

# ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СУГЛОБОВОГО БОЛЮ У ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Ковальчук Т.А., Боярчук О.Р., Гаріян Т.В., Лучишин Н.Ю.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Біль являє собою типовий патологічний процес, що не має єдиної нозологічної приналежності й є найпоширенішим симптомом, який завдає страждань та знижує якість життя мільйонів людей [1, 2]. У клінічній картині ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) центральне місце, безумовно, належить больовому синдрому. Саме біль є головною причиною звертання пацієнта за медичною допомогою. В останні роки якість лікування хворих на ЮРА істотним чином покращилася, що обумовило зменшення тяжкості перебігу захворювання, збільшення можливості досягнення ремісії, припинення прогресування недуги та навіть можливості загоєння ерозій кісток. Водночас біль продовжує залишатися серйозною проблемою сучасної ревматології [3, 4].

Як клініка ревматоїдного процесу характеризується прогресуючим розвитком та появою нових симптомів і втягненням у патологічний процес усе нових і нових суглобів і структур, так і больовий синдром при ЮРА набуває певних особливостей і відмінностей відповідно до перебігу недуги [5]. Окрім того, біль є суб'єктивним феноменом, коли один і той же подразник може сприйматися свідомістю по-різному. На індивідуальне сприйняття болю впливають психологічний стан дитини, життєвий досвід, культура, національні традиції, стать, вік, соціальні фактори, релігія [6].

**Метою** роботи було вивчити особливості клінічного перебігу болю в суглобах у дітей, що страждають на ЮРА. Для її досягнення було обстежено 129 дітей. Основну групу склали 60 хворих на ЮРА, групу порівняння – 30 хворих на реактивний артрит (РеА), контрольну групу – 39 практично здорових дітей. Обрані групи були співставні за статтю, віком та національністю. Тривалість хвороби в основній групі становила (2,6±0,4) роки, в групі порівняння – (14,5±4,6) днів.

Суглобовий біль у дітей оцінювали кількісно та якісно. Кількісна оцінка болю передбачала визначення наступних показників: загальної вираженості болю в суглобах у спокої (за трьох-

бальною шкалою); рахунку болю (сумарне числове вираження болю в 76 суглобах за трьохбальною шкалою); суглобового індексу (сумарне числове вираження болю в 76 суглобах у відповідь на натискання в місці проекції суглобової щілини за трьохбальною шкалою); кількості болючих суглобів (сумарне числове вираження болю в 68 суглобах при натисканні); числа болючих суглобів (сумарне числове вираження болю в 28 суглобах при натисканні); індексу Річі (сумарне числове вираження болю в 53 суглобах при пальпації за трьохбальною шкалою). Інтенсивність болю в суглобах оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) у дітей та їх батьків. Дітям у віці 6-10 років пропонували ВАШ з малюнками, що відображали гримаси болю, пацієнтам старше 10 років та їх батькам – просту ВАШ.

У таблиці представлений порівняльний аналіз кількісних характеристик суглобового болю у обстежених дітей. У групі хворих на ЮРА реєструвалися вищі показники рахунку болю ((8,0±1,4), (2,1±0,4) балів), суглобового індексу ((9,0±1,5), (1,9±1,2) балів), кількості ((7,2±1,1), (1,4±0,2)) та числа ((5,8±1,0), (1,3±0,1)) болючих суглобів, індексу Річі ((5,6±0,7), (1,8±0,2) балів),  $p < 0,05$ . Лише загальна вираженість болю в спокої при комплексній оцінці пацієнтом усіх груп суглобів за трьохбальною шкалою у хворих основної та групи порівняння не відрізнялася ((1,0±0,1), (0,6±0,1) балів),  $p > 0,05$ . Отримані дані пояснюються тривалим перебігом захворювання із множинним ураженням суглобів саме в дітей із ЮРА.

За даними ВАШ, рівень болю, оцінений пацієнтами, у основній та групі порівняння не відрізнявся ((3,5±0,3), (4,5±0,6) см;  $p > 0,05$ ), тоді як батьки рівень болю оцінювали вище в дітей із РеА ((3,6±0,3), (4,8±0,4) см;  $p < 0,01$ ). У контрольній групі середній рівень болю впродовж останнього тижня, визначений дітьми за допомогою ВАШ, становив (0,5±0,2), батьками – (0,6±0,2) см, що було достовірно вище в порівнянні з основною та групою порівняння.

Поділ болю на рівні інтенсивності, визначені у відповідності до градації ВАШ, достовірної різниці серед хворих основної та групи порівняння не виявив. У 7,1% хворих на ЮРА біль впродовж останнього тижня до моменту обстеження не спостерігався (0 см), у 41,1% дітей мав місце слабкий (0,1-3,9 см), у 33,9% – помірний (4,0-5,9 см), у 17,9% – сильний біль (6,0-7,9 см). Батьки хворих на ЮРА зазначили, що в 6,8% дітей біль не відзначався, в 42,4% спостерігався слабкий, у 33,9% – помірний, у 10,1% – сильний, у 6,8% – виражений біль (8,0-10,0%).

Встановлено сильний лінійний зв'язок між показниками болю, отриманими шляхом використання ВАШ батьками та їх дітьми ( $r=0,90$ ;  $p<0,05$ ). Рівень болю, оцінений дітьми за допомогою ВАШ, корелював із тривалістю захворювання ( $r=-0,31$ ), прогресуючим перебігом ( $r=0,31$ ), ступенем активності ( $r=0,37$ ), індексами активності DAS ( $r=0,62$ ), DAS28 ( $r=0,55$ ), SDAI ( $r=0,55$ ) та CDAI ( $r=0,55$ ), числом паличкоядерних нейтрофілів ( $r=0,28$ ), рівнями CD3+ ( $r=-0,34$ ) CD4+ ( $r=-0,36$ ) лімфоцитів,  $p<0,05$ .

У зарубіжних дослідженнях неодноразово проводився порівняльний аналіз результатів використання ВАШ батьками та їх дітьми. S.D. Lal та ін. довели, що результати оцінки болю між батьками та дітьми співпадають у 71% випадків [7]. У працях P. Garcia-Munitis та ін., G.J. Reid та ін. показано, що часто-густо батьки недооцінюють ступінь больового синдрому в дітей [8, 9]. У проведеному нами дослідженні отримано протилежний результат. Різниця в оцінці болю пацієнтами та їх батьками за допомогою ВАШ у групах ЮРА, РеА та здорових дітей не вияв-

лено ( $p<0,05$ ). Окрім того, обчислення коефіцієнту діагностичної цінності за формулою Земскова А.М. [10] показало однакову інформативність ВАШ болю пацієнтом та батьками ( $Ki=3,41$  в обох випадках). Отримані дані дають можливість стверджувати, що в Україні батьки цікавляться самопочуттям своїх дітей та добре інформовані про їх реальний стан здоров'я.

## Література

1. *Ананьева Л.П.* Симптоматическая терапия боли при ревматических заболеваниях // *Cosilium medicum.* – 2002. – Т.4, №8. – С. 416-426.
2. *Данилов А.Б., Давидов О.С.* Нейропатическая боль // М.: Боргес, 2007. – 192 с.
3. *Головач І.Ю.* Нова парадигма ревматоїдного артриту: імплементація рекомендацій ACR/EULAR 2010 // *Внутрішня медицина.* – 2011. – №1. – С. 103-106.
4. *Олюнин Ю.А.* Боль при ревматоидном артрите. Особенности развития и методы коррекции // *Современная ревматология.* – 2010. – №2. – С. 74-80.
5. *Головач І.Ю.* Біль при ревматоїдному артриті: патогенетичні механізми виникнення і клінічна характеристика // *Боль. Суставы. Позвоночник.* – 2011. – №1. – С. 54-59.
6. *Кукушкин М.Л.* Хронический болевой синдром: механизмы развития // *Боль. Суставы. Позвоночник.* – 2011. – №1. – С. 34-40.
7. *Lal S.D., McDonagh J., Baidam E. et al.* Agreement between proxy and adolescent assessment of disability, pain, and well-being in juvenile idiopathic arthritis // *J. Pediatr.* – 2011. – Vol.158, №2. – P. 307-312.
8. *Garcia-Munitis P., Bandeira M., Pistorio A. et al.* Level of agreement between children, parents, and physicians in rating pain intensity in juvenile idiopathic arthritis // *Arthritis Rheum.* – 2006. – Vol.55, T.2. – P. 177-183.
9. *Reid G.J., McGrath P.J., Lang B.A.* Parent-child interactions among children with juvenile fibromyalgia, arthritis, and healthy controls // *Pain.* – 2005. – Vol.13, №1. – P. 201-210.
10. *Земсков А.М., Сергеев Н.В. и др.* 1000 формул клинической иммунологии / М.: Медицина для всех, 2003. – С. 47-51.