

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ПРОЯВАМИ ПЕРИАРТИКУЛЯРНОГО ОСТЕОПОРОЗУ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Павлишин Г.А., Ковальчук Т.А., Лучишин Н.Ю.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Виражена суглобова симптоматика у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит дітей, хронічний прогресуючий запально-деструктивний перебіг захворювання, залучення в процес інших органів та систем, відсутність довготривалих періодів ремісії, неефективність та небажані побічні ефекти проведеної терапії призводять до виражених функціональних порушень, викликають проблеми психологічного характеру, обмежують соціальну активність, що значно погіршує якість життя таких пацієнтів [1-3]. Сучасна методологія дослідження якості життя зорієнтована на вивчення впливу на захворювання та результати лікування фізичного, психологічного й, що не менш важливо, соціального статусу хворої людини [4, 5]. Останніми роками доведено, що визначення функціонального статусу хворої дитини лікарем є суб'єктивним, не відображається кількісно й унеможливає якісну оцінку змін функціональної активності в динаміці, особливо в короткотермінових дослідженнях [6, 7]. Саме тому у світі все ширше знаходять практичне застосування спеціальні опитувальники з визначення рівня функціональних порушень у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом [8, 9].

Метою роботи було вивчити якість життя хворих на ювенільний ревматоїдний артрит дітей залежно від наявності або відсутності периартикулярного остеопорозу.

Обстежено 31 дитину з ювенільним ревматоїдним артритом – 16 хлопців та 15 дівчат. Середній вік пацієнтів склав (12,5±0,5), тривалість хвороби – (2,6±0,4) роки. Конт-

рольну групу сформували 30 практично здорових дітей середнім віком на момент обстеження (11,9±0,6) років. Усім пацієнтам проводилася рентгенографія найбільш уражених ревматичним процесом суглобів. Функціональні порушення визначали з використанням україномовної адаптованої версії опитувальника CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire), яку заповнювали батьки дітей, старших за 1 рік. Кожна відповідь опитувальника CHAQ оцінювалася за трьохбальною шкалою Лікерта, після чого сума балів ділилася на кількість запитань, на які було дано відповідь. Індекс функціональної недостатності розраховувався за умови наявності понад 15 відповідей із представлених 30 пунктів. Якість життя дітей оцінювали за допомогою адаптованої україномовної версії опитувальника CHQ (Child Health Questionnaire) в модифікації PF50 (parent form). На 50 запитань самостійно відповідали батьки дітей від 5 до 18 років. Сумарний підрахунок балів проводився за наявності відповідей на понад половину запитань кожної із 13 концепцій шляхом використання запатентованого алгоритму та SAS програмного коду, передбаченого автором опитувальника.

Проведене рентгенологічне дослідження найбільш уражених суглобів дозволило виявити відсутність типових для ювенільного ревматоїдного артрити змін у половини хворих (48,4%). Аналізуючи умови, за яких не було виявлено класичної рентгенологічної картини захворювання, встановлено домінування раннього перебігу (80,0%), у од-

нієї дитини наявність стійкої ремісії (6,7%). В інших двох пацієнтів із повільнопрогресуючим перебігом та низькою активністю хвороби рентгенологічні зміни з боку суглобів через 3 та 8 років з моменту дебюту ювенільного ревматоїдного артриту не спостерігалися (13,3%). В обох випадках батьки від базисної терапії відмовлялися, хворі отримували нестероїдні протизапальні препарати та періодично препарати кальцію.

Вивчення функціональних порушень виявило, що у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит без ознак периакулярного остеопорозу, порівняно зі здоровими дітьми, відзначалися труднощі в таких сферах повсякденної активності, як піднімання, ходьба, радіус дії, виконання доручень, хатньої роботи та ігор ($p < 0,05$). У пацієнтів із навколосуглобовим остеопорозом спостерігалось достовірне переважання труднощів в усіх сферах повсякденної активності, за винятком володіння дрібною моторикою (табл. 1).

Встановлено, що зростання рентгенологічних ознак деструкції кістки супроводжується збільшенням проблем, пов'язаних з одяганням та доглядом за дітьми. У пацієнтів з явищами периакулярного остеопорозу частіше мали місце труднощі у виконанні гігієнічних навичок та використанні досяжного радіусу дії ($p < 0,05$). Однак, індекс функціональної недостатності в таких хворих достовірно не відрізнявся.

Порівняльний аналіз показників якості життя за даними опитувальника CHQ у хворих з різними рентгенологічними стадіями ювенільного ревматоїдного артриту достовірної різниці не виявив (табл. 2).

Таким чином, наявність периакулярного остеопорозу в дітей з ювенільним ревматоїдним артритом супроводжується погіршенням функціонального статусу – зростають труднощі, пов'язані з одяганням та доглядом ($r = 0,44$, $p = 0,0158$), виконанням гігієнічних навичок, використанням досяжного радіусу дії ($p < 0,05$) та не характеризується змінами психосоціального здоров'я.

Таблиця 1. Показники якості життя хворих на ювенільний ревматоїдний артрит дітей за даними опитувальника CHAQ залежно від рентгенологічної стадії

Назва шкали	Здорові діти (n=30)	Хворі на ювенільний ревматоїдний артрит (рентгенологічна стадія)			Рангова кореляція Спірмена	
		0 (n=15)	1 (n=9)	2 (n=7)	r	p
Одягання та догляд, бали	0,06±0,03	0,02±0,02	0,23±0,10*	0,30±0,14*	0,44	0,0158
Піднімання, бали	0,00±0,00	0,40±0,11*	0,78±0,21*	0,64±0,21*	0,24	0,1906
Прийом їжі, бали	0,03±0,02	0,04±0,03	0,19±0,10*	0,04±0,04	0,08	0,6529
Ходьба, бали	0,00±0,00	0,47±0,14*	0,50±0,25*	0,64±0,21*	0,12	0,5338
Гігієна, бали	0,06±0,03	0,03±0,02	0,29±0,15*#	0,14±0,08	0,32	0,0871
Радіус дії, бали	0,00±0,00	0,28±0,07*	0,44±0,09*	0,63±0,19#	0,32	0,0817
Дрібна моторика, бали	0,02±0,01	0,07±0,04	0,20±0,13	0,11±0,06	0,15	0,4090
Доручення, хатня робота та ігри, бали	0,01±0,01	0,53±0,10*	0,87±0,24*	0,83±0,17*	0,33	0,0711
Індекс функціональної недостатності, бали	0,02±0,01	0,22±0,04*	0,42±0,12*	0,40±0,10*	0,30	0,0972

Примітки: 1. * – $p < 0,05$ порівняно зі здоровими дітьми; 2. # – $p < 0,05$ у порівнянні з 0 рентгенологічною стадією.

Таблиця 2. Показники якості життя хворих на ювенільний ревматоїдний артрит дітей за даними опитувальника CHQ залежно від рентгенологічної стадії

Назва шкали	Здорові діти (n=28)	Хворі на ювенільний ревматоїдний артрит (рентгенологічна стадія)			Рангова кореляція Спірмена	
		0 (n=12)	1 (n=9)	2 (n=7)	r	p
		Загальний стан здоров'я, бали	73,6±4,3	19,6±8,2*	32,8±8,9*	30,0±0,0*
Фізична активність, бали	98,8±0,5	62,2±6,9*	58,3±8,8*	60,7±4,5*	-0,06	0,7691
Щоденна активність – емоційний аспект, бали	88,4±4,2	76,5±6,5	81,2±8,2	84,1±7,5	0,25	0,2052
Щоденна активність – фізичний аспект, бали	90,9±3,2	69,1±7,1*	60,8±10,8*	73,5±10,3	0,06	0,7740
Біль у тілі, бали	81,4±3,6	32,5±7,9*	38,9±6,3*	34,3±5,3*	0,21	0,2892
Поведінка, бали	77,1±3,2	82,5±3,7	74,4±11,1	75,7±8,4	-0,04	0,8468
Загальна оцінка поведінки, бали	67,0±3,4	66,7±6,4	69,4±6,9	57,1±13,0	-0,12	0,5439
Психічне здоров'я, бали	68,6±1,8	61,7±3,2	57,2±3,7*	62,1±5,5	0,02	0,9225
Самооцінка, бали	82,0±2,2	63,5±3,0*	57,9±6,3*	70,2±4,0*	0,19	0,3210
Загальне сприйняття стану здоров'я, бали	79,8±2,6	52,1±6,8	42,8±6,2*	50,0±4,6*	-0,05	0,7890
Зміни в стані здоров'я, бали	58,9±3,7	20,8±7,4*	38,9±11,1*	42,9±11,8	0,32	0,0989
Сімейна активність, бали	85,4±2,9	72,5±4,3*	76,6±8,2	68,5±8,5	0,06	0,7610
Сімейна злагода, бали	82,9±3,8	80,0±5,9	80,6±6,7	77,9±9,4	-0,00	0,9926
Загальний фізичний рахунок, бали	87,7±2,5	53,9±7,2*	50,2±8,0*	54,6±6,2*	0,12	0,5518
Загальний психосоціальний рахунок, бали	79,0±2,9	71,5±4,1	67,7±7,3	73,0±6,4	0,04	0,8244

Примітка. * – $p < 0,05$ порівняно зі здоровими дітьми.

Література

1. Ringold S., Wallace C.A., Rivara F.P. Health-related quality of life, physical function, fatigue, and disease activity in children with established polyarticular juvenile idiopathic arthritis. // *J. Rheumatol.* – 2009. – 36(6). – P.1330-1336.
2. Gutierrez-Suarez R., Pistorio A., Cespedes Cruz A. et al. Health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas. The PRINTO multinational quality of life cohort study. // *Rheumatology.* – 2007. – 46(2). – P.314-320.
3. Ostle I.L., Johansson I., Aasland A. et al. Self-rated physical and psychosocial health in a cohort of young adults with juvenile idiopathic arthritis. *Scand. J. Rheumatol.* – 2010. – 39(4). P.318-325.
4. Duffy C.M. Measurement of health status, functional status, and quality of life in children with juvenile idiopathic arthritis: clinical science for the pediatrician. // *Pediatr. Clin. North. Am.* – 2005. – 52(2). – P.359-372.
5. Малиевский В.А. Качество жизни детей с ювенильным идиопатическим артритом / В.А. Малиевский // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т.5, №2. – С. 126-132.
6. Денисова Р.В. Динамика качества жизни на фоне лечения инфликсимабом детей 2-4 лет, страдающих ювенильным ревматоидным артритом / Р.В. Денисова, Е.И. Алексеева, В.Ю. Альбицкий [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т.7, №6. – С. 199-205.
7. Cespedes-Cruz A., Gutierrez-Suarez R., Pistorio A. et al. Methotrexate improves the health-related quality of life of children with juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis.* – 2008. – 67(3). – P.309-314.
8. Palermo T.M., Witherspoon D., Valenzuela D., Drotar D.D. Development and validation of the Child Activity Limitations Interview: a measure of pain-related functional impairment in school-age children and adolescents. // *Pain.* – 2004. – 109(3). – P.461-470.
9. Miyamae T., Nemoto A., Imagawa T. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Japanese version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ). // *Mod. Rheumatol.* – 2008. – 18(4). – P.336-343.