УДК: 616.72-002.77-071.1-053.6

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ У РАННІЙ ТА ПІЗНІЙ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Ковальчук Т.А.

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

Резюме. Метою дослідження було вивчити якість життя дітей з ювенільним ревматоїдним артритом у ранній та пізніх стадіях захворювання. Було обстежено 60 хворих на ювенільний ревматоїдний артрит, 28 хворих на реактивний артрит, 30 практично захворювання дітей. Якість життя вивчали шляхом анкетування батьків опитувальниками CHAQ та CHQ. Порівняння перебігу ювенільного ревматоїдного артриту в дітей із тривалістю захворювання до року (n=25) та понад один рік (n=35) дозволило встановити ряд особливостей. За даними опитувальника CHAQ функціональні порушення опорно-рухового апарату в дітей у ранній та пізній стадіях ювенільного ревматоїдного артриту не відрізняються, що, без сумніву, обґрунтовано результатами використання хворобомодифікуючої терапії вже на першому році захворювання. Застосування опитувальника CHQ дозволяє констатувати низькі параметри загального стану здоров'я, зростання болю в тілі та негативних змін у стані здоров'я саме в ранній стадії хвороби. Як наслідок, уже через рік з моменту дебюту захворювання в дітей знижується рівень самооцінки.

Ключові слова: ювенільний ревматоїдний артрит, якість життя, опитувальник CHAQ, опитувальник CHQ, діти.

Вступ

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) є найпоширенішою патологією серед дітей у групі запальних ревматологічних захворювань. Аналіз перебігу захворювання впродовж кількох років звертає увагу науковців на ряд запитань, що стосуються раннього періоду розвитку захворювання, його впливу на наслідки та прогноз. Станом на сьогодні в педіатричній ревматології все частіше використовується термін «ранній ЮРА» для визначення артриту тривалістю до одного року. Результати численних наукових досліджень дають ґрунтовну підставу вважати, що саме цей період великою мірою визначає подальший перебіг захворювання та долю дитини [1, 2].

Ранній ЮРА – умовна клініко-патогенетична стадія патологічного процесу, що характеризується антигенспецифічною активацією CD4+ Т-лімфоцитів, гіперпродукцією прозапальних цитокінів, проліферацією синовіальних клітин та відкладенням фібрину на синовіальній оболонці, а також наявністю активного синовіту тривалістю не більше 1 року [3]. У подальшому хвороба набуває прогресуючого перебігу з порушенням структури суглобів, залученням периартикулярних тканин, розвитком позасуглобових проявів, що стають причиною високого рівня інвалідності, підвищення ризику розвитку супутніх захворювань і ускладнень, що загрожують життю пацієнта [4, 5].

Як системне захворювання, ЮРА супроводжується порушенням усіх сфер життєдіяльності організму, перш за все фізичної або функціональної, яка визначає індивідуальний рівень якості життя. Виражена суглобова симптоматика у хворих на ЮРА, хронічний прогресуючий перебіг, залучення в процес інших органів та систем, відсутність довготривалих періодів ремісії, неефективність та небажані побічні ефекти терапії призводять до виражених функціональних порушень, викликають проблеми психологічного характеру, обмежують соціальну активність, що суттєво погіршує якість життя пацієнтів [6-8]. Беручи до уваги всі ці факти, науковці вважають особливо актуальною на сьогодні проблему вивчення не лише фізичного, але й психосоціального здоров'я хворих на ЮРА й, особливо, в ранній стадії хвороби, коли вона набуває найбільш агресивного перебігу.

Мета дослідження – вивчити особливості якості життя дітей з ЮРА в ранній та пізніх стадіях розвитку захворювання.

Матеріали та методи

Представлене наукове дослідження ґрунтується на результатах, отриманих при обстеженні 118 дітей – 60 хворих на ЮРА, 28 хворих на реактивний артрит (РеА), 30 практично здорових дітей. Обрані групи були співставними за статтю, віком та національністю. Тривалість хвороби в групі дітей із ЮРА становила 2,6±0,4 роки, у групі пацієнтів із РеА – 14,5±4,6 днів. Дітей із раннім ЮРА було окремо виділено із 60 хворих. Порівняння перебігу ЮРА в дітей із тривалістю

захворювання до року (n=25) та понад один рік (n=35) дозволило встановити ряд особливостей ранньої стадії ЮРА.

Функціональні порушення опорно-рухового апарату в дітей вивчали за допомогою україномовної адаптованої версії спеціального опитувальника CHAQ з доведеними психометричними характеристиками [9]. Його заповнювали батьки дітей, старших за 1 рік, даючи відповіді на поставлені 30 запитань. Усі запитання були згруповані у 8 субшкал, що відображали основні труднощі в повсякденній активності дітей: «одягання та догляд», «піднімання», «прийом їжі», «ходьба», «гігієна», «радіус дії», «дрібна моторика», «доручення, хатня робота та ігри». На кожне запитання були запропоновані 5 варіантів відповідей – «без будь-яких труднощів», «з деякими труднощами», «зі значними труднощами», «не може виконати», «не застосовується». Останній варіант відповіді обґрунтовував неможливість виконання певної дії через занадто молодий вік, а не внаслідок захворювання, що дозволяло не включати даний підпункт у підрахунок індексу функціональної недостатності (ІФН). Кожну відповідь опитувальника CHAQ оцінювали за трьохбальною шкалою Лайкерта, після чого суму балів ділили на кількість запитань, на які було дано відповідь. ІФН розраховували за умови наявності більше 15 відповідей із представлених 30 пунктів. Використання опитувальника CHAQ також давало змогу визначити необхідність у використанні хворою дитиною допоміжних засобів та пристосувань, допомоги інших осіб у кожній сфері повсякденної активності.

Якість життя дітей оцінювали за допомогою адаптованої україномовної версії опитувальника CHQ в модифікації PF50. Надійність, валідність та чутливість до змін даного опитувальника у хворих на ЮРА були доведені раніше [10]. На 50 запитань самостійно відповідали батьки дітей віком від 5 до 18 років. Опитувальник містив 13 концептуальних положень, які визначали якість життя дитини: «загальний стан здоров'я», «фізична активність», «щоденна активність – емоційний аспект», «щоденна активність – фізичний аспект», «біль у тілі», «поведінка», «загальна оцінка поведінки», «психічне здоров'я», «самооцінка», «загальне сприйняття стану здоров'я», «зміни в стані здоров'я», «сімейна активність», «сімейна злагода». Загальну кількість балів після процедури перекодування розраховували за стобальною шкалою. Чим вищим був результат, тим кращою вважали якість життя. Сумарний підрахунок балів проводили за наявності відповідей на понад половину запитань кожної із 13 концепцій шляхом використання запатентованих алгоритмів та SAS програмного коду, передбачених автором опитувальника. Для обчислення загального фізичного рахунку використовували шкали «фізична активність», «щоденна активність – фізичний аспект», «біль у тілі», «загальне сприйняття стану здоров'я», загального психосоціального рахунку – «щоденна активність – емоційний аспект», «поведінка», «психічне здоров'я», «самооцінка».

Результати дослідження та їх обговорення

Опитуючи хворих дітей та їх батьків, нам вдалося встановити, що в 16% випадків пацієнти пов'язували розвиток ЮРА із травмою суглобів, у 4% – з перенесеною ГРВІ, ще в 4% – зі стресом. В останньому випадку мати зазначила, що дитина перенесла два психоемоційні потрясіння, пов'язані із апендектомією та нападом собаки за місяць до дебюту ЮРА. 76% хворих початок захворювання з жодним чинником пов'язати не могли.

Клініко-імунологічна характеристика ранньої стадії ЮРА була представлена серопозитивною формою лише у одного хлопця (4%). Рентгенографія уражених суглобів проводилася 14 дітям. Результати обстеження виявили відсутність типових рентгенологічних симптомів у 11 (78,6%) хворих. У 2 (14,3%) дітей спостерігалися рентгенологічні ознаки I стадії ЮРА. II стадія ЮРА мала місце лише в одного (7,1%) хлопця із серопозитивним варіантом, полісуглобовою формою та середньою активністю процесу.

Функціональна здатність суглобів була збережена у 11 (44%) хворих на ЮРА. У 12 (48%) дітей на першому році захворювання здатність до самообслуговування була порушена, у 2 (8%) – частково втрачена. Ранній перебіг ЮРА характеризувався моноартритом у 7 (28%), олігоартритом у 7 (28%), поліартритом у 11 (44%) дітей. У 80% випадків захворювання дебютувало ураженням колінних суглобів, у 20% – променево-зап'ястних, гомілково-ступневих, дрібних суглобів кистей та стоп. Лише проксимальні міжфалангові суглоби кистей характеризувалися достовірно вищою частотою симетричного характеру ураження. Різниці між випадками симетричного та асиметричного ураження інших груп суглобів не виявлено ($p>0,05$).

У відповідності до свого призначення, використання опитувальника CHAQ передбачало визначення необхідності у використанні хворою дитиною допоміжних засобів та пристосувань, допомоги інших осіб у кожній сфері повсякденної активності. Серед допоміжних засобів та пристосувань лише одна дівчина 10 років, яка хворіє на ЮРА впродовж 2 років, використовувала ходунок, мотивуючи неможливість пересування вираженим болем. При цьому утримувалася мінімальна суглобова симптоматика. Консультація психіатра підтвердила розвиток соматизованого розладу з астено-іпохондричним синдромом у дитини.

Батьки хворих на ЮРА зазначили, що впродовж останнього тижня до моменту заповнення анкети 3,3% дітей потребували допомоги інших осіб у сфері «одягання та догляд», 10,0% – «піднімання», 5,0% – «ходьба», 1,7% – «гігієна», 5,0% – «радіус дії», 3,3% – «захоплення та відкручування предметів», 8,3% – «доручення, хатня робота та ігри». Структура випадків необхідності допомоги інших осіб серед хворих на РеА достовірно не відрізнялася (p>0,05). Так, 3,3% дітей потребували допомоги у сфері «одягання та догляд», 6,7% – «піднімання», 3,3% – «прийом їжі», 13,3% – «ходьба», 3,3% – «гігієна», 3,3% – «радіус дії», 3,3% – «доручення, хатня робота та ігри».

На відміну від ЮРА, РеА була притаманна лише одна відмінність – відсутність труднощів у прийомі їжі. У таблиці 1 наведені особливості функціональних порушень у дітей із ранньою та пізньою стадіями ЮРА. Слід зазначити, що функціональний статус дітей у ранній та пізній стадіях хвороби не відрізнявся (p>0,05). Отримані дані обумовлені ефективністю використання базисної терапії впродовж першого року з моменту дебюту захворювання.

У ході вивчення якості життя у обстежених дітей з використанням опитувальника CHQ встановлено, що фізичне здоров'я було гіршим у хворих на РеА та ЮРА, однак, серед останніх відзначався нижчий показник (66,6±4,1 та 55,1±2,9; p<0,05). Проблеми психосоціального характеру були притаманні лише дітям, що страждають на ЮРА (p<0,05). Встановлено, що фізичне здоров'я у хворих на ЮРА гірше, ніж психосоціальне (55,1±2,9 та 71,7±2,2; p<0,05).

Простежено, що РеА відрізнявся від ЮРА достовірно вищим рівнем фізичної активності та нормальними показниками фізичного аспекту щоденної активності, самооцінки, загального сприйняття стану здоров'я та загального фізичного рахунку. Жодні психосоціальні проблеми в дітей з РеА місця не мали.

Батьки хворих на ЮРА оцінювали стан здоров'я дітей гірше, ніж батьки здорових. У дітей із ЮРА відзначалися труднощі у фізичній активності – здійсненні роботи, що вимагає різного роду затрат енергії, при ходьбі на різну відстань та підйомі сходами, нахилах, вставанні, присіданні, прийомі їжі, одяганні, вмиванні. Також у цих пацієнтів спостерігалося порушення фізичного аспекту щоденної активності – через проблеми зі здоров'ям їм було важко виконувати деякі види шкільних завдань або розважатися із друзями, проводити звичайну кількість часу за уроками чи в товаристві друзів. У порівнянні зі здоровими дітьми, пацієнтам з ЮРА частіше дошкуляв фізичний біль. Батьки таких хворих вважали здоров'я своїх дітей нижчим, ніж у однолітків, та часто оцінювали його динаміку впродовж останнього року в гіршу сторону (табл. 2).

Таблиця 1. Показники функціонального статусу дітей за даними опитувальника CHAQ при ранній та пізній стадіях ЮРА

Шкали	*Ранній ЮРА (n=28)*	*Пізній ЮРА (n=28)*	*РеА (n=28)*	*Контроль (n=30)*
Одягання та догляд, бали	0,17±0,06	0,24±0,07#	0,07±0,03	0,06±0,03
Піднімання, бали	0,51±0,10#	0,56±0,10#	0,48±0,08#	0,00±0,00
Прийом їжі, бали	0,16±0,06*#	0,11±0,04*	0,02±0,02	0,03±0,02
Ходьба, бали	0,56±0,11#	0,40±0,10#	0,66±0,10#	0,00±0,00
Гігієна, бали	0,10±0,03	0,21±0,07	0,14±0,05	0,06±0,03
Радіус дії, бали	0,48±0,20#	0,42±0,07#	0,34±0,07#	0,00±0,00
Дрібна моторика, бали	0,16±0,06#	0,18±0,05#	0,04±0,04	0,02±0,01
Доручення, хатня робота та ігри, бали	0,61±0,08#	0,63±0,10#	0,45±0,08#	0,01±0,01
ІФН, бали	0,30±0,04#	0,33±0,06#	0,24±0,04#	0,02±0,01

Примітки: * – достовірно порівняно з РеА (p<0,05); # – достовірно порівняно з контролем (p<0,05).

Таблиця 2. Показники якості життя в дітей у ранній стадії ЮРА

Шкали	*Рання стадія ЮРА (n=20)*	*Пізня стадія ЮРА (n=35)*	*Група порівняння (n=21)*	*Контрольна група (n=28)*
Загальний стан здоров'я, бали	18,0±4,6*^#	35,6±3,5#	40,0±5,7#	73,6±4,3
Фізична активність, бали	60,5±4,1^#	65,8±3,5#	74,8±3,5#	98,8±0,5
Щоденна активність – емоційний аспект, бали	80,8±4,1	80,4±4,0	89,3±4,3	88,4±4,2
Щоденна активність – фізичний аспект, бали	65,4±4,9^#	71,6±4,5#	81,5±4,2	90,9±3,2
Біль у тілі, бали	28,5±4,4*#	46,3±3,5#	38,6±4,2#	81,4±3,6
Поведінка, бали	82,3±3,3	76,1±3,4	80,7±3,2	77,1±3,2
Загальна оцінка поведінки, бали	67,5±4,8	63,2±3,7	64,3±5,1	67,0±3,4
Психічне здоров'я, бали	62,0±1,8#	62,0±2,1#	68,1±3,8	68,6±1,8
Самооцінка, бали	66,7±3,7	65,1±2,4^#	77,3±4,4	82,0±2,2
Загальне сприйняття стану здоров'я, бали	42,5±4,1^#	50,0±2,9^#	71,6±4,4	79,8±2,6
Зміни в стані здоров'я, бали	16,3±5,2*^#	47,1±5,2^	31,0±4,2#	58,9±3,7
Сімейна активність, бали	71,5±2,8#	75,2±3,4#	76,9±4,1	85,4±2,9
Сімейна злагода, бали	81,8±5,0	75,3±4,2	80,7±5,3	82,9±3,8
Загальний фізичний рахунок, бали	49,2±4,4^#	58,4±3,6#	66,6±4,1#	87,7±2,5
Загальний психосоціальний рахунок, бали	73,0±3,2	70,9±3,0	78,9±3,6	79,0±2,9

Примітки: * – p<0,05 щодо пізньої стадії ЮРА; ^ – p<0,05 щодо групи порівняння; # – p<0,05 щодо контрольної групи.

Низький рівень фізичного здоров'я на тлі ЮРА супроводжувався погіршенням психосоціального функціонування. Так, у цих дітей порушувалося психічне здоров'я – хворі частіше плакали, відчували себе самотніми, були роздратованими та нервовими, засмученими та неспокійними, рідше почувались радісними та енергійними. Погіршення самооцінки при ЮРА проявлялося зниженням шкільної успішності, труднощами на заняттях із фізичного виховання, незадоволеністю стосунками з друзями, своїм тілом та зовнішністю, родиною та життям у цілому. Наявність хворої на ЮРА дитини в родині обмежувало активність сім'ї – заважало в побутових справах, перешкоджало виконанню певної роботи в момент необхідності. Перебіг ЮРА змінами емоційного аспекту щоденної активності та поведінки не супроводжувався (p>0,05).

У процесі порівняльного аналізу рівня якості життя в ранній та пізній стадіях ЮРА було доведено, що саме ранній перебіг супроводжувався достовірно нижчими параметрами загального стану здоров'я, зростанням показників болю в тілі та негативних змін у стані здоров'я. Рівень самооцінки в дітей знижувався через рік з моменту дебюту ЮРА. Отримані результати підтверджують взаємозв'язок між погіршенням фізичного та психосоціального здоров'я та обґрунтовують необхідність поряд зі стандартними методами оцінки фізичного здоров'я вивчати психічний та соціальний стан хворого. Все це сприятиме наданню своєчасної психологічної допомоги не лише хворій дитині, але й її сім'ї.

Рання стадія ЮРА відрізнялася від РеА погіршенням таких показників якості життя, як загальний стан здоров'я, фізична активність та біль у тілі (p<0,05).

Висновки. За даними опитувальника CHAQ функціональні порушення опорно-рухового апарату в дітей у ранній та пізній стадіях ЮРА не відрізняються, що, без сумніву, обґрунтовано результатами використання хворобомодифікуючої терапії вже на першому році розвитку захворювання. Застосування опитувальника CHQ дозволяє констатувати низькі параметри загального стану здоров'я, зростання болю в тілі та негативних змін у стані здоров'я саме в ранній стадії захворювання. Як наслідок, уже через рік з моменту дебюту ЮРА в дітей знижується рівень самооцінки.

Література

1. *Салугина С.О.* Ювенильный артрит – ранний период болезни, факторы, влияющие на течение и прогноз // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №3. – С. 81-89.
2. *Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Лимарева Л.В. и др.* Ранние артриты у детей и подростков – иммунный статус больных и перспективы лечения // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №2. – С. 64-67.
3. *Борткевич О.П., Білявська Ю.В.* Особливості перебігу ранньої стадії ревматоїдного артриту за даними 12-місячного проспективного спостереження // Український ревматологічний журнал. – 2009. – 35, №1. – С. 40-43.

4. *Коваленко В.М., Гавриленко Т.І., Рижкова Н.О. та ін.* Визначення ролі факторів аутоімунної та імунозапальної реакції в патогенезі ревматоїдного артриту // Український ревматологічний журнал. – 2008. – 34, №4. – С. 42-49.
5. *Білявська Ю.В.* Особливості клініки та діагностики ревматоїдного артриту на ранніх стадіях // Український ревматологічний журнал. – 2007. – 28, №2. – С. 66-68.
6. *Ferreira L.N., Ferreira P.L., Baleiro R.R.* Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis // Acta Reumatol. Port. – 2008. – 33 (3). – P. 331-342.
7. *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.
8. *Ostile 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.
9. *Павлишин Г.А., Ковальчук Т.А., Лучишин Н.Ю.* Результати адаптації та валідації україномовної версії опитувальника CHAQ у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит // Перинатологія та педіатрія. – 2012. – №3. – С. 113-116.
10. *Павлишин Г.А., Ковальчук Т.А.* Психометричні характеристики опитувальника CHQ з оцінки якості життя у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит дітей // Вісник наукових досліджень. – 2011. – 64, №3. – С. 64-67.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ковальчук Т.А.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», Тернополь

Цель – изучить особенности качества жизни больных ювенильным ревматоидным артритом детей в ранней и поздней стадиях развития заболевания.

Материалы и методы. Было обследовано 60 больных ювенильным ревматоидным артритом, 28 больных реактивным артритом, 30 практически здоровых детей. Качество жизни изучали путем анкетирования родителей опросниками CHAQ и CHQ. Сравнение течения ювенильного ревматоидного артрита у детей с длительностью заболевания до года (n=25) и свыше одного года (n=35) позволило установить ряд особенностей.

Результаты. Установлено, что функциональный статус опорно-двигательного аппарата у детей в течение первого года заболевания и после не отличался ($p<0,05$). В отличие от реактивного артрита, ювенильному ревматоидному артриту было присуще только одно отличие – наличие трудностей в приеме пищи. По результатам использования опросника CHQ установлено, что физическое здоровье ухудшалось у больных реактивным и ювенильным ревматоидным артритом, однако, среди последних отмечался более низкий показатель (66,6±4,1 и 55,1±2,9; $p<0,05$). Проблемы психосоциального характера были присущи только страдающим ювенильным ревматоидным артритом ($p<0,05$). Установлено, что физическое здоровье у больных ювенильным ревматоидным артритом хуже, чем психосоциальное (55,1±2,9 и 71,7±2,2; $p<0,05$). Ранняя стадия характеризовалась низкими параметрами общего состояния здоровья, ростом показателей боли в теле и негативных изменений в состоянии здоровья по сравнению с поздней стадией ($p<0,05$). Уровень самооценки у детей снижался через год с момента дебюта ювенильного ревматоидного артрита ($p<0,05$). Полученные результаты подтверждают взаимосвязь между ухудшением физического и психосоциального здоровья и обосновывают необходимость рядом со стандартными методами оценки физического здоровья изучать психическое и социальное состояние больного. Все это будет способствовать своевременному оказанию психологической помощи не только больному ребенку, но и его семьи.

Выводы. По данным опросника CHAQ функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата у детей с ранней и поздней стадиями ювенильного ревматоидного артрита не отличаются, что, без сомнения, обосновано результатами использования болезньмодифицирующей терапии уже на первом году развития заболевания. Применение опросника CHQ позволяет констатировать низкие параметры общего состояния здоровья, усиления боли в теле и негативных изменений в состоянии здоровья именно на ранней стадии заболевания. Как следствие, уже через год с момента дебюта ювенильного ревматоидного артрита у детей снижается уровень самооценки.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, качество жизни, опросник CHAQ, опросник CHQ, дети.

QUALITY OF LIFE OF CHILDREN IN EARLY AND LATE STAGES OF JUVENIL RHEUMATOID ARTHRITIS

Kovalchuk T.A.

SHEI «I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University of the Ministry of Public Health of Ukraine», Ternopil

The aim was to study the features of quality of life of children with juvenile rheumatoid arthritis in early and late stage of the disease.

Methods. Were examined 60 patients with juvenile rheumatoid arthritis, 28 patients with reactive arthritis, and 30 healthy children. Quality of life was studied by questioning of parents with help of CHAQ and CHQ questionnaires. Comparing peculiarities of juvenile rheumatoid arthritis in children with duration of the disease under one year (n=25) and more than one year (n=35) revealed several features.

Results. It was found that the functional status of musculoskeletal system in children during the first year of the disease and after didn't differ ($p<0.05$). In contrast of reactive arthritis, juvenile rheumatoid arthritis was inherent only one difference – the difficulty in eating. The results of use the CHQ questionnaire found that physical health has deteriorated in sick by reactive and juvenile rheumatoid arthritis children. However, among the last one it was lower (66.6±4.1, 55.1±2.9; $p<0.05$). Psychosocial problems were present only in suffering by juvenile rheumatoid arthritis children ($p<0.05$). It was found that the physical health of patients with juvenile rheumatoid arthritis is worse than psychosocial (55.1±2.9, 71.7±2.2; $p<0.05$). Early stage was characterized by low parameters of general health, increase level of body pain and negative changes in health in comparison with late stage ($p<0.05$). The level of self-esteem in children was decreased after one year from the debut of juvenile rheumatoid arthritis ($p<0.05$). These results confirm the relationship between the deterioration of physical and psychosocial health. It justifies the importance to use not only standard methods of assessing physical health, but also mental and social condition of the patient. All of this will contribute to the timely provision of psychological assistance not only for a sick child, but also for his family.

Conclusion. According to the results of use CHAQ questionnaire the functional disorders of musculoskeletal system in children with early and late stage of juvenile rheumatoid arthritis do not differ. It justified by the results of used disease modifying therapy on the first year of juvenile rheumatoid arthritis. Application by CHQ questionnaire allows to establish the low general health, increase level of body pain and negative changes in health in early stage of the disease. As a consequence, within a year since the debut of juvenile rheumatoid arthritis in children decreases the level of self-esteem.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, quality of life, CHAQ questionnaire, CHQ questionnaire, children.