

УДК:616.72-002.77-053.5/6-053.8

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.105403

ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ У ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ДАНИХ

© М. Б. Джус, Г. В. Мостбауер, Т. А. Карасевська, О. І. Івашківський, Я. С. Бойко

Обстежено 68 хворих з ЮІА віком старше 18 років, яких розділено на групи за статтю, інвалідністю, рівнем освіти, наявністю АССР/RF, ANA, HLA-B27 та негативні за всіма показниками не залежно від ІІАІА класифікації. Значні відмінності між ними, підтверджують гіпотезу різних патогенетичних механізмів розвитку, що потребує диференційованого підходу до діагностики, лікування та спостереження

Ключові слова: Ювенільний ідіопатичний артрит, класифікація, віддалені наслідки, ревматоїдний фактор, ANA, HLA-B27

1. Вступ

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – це гетерогенна група захворювань з дебютом у віці до 16 років. Відомо, що за ІІАІА класифікацією виділяють 7 різних варіантів ЮІА в дитинстві [1], однак при досягненні дорослого віку, часто у пацієнтів змінюється характер перебігу захворювання, а дорослі ревматологи перекласифікують їх згідно дорослої номенклатури [2], що призводить до зміни лікувальної тактики, інвалідизації та в ряді випадків до соціально-економічних втрат. На даний момент не існує спільної класифікації пацієнтів у дитячому та дорослому віці, що призводить до порушення процесу передачі пацієнта від підліткового до дорослого віку і як результат – до погіршення прогнозу, що впливає як на якість життя, так і на інвалідизацію та психо-соціальну адаптацію в дорослому віці.

2. Обґрунтування дослідження

ЮІА можна вважати тяжким хронічним захворюванням, що призводить до значної інвалідизації дітей та дорослих. Одним із найбільших обстежень віддалених наслідків ЮІА є дослідження [3], де вивчали наслідки перебігу ЮІА у 246 дорослих. віком старше 18 років (середній вік – 35,4 року) з середньою тривалістю захворювання – 28,3 року. У дослідженні 57 % обстежених мали функціональні розлади різного ступеня тяжкості. У 63 % хворих із системним початком хвороби та у 52 і 53 % із поліартритом з від'ємним та позитивним РФ відповідно, мали місце важкі функціональні розлади. У 43 % хворих на ЮІА відзначали клінічні прояви активності захворювання у дорослому віці. Ступінь функціональних розладів (НАІА) корелював із рівнем обох маркерів запалення (ШОЕ та СРІІ) ($p < 0,001$). 72 % пацієнтів продовжували застосовувати протиревматичну терапію [3], що свідчить про продовження захворювання в дорослому віці. Ряд авторів намагалися виявити несприятливі фактори ЮІА. Так, у дослідженні [4] вчені називають несприятливим прогностичним фактором ЮІА виявлення позитивного РФ через 5 років від початку захворювання, тоді як високу активність хвороби відносять [5] до прогностично несприятливих факторів. Вищезазначені дослідження свідчать про те, що

покращення віддалених наслідків можливе лише при досягненні швидкого контролю над активністю ревматологічного процесу за умови виявлення певних клінічних та лабораторних маркерів ЮІА в дитячому віці, що допоможе дорослим ревматологам в процесі передачі пацієнта до дорослої ревматологічної служби продовжувати адекватно вести пацієнта з досягненням основної мети – ремісії захворювання.

3. Мета дослідження

Дослідити зв'язок захворювання з соціально-антропометричними та клінічними показниками дорослих пацієнтів з ЮІА в анамнезі не залежно від ІІАІА варіанту для покращення спостереження за ними та зменшення віддалених наслідків.

4. Матеріали і методи

Проведено обстеження 68 молодих дорослих хворих з ЮІА в анамнезі (жінок – 41, чоловіків – 27), віком – $24,3 \pm 8,3$ років, зріст – $170,4 \pm 10,8$ см, маса тіла – $62,3 \pm 14,9$ кг, ІМТ – $21,1 \pm 13,5$; тривалість захворювання – $13,6 \pm 9,3$ років. Усім пацієнтам проводили клінічні обстеження на базі Олександрівської міської клінічної лікарні м. Києва з оцінкою антропометричних даних (ріст, вага, індекс маси тіла (ІМТ), анамнестичних даних з оцінкою відтермінування постановки діагнозу від початку клінічних проявів, тривалості захворювання, активності захворювання в дитячому віці за шкалою JADAS (Juvenile Arthritis Disease Activity Score) [6] та загального стану пацієнтом за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) в дитинстві, отриманого лікування в дитинстві глюкокортикоїдами (ГК) та його тривалість. Окремо оцінювали клінічний стан на момент огляду в дорослому віці з врахуванням активності захворювання за JADAS, DAS28, загального стану пацієнтом за ВАШ при ЮІА в дорослому віці, оцінка якості життя за SF-36 та рівень порушення функціональної активності за допомогою анкети Health Assessment Questionnaire (НАІА), оцінка психологічного стану за допомогою опитувальників шкали тривоги Бека, самооцінки тривоги, НАІА-А, самооцінки депресії, шкали депресії PHQ-9, та оцінка серцево-судинного ризику з корекцією згідно EULAR-рекомендацій оцінки

серцево-судинного ризику у пацієнтів з запальними захворюваннями суглобів [7]. Віддалені наслідки ЮІА оцінювалися за індексом суглобових (JADI-A) та позасуглобових (JADI-E) уражень [8]. Всім пацієнтам проводились загальноклінічні аналізи крові натще та оцінювали наступні показники: загальний аналіз крові та ШОЕ поточною цитофлуориметрією з використанням лазерних напівпровідників і гідродинамічного фокусування (Sysmex XT-2000i, XE-2100; Японія), С-реактивний білок (СРБ) кількісно методом латекс-турбидиметричний (Cobas 6000; Roche Diagnostics, Швейцарія), загальний холестерин та ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) ферментативно-колориметричним методом (Cobas 6000; Roche Diagnostics, Швейцарія). Крім того проводили дослідження крові на HLA-B27 методом проточної цитометрії на FACScan (Becton Dickinson) за допомогою моноклональних антитіл до HLA B27 (Becton Dickinson), аналіз крові на ревматоїдний фактор (РФ) (Fc-фрагмент IgG аутоантитела IgM) методом імуноферментного аналізу (EUROIMMUN, Німеччина), антитіла IgG до циклічного цитрулінового пептиду (анти-ЦЦП) методом проточної цитофлуориметрії на аналізаторі BioPlex 2200; тест-система BioRad (США) та антинуклеарні антитіла (ANA) методом імунофлуоресценції на флуоресцентному мікроскопі Eurostar III Plus; тест-система EUROIMMUN (Німеччина).

Статистичний аналіз проводили за допомогою методів описової статистики, критерію Стьюдента для незв'язаних перемінних. При аналізі використовували пакети програм «Statistica 6.0» Copyright® StatSoft, Inc. 1984–2001.

5. Результати досліджень

Усіх хворих розділено на дві групи за статтю (табл. 1): 1-ша група – жінки (41 хворих), 2-га група – чоловіки (27 хворих). Встановлено, що у жінок захворювання починалося в більш ранньому віці (8,6±4,5 років), ніж у чоловіків (11,9±3,9 років). Закономірно, що жінки нижчі ростом та мали менший ІМТ, однак при оцінці відтермінування діагнозу від дебюту захворювання, тривалості захворювання, кумулятивної дози глюкокортикоїдів суттєвих відмінностей у цих групах не виявлено. Цікаво, що при оцінці активності захворювання в дитячому віці не виявлено відмінностей ні за ВАШ, ні за JADAS. Тоді як в дорослому віці, на момент огляду у жінок активність захворювання за JADAS вища (11,4±7,8), ніж у чоловіків (7,7±5,1) ($p<0,05$). Суттєвих відмінностей за рівнем як холестерину та ЛПНЩ, так і в серцево-судинному ризику у цих групах не виявлено. Усім пацієнтам проводили оцінку рівня тривожності, депресії та якості життя. При порівнянні чоловіків та жінок з ЮІА в анамнезі не виявлено різниці ані в фізичному, ні психологічному стані за опитувальником якості життя SF-36. Також відсутня відмінність за рівнем тривожності, що оцінював лікар та за шкалою самооцінки пацієнта і відсутня різниця при самооцінці депресії та за шкалою де-

пресії PHQ. Однак, при оцінці віддалених наслідків ЮІА на кісткову систему за інтегральним показником JADI-A виявлено гірші показники у жінок (4,0±6,3), ніж у чоловіків (1,3±3,3) ($p<0,05$)

Таблиця 1

Розподіл дорослих хворих з ЮІА за статтю, М±SD

Клінічні дані	1-ша група Жінки, n=41	2-га група Чоловіки, n=27	p
Вік пацієнта на початку захворювання, р	8,6±4,5*	11,8±3,9	<0,05
Ріст, м	1,7±0,1*	1,8±0,1	<0,0001
Вага, кг	55,2±9,8*	73,8±14,6	<0,0001
ІМТ, кг/м ²	20,1±2,9*	23,0±5,0	<0,05
Через який час поставлений діагноз, міс	20,4±30,7	17,7±28,5	0,7
Тривалість захворювання, років	15,2±8,6	11,0±9,9	0,1
DAS28 на момент огляду	3,6±1,5	2,9±1,4	0,1
JADAS в дитинстві	16,1±8,0	15,4±11,8	0,8
JADAS в дорослому віці	11,4±7,8*	7,7±5,1	<0,05
Загальний стан за ВАШ в дитинстві, мм	54,4±18,9	50,0±14,1	0,5
Загальний стан за ВАШ в дорослому віці, мм	37,7±23,5*	27,2±17,1	<0,05
Тривалість прийому ГК, міс	42,8±60,8	27,1±93,2	0,4
Доза ГК на момент огляду, мг	8,2±10,1	7,9±6,8	0,9
Кумулятивна доза ГК, г	9,7±81,9	13,9±60,1	0,7
ЛПНЩ, ммоль/л	2,7±0,9	3,1±1,9	0,7
Холестерин, ммоль/л	4,7±1,1	4,6±1,1	0,9
EULAR серцево-судинний ризик	0,9±0,9	2,0±3,6	0,1
Оцінка якості життя за SF-36 PCS	43,2±9,5	45,9±9,2	0,2
Оцінка якості життя за SF-36 MCS	44,1±12,2	47,2±8,5	0,3
Шкала тривоги Бека	12,7±8,9	9,3±9,2	0,2
НАМ-А	9,9±8,2	8,5±11,2	0,7
Самооцінка депресії	5,4±5,3	4,5±5,2	0,6
Якість життя	18,3±3,9	18,7±4,6	0,8
Самооцінка тривоги	5,3±5,0	4,8±4,7	0,8
PHQ-9	8,3±6,9	6,7±6,8	0,5
Шкала Гамільтона	15,1±10,1	8,2±7,6	0,1
JADI-A	4,0±6,3*	1,3±3,2	<0,05
JADI-E	1,2±1,6	0,6±0,9	0,1

Примітка: * – достовірні відмінності показників 1-ї та 2-ї груп $p<0,05$

Зв'язок деяких соціальних факторів з якістю життя, загальним станом та наслідками захворювання відображено в табл. 2. Так пацієнти з вищою освітою мали більшу тривалість захворювання ($p<0,05$). Вплив соціальних факторів на стан здоров'я був вищим у

пацієнтів з закінченою вищою освітою ($5,7 \pm 5,1$) порівняно з неповною вищою освітою ($2,8 \pm 2,2$) ($p < 0,05$), хоча рівень тривожності та депресії не відрізнявся в обох групах, так само як і якість життя за даними опитувальника SF-36.

Хворі з ЮІА, в яких встановлена інвалідність, гірше оцінювали свій загальний стан за ВАШ ($46,8 \pm 22,3$) порівняно з тими, що не мали інвалідності ($35,6 \pm 21,7$), вони довше приймали ГК ($p < 0,05$), що ймовірно вплинуло на те, що вони нижчі у рості

($p < 0,05$) та у них частіше виявляли позасуглобові віддалені наслідки ЮІА – за JADI-E ($p < 0,05$), однак вони не відрізнялися за психоемоційним статусом та якістю життя, що можна пояснити високими адаптаційними можливостями молодих людей.

При розподілі хворих за рівнем порушення функціональної активності НАQ на дві групи – мінімальні порушення та помірні порушення, відмінностей за всіма досліджуваними показниками не виявлено.

Таблиця 2

Особливості клінічних даних дорослих хворих з ЮІА залежно від деяких соціальних показників, $M \pm SD$

Клінічні дані	Освіта		Інвалідність	
	Вища, n=26	Незакінчена вища, n=42	Немає, n=43	Є, n=25
Вік пацієнта на початку захворювання, р.	8,8±4,5	10,6±4,8	11,1±4,4	9,1±4,5
Через який час поставлений діагноз, міс.	21,5±34,2	12,4±17,9	15,8±26,3	22,9±32,5
Тривалість захворювання, р.	19,8±8,4\$	9,4±6,5	12,8±8,3	14,3±10,2
DAS28 у дорослому віці	3,7±1,5	3,2±1,6	3,0±1,7	3,5±1,2
JADAS у дорослому віці	10,5±6,6	10,2±8,1	9,1±7,4	10,2±6,1
Загальний стан за ВАШ у дорослому віці, мм	37,4±23,3	30,3±21,9	35,6±21,7*	46,8±22,2
Як довго приймали ГК? Міс.	31,0±70,1	31,6±37,3	8,9±11,4*	54,0±96,1
Доза ГК на момент огляду, мг	5,2±5,2	9,7±10,9	6,7±5,3	8,6±10,2
ЛПНЩ, ммоль/л	3,2±2,4	2,7±0,6	2,8±1,6	2,7±0,7
Холестерин, ммоль/л	5,1±1,6	4,5±0,8	4,9±1,6	4,5±0,7
Ріст, м	1,70±0,1	1,7±0,1	1,7±0,01*	1,7±0,1
Вага, кг	64,7±17,4	60,8±13,3	65,3±15,2	60,4±14,3
ІМТ, кг/м ²	21,6±4,9	20,8±3,3	21,3±4,5	20,9±3,7
Оцінка якості життя за SF-36 PCS	45,0±9,9	45,0±9,4	47,0±7,5	42,7±10,3
Оцінка якості життя за SF-36 MCS	45,4±11,9	45,4±10,6	46,4±10,1	45,1±11,7
Самооцінка тривоги	7,9±6,8	4,2±3,8	4,3±4,4	5,8±5,6
Соціальні фактори впливу на здоров'я	5,73±5,0\$	2,8±2,2	2,8±3,2	4,1±3,8
PHQ-9	8,73±6,10	6,4±5,88	6,9±8,0	8,2±6,1
Шкала Гамільтона	16,1±10,9	11,2±7,2	14,8±12,7	11,1±7,9
JADI-A	4,4±7,2	2,5±4,6	1,7±3,7	3,6±6,0
JADI-E	1,3±1,9	0,7±0,9	0,5±0,7*	1,2±1,6

Примітка: * – достовірні відмінності показників пацієнтів, в яких є інвалідність $p < 0,05$; \$ – достовірні відмінності показників пацієнтів з вищою освітою та незакінченою вищою освітою $p < 0,05$

Оскільки в дорослому віці суглобовий синдром залежить від імунологічних показників, наприклад, для ревматоїдного артриту характерним є наявність антитіл до циклічного цитрулінового пептиду (АССР) чи ревматоїдного фактору (RF), а для анкілозивного спонділоартриту – HLA-B27, дорослих пацієнтів з ЮІА розділено на 4 групи: 1-ша – позитивні за АССР чи RF; 2-га – позитивні за антинуклеарним фактором (ANA); 3-тя – позитивні за HLA-B27; 4-та – негативні за всіма показниками (табл. 3)

При порівнянні цих груп виявлено, що всі групи відрізняються між собою за віком дебюту захворювання, що узгоджується з ІLAR-варіантами ЮІА. ANA-позитивна група (52,7±9,9) та АССР/RF-позитивна (45,9±10,7) група відрізнялась від 4-тої групи (42,4±7,4) за оцінкою якості життя пацієнта за SF-36 MCS. В АССР/RF-, HLA-B27-, ANA-позитивних групах встановлено вищу активність захворювання за DAS28 порівняно з 4-тою групою. Позасуглобові віддалені наслідки ЮІА більші у ANA-позитивної групи (1,7±1,9), порівняно з HLA-B27-позитивною (0,6±0,9), а суглобові віддалені наслідки JADI-A гірші ($p<0,05$) в АССР/RF-позитивних пацієнтів (7,1±9,9), порівняно з HLA-B27-позитивними (1,5±2,4). При аналізі три-

валості лікування ГК, кумулятивної та їх середньої дози відмінностей між групами не виявлено.

6. Обговорення результатів дослідження

Відомо, що ЮІА це гетерогенна група захворювань, які з плином часу можуть змінювати характер клінічного перебігу та трансформуватися у різні варіанти з різноманітним віддаленими наслідками захворювання. Щоб знайти спільні клінічні та імунологічні риси в дорослому та дитячому віці, була зроблена спроба розділити усіх хворих за гендерними, соціальними та клініко-імунологічними ознаками, з метою виявлення відмінностей між ними не залежно від ІLAR варіанту ЮІА. Оскільки жінки частіше хворіють як на ревматоїдний артрит, так і на ЮІА, у дослідженні вивчено залежність клінічних особливостей ЮІА від статі. Встановлено, що жінки в дорослому віці мають більшу активність захворювання за JADAS ($p<0,05$), порівняно з чоловіками та у них частіше зустрічаються віддалені суглобові наслідки ЮІА за індексом JADI-A ($p<0,05$). Ці дані свідчать про те, що жінки з ЮІА потребують агресивнішої терапії та ретельнішого нагляду ревматолога для зменшення кількості віддалених наслідків захворювання.

Таблиця 3

Розподіл дорослих пацієнтів з ЮІА за імунологічними показниками, M±SD

Клінічні дані	1-ша група АССР/RF, n=15	2-га група ANA, n=14	3-тя група HLAB27, n=20	4-та група Negat, n=17
Вік пацієнта на початку захворювання, р.	9,0±3,7#	12,1±3,2##	11,2±3,8\$	7,5±5,7*
Через який час поставлений діагноз, міс	9,3±10,1	29,9±39,1	21,7±32,9	16,3±29,5
Тривалість захворювання, р.	17,6±7,6#	9,0±6,3	11,0±7,7&	14,7±10,5
DAS28 у дорослому віці	4,1±1,8	3,7±1,0##	3,6±1,5\$	2,7±1,1*
Холестерин, ммоль/л	4,3±1,3	4,9±0,7	4,8±1,4	4,3±0,9
Ріст, м	1,7±0,1**	1,7±0,1	1,8±0,1\$&	1,7±0,1
Вага, кг	57,2±8,9**	59,0±7,1	70,7±15,6\$&	55,0±14,6
ІМТ, кг/м ²	20,3±1,4	20,7±3,4	22,6±\$	19,5±3,9
EULAR серцево-судинний ризик	0,6±0,5	1,0±1,2	1,5±2,0	0,9±0,9
Оцінка якості життя за SF-36 PCS	45,1±9,7	44,1±10,7	44,7±9,7	45,0±8,5
Оцінка якості життя за SF-36 MCS	45,9±10,7	52,7±9,9##	44,5±12,9	42,4±7,4*
Соціальні фактори впливу на здоров'я	4,4±2,3#	2,0±1,6	4,5±4,5	3,3±4,9
JADI-A	7,1±9,9	2,3±3,3	1,5±2,4&	2,8±4,2
JADI-E	1,1±1,6	1,7±1,9**	0,6±0,9	0,9±1,4

Примітка: # – достовірні відмінності показників пацієнтів, позитивних за АССР/RF та ANA $p<0,05$; ** – достовірні відмінності показників пацієнтів, позитивних за HLA-B27 та ANA $p<0,05$; \$ – достовірні відмінності показників пацієнтів, позитивних за HLA-B27 та негативних за всіма показниками $p<0,05$; & – достовірні відмінності показників пацієнтів, позитивних за HLA-B27 та АССР/RF $p<0,05$; ## – достовірні відмінності показників пацієнтів, позитивних за ANA та негативних за всіма показниками $p<0,05$; * – достовірні відмінності показників пацієнтів, позитивних за АССР/RF та негативних за всіма показниками $p<0,05$

Оскільки успішний перехід від школи до роботи грає ключову роль в соціальній інтеграції підлітків, які страждають на артрит, зайнятість/освіта пацієнта найкращим чином відображає соціальні наслідки ЮІА. Закономірно, що пацієнти з вищою освітою мали більшу тривалість захворювання ($p < 0,05$). Однак, вплив соціальних факторів на стан здоров'я був вищим ($p < 0,05$) у пацієнтів з закінченою вищою освітою ($5,7 \pm 5,1$) порівняно з неповною вищою освітою ($2,8 \pm 2,2$), що, швидше всього, пов'язано з потребою самостійно нести відповідальність за своє здоров'я та майбутнє доросле життя, хоча рівень тривожності та депресії у цих пацієнтів не відрізнявся в обох групах, так само як і якість життя за даними опитувальника SF-36. Не дивлячись на те, що хворі з інвалідністю в наслідок ЮІА гірше оцінювали свій загальний стан за ВАШ ($p < 0,05$) та їм на довший період призначали ГК ($p < 0,05$), що призводило до частішого розвитку позасуглобових наслідків за JADI-E ($p < 0,05$), їх психологічний стан (рівень тривожності та депресії) був таким же, як і у пацієнтів без інвалідності. Це свідчить про добру соціальну інтеграцію пацієнтів з ЮІА в дорослому віці. Отримані дані співпадають з результатами дослідження [9], де автори підтвердили, що у 50 % хворих на ЮІА розвиваються структурні чи функціональні порушення при тривалості захворювання більше 15 років, у 10 % дорослих пацієнтів – тяжка інвалідизація в наслідок ЮІА, а персистенція захворювання у дорослому віці потребує довготривалого спостереження та лікування таких хворих.

Однак, наші результати суперечать попереднім дослідженням [10, 11], де показано, що дорослі хворі з ЮІА мають значні не лише фізичні а й психосоціальні порушення, що пов'язано з тим, що в нашому дослідженні були включені молодші пацієнти та ми не оцінювали рівень працевлаштування пацієнтів. Автори [10] стверджують, що працевлаштованість була нижча у пацієнтів з ЮІА ($P = 0.015$), ніж у контрольній групі, хоча рівень навчальних досягнень, річний дохід, стан медичного страхування та показники вагітності та пологів були подібними як у хворих, так і в контролі.

Відомо, що ЮІА форми можуть змінюватися з плином часу у дітей, а також у дорослому віці вони можуть переходити у різні варіанти при ретельному спостереженні, особливо у хворих з псоріазом, ентезитами або спондилоартропатіями, або коли дорослі ревматологи перейменовують ЮІА згідно дорослої класифікації. Виявлені в дослідженні відмінності між групами, розділеними за імунологічними показ-

никами, підтверджують гіпотезу, що патогенетичні механізми розвитку у них є різні та потребують диференційованого підходу до діагностики, лікування та спостереження за цими групами хворих. Дані підтверджують дослідження [9, 10], які стверджують, що нова класифікація ЮІА є необхідною з метою покращення лікування та прогнозу цих пацієнтів, удосконалення процесу передачі їх від педіатрів до дорослих ревматологів.

У зв'язку з цим дослідження [2, 12] підтверджують необхідність перегляду класифікації ЮІА. Подальші дослідження генетичних і ранніх клінічних ознак ЮІА у дітей є необхідними, для визначення специфічних рис ревматоїдного, псоріатичного та спондило-артритів у дітей, що допоможе об'єднати дитячі і дорослі класифікації ревматичних захворювань, з користю для дітей і підлітків.

Подальші дослідження в цьому напрямку є необхідні для покращення діагностики та лікування хворих з ЮІА в дитинстві з метою зменшення кількості та вираженості віддалених наслідків захворювання у дорослому віці.

7. Висновки

1. У дорослих пацієнтів з ЮІА жіночої статі виявлена більша активність захворювання за JADAS та частіше зустрічаються віддалені суглобові наслідки ЮІА за індексом JADI-A, порівняно з чоловіками, що свідчать про те, що жінки з ЮІА потребують агресивнішої терапії та ретельнішого нагляду ревматолога для зменшення кількості віддалених наслідків захворювання.

2. Рівень освіти пацієнта, який найкраще відображає соціальні наслідки ЮІА показує, що вплив соціальних факторів на стан здоров'я був вищим ($p < 0,05$) у пацієнтів з закінченою вищою освітою, порівняно з неповною вищою освітою, хоча рівень тривожності, депресії та якість життя (за SF-36) не відрізнялися в обох групах, а психологічний стан (рівень тривожності та депресії) дорослих хворих з інвалідністю в наслідок ЮІА є таким же, як і у пацієнтів без інвалідності, що свідчить про добру соціальну інтеграцію пацієнтів з ЮІА в дорослому віці.

3. Виявлені клінічні відмінності за віком дебюту захворювання, активністю захворювання, якістю життя, віддаленими наслідками (JADI-A) між групами хворих, розділеними за імунологічними показниками (ACCP/RF, HLA-B27, ANA), підтверджує гіпотезу, що патогенетичні механізми розвитку ЮІА у них є різні та потребують диференційованого підходу до діагностики, лікування та спостереження.

Література

1. Ravelli, A. Juvenile idiopathic arthritis [Text] / A. Ravelli, A. Martini // The Lancet. – 2007. – Vol. 369, Issue 9563. – P. 767–778. doi: 10.1016/s0140-6736(07)60363-8
2. Guillaume-Czitrom, S. Growing up with chronic arthritis: the confusing matter of classification [Text] / S. Guillaume-Czitrom, J. Sibia, E. Nordal // RMD Open. – 2017. – Vol. 3, Issue 1. – P. e000417. doi: 10.1136/rmdopen-2016-000417
3. Packham, J. C. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors for mood and pain [Text] / J. C. Packham, M. A. Hall, T. J. Pimm // Rheumatology. – 2002. – Vol. 41, Issue 12. – P. 1444–1449. doi: 10.1093/rheumatology/41.12.1444

4. Bertilsson, L. Disease Course, Outcome, and Predictors of Outcome in a Population-based Juvenile Chronic Arthritis Cohort Followed for 17 Years [Text] / L. Bertilsson, B. Andersson-Gare, A. Fasth, I. F. Petersson, H. Forsblad-D'elia // The Journal of Rheumatology. – 2013. – Vol. 40, Issue 5. – P. 715–724. doi: 10.3899/jrheum.120602
5. Boiu, S. Functional status in severe juvenile idiopathic arthritis in the biologic treatment era: an assessment in a French paediatric rheumatology referral centre [Text] / S. Boiu, E. Marniga, B. Bader-Meunier, R. Mouy, S. Compeyrot-Lacassagne, P. Quartier, C. H. Wouters // Rheumatology. – 2012. – Vol. 51, Issue 7. – P. 1285–1292. doi: 10.1093/rheumatology/kes004
6. McErlane, F. Validation of JADAS in all ILAR subtypes of juvenile idiopathic arthritis (JIA) in the clinical setting [Text] / F. McErlane, M. Beresford, E. Baildam, W. Thomson, K. Hyrich, A. Chieng et. al. // Archives of Disease in Childhood. – 2012. – Vol. 97, Issue 1. – P. 124–125. doi: 10.1136/archdischild-2012-301885.297
7. Agca, R. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update [Text] / R. Agca, S. C. Heslinga, S. Rollefstad, M. Heslinga, I. B. McInnes, M. J. L. Peters et. al. // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2016. – Vol. 76, Issue 1. – P. 17–28. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209775
8. Viola, S. Development and validation of a clinical index for assessment of long-term damage in juvenile idiopathic arthritis [Text] / S. Viola, E. Felici, S. Magni-Manzoni, A. Pistorio, A. Buoncompagni, N. Ruperto et. al. // Arthritis & Rheumatism. – 2005. – Vol. 52, Issue 7. – P. 2092–2102. doi: 10.1002/art.21119
9. Minden, K. Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis [Text] / K. Minden, M. Niewerth, J. Listing, T. Biedermann, M. Bollow, M. Schontube, A. Zink // Arthritis & Rheumatism. – 2002. – Vol. 46, Issue 9. – P. 2392–2401. doi: 10.1002/art.10444
10. Peterson, L. S. Psychosocial outcomes and health status of adults who have had juvenile rheumatoid arthritis. A controlled, population-based study [Text] / L. S. Peterson, T. Mason, A. M. Nelson, W. M. O'Fallon, S. E. Gabriel // Arthritis & Rheumatism. – 1997. – Vol. 40, Issue 12. – P. 2235–2240. doi: 10.1002/art.1780401219
11. Foster, H. E. Juvenile idiopathic arthritis: functional outcome, educational achievement and employment [Text] / H. E. Foster, K. Martin, N. Marshall, L. J. Kay, P. Woo // Annals of the Rheumatic Diseases. – 1999. – P. 354.
12. Oliveira-Ramos, F. Juvenile idiopathic arthritis in adulthood: fulfilment of classification criteria for adult rheumatic diseases, long-term outcomes and predictors of inactive disease, functional status and damage [Text] / F. Oliveira-Ramos, M. Eusebio, F. M. Martins, A. F. Mourao, C. Furtado, R. Campanilho-Marques et. al. // RMD Open. – 2016. – Vol. 2, Issue 2. – P. e000304. doi: 10.1136/rmdopen-2016-000304

Дата надходження рукопису 11.05.2017

Джус Марта Борисівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра внутрішньої медицини № 2, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601
E-mail: dzhusm@yahoo.co.uk

Мостбауер Галина Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри, кафедри внутрішньої медицини № 2, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601

Карасевська Тетяна Анатолівна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра внутрішньої медицини № 2, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601

Івашківський Олексій Іванович, кандидат медичних наук, доцент, завідувач відділення, І ревматологічне відділення, Олександрівська міська клінічна лікарня, вул. Шовковична, 39/1, м. Київ, Україна, 01601

Бойко Ярина Євгенівна, доктор медичних наук, доцент, кафедра клінічної імунології та алергології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 65, м. Львів, Україна, 79010