

Показники якості життя та функціонального статусу хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідною подагрою

Г.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг

Мета дослідження: оцінювання показників якості життя (ЯЖ) та функціонального статусу хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з коморбідною подагрою, встановлення факторів, що впливають на ЯЖ у даній категорії пацієнтів. **Матеріали та методи.** У дослідження увійшли пацієнти (n=61) з АГ, середній вік (SD) яких становив 54,25±10,29 року. Хворі були розподілені на дві групи: 1-а група (n=36, основна) – хворі на АГ з коморбідною подагрою, 2-а група (n=25, порівняння) – пацієнти з АГ. До контрольної групи увійшли 10 пацієнтів. ЯЖ оцінювали за допомогою опитувальника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), функціональний статус – Health Assessment Questionnaire (HAQ-DI), використовували 10-бальну шкалу Patient global assessment (PGA).

Результати. У пацієнтів з АГ та супутньою подагрою більшою мірою були знижені показники, що характеризують фізичне здоров'я та роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. Середнє значення за опитувальником HAQ-DI виявилось достовірно найнижчим в основній групі, а за шкалою PGA – в основній групі та групі порівняння. **Заключення.** Якість життя (ЯЖ) хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з коморбідною подагрою знижена більшою мірою щодо пацієнтів без подагри внаслідок хронічного больового синдрому, функціональних обмежень, психологічних проблем. Фактори, що впливають на ЯЖ у даній категорії хворих, – це клінічні прояви АГ та подагри: вік, кількість загострень АГ на рік, загальний серцево-судинний ризик, загальна кількість уражених суглобів, ступінь тяжкості подагри, коморбідна патологія.

Ключові слова: якість життя, артеріальна гіпертензія, подагра, коморбідна патологія.

Критеріями ефективності лікування у світовій медичній практиці є тривалість та якість життя (ЯЖ) пацієнтів [1]. Досить суперечливою літературні дані щодо даної проблеми.

Згідно з дослідженням М. Мена та співавторів, пацієнти, які усвідомлюють наявність у себе артеріальної гіпертензії (АГ), характеризуються низькими показниками ЯЖ за шкалами фізичного та психічного здоров'я. Відомо, що такі фактори, як стать, вік, супутні захворювання (цукровий діабет, ХОЗЛ та порушення функції нирок) впливають на фізичне та психічне здоров'я хворих на АГ. За даними багатоцентрового дослідження, що включало 24 936 учасників, різниця показників ЯЖ між гіпертензивними та нормотензивними пацієнтами не достовірна [2].

На противагу цьому мета-аналіз, проведений Р. Уе та співавторами, підтвердив, що у пацієнтів з АГ нижчий рівень ЯЖ порівняно з нормотензивними пацієнтами за всіма шкалами опитувальника SF-36 [3].

Лікарі первинної ланки повинні розуміти, що подагра та супутні захворювання пов'язані з негативним впливом на ЯЖ. Пацієнтам з подагрою слід запропонувати урат-знижувальну терапію (УЗТ) на початку хвороби, щоб запобігти низькій ЯЖ, що пов'язана з рецидивними нападами та прогресуванням за-

хворювання. Нинішні рекомендації підкреслюють важливість відстеження та лікування супутніх захворювань [4].

Нещодавній систематичний огляд показав, що більшість досліджень ЯЖ при подагрі проводились на рівні вторинної ланки, і тому результати не можуть поширюватися на більшість хворих з подагрою. Лише деякі дослідження містять як загальні, так і специфічні для хвороби показники ЯЖ. Низькі показники ЯЖ при подагрі були пов'язані з:

- факторами самого захворювання (частота нападів, наявність загострення на даний час, анамнез оліго/поліартикулярних атак та лікування алопуринолом),
- коморбідними станами (цукровий діабет, інсульт, ниркова недостатність, ішемічна хвороба серця, тривога та депресія),
- соціально-демографічними характеристиками (старший вік, жіноча стать, етнічна приналежність, ожиріння, споживання алкоголю та сімейний стан) [4].

Дані щодо ЯЖ і функціонального статусу визнані групою OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology) обов'язковими компонентами оцінювання ефективності терапії подагри. У систематичному огляді Р. Chandratre та співавторів серед інструментів оцінки ЯЖ хворих на подагру найвищі оцінки отримали шкали HAQ-DI та SF-36 [5].

За даними J.A. Singh та співавторів, ЯЖ при подагрі співставна з іншими ревматологічними хворобами (ревматоїдний артрит – РА), системний червоний вовчак (СЧВ). Відомо, що зниження ЯЖ у хворих на РА пов'язано з активністю хвороби, при остеоартриті – зі стадією, при СЧВ – зі ступенем органних пошкоджень. Для подагри головна причина поки що недостатньо вивчена, тому слід оцінювати вклад клінічних проявів подагри та коморбідних станів [6].

Виражена симптоматика, яка зустрічається у хворих, призводить до погіршення фізичного стану, а хронічний прогресуючий перебіг хвороби, рання втрата працездатності та інвалідизація викликають проблеми психологічного характеру, обмеження соціальної активності.

Мета дослідження: оцінювання показників ЯЖ та функціонального статусу хворих на АГ з коморбідною подагрою, встановлення факторів, що впливають на ЯЖ у даній категорії пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь пацієнти з АГ (n=61), середній вік (SD) яких становив 54,25±10,29 року. Тридцять дев'ять (64%) чоловіків та 22 (36%) жінки були розподілені на дві групи:

- 1-а група (n=36, основна) – хворі на АГ з коморбідною подагрою,
- 2-а група (n=25, порівняння) – пацієнти з АГ.
- контрольна група (n=10) – пацієнти, репрезентативні у віковому та статевому складі.

Діагноз АГ встановлювали відповідно до наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012 року, згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів і клінічними рекомендаціями Європейської асоціації гіпертензії та Європейської асоціа-

ції кардіологів (2016). Діагноз подагри встановлювали згідно з критеріями Європейської антиревматичної ліги 2015 року.

ЯЖ оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 (російськомовна версія з адаптованим українським перекладом, рекомендована Міжнародним центром дослідження ЯЖ), що дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним та психічним станом за 8 параметрами:

- фізична активність – PF (Physical Functioning);
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності – RP (Role Physical Functioning);
- біль – BP (Bodily Pain);
- загальне здоров'я – GH (General Health);
- життєва активність – VT (Vitality);
- соціальна активність – SF (Social Functioning);
- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – RE (Role-Emotional);
- психічне здоров'я – MH (Mental Health) [7].

Оцінювання функціонального статусу пацієнта здійснювали з використанням опитувальника стану здоров'я – HAQ-DI, який включає 20 запитань, згрупованих у 8 шкал по 2–3 питання в кожній, які стосуються активності пацієнта у повсякденному житті. Відповіді на запитання оцінювали за бальною шкалою від 0 до 3:

- 0 – без труднощів,
- 1 – з деякими труднощами,
- 2 – з великими труднощами,
- 3 – не могу виконати.

За кожною шкалою визначали максимальне значення, результати додавали, та обчислювали середнє арифметичне значення. Опитувальник після основних шкал має додаткові питання, які стосуються використання спеціальних пристосувань, позитивна відповідь на які збільшує показник даної шкали на 1 бал. Додатковий бал не додається, якщо відповідь на одне із запитань шкали – «не могу виконати». Відповідь «без труднощів» за наявності позитивної відповіді щодо використання спеціальних пристосувань або сторонньої допомоги автоматично збільшує показник шкали на 2 бали. Мінімальне значення індексу – 0, максимальне – 3.

HAQ має 25 можливих значень. Значення від 0 до 1,0 визначають мінімальні порушення життєдіяльності, від 1,1 до 2,0 – помірні, від 2,1 до 3,0 – виражені порушення життєдіяльності.

Крім того, була проведена оцінка пацієнтом свого стану за 10-бальною шкалою PGA (1 – дуже добре, 10 – дуже погано) при відповіді на запитання: «Якщо враховувати, що Ваше захворювання впливає на всі аспекти Вашої діяльності, наскільки добре Ви виконували роботу за останній тиждень?».

Для статистичного оброблення матеріалів дослідження використовували методи математико-статистичного аналі-

зу: перевірка нормального розподілу кількісних показників з використанням критерію Шапіро-Уїлка. Рівність трьох генеральних дисперсій визначали за допомогою критерію Лівена. Порівняння показників трьох незалежних груп проводили за допомогою рангового однофакторного аналізу Краскела-Уолліса (непараметричний дисперсійний аналіз), а парне порівняння проведено критерієм Коновера.

Проводили кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (ρ). З метою визначення найбільш важливих факторів впливу на ЯЖ пацієнтів було використано множинний регресійний аналіз.

Результати описової статистики включали показники при нормальному типі розподілу кількісних ознак: середня арифметична (M), стандартне відхилення (SD); при розподілі кількісних ознак, який відрізнявся від нормального: медіана та інтерквартильний розмах (Me (25%; 75%)).

Критичне значення рівня значущості (p) приймалося за $\leq 5\%$ ($p \leq 0,05$). Статистичний аналіз проводили за допомогою пакета прикладних програм «Microsoft Excel 2010», програми аналізу даних AtteStat 12.0.5 та Statistica 6.1 (StatSoft Inc.).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість АГ в основній групі становила 4,5 (1; 10) роки, у групі порівняння – 4 (2; 8) роки, достовірної різниці не виявлено ($p=0,86$). Кількість загострень АГ на рік в основній групі – 4 (2; 6,25), у групі порівняння – 3 (2; 5), достовірної різниці не виявлено ($p=0,50$).

В основній групі тривалість подагри у середньому становила 4,92 (3,23) року, кількість загострень подагричного артриту на рік – 7,08 (4,54), загальна кількість уражених суглобів – 5 (2; 10). У пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрю встановлено гострий подагричний артрит у 2 (5%) пацієнтів, інтермітуючий подагричний артрит – у 5 (14%), хронічний подагричний артрит – у 23 (64%) хворих, хронічний тофусний артрит – у 6 (17%) хворих. Водночас у фазі загострення перебувало 5 (14%) пацієнтів, у фазі ремісії – 26 (72%), у міжнападів фазі – 5 (14%) хворих. Легкий ступінь подагри зареєстровано у 20 (56%) пацієнтів, середній – у 14 (39%), тяжкий – у 2 (6%) хворих. За рентгенологічною стадією хвороби пацієнти були розподілені наступним чином:

- відсутні зміни – 2 (5%),
- I стадія – 19 (53%),
- II стадія – 14 (39%),
- III стадія – 1 (3%).

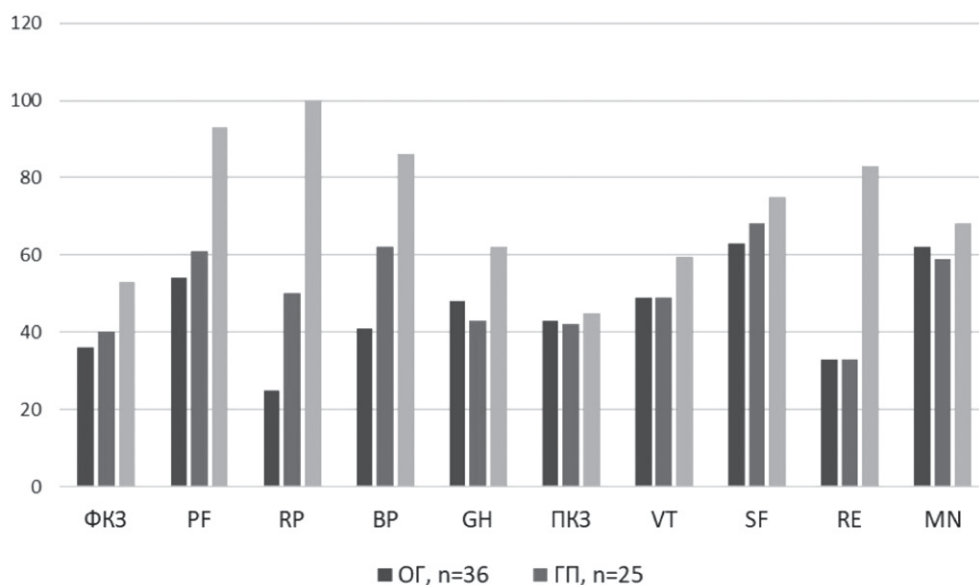
Характеристика хворих, які увійшли в основну групу і групу порівняння, наведена у табл. 1.

Таблиця 1

Загальна клінічна характеристика основної групи та групи порівняння, M (SD), (Me (25%; 75%))

Показник	Основна група, n=36	Група порівняння, n=25	p
Вік, роки	54,69 (10,22)	53,6 (10,57)	0,69*
Тривалість АГ, роки	4,5 (1; 10)	4 (2; 8)	0,86*
Кількість загострень АГ на рік	4 (2; 6,25)	3 (2; 5)	0,50*
Стадія АГ, n (%)			
I	2 (6)	4 (16)	0,51*
II	31 (86)	19 (76)	
III	3 (8)	2 (8)	
Ступінь АГ, n (%)			
1	21 (58)	15 (60)	0,93*
2	11 (31)	7 (28)	
3	4 (11)	3 (12)	
ІМТ, кг/м ²	32,39 (5,24)	31,6 (6,09)	0,59*

Примітка: * – достовірна різниця між групами відсутня ($p > 0,05$).



Мал. 1. Показники шкал SF-36

Примітки: ОГ – основна група, ГП – група порівняння, КГ – контрольна група, ФКЗ – фізичний компонент здоров'я, PF – фізична активність, RP – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, BP – біль, GH – загальне здоров'я, ПКЗ – психологічний компонент здоров'я, VT – життєва активність, SF – соціальна активність, RE – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, MN – психічне здоров'я.

За результатами дослідження встановлено, що всі показники за шкалами SF-36 були достовірно нижче в основній групі, ніж у групі контролю (за винятком шкали «психічне здоров'я» ($p=0,15$) та сумарного значення психологічного компонента здоров'я (ПКЗ, $p=0,16$). Не встановлено достовірної різниці між групою порівняння та контрольною групою щодо показників психічного здоров'я ($p=0,16$), соціальної активності ($p=0,13$) та ПКЗ ($p=0,09$). Сумарне значення фізичного компонента здоров'я (ФКЗ, $p=0,03$) та шкали болю ($p=0,006$) достовірно нижче в основній групі, ніж у групі порівняння (мал. 1).

У пацієнтів з АГ та супутньою подагрою більшою мірою були знижені показники, що характеризують фізичне здоров'я, що свідчить про обмеження фізичної активності пацієнтів, здатності переносити фізичні навантаження і виконувати повсякденні дії, а також показники шкали роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, що свідчить про обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

Середнє значення за опитувальником HAQ-DI виявилось достовірно найнижчим в основній групі (0,5 (0,25; 2), ніж у групі порівняння (0,375 (0,125; 0,625), $p=0,04$) та контрольній групі (0 (0; 0), $p=0,001$). За шкалами опитувальника у пацієнтів з коморбідною подагрою були порушені більшою мірою наступні функції: прогулянки, досяжний радіус дій, одягання та догляд за собою, інші види діяльності (мал. 2).

Середні показники за шкалою PGA достовірно нижчі в основній групі (5,6 (1,9), $p=0,005$) бала та групі порівняння (5,4 (1,6), $p=0,01$) бала, ніж у контрольній групі (3,6 (2,5) бала. Основний критерій пацієнта щодо оцінки за PGA – це біль, а лікаря – кількість та ступінь набряку суглобів. У літературі повідомляється про невідповідність оцінки лікаря і пацієнта у 35% випадків [8].

Під час проведення кореляційного аналізу були виявлені негативні кореляційні зв'язки між ФКЗ та віком, загальною кількістю уражених суглобів, загальним серцево-судинним ризиком (ЗССР), стадією серцевої недостатності (СН), ступенем тяжкості подагри та хронічною хворобою нирок (ХХН), а індекс HAQ-DI позитивно корелював із зазначеними показниками та кількістю загострень АГ на рік. Простежувався кореляційний зв'язок між PGA та віком, кількістю загострень АГ на рік (табл. 2).

Для виділення найбільш значущих факторів, що погіршують ЯЖ у хворих на подагру, був проведений множинний регресійний аналіз. Виявилось, що на ЯЖ хворих впливали, насамперед, клінічні прояви АГ та подагри:

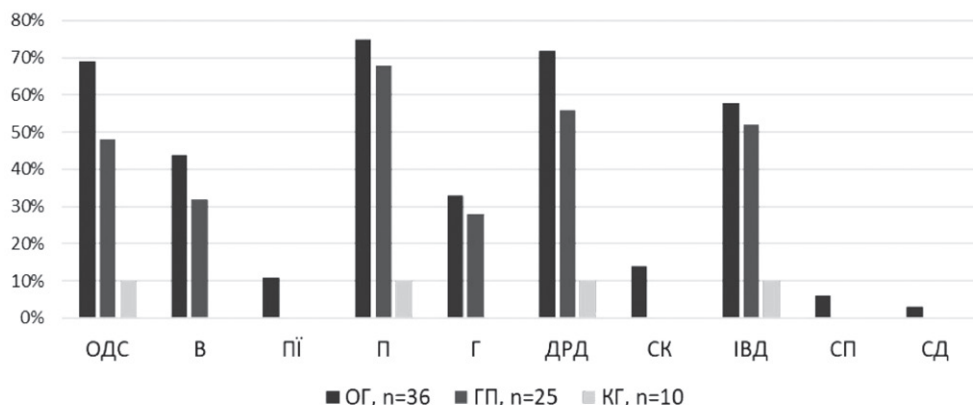
- вік,
- кількість загострень АГ на рік,
- ЗССР,
- загальна кількість уражених суглобів,
- ступінь тяжкості подагри.

Таблиця 2

Кореляційний зв'язок між ФКЗ SF-36, HAQ-DI, PGA та клінічними проявами хвороби, коморбідними захворюваннями ($p<0,05$)

Змінна	ФКЗ SF-36	HAQ-DI	PGA
Вік	-0,33	0,53	0,34
Кількістю загострень АГ на рік	-0,15*	0,38	0,40
Загальна кількість уражених суглобів	-0,49	0,46	-
ЗССР	-0,43	0,48	-
СН	-0,39	0,38	-
Ступінь тяжкості подагри	-0,52	0,47	-
ХХН	-0,35	0,40	-

Примітка: * – $p>0,05$.



Мал. 2. Частка пацієнтів з порушеннями функцій за шкалами опитувальника HAQ-DI

Примітка: ОГ – основна група, ГП – група порівняння, КГ – контрольна група, ОДС – одягання та догляд за собою, В – вставання, ПІ – прийом їжі, Г – гігієна, ДРД – досяжний радіус дій, СК – сила кистей, ІВД – інші види діяльності, СП – специфічні пристосування, СД – стороння допомога.

Таблиця 3

Взаємозв'язок між шкалами SF-36, HAQ-DI, PGA та найбільш значущими факторами за даними множинного регресійного аналізу

Змінна	SF-36		HAQ-DI		PGA	
	β	p	β	p	β	p
Вік	-0,36	0,04	0,40	0,01	0,39	0,02
Кількість загострень АГ на рік	-0,01	0,94	0,32	0,04	0,40	0,02
Загальна кількість уражених суглобів	-0,34	0,04	0,48	0,002	-	-
ЗССР	-0,40	0,01	0,32	0,04	-	-
СН	-0,38	0,02	0,33	0,03	-	-
Ступінь тяжкості подагри	-0,44	0,006	0,43	0,005	-	-
ХХН	-0,38	0,02	0,41	0,01	-	-

ЯЖ за SF-36, HAQ-DI була значно нижче за наявності ХХН та СН (табл. 3).

За даними літератури, групою італійських вчених на чолі із С.А. Scire була виконана серія досліджень, спрямованих на визначення впливу клінічних проявів подагри і супутніх захворювань на ЯЖ. Виявилось, що зниження ФКЗ асоціювалося з клінічними проявами захворювання:

- тривалість хвороби понад 5 років,
- наявність оліго- або поліартриту,
- наявність підшкірних тофусів,
- загострення артриту за останній рік і за останній місяць.

Крім того, автори виявили взаємозв'язок між рівнем сечової кислоти і зниженням ФКЗ, погіршенням функціонального статусу за HAQ-DI, проте дана залежність виявлялася при рівні сечової кислоти вище 420 мкмоль/л (7 мг/дл). У

той самий час на показники HAQ-DI і сумарні компоненти SF-36 не впливало проведення УЗТ [9].

ВИСНОВКИ

Якість життя (ЯЖ) хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з коморбідною подагрою знижена більшою мірою порівняно з пацієнтами без подагри внаслідок хронічного болювального синдрому, функціональних обмежень, психологічних проблем. Фактори, що впливають на ЯЖ у даної категорії хворих – це клінічні прояви АГ та подагри: вік, кількість загострень АГ на рік, загальний серцево-судинний ризик, загальна кількість уражених суглобів, ступінь тяжкості подагри, а також наявність коморбідної патології. Показники ЯЖ слід враховувати під час оцінювання ефективності лікування даної категорії хворих.

Показатели качества жизни и функционального статуса больных артериальной гипертензией с коморбидной подагрой

А.П. Кузьмина, О.Н. Лазаренко

Цель исследования: оценка показателей качества жизни (КЖ) и функционального статуса больных артериальной гипертензией (АГ) с коморбидной подагрой, определение факторов, влияющих на КЖ у данной категории пациентов.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты (n=61) с АГ, средний возраст (SD) которых составил 54,25±10,29 года. Больные были разделены на две группы: 1-я группа (n=36, основная) – больные АГ с коморбидной подагрой, 2-я группа (n=25, сравнения) – пациенты с АГ. В контрольную группу вошли 10 пациентов. КЖ оценивали с помощью опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), функциональный статус – Health Assessment Questionnaire (HAQ-DI), использовали 10-балльную шкалу Patient global assessment (PGA).

Результаты. У пациентов с АГ и сопутствующей подагрой в большей степени были снижены показатели, характеризующие физическое здоровье и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. Среднее значение по опроснику HAQ-DI оказалось достоверно низким в основной группе, а по шкале PGA – в основной группе и группе сравнения.

Заключение. Качество жизни (КЖ) больных артериальной гипертензией (АГ) с коморбидной подагрой снижено в большей степени по сравнению с пациентами без подагры вследствие хронического болевого синдрома, функциональных ограничений, психологических проблем. Факторы, влияющие на КЖ у данной категории больных – это клинические проявления АГ и подагры: возраст, количество обострений АГ в год, общий сердечно-сосудистый риск, общее количество пораженных суставов, степень тяжести подагры, коморбидная патология.

Ключевые слова: качество жизни, артериальная гипертензия, подагра, коморбидная патология.

Indicators of quality of life and functional status of patients with arterial hypertension and gout

G.P. Kuzmina, O.M. Lazarenko

The objective: to evaluate the quality of life (QOL) and functional status of patients with arterial hypertension (AH) and gout, to determine the factors influencing the QOL in this category of patients.

Materials and methods. The study included 61 patients with AH, mean age (SD) of 54,25±10,29 years, which were divided into 2 groups: group 1 (n=36, main) – patients with AH and gout, group 2 (n=25, comparison) – patients with AH. The control group included 10 patients. The QOL was evaluated using the Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) questionnaire, the Health Assessment

Questionnaire (HAQ-DI) and the 10-point Patient Global Assessment (PGA).

Results. Patients with AH and gout were more likely to have lowered their physical health indicators and the role-emotional. The average value of the HAQ-DI questionnaire was significantly lower in the main group, and on the PGA scale, in the main and comparison group.

Conclusion. QOL of patients with AH and gout has been reduced to a greater extent in comparison with patients without gout due to chronic pain syndrome, functional constraints, psychological problems. Factors affecting the lung in this category of patients are the clinical manifestations of AH and gout: age, number of exacerbations of AH per year, total cardiovascular risk (TCVR), total number of affected joints, severity of gout, comorbidity.

Key words: quality of life, arterial hypertension, gout, comorbid pathology.

Сведения об авторах

Кузьмина Анна Петровна – Кафедра терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 50056, г. Кривой Рог, площадь 30-летия Победы, 2; тел.: (056) 465-50-14. E-mail: revmatologymed@bigmir.net

Лазаренко Ольга Николаевна – Кафедра терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 50056, г. Кривой Рог, площадь 30-летия Победы, 2; тел.: (056) 465-50-14, (097) 448-08-06. E-mail: lazerhelga1988@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Differences in behavior profile between normotensive subjects and patients with white-coat and sustained hypertension / R. Coelho, A. Santos, L. Ribero [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2011. – V. 46. – P. 15–27.
2. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life / V. Katsi, M.S. Kallistratos, K. Koutourellos [et al.] // Front. Psychiatry. – 2017. – V. 8. – P. 270.
3. Health-related quality of life of hypertension in China: a systematic review and meta-analysis / R. Ye, K. Liu, Z. Zhang [et al.] // J. Cardiovasc. Med. (Hagerstown). – 2018. – V. 19 (8). – P. 430–438.
4. Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study / P. Chandratne, C. Malen, J. Richardson [et al.] // Semin. Arthritis Rheum. – 2018. – V. 48 (1). – P. 61–69.
5. Health-related quality of life in gout: a systematic review / P. Chandratne, E. Roddy, L. Clarson [et al.] // Rheumatology (Oxford). – 2013. – V. 52 (11). – P. 2031–2040.
6. Singh J.A. Gout is associated with more comorbidities, poorer health-related quality of life and higher healthcare utilisation in US veterans / J.A. Singh, V. Strand // Ann. Rheum. Dis. – 2008. – V. 67. – P. 1310–1316.
7. Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz [et al.] // Journal of Hypertension. – 2013. – V. 31. – P. 1281–1357.
8. Lilian H.D. van Tuyl. Patient's Global Assessment of Disease Activity: What Are We Measuring? / van Tuyl H.D. Lilian, M. Boers // Arthritis and Rheumatism. – 2012. – V. 64 (9). – P. 2811–2813.
9. Gout impacts on function and health-related quality of life beyond associated risk factors and medical conditions: results from the KING observational study of the Italian Society for Rheumatology (SIR) / C.A. Scirè, M. Manara, M.A. Cimmino [et al.] // Arthritis Res. Ther. – 2013. – V. 15 (5). – P. 101.

Статья поступила в редакцию 22.04.2019