13 (3-4): 28-37. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.3-4.2017.05>
5. Dzhuz M. Alexithymia and quality of life in adult patients with juvenile idiopathic arthritis // Archive of clinical medicine. 2018; 1 (24): 16-20. E201814 <https://doi.org/10.21802/acm.2018.1.4>
6. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001 / R. E. Petty, T.R. Southwood, P. Manners [et al.] // J. Rheumatol. 2004; 31 (2): 390-2. Mode access: https://www.researchgate.net/publication/8887745_International_League_of_Associations_for_Rheumatology_Classification_of_Juvenile_Idiopathic_Arthritis_Second_Revision_Edmonton_2001
7. Development and validation of a clinical index for assessment of long-term damage in juvenile idiopathic arthritis / S. Viola, E. Felici, S. Magni-Manzoni [et al.] // Arthritis Rheum. 2005; 52: 2092-102. <https://doi.org/10.1002/art.21119>

8. 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 / J. Anderson, H. Sayles, J.R. Curtis // *Arthritis Care Res.* (Hoboken). 2010; 62 (10): 1481-8. <https://doi.org/10.1002/acr.20265>
9. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women /J.A. Kanis, E.V. McCloskey, H. Johansson, [et al.] // *Osteoporos. Int.* 2012; 24: 23-57. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-2074-y>

Отримано: 02.12.2019

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИАРТИКУЛЯРНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Джус М.Б., Мостбауэр Г.В., Карасевская Т.А., Шевчук М.И., Кулик М.С.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина
dzhusm@yahoo.co.uk*

Актуальность. Полиартикулярный вариант ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) – заболевание, которое начинается в детском возрасте и ведёт к поражению суставов и инвалидизации во взрослом возрасте со значительными социальными потерями. В 18 лет больные переходят под наблюдение взрослых ревматологов, что часто сопровождается потерей контроля над заболеванием из-за недостаточного комплаенса как с стороны пациента, так и со стороны врача. Сегодня в Украине нет документированного процесса передачи больных от детского до взрослого возраста. Поэтому создание алгоритма ведения таких больных является актуальной задачей.

Целью данного исследования было оценить клиничко-лабораторное состояние и разработать алгоритм ведения взрослых пациентов с полиартикулярным вариантом ЮИА в зависимости от выявления РФ и / или А-ЦЦП.

Материалы и методы. В исследование включено 168 взрослых пациентов из разных регионов Украины, которым в детстве поставлен диагноз ЮИА в период между 1984 и 2014 годами, без тяжелой сопутствующей патологии. Критериями включения были: возраст от 16 до 60 лет; длительность заболевания более 3 лет; наличие документального подтверждения в детском возрасте диагноза ЮИА (амбулаторная карточка, выписки из стационара). Среди больных с ЮИА выделено 53 пациента с полиартикулярным вариантом, из них 42 (25%) – с РФ (-) полиартритом и 11 (6,5%) – с РФ (+) полиартритом. Активность заболевания оценивали по DAS28 и JADAS-10. Проводили анкетирование пациентов с помощью опросников SF-36, HAQ, TAS-20, RHQ-9 и оценку отдалённых суставных JADI-A и внесуставных JADI-E повреждений. Статистические исследования проводили с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics version 25.0.0.0, результаты считались достоверными при 5% критическом уровне ($P < 0,05$).

Результаты. Выявлено негативную связь JADI-A с величинами показателей физического благополучия пациента ($r = -0,27$, $p < 0,05$) и индексов, с ним связанных: физического функционирования ($r = -0,24$, $p < 0,05$), интенсивностью боли ($r = -0,24$, $p < 0,05$), общего состояния здоровья ($r = -0,24$, $p < 0,05$), жизненной активностью ($r = -0,19$, $p < 0,05$), а также с величинами показателей социального функционирования ($r = -0,27$, $p < 0,05$), психического здоровья ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Выраженность внесуставных отдалённых последствий JADI-E коррелировала не только с показателями физического благополучия пациента ($r = -0,22$, $p < 0,05$) и связанных с ним индексов: физического функционирования ($r = -0,28$, $p < 0,05$), интенсивность боли ($r = -0,20$, $p < 0,05$), общее состояние здоровья ($r = -0,23$, $p < 0,05$) и психическое здоровье ($r = -0,23$, $p < 0,05$), но и имела положительную связь с HAM-A ($r = 0,25$, $p < 0,05$), шкалой депрессии ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и RHQ-9 ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Установлено достоверно ниже уровень физического здоровья у больных, нуждающихся в протезировании ($p < 0,001$), по сравнению с теми, что не нуждаются в протезировании.

Вывод. Разработаны алгоритмы ведения взрослых пациентов с ЮИА, положительных по РФ и / или А-ЦЦП, в зависимости от выявленных суставных и внесуставных повреждений и потребности в протезировании и психологического состояния.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, взрослые, полиартрит, тактика ведения.

CLINICAL AND LABORATORY DATA AND ALGORITHM OF MANAGEMENT OF ADULT PATIENTS WITH POLYARTICULAR VARIANT OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Dzhus MB, Mostbauer GV, Karasevska TA, Shevchuk MI, Kulik MS

*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
dzhusm@yahoo.co.uk*

Relevance. The polyarticular variant of juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a disease that begins in childhood and leads to joint damage and disability in adulthood with significant social losses. At 18, patients go under the supervision of adult rheumatologists, often accompanied by loss of control of the disease due to insufficient compliance from both the patient and the physician. Today, there is no documented process for the transfer of patients from childhood to adulthood in Ukraine. Therefore, creating an algorithm for managing such patients is an urgent task. The polyarticular variant of JIA is a disease that begins in childhood and leads to joint damage and disability in adulthood with significant social losses.

Objective of this study was to evaluate the clinical and laboratory status and to develop an algorithm for managing adult patients with polyarticular variant of JIA, depending on the detection of RF or/and A-CCP.

Materials and methods. The study included 168 adult patients from different regions of Ukraine who were diagnosed with JIA in childhood between 1984 and 2014 without severe comorbidities. Inclusion criteria were: 16 to 60 years old; duration of the disease more than 3 years; the presence of documentary evidence of childhood diagnosis of JIA (ambulatory card, hospital records). Among patients with JIA were identified 53 patients with polyarticular variant, of whom 42 or 25% – with RF (-) polyarthritis and 11 or 6.5% – with RF (+) polyarthritis. The disease activity was evaluated by DAS28 and JADAS-10. The questionnaires SF-36, HAQ, TAS-20, PHQ-9 were analyzed and remote articular JADI-A and extra-articular JADI-E damages were evaluated. Statistical studies were performed using IBM SPSS Statistics version 25.0.0.0 software, the results were considered to be reliable at 5% critical level ($P < 0.05$).

Results. The negative correlation of JADI-A and the patient's physical well-being PCS ($r = -0.27$, $p < 0.05$) and physical functioning ($r = -0.24$, $p < 0.05$), pain intensity ($r = -0.24$, $p < 0.05$), general health ($r = -0.24$, $p < 0.05$), vital activity ($r = -0.19$, $p < 0.05$), social functioning ($r = -0.27$, $p < 0.05$), mental health ($r = -0.22$, $p < 0.05$) according to SF-36. The severity of extra-articular damages JADI-E correlated with PCS ($r = -0.22$, $p < 0.05$) and physical functioning ($r = -0.28$, $p < 0.05$), pain intensity ($r = -0.20$, $p < 0.05$), general health ($r = -0.23$, $p < 0.05$), and mental health ($r = -0.23$, $p < 0.05$), but also had a positive correlation with HAM-A ($r = 0.25$, $p < 0.05$), depression scale ($r = 0.28$, $p < 0.05$) and PHQ-9 ($r = 0.28$, $p < 0.05$). Significantly lower level of physical health was established in patients who requires prosthetics ($p < 0.001$) compared to those who did not need prosthetics.

Conclusion. Based on the results obtained, algorithms for managing adult patients with JIA positive for RF or / and A-CCP were developed, depending on the detected articular and extra-articular damages and the need for prosthetics and the psychological status.

Keywords: juvenile idiopathic arthritis, adults, polyarthritis, management tactics.