

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

УДК: 616.72-002.77:316.62(043.3)

Мірошниченко Ганна Ігорівна

***Комплексна оцінка якості життя пацієнтів з
ревматоїдним артритом***

14.01.38 «Загальна практика-сімейна медицина»

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник: Орловський Віктор Феліксович,
завідувач кафедри сімейної та
соціальної медицини, доктор
медичних наук, професор

Суми 2016

ЗМІСТ

Перелік скорочень.....	3
Вступ.....	4
Розділ 1. Огляд літератури	
1.1 Короткі відомості про етіологію, класифікацію, діагностичні критерії ревматоїдного артриту.....	8
1.2 Якість життя хворих на ревматоїдний артрит та основні методи її оцінки.....	13
1.3 Оригінальні дослідження закордонних вчених на предмет оцінки ЯЖ у пацієнтів з РА.....	16
Розділ 2. Матеріали та методи.....	22
Розділ 3. Клінічна характеристика хворих.....	23
Розділ 4. Отримані результати.....	27
Розділ 5. Обговорення результатів.....	37
Розділ 6. Висновки.....	40
Практичні рекомендації.....	42
Список використаної літератури.....	43

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

РХ – ревматичні хвороби

РА – ревматоїдний артрит

ЯЖ – якість життя

SF-36 - 36-Item Short-Form Health Survey

HAQ - Health Assessment Questionnaire

ВСТУП

Актуальність та обґрунтування теми:

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), поширеність ревматичних хвороб (РХ) серед світової популяції складає до 1,0% [1].

Поширеність ревматоїдного артриту (РА) в популяції становить 0,5-1,5%. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки в 2-5 разів. Співвідношення чоловіків та жінок становить у середньому 1: (2,5-3). РА може виникати у будь-якому віці, але найчастіше захворювання виявляють у віці 40-50 років. Серед осіб молодше 35 років поширеність РА становить 0,38%, а у віці 55 і старше - 1,4% [3,4,5].

В Україні налічується біля 118 тис. хворих на РА, серед яких близько 54 тисяч є особами працездатного віку і перебувають під диспансерним наглядом. За даними МОЗ України у 2013 р. поширеність РА в абсолютних показниках становила 115 515 хворих (серед яких понад 49420 – особи працездатного віку), а захворюваність – 4069. Це зумовлено тим, що недостатніми є профілактичні заходи, які спрямовані на раннє виявлення захворювання, дуже повільно впроваджуються сучасні методи діагностики та лікування РА, недостатня кількість медикаментів та обладнання [1,2,3].

Приблизно 20-30% пацієнтів з РА повністю втрачають працездатність протягом перших 2-3 років захворювання та близько 90% протягом 20 років. Рівень смертності у хворих на РА вищий, принаймні, у два рази, ніж у загальній популяції. Цей показник погіршується з кожним роком.

Втрата працездатності, погіршення якості життя (ЯЖ) і зростання інвалідності є найважливішим соціально-економічним наслідком РА.

Попередження інвалідності та первинної непрацездатності значною мірою залежить від своєчасного та адекватного лікування, метою якого є досягнення ремісії хвороби [1,2,3].

РА пов'язаний з високим рівнем больових відчуттів, функціональними порушеннями, з одного боку, і серйозними порушеннями у психоемоційній

сфері – з іншого, що значно погіршує ЯЖ пацієнтів. Дослідниками підкреслюється особлива психосоціальна вразливість хворих на РА, що призводить до формування низької самооцінки та утруднює соціальну адаптацію пацієнтів. Враховуючи багатofакторність впливу на різні аспекти ЯЖ хворих, стає більш очевидною необхідність комплексної оцінки цього показника при РА [13,14].

Якість життя – інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, в основі якої лежить його суб'єктивне сприйняття [Новік А.А., 2002]. ЯЖ є одним із ключових понять сучасної медицини, що дозволяє проводити аналіз складових життєдіяльності людини відповідно до критеріїв ВООЗ [Амірджанова В.Н., 2008].

Концепція дослідження ЯЖ включає три основних принципи: багатовимірність оцінки, змінність параметрів ЯЖ у часі та участь хворого в оцінці свого стану. Інструментами оцінки ЯЖ є загальні та специфічні опитувальники, розроблені експертами ведучих світових клінічних центрів відповідно до принципів доказової медицини і вимог Good Clinical Practice (GCP).

Показники ЯЖ дозволяють разом з іншими загальноприйнятими клінічними, лабораторними та інструментальними методами дослідження розширити уявлення про стан хворого в цілому і подолати односторонньо-біологічний підхід до пацієнтів [Мелентьев А.С., 2004]., так як метою лікування є не тільки зниження запальної активності та болю, покращення функціонального стану пацієнта, але й досягнення хворими з РА ЯЖ, яку можна порівняти з популяційною [18,19,23].

Не дивлячись на зростаючу увагу дослідників до ЯЖ, дана проблема вивчена недостатньо. Більшість загальноприйнятих критеріїв оцінки ефективності терапії не враховують такі параметри ЯЖ, як самооцінка свого стану хворим, його психічний та соціальний стан у повсякденному житті, що призводить до лікування „захворювання,, , а не хворого.

Отже РА – це хронічне аутоімунне захворювання, що призводить до ранньої інвалідизації, втрати працездатності, погіршення якості життя (ЯЖ) хворого. Тому оцінка ЯЖ хворих на РА є актуальною, так як дозволяє проаналізувати ставлення пацієнта до свого захворювання, його фізичний та психічний статус, оцінити ефективність терапії та динаміку захворювання.

Мета дослідження:

Вивчити ЯЖ пацієнтів з РА в залежності від різних факторів (віку та статі хворого, тривалості та рентгенологічної стадії РА, особливостей лікування).

Задачі роботи:

- Оцінити та інтепретувати результати відповідей за опитувальником SF-36 та HAQ у хворих на РА.
- Встановити залежність між віком, статтю пацієнтів, тривалістю, активністю та рентгенологічною стадією РА та показниками ЯЖ.
- Порівняти показники ЯЖ пацієнтів, що отримують монотерапію преднізолоном та тих, що отримують комбіновану терапію, включаючи метотрексат.

Об'єкт дослідження:

хворі на РА.

Предмет дослідження:

Показники ЯЖ хворих на РА за опитувальниками SF-36 та HAQ; вплив віку, статі, активності, тривалості та рентгенологічної стадії РА, лікування на перебіг захворювання та ЯЖ пацієнта.

Методи дослідження:

1. Анкетування пацієнтів за загальним SF-36 та спеціальним опитувальником HAQ.
2. Аналітично-статистичні методи (абсолютні та відносні величини, коефіцієнт кореляції Спірмена, t-критерій Ст'юдента). Статистична обробка даних здійснювалась з використанням програм Microsoft Office Excel 2010 та Statistica 6.0.

Практичне значення отриманих результатів:

Методи визначення якості життя пацієнтів з РА необхідно використовувати разом із стандартними принципами оцінки порушення життєдіяльності, так як це дозволяє скласти більш повну й об'єктивну картину захворювання та індивідуалізувати лікування, оцінити ефективність терапії, контролювати перебіг РА.

Для оцінки функціональної активності хворих з РА та ефективності терапії в клінічній практиці слід використовувати найбільш чутливий індекс НАQ.

При підборі програм лікування і реабілітації хворих на РА повинні враховуватися не тільки клініко-лабораторні особливості захворювання, але й показники ЯЖ, а також дані психологічного обстеження пацієнта.

РОЗДІЛ І

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Короткі відомості про етіологію, класифікацію, діагностичні критерії ревматоїдного артриту.

Ревматичні хвороби розглядаються у всьому світі як одна з найбільш поширених патологій та як одна з найбільш значимих медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства [1,2,3].

РХ швидко призводять до зниження працездатності, інвалідності та зменшення тривалості життя пацієнтів. РХ є однією із причин тимчасової непрацездатності працездатного населення.

Серед РХ особливе місце займає ревматоїдний артрит (РА). Його медико-соціальне значення обумовлена, по-перше, прогресуючим порушенням функції суглобів, що призводить до значного зниження якості життя хворих; по-друге, ураження людей працездатного та професійно зрілого віку [1,2].

Ревматоїдний артрит (РА) - це системне запальне аутоімунне захворювання невідомої етіології, що характеризується хронічним запаленням синовіальної оболонки суглобів, прогресуючою деструкцією хрящової та кісткової тканини. Відповідно до статистичних даних, у світі на РА хворіє більше 20 млн людей [1]. За Насоновим Є.Л., РА - це аутоімунне ревматичне захворювання невідомої етіології, що характеризується розвитком хронічного ерозивного артриту (синовіїту) та системним запальним ураженням внутрішніх органів [3,4,5].

Класифікація ревматоїдного артриту згідно з МКХ-Х 10:

M05 Серопозитивний РА;

M05.0 Синдром Фелті;

M05.1 Ревматоїдна хвороба легень;

M05.2 Ревматоїдний васкуліт;

M05.3 РА із залученням інших систем та органів;

M05.8 Інші серопозитивні РА;

M05.9 Серопозитивний РА, не уточнений;

M06 Інші ревматоїдні артрити;

M06.0 Серонегативний РА;

M06.1 Синдром Стіла удорослих [7].

Поширеність РА в популяції становить 0,5-1,5%. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки в 2-5 разів. Співвідношення чоловіків та жінок становить у середньому 1: (2,5-3). РА може виникати у будь-якому віці, але найчастіше захворювання виявляють у віці 40-50 років. Серед осіб молодше 35 років поширеність РА становить 0,38%, а у віці 55 і старше - 1,4% [4,5].

За даними МОЗ України в 2010 р. поширеність ревматоїдного артриту (РА) в абсолютних показниках становила 116 492 хворих (серед яких понад 52 000 - особи працездатного віку), а захворюваність – 6190. У 2013 р. поширеність РА в абсолютних показниках становила 115 515 хворих (серед яких понад 49420 – особи працездатного віку), а захворюваність – 4069. Це зумовлено тим, що недостатніми є профілактичні заходи, спрямовані на раннє виявлення захворювання, дуже повільно впроваджуються сучасні методи діагностики та лікування РА, недостатня кількість медикаментів та обладнання. Втрата працездатності і зростання інвалідності є найважливішим соціально- економічним наслідком РА. Вона може початися вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає життєвою проблемою у 27% хворих на РА протягом перших трьох років після початку хвороби, а через 8-11 років виникає приблизно у 85% пацієнтів, які потребують постійного сучасного медикаментозного лікування, проведення реабілітаційних заходів, обов'язкової госпіталізації при загостренні хвороби, нерідко складних ортопедичних оперативних втручань. Рівень смертності у хворих на РА вищий, принаймні, у два рази ніж у загальній популяції. Цей показник погіршується з кожним роком [1,2,3].

Причини виникнення захворювання точно не встановлені. Виявлена певна роль інфекційних агентів у розвитку РА. Обговорюється питання про вплив вірусних (наприклад, вірус Епштейна-Барр, ретровіруси- Т-клітинно-

лімфотропні віруси людини, віруси герпесу, цитомегаловіруси, ДНК-вмісні парвовіруси та ін.) і бактеріальних (наприклад, *Proteus mirabilis*) інфекцій як тригерів хвороби у хворих, що мають схильність, гіпотеза „молекулярної мімікрії„ в механізмах реалізації в імуноопосередковане захворювання, відповідно до якої антигени збудника можуть сприяти розвитку аутоімунних порушень через схожість пептидних послідовностей в структурі мікроорганізму і тканин хазяїна [3,4,5]. Існує генетична схильність до цього захворювання, яка асоціюється з другим класом генів головного комплексу гістосумісності HLA. У ролі „артритогенних„ факторів виступають різноманітні токсичні (нікотин), ендогенні (колаген II типу) та неспецифічні (травми, операції, психоемоціональні стреси, інфекції, алергени тощо)[5].

Робоча класифікація РА, запропонована III Національним конгресом ревматологів України (2001) та затверджена на об'єднаному Пленумі ревматологів та ортопедів-травматологів України у 2003 році.

Класифікація РА:

I Клініко-імунологічна характеристика

1. Серопозитивний РА (M 05):
 - Поліартрит (M 05);
 - Ревматоїдний васкуліт (M 05.2);
 - Ревматоїдні вузлики (M 05.3);
 - Полінейропатія (M 05.3);
 - Ревматоїдне захворювання легень (M05.1);
 - Синдром Фелті (M 05.0)
2. Серонегативний РА (M 06.0):
 - Поліартрит (M 06.0);
 - Синдром Стіла дорослих (M 06.1).

II Ступінь активності

1. 0 – ремісія (DAS28 менше 2,6);
2. I – низький (DAS28 від 2,6 до 3,2);

3. II – середній (DAS28 від 3,3 до 5,1);

4. III – високий (DAS28 більше 5,1).

III Морфологічна стадія

1. Синовіт (гострий, підгострий, хронічний);

2. Продуктивно-дистрофічний;

3. Анкілозування. [5].

Морфологічна стадія встановлюється при наявності УЗД суглобів та морфологічного дослідження синовію.

IV Рентгенологічна стадія за Штейнброкером

I - навколосуглобовий остеопороз;

II – остеопороз+звуження суглобової щілини (можуть бути поодинокі узури);

III – остеопороз+звуження суглобової щілини + множинні узури;

IV – остеопороз+звуження суглобової щілини + множинні узури+кістковий анкілоз.

V Функціональна активність

1. Життєво важливі маніпуляції виконуються без труднощів;

2. Із забрудненням;

3. Зі сторонньою допомогою [3,5].

Клініко-лабораторні ознаки активності при РА:

0 – Біль, ВАШ(см) 0, ранкова скутість(хв.) – відсутня; ШОЄ (мм/год)- менше 15, С-реактивний білок менше 1.

I – Біль, ВАШ(см) до 3, ранкова скутість(хв.) –30-60 хв; ШОЄ (мм/год)- 16-30, С-реактивний білок менше 2.

II – Біль, ВАШ(см) 4-6, ранкова скутість(хв.) –до 12 год.; ШОЄ (мм/год)- 31-45, С-реактивний білок менше 3.

III – Біль, ВАШ(см) більше 6 , ранкова скутість(хв.) –протягом дня.; ШОЄ (мм/год) більше 45, С-реактивний білок більше 3. Різко збільшений рівень фібриногену, сіалових кислот, сіркомуюкоїду [18,19].

Функціональна недостатність суглобів (ФНС):

ФНС I – незначне обмеження рухів у суглобах, професійна здатність збережена.

ФНС II – обмеження рухів у суглобах, стійкі контрактури, помірне утруднення при самообслуговуванні, професійна здатність втрачена.

ФНС III – малорухомість або повна відсутність рухів у суглобах, втрачена здатність до самообслуговування, хворий потребує сторонньої допомоги [3,4,5].

Діагностичні критерії РА Американської ревматологічної асоціації (1987) (Ганджа І.М. і співавт., 1996):

1. Ранкова скутість протягом не менше 1 години до повного зникнення.
2. Артрит ≥ 3 суглобових зон (набряк м'яких тканин і випіт, виявлені в ≥ 3 суглобових зонах: праві й ліві міжфалангові, п'ястно-фалангові, ліктьові, колінні, гомілковостопні, плюсне-фалангові суглоби).
3. Артрит суглобів кисті (припухлість променевоzap'ястних, п'ястно-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів).
4. Симетричний артрит (одночасне залучення в патологічний процес тих самих суглобових зон по обидва боки тіла: білатеральне ураження проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових або плюсне-фалангових суглобів припустиме без абсолютної симетрії).
5. Ревматоїдні вузлики (підшкірні вузлики на виступаючих ділянках кісток, розгинальних поверхнях або біля суглобів, виявлені лікарем)
6. Ревматоїдний фактор у сироватці крові (виявлення аномальної кількості ревматоїдного фактора в сироватці крові будь-яким методом, при якому позитивний результат у контрольній групі здорових людей менше 5 %).
7. Рентгенологічні зміни (типові для РА зміни на рентгенограмі кисті й зап'ястя в передньозадній проекції: ерозії, чіткий остеопороз кісток ураженого суглоба і безпосередньо прилягаючих до нього кісток; зміни, характерні для остеоартрозу, не враховуються).

Критерії 1–4 необхідно спостерігати не менше 6 тижнів. За наявності ≥ 4 із 7 критеріїв можна встановити діагноз РА. Чутливість становить - 91,2%, специфічність — 89,3% [1,3,5,6,43].

1.2 Якість життя хворих на ревматоїдний артрит та основні методи її оцінки.

В останні роки спостерігається зростаюча зацікавленість до оцінки якості життя хворих на РА.

Якість життя – інтегральний показник фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворого, який оснований на суб'єктивному сприйнятті, логічно та структурно пов'язаному зі станом здоров'я. Оцінка ЯЖ особливо важлива при хронічних захворюваннях, що потребують постійної терапії протягом тривалого часу [10,12,13,18].

Важливим аспектом ЯЖ є соціальна спроможність індивіда. Основні прояви РА – постійний біль, деформація суглобів і, як наслідок, обмеження рухової активності пацієнтів, що призводять до соціальної дезадаптації. Перш за все це стосується трудової діяльності. РА – хронічне захворювання, що є причиною непрацездатності, не тільки тимчасової, але й стійкої. Часто пацієнти вимушені змінити місце роботи або професію, а більше половини хворих на РА стійко втрачають працездатність вже через 5-10 років від початку захворювання [14,15,30,33].

ЯЖ хворих на РА визначається не тільки соматичними, але й психологічними факторами. Серед психічних розладів найбільш розповсюджений стан тривоги (91%) хворих, депресія (34%). Відмічається особливо психосоціальна неповноцінність хворих на РА, що призводить до формування низької самооцінки та утруднює соціальну адаптацію пацієнтів. Враховуючи багатофакторність впливу на різноманітні аспекти ЯЖ хворих, стає очевидною необхідність комплексної оцінки цього показника при РА [11,22,23,31,32,34].

Основні інструменти дослідження ЯЖ – спеціально створені опитувальники (анкети). Вони повинні бути універсальними (охоплювати всі

параметри здоров'я), надійними (фіксувати індивідуальні рівні здоров'я різних респондентів); чутливими до клінічно значимих змін стану здоров'я; простими у використанні (пропонувати єдиний варіант стандартних питань і відповідей для усіх груп респондентів); оцінними (давати кількісну оцінку параметрів здоров'я)[10,12,13].

Види опитувальників: загальні (генеричні) і спеціальні (хворобо-специфічні). Загальні інструменти використовують для оцінки ЯЖ при широкому спектрі захворювань, і оцінки ефективності лікування на індивідуальному рівні, а також для порівняння ЯЖ між групами пацієнтів і популяційним контролем. До найбільш популярних, що прийшли всі етапи психометричного тестування в Україні (дослідження надійності, чутливості та валідності) відносять MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) і EuroQOL-5D (EQ-5D). У них є серйозний недолік: немає фокусування на окремих аспектах, важливих для хворих певної нозологічної форми [20,21].

Специфічні опитувальники орієнтовані на проблеми пацієнтів з конкретними захворюваннями, тому вони більш надійні і чутливі, швидше реагують на зміни стану хворих, ніж загальні. У ревматології найчастіше застосовують Health Assessment Questionnaire (HAQ). В Україні немає загальноприйнятих національних інструментів оцінки ЯЖ, тому наявність апробованої (валідованої) міжнародної версії – обов'язкова умова при проведенні клінічних досліджень якості життя. Це дозволяє отримати достовірні результати і порівняти їх з даними інших країн. При дослідженні оптимально комбіноване використання загальних і спеціальних опитувальників, що дозволяє нівелювати їх слабкі сторони. У більшості досліджень застосовують як мінімум 2 опитувальника: 1 специфічний і 1 загальний [8,14,17,45,46].

Загальний опитувальник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

Опитувальник був розроблений в Інституті здоров'я США. У Росії Міжнаціональним центром дослідження ЯЖ валідована стандартна версія SF-36, проведена його культурна та мовна адаптація, доведені високі

психометричні властивості [21,23,26,27,28,44]. Ця версія застосовується і в Україні.

Російська версія дозволена до використання при проведенні наукових досліджень для оцінки стану здоров'я людей у віці від 14 років і старше. Опитувальники пацієнти заповнюють самостійно за 7-10 хвилин. У моделі, що лежить в основі конструкції шкал і сумарних вимірів SF-36, виділяють три рівні: 36 пунктів (питань); 8 шкал (фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, біль, загальний стан здоров'я, життєздатність, рольове емоційне функціонування, психологічне здоров'я); і 2 сумарних виміри (сумарне фізичне і сумарне психологічне здоров'я). Показники кожної шкали приймають значення від 0 до 100, чим вище показник, тим краща ЯЖ по цьому параметру. Обробляють шкали, використовуючи SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide і спеціальний ліцензійний авторський пакет статистичних програм. Первісні відповіді респондентів на питання потребують перекодування за спеціальними алгоритмами [8,9,14,29,35,44].

Індекс Health Assessment Questionnaire (HAQ) був розроблений J.F. Fries та співавт. на основі шкали активності в повсякденному житті і функціонального індексу Lee.

Коротка (Short HAQ) або 2-сторінкова версія опитувальника включає підрахунок індексу порушення життєдіяльності (HAQ Disability Index) та оцінку болю по ВАШ. Повна версія (Full HAQ) дає можливість додатково проаналізувати інші розділи: медикаменти, що приймав хворий останні 6 місяців, побічні прояви; дані про загальний стан пацієнта і його шкідливих звичках; види медичної допомоги пацієнту за останні 6 місяців; причини і кількість госпіталізацій; лабораторне та інструментальне обстеження, сімейний стан і відношення до роботи; суглобовий статус пацієнта. У дослідженнях використовують коротку версію HAQ, що включає 20 питань, які відносяться до активності пацієнта у повсякденному житті, згрупованих у 8 шкал по 2-3 питання. Для кожного питання обраний 4-рівнева відповідь з

рахунком від 0 до 3, більш високий рахунок показує великі функціональні обмеження: „0,, - без обмежень, „1,, - з невеликим утрудненням, „2,, - з великим утрудненням, „3,, - не можу виконати зовсім. Для підрахунку індексу по кожній шкалі обирають максимальну відповідь. Крім того, важливо виконує пацієнт дії у повсякденному житті самостійно чи застосовує спеціальні пристосування і допомогу інших людей. Саме цьому в опитувальнику є додаткові питання, що стосуються використання спеціальних пристосувань, позитивні відповіді на які збільшують показник шкали на 1 бал. НАQ розраховують як середнє арифметичне сум максимальних відповідей по кожній шкалі з урахуванням додаткових відповідей. Мінімальне значення – 0, максимальне -3бали.

Значення від 0 до 1,0 - „невеликі,,; від 1,1 до 2,0 - „помірні,, ; від 2,1 до 3,0 - „виражені,, порушення життєдіяльності.

При підрахунку НАQ повинні бути отримані відповіді на питання на 6 з 8 шкал. В опитувальник включена 100 мм ВАШ болю, її пацієнт оцінює у мм за минулий тиждень.

НАQ хворі самостійно заповнюють за 2-3 хвилини, а підрахунок займає не більше 1 хвилини, тому НАQ рекомендований Асоціацією ревматологів у якості одного з основних вимірів, які необхідно проводити у пацієнтів з РА при клінічних дослідженнях [13,16,17,19,44].

1.3 Оригінальні дослідження закордонних вчених на предмет оцінки ЯЖ у пацієнтів з РА

За даними дослідження „МИРАЖ,, (Росія, 2006 р.), в якому вивчалася ЯЖ хворих на РА, що знаходились на спостереженні в ГУ Інституті ревматології РАМН, отримані наступні результати: у хворих з ремісією спостерігалися достовірно вищі показники шкал фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, соматичного болю, рольового емоційного функціонування і психологічного здоров'я, ніж у пацієнтів з помірним та високим ступенем активності ($p < 0,05$). В той час не виявлено

достовірних відмінностей між хворими з низькою, помірною та високою активністю РА ($p>0,05$).

Значення індексу EQ-5D було достовірно нижче, а індекс HAQ – вище у хворих з високою активністю РА у порівнянні з пацієнтами з ремісією або низькою активністю хвороби. Рентгенологічна стадія РА не чинила суттєвого впливу на показники ЯЖ пацієнтів ($p>0,05$). Показники ЯЖ були краще у хворих з більш високим матеріальним становищем. Активність РА була вище у пацієнтів, які мають сім'ю, у порівнянні з холостими ($4,0\pm 0,9$ проти $3,6\pm 1,1$; $p=0,07$). У цій же підгрупі індекс HAQ був достовірно вище, ніж в другій ($p=0,02$). При проведенні кореляційного аналізу виявлена пряма залежність між рівнем освіти і ЯЖ пацієнтів EQ-5D ($r=0.24$; $p<0,05$). Для оцінки впливу тривалості РА на ЯЖ пацієнта було виділено 3 підгрупи: 1- тривалість хвороби до 3 років, 2- від 3 до 10 років, 3 – понад 10 років. Статистично значимі відмінності відзначені за шкалами соматичного болю, загального стану здоров'я і сумарного рівня фізичного здоров'я, індексам HAQ та EQ-5D.

Найбільше на ЯЖ при РА впливає активність захворювання, не тільки висока, але й низька. Виявлено зміни ЯЖ хворих в залежності від тривалості РА. Наростання больового синдрому спостерігалось при тривалості РА до 10 років, а потім його вираженість зменшувалася, що можна пояснити адаптацією організму до болю і до хвороби. При великій тривалості захворювання достовірно погіршувалася оцінка загального здоров'я хворим, а також функціональний стан за індексами HAQ та EQ-5D[36].

У дослідженні Симонової Я.О. та Немцова. Б.Ф (Кіровська державна медична академія, 2006 р.), де оцінювався вплив низьких доз метотрексату (MT) у хворих з РА на показники функціонального статусу (ФС) і якості життя (ЯЖ), отримані результати: усі показники ЯЖ були достовірно нижче у хворих з РА порівняно зі здоровими особами ($p<0,001$). При цьому найнижчі показники ЯЖ у хворих були отримані до початку лікування. Проведена терапія призводила до достовірного і стійкого поліпшення індексу

HAQ, тесту Lee та індексу тяжкості ($p < 0,001$). Поліпшувалися показники фізичного здоров'я ($p < 0,05$). Достовірної зміни показників психологічного здоров'я, соціального функціонування та життєздатності на тлі терапії низькими дозами МТ не встановлено. Був зроблений висновок, що терапія низькими дозами МТ сприяє поліпшенню показників функціонального статусу і фізичного здоров'я у пацієнтів з РА [25].

Шошина Е.А. і Марусенко І.М (Петрозаводський університет, 2006), досліджували функціональний статус (ФС) хворих на ревматоїдний артрит і виявили наступне: при оцінці функціональної недостатності в основній і контрольній групі (КГ) відмічається збільшення індексу HAQ, більш виражений в КГ ($p < 0,05$). На початку HAQ склав $0,84 \pm 0,06$ в ОГ і $0,91 \pm 0,22$ в КГ; через 6 міс індекс HAQ в ОГ був $0,57 \pm 0,05$, в КГ - $0,95 \pm 0,14$; через 1 рік - $0,61 \pm 0,08$ і $1,05 \pm 0,12$; через 3 роки - $0,73 \pm 0,11$ і $1,53 \pm 0,33$ і через 5 років - $0,83 \pm 0,09$ і $1,52 \pm 0,26$. На тлі базисної терапії (БТ) виявлено зниження індексу HAQ через рік безперервного лікування метотрексатом (МТ) і комбінованою терапією (КМТ). Застосування інтенсивної терапії дозволило поліпшити ФС вже в найближчі терміни (6 міс.), індекс HAQ достовірно збільшувався. Отже, ФС і ЯЖ хворого РА залежать від своєчасності і адекватності БТ [24].

За даними досліджень Черних Т. М. та Баришнікової І.А. (Воронезька державна медична академія, 2006 р.), у яких оцінювалися особливості перебігу РА у осіб працездатного віку, отримані такі результати: за опитувальником SF-36 більшість показників ЯЖ хворих РА були достовірно нижчими ($p < 0,05$) у порівнянні з популяційними. Більшою мірою ці зміни були характерні для наступних шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), інтенсивність болю (BP). Індекс HAQ становить $2,0 \pm 0,83$, що відповідає помірним функціональним порушенням.

У досліджуваній групі хворих на РА працездатного віку (423 особи) переважне число-376 (88,9%) хворих - перебували на лікуванні хворобомодифікуючими протиревматичними препаратами DMARD, 10 (2,7%) з них отримували терапію генно-інженерними біологічними препаратами (рітуксімаб 4000 мг на рік) на тлі прийому метотрексату (15-10 мг/тиждень), 37 (8,7%) пацієнтів на період обстеження лікування DMARD не отримували. Був зроблений висновок, що проблема РА в працездатному віці є актуальною для регіону. У переважної більшості пацієнтів працездатного віку (79,7%) спостерігалися середній і високий ступінь запальної активності та ерозивний артрит, який в 84,0% випадків розвивався в перші 5-6 років захворювання, що поєднувалося із зниженням ЯЖ і збільшенням функціональної недостатності, відповідно III і IV ФК (в 80,2 і 4,7 % випадків відповідно), і в подальшому призводило до інвалідизації (в тому числі з повною втратою працездатності у 34,5 % хворих), незважаючи на лікування традиційними базисними протизапальними препаратами, що свідчить про необхідність активізації лікувальних заходів, особливо в перші 5 років захворювання [37].

У дослідженні Myrthe van Vilsteren, Cecile RL Boot, Dirk L Knol, Dirkjan van Schaardenburg, Alexandre Voskuyl, Romy Steenbeek and Johannes R Anema (Турція, 2015) оцінювалася продуктивність роботи та якість життя пацієнтів з ревматоїдним артритом, зроблені наступні висновки: зниження продуктивності роботи має місце у працівників, які мали гірші показники психічного здоров'я, зниження рольового фізичного функціонування та ніколи не приймали біологічні агенти. Вони були незадоволені своєю роботою. Зниження продуктивності праці негативно пов'язане з ЯЖ, особливо з показниками психологічного здоров'я, рольового фізичного функціонування та болем [38].

За даними досліджень Rania M. Gamal, Safaa A. Mahran, Noha Abo El Fetoh, Fadwa Janbi (Єгипет, 2015), Оцінка якості життя в єгипетських пацієнтів з ревматоїдним артритом: зв'язок з клінічними ознаками та

активності захворювання, отримані такі результати: всі показники SF-36 були значно знижені у пацієнтів ($p < 0,0001$). Пацієнти з низьким рівнем освіти і безробітні мали значно нижчі показники SF-36. У пацієнтів з тривалістю захворювання більше 5 років, що мали позитивний ревматоїдний фактор і більш високий індекс активності захворювання, був значно знижений показник фізичного функціонування. Пацієнти, які отримують гідроксихлорохін і преднізолон, мали значно знижений показник психічного здоров'я. Значна негативна кореляція фізичних та психічних компонентів по опитувальнику SF-36 була знайдена з тривалістю захворювання більше 5 років ($p = 0,01$ і $p < 0,0001$ відповідно) і високим індексом DAS28 ($p < 0,0001$ для обох). Ревматоїдний фактор негативно корелює з показником фізичного функціонування ($p < 0,0001$). Регресійний аналіз показав, що велика тривалість захворювання є предиктором зниження обох компонентів SF-36 ($p < 0,0001$) [39].

У дослідженні María Inés Corbacho; Juan José Darueto (Монтевідео, Уругвай, 2010 р.) ‘Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis’, були отримані такі результати: спостерігалися високі рівні активності захворювання (41,5%, висока активність; 26,5%, низька активність або ремісії), сильний біль (60%), і вплив на загальний стан здоров'я (медіана G-VAS 40, діапазон: 0-100). Більше 70% пацієнтів мали високий або помірний індекс HAQ.

Фізичне функціонування по опитувальнику SF-36 мало середні бали 31,5 (діапазон 15,2- 59,5; SD = 10,1), тоді як психічне функціонування було 37,9 балів (діапазон: 15,7 - 66,4; SD = 14,6). Стаж захворювання та його активність були визначаючими факторами показників ЯЖ по опитувальнику SF-36. Отже, дослідження показало, що РА – це захворювання, що асоціюється з обтяженням життєдіяльності пацієнта, та відображається на больовому відчутті, впливає на загальний стан здоров'я, функціональний та робочий статус пацієнта, а також значно впливає на ЯЖ, знижуючи показники фізичного та психічного функціонування. Необхідність змін в

лікуванні цієї психологічно вразливої групи пацієнтів має першорядне значення [40].

Hekim Baloglu та Ayhan Askin у дослідженні "Determination of the factors that affect health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis (Турція, 2015 р.), отримали такі результати: всі показники SF-36 були нижче у пацієнтів з РА, ніж у контрольній групі пацієнтів ($p < 0,001$). Тривалість та активність хвороби, лабораторні показники, ураження суглобів та рівень фізичної активності впливають на ЯЖ пацієнта. РА негативно впливає на рівень фізичного, психічного функціонування та соціальної адаптації пацієнта. Отже, РА значно впливає на життя пацієнтів. Однією з головних цілей лікування РА є підвищення якості життя; слід регулярно оцінювати інтенсивність болю, психологічні зміни та коректувати симптоматичне лікування [41].

У результаті дослідження SeungIn Paek, Kyeong Yae Sohng and Sung-Hwan Park (Південна Корея, 2014 р.), отримані такі результати: з 299 пацієнтів з РА, 272 (91%) були жінки, середній вік був $49,5 \pm 10,5$ років. Середня тривалість захворювання була $117 \pm 91,2$ місяців. Середні бали SF-36 фізичного (PCS) і психічного функціонування (MCS) були $42,5 \pm 7,9$, $45,8 \pm 10,9$.

Середні бали DAS 28, індекс HAQ, візуальна аналогова шкала болю були $3,83 \pm 1,41$; $0,57 \pm 0,63$; $34,95 \pm 24,43$ відповідно. Соціально-демографічні особливості, рівень освіти, професія, фізичні вправи були пов'язані з ЯЖ (SF-36). Отже, функціональна недостатність, втома, депресія і біль - фактори, що впливають на ЯЖ пацієнта з РА. Однак існує багато інших факторів, що впливають на якість життя хворого. Це дозволяє припустити, що всі медичні працівники повинні приділяти більше уваги, щоб поліпшити втому, депресію, біль і запобігти прогресуючій інвалідизації пацієнта з ревматоїдним артритом [42].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 55 пацієнтів з достовірним РА, що знаходилися на лікуванні у ревматологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні та на амбулаторному прийомі у лікаря-ревматолога Сумської міської клінічної лікарні №5 за період 2014-2016 рр . Пацієнти були проанкетовані за допомогою загального SF-36 та спеціального опитувальника HAQ з метою визначення ЯЖ. За допомогою опитувальника SF-36 були оцінені такі показники: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, біль, загальний стан здоров'я, життєздатність, рольове емоційне функціонування, соціальне функціонування та психологічне здоров'я. Показники кожної шкали приймають значення від 0 до 100, чим вище показник, тим краща ЯЖ по цьому параметру. За допомогою спеціального опитувальника був підрахований індекс HAQ. Значення від 0 до 1,0 - „невеликі,,; від 1,1 до 2,0 - „помірні,, ; від 2,1 до 3,0 - „виражені,, порушення життєдіяльності. Отримані результати були підраховані та проаналізовані.

Статистична обробка даних здійснювалась з використанням програм Microsoft Office Excel 2010 та Statistica 6.0.

Також проведений аналіз загальних даних пацієнтів, анамнезу хвороби, отриманого шляхом спілкування з пацієнтом та даних амбулаторних карток й історій хвороб.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ

У дослідженні брали участь 55 пацієнтів з достовірним РА, що знаходилися на лікуванні у ревматологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні та на амбулаторному прийомі у лікаря-ревматолога Сумської міської клінічної лікарні №5 за період 2014-2016 рр. Серед пацієнтів 48 жінок (87,3%) та 7 чоловіків (12,7%). Середній вік пацієнтів 48,5 років.

З метою оцінки ЯЖ в залежності від статі пацієнта, вони були поділені на 2 групи. Серед хворих 48 жінок, що становить 87% та 7 чоловіків – 13% (Рис 1.).

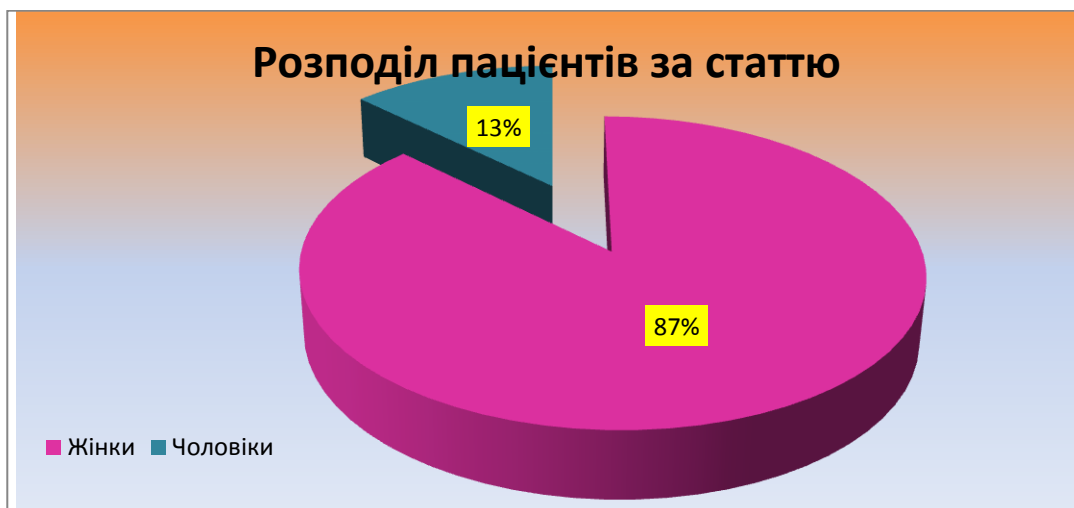


Рис 1. Розподіл пацієнтів за статтю

Для визначення взаємозв'язку між віком та ЯЖ, всі пацієнти були поділені на три групи за віком – 28-42, 43-55, 56-69 років. У першій групі – 16 чол. (29,1%), у другій – 25 чол.(45,4%), у третій – 14 чол.(25,5%) (Рис 2.).

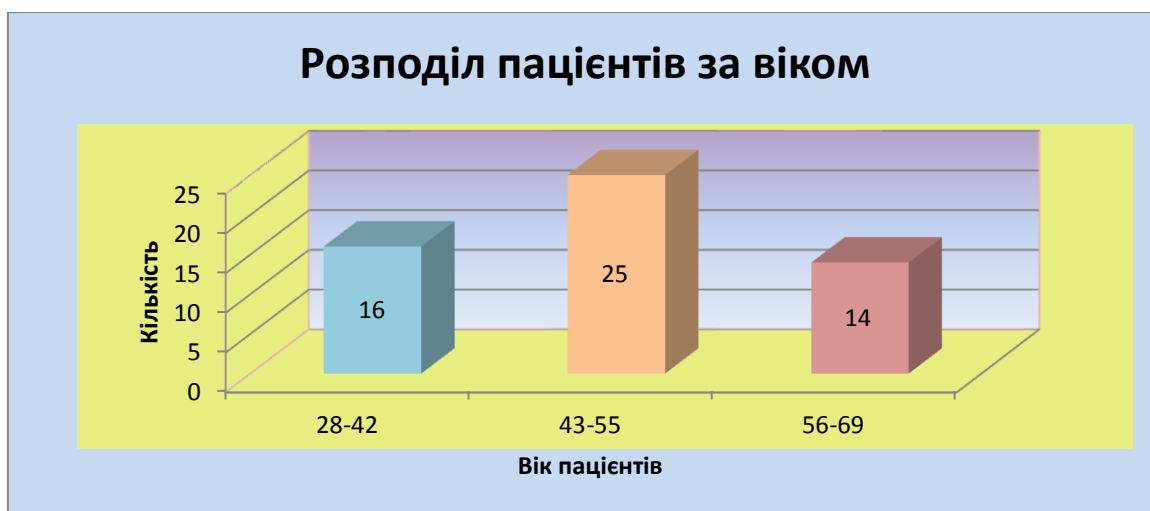


Рис 2. Розподіл пацієнтів за віком

З метою визначення впливу активності захворювання на ЯЖ пацієнтів, вони були поділені на групи в залежності від активності РА. Серед пацієнтів 10 чол. з низькою активністю РА – 18%, 45 чол. з помірною – 82%. Хворі з ремісією та високим ступенем активності РА відсутні (Рис 3.)

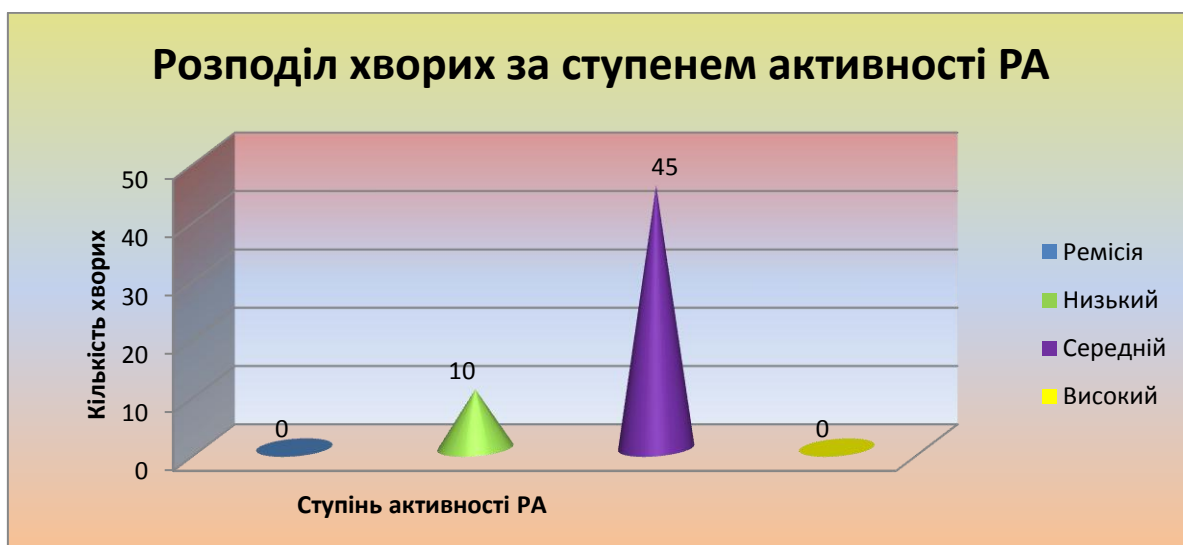


Рис 3. Розподіл хворих за ступенем активності РА

Для визначення впливу тривалості РА на ЯЖ, пацієнти були розділені на групи. Першу групу склали пацієнти з тривалістю хвороби від 2 до 5 років, їх кількість 22 чол. (40%), другу – з тривалістю хвороби від 6 до 10 років – 20 чол.(36,4%), третю – з тривалістю більше 10 років – 13 чол.(23,6%) (Рис 4.).

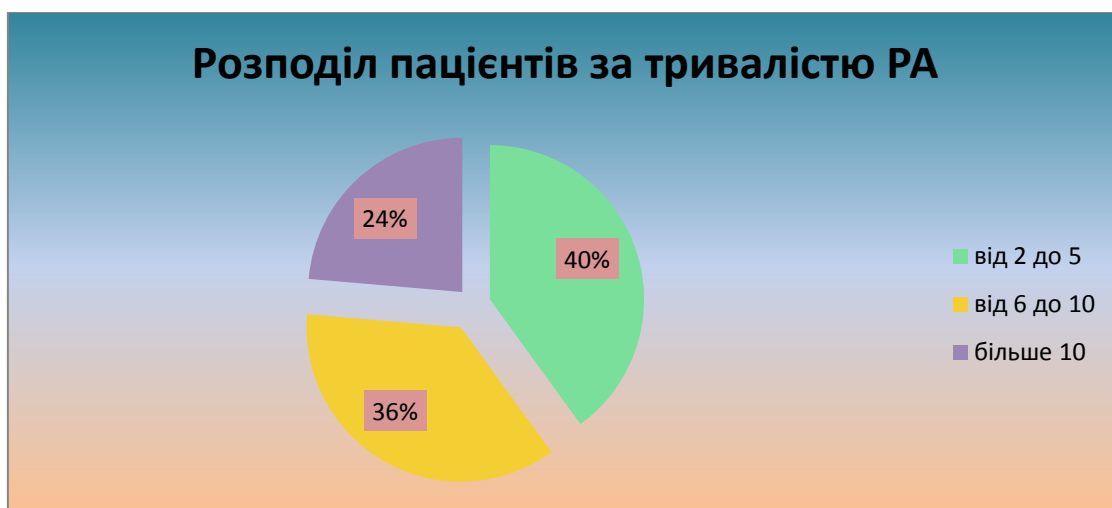


Рис 4. Розподіл пацієнтів за тривалістю РА

З метою визначення впливу рентгенологічної стадії РА на ЯЖ пацієнтів, вони були поділені на групи. Рентгенологічна стадія за Штейнброкером II була у 27 чол. (49%); III – 22 чол. (40%); IV – 6 чол. (11%) (Рис 5.)



Рис 5. Розподіл пацієнтів за рентгенологічною стадією

Для визначення ЯЖ пацієнтів в залежності від лікувальної тактики, досліджувана сукупність була поділена на дві групи.

Першу групу склали хворі, котрі приймали комбіновану терапію преднізолоном у дозі 4-8 мг на добу та метотрексатом у дозі 2,5-10 мг 1 раз

на тиждень; другу групу склали хворі, що отримували монотерапію преднізолоном у дозі 4-8 мг на добу.

У першій групі – 26 чол. (47,3%), у другій – 29 чол.(52,7%) (Рис 6).



Рис 6. Розподіл хворих в залежності від тактики лікування

РОЗДІЛ 4

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Провівши оцінку відповідей пацієнтів з РА на питання за загальним SF-36 та спеціальним HAQ опитувальником та інтерпретували дані, був проведений аналіз всіх показників і отримані наступні результати.

РА – хронічне захворювання, що призводить до ранньої інвалідизації та суттєвого погіршення ЯЖ пацієнтів. Проаналізувавши відповіді хворих, спостерігається значне погіршення всіх показників за опитувальником SF-36, що свідчить про зниження ЯЖ у пацієнтів з РА (рис 7).

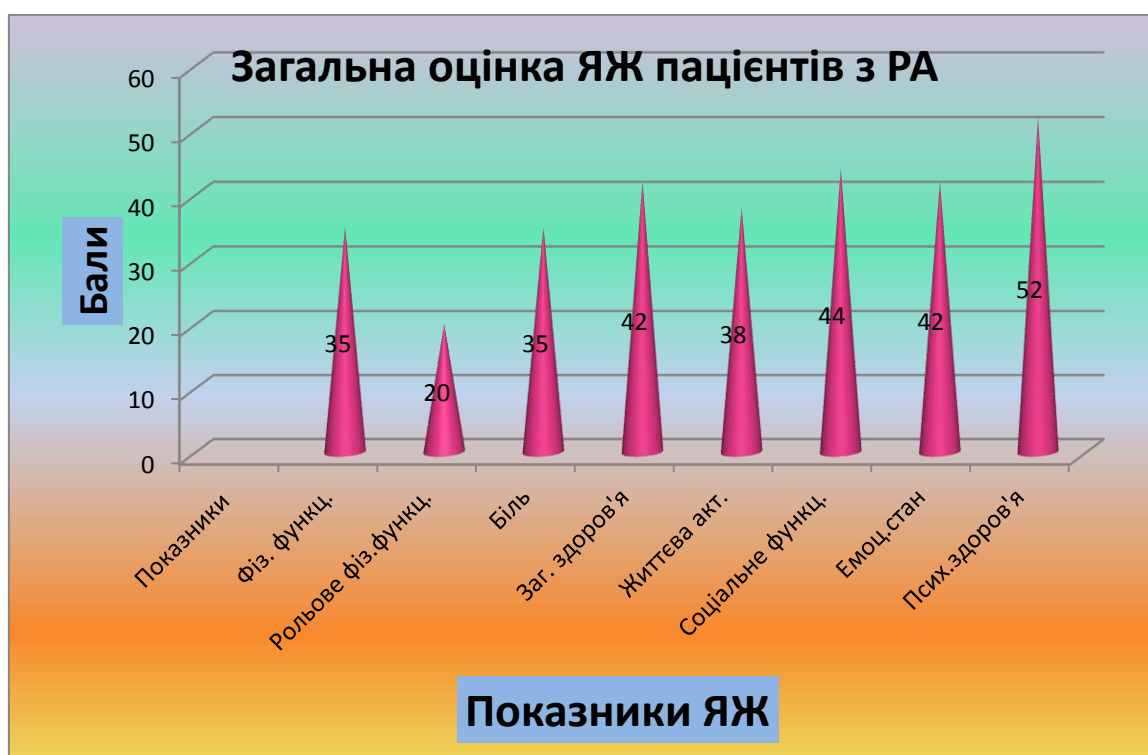


Рис 7. Загальна оцінка ЯЖ пацієнтів з РА

Виявлено значне зниження всіх показників ЯЖ за шкалами опитувальника SF-36 (максимальне значення кожного показника – 100) як у жінок, так і чоловіків. Показники фізичного функціонування (PF), рольового фізичного функціонування (RF), болю (BP) загального здоров'я (GH) та рольового функціонування, зумовленого емоційним станом не відрізнялися у жінок та у чоловіків, тобто не залежали від статі, і були однаково знижені ($p > 0,05$).

Тоді як, показники соціального функціонування(SF), життєздатності (VT) та стану психологічного здоров'я (МН) у чоловіків з РА були значно вищі, ніж у жінок ($p < 0,05$) (Таблиця 1, рис 8).

Значення індексу НАQ за спеціальним опитувальником як у жінок, так і у чоловіків був у межах 1,1-2,0, що відповідає помірному порушенню життєдіяльності, проте у жінок цей індекс був на 18% вище порівняно із чоловіками.

Таблиця 1. Показники ЯЖ пацієнтів з РА в залежності від статі

Показники ЯЖ	Жінки n=48	Чоловіки n=7	Достовірність відмінностей(p)
Індекс НАQ	1,8 ±0,8	1,5±0,8	P=0,006
Шкали SF-36			
PF	34±5,8	30±4,6	p>0,05
RF	21,5±6,9	20±10,5	p>0,05
BP	34±3,6	39±4,1	p>0,05
GH	40,6±3,1	38±6,8	p>0,05
VT	37,7±5	54±5,6	p<0,05
SF	43,5±6,7	59±5,5	p<0,05
RE	41,7±4,3	43,2±4,8	p>0,05
МН	46,4±4,7	65,6±5,1	p<0,05

Примітка: PF- фізичне функціонування; RF - рольове фізичне функціонування; BP – біль; GH -загальний стан здоров'я; VT – життєздатність; SF – соціальне функціонування; RE - рольове емоційне функціонування; МН - психологічне здоров'я.



Рис 8. Показники ЯЖ пацієнтів з РА в залежності від статі

Був виявлений слабкий зворотній кореляційний зв'язок між віком і показниками SF-36 - PF ($\gamma = -0,26, p < 0,05$), BP ($\gamma = -0,24, p < 0,05$), VT ($\gamma = -0,22, p < 0,05$). Не виявлено зв'язку між віком пацієнтів і шкалами SF-36: RP ($\gamma = -0,1, p > 0,05$), GH ($\gamma = -0,001, p > 0,05$), SF ($\gamma = -0,14, p > 0,05$), RE ($\gamma = -0,16, p > 0,05$), MH ($\gamma = -0,08, p > 0,05$), а також індексом HAQ ($\gamma = 0,16, p > 0,05$).

Таблиця 2. Показники ЯЖ в залежності від віку

Показники ЯЖ	Вікова група			Достовірність відмінностей(p)
	28-42 n=16, (1)	43-55 n=25, (2)	56-69 n=14, (3)	
Шкали SF-36				
PF	39,5±4	32,6±6,5	30±4,2	p<0,05
RF	27,5±7	24,2±4,3	22,3±3,4	P ₁₋₃ >0,05
BP	42,2±3,3	35,1±3,7	32,2±4,1	p<0,05
GH	42,2±3,7	40±2,6	38,5±2,0	P ₁₋₃ >0,05
VT	41±1,9	36,7±5,7	32,5±2,8	p<0,05
SF	42,5±3,3	37,2±4,1	36,1±6,6	P ₁₋₃ >0,05
RE	40±10,2	36,2±3,4	34,2±4,4	P ₁₋₃ >0,05
MH	38,8±1,5	44±5,5	42,8±5,5	P ₁₋₃ >0,05

Активність захворювання має суттєвий вплив на ЯЖ пацієнтів з РА. З підвищенням активності захворювання знижуються показники ЯЖ. У хворих з низькою активністю захворювання показники фізичного функціонування, болю, життєздатності, соціального функціонування вищі, ніж у пацієнтів з помірною активністю РА (p<0,05). По іншим показникам опитувальника SF-36 не було виявлено достовірної різниці (p>0,05) (Таблиця 3, рис 9).

Виявлений взаємозв'язок між індексом HAQ і активністю РА: коефіцієнт кореляції Спірмена (r=0,39, p<0,05). У пацієнтів з помірною активністю він вище, ніж у пацієнтів з низьким ступенем активності РА.

Таблиця 3. Показники ЯЖ пацієнтів з РА в залежності від активності захворювання

Показники ЯЖ	Низька активність(1)	Помірна активність(2)	Достовірність відмінностей(p)
Індекс HAQ	1,1 ±0,8	1,5±0,8	p<0,05
Шкали SF-36			
PF	55±5,6	40±4,2	p<0,05
RF	37,5±5	35±4,6	p>0,05
BP	44±3,1	31±4,2	p<0,05
GH	47,5±6,2	42±4,8	p>0,05
VT	62,5±5,2	50±4,7	p<0,05
SF	62,5±5,4	50±3,8	p<0,05
RE	54,2±4,2	50±4,5	p>0,05
MH	67,5±6,3	65±5,1	p>0,05



Рис 9. Показники ЯЖ в залежності від активності РА

Сприйняття пацієнтом свого захворювання може значно змінюватися зі збільшенням його тривалості. Зі збільшенням тривалості РА відмічається погіршення ЯЖ пацієнта: встановлені значні відмінності індексу НАQ, показників фізичного функціонування (PF), загального здоров'я (GH), соціального функціонування (SF) та психологічного здоров'я (MH) у пацієнтів із тривалістю РА менше 5 та більше 10 років (таблиця 4, рис 10).

Показники фізичного функціонування (PF), загального здоров'я (GH), соціального функціонування (SF) нижчі у пацієнтів з тривалістю РА більше 10 років порівняно з меншим стажем захворювання, $p < 0,05$. А показник психологічного здоров'я (MH), навпаки, вище у даних пацієнтів, $p < 0,05$ (табл. 4, рис.10).

Ці шкали відображають здатність людини до виконання професійних обов'язків і повсякденних справ (хатня робота, активний відпочинок), загальний стан здоров'я. Виявлений взаємозв'язок між тривалістю захворювання та індексом НАQ: коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,625$, $p < 0,05$. Зі збільшенням тривалості РА збільшується значення індексу НАQ.

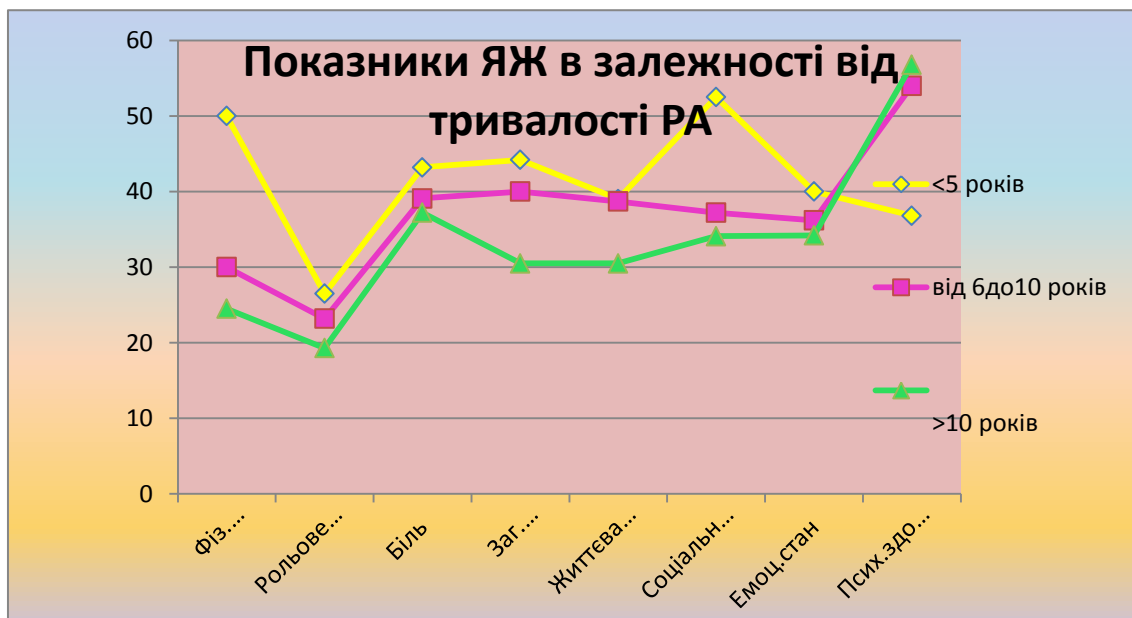


Рис 10. Показники ЯЖ в залежності від тривалості РА

Таблиця 4. Показники ЯЖ в залежності від тривалості РА

Показники ЯЖ	Тривалість <5 років n=22, (1)	Тривалість від 6 до 10 років n=20, (2)	Тривалість >10 років n=13, (3)	Достовірність відмінностей (p)
Індекс HAQ	1,2±0,6	1,4±0,6	1,9±0,7	P ₁₋₃ <0,05
Шкали SF-36				
PF	50±4	30±6,5	24,5±4,2	p ₁₋₃ <0,05 p ₁₋₂ <0,05
RF	26,5±7	23,2±4,3	19,3±3,4	P ₁₋₃ >0,05
BP	43,2±3,3	39,1±3,7	37,2±4,1	P ₁₋₃ >0,05
GH	44,2±3,7	40±2,6	30,5±2,0	P ₁₋₃ <0,05
VT	39±1,9	38,7±5,7	30,5±2,8	P ₁₋₃ >0,05
SF	52,5±3,3	37,2±4,1	34,1±6,6	P ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,05
RE	40±10,2	36,2±3,4	34,2±4,4	P ₁₋₃ >0,05
MH	36,8±1,5	54±5,5	56,8±5,5	P ₁₋₃ <0,05

Зі збільшенням тривалості захворювання зростає показник MH, що можна пояснити психологічною адаптацією пацієнта до стану свого здоров'я та сприйнятті захворювання. Тобто, при збільшенні тривалості РА знижуються показники фізичного компонента здоров'я і, навпаки, зростають показники психологічного компонента здоров'я.

Таблиця 5. Показники ЯЖ в залежності від рентгенологічної стадії

Показник и ЯЖ	Рентгенологіч на стадія II n=27, (1)	Рентгенологіч на стадія III n=22, (2)	Рентгенологіч на стадія IV, n=6, (3)	Достовірність відмінностей(p)
Індекс HAQ	1,3±0,8	1,5±0,6	1,9±0,7	$P_{1-3}<0,05$
Шкали SF-36				
PF	34,5±4	32,6±6,5	30±4,2	$P_{1-3}>0,05$
RF	26,5±7	23,2±4,3	22,3±3,4	$P_{1-3}>0,05$
BP	42,2±3,3	39,1±3,7	37,2±4,1	$P_{1-3}>0,05$
GH	44,2±3,7	40±2,6	38,5±2,0	$P_{1-3}>0,05$
VT	39±1,9	38,7±5,7	37,5±2,8	$P_{1-3}>0,05$
SF	42,5±3,3	37,2±4,1	36,1±6,6	$P_{1-3}>0,05$
RE	40±10,2	36,2±3,4	34,2±4,4	$P_{1-3}>0,05$
MH	38,8±1,5	44±5,5	42,8±5,5	$P_{1-3}>0,05$

Рентгенологічна стадія РА не мала суттєвого впливу на показники ЯЖ пацієнтів по опитувальнику SF-36 ($p>0,05$). Але виявлений кореляційний зв'язок між рентгенологічною стадією РА та індексом HAQ ($r=0,645$, $p<0,05$) (Табл.5).

ЯЖ пацієнта залежить від лікування, яке він отримує. У дослідженні пацієнти з РА були поділені на дві групи. До першої групи увійшли ті, котрі приймають комбіновану терапію преднізолоном та метотрексатом (26 чол.), до другої – котрі приймають монотерапію преднізолоном (29 чол.). Виявлено, що у пацієнтів першої групи показники ЯЖ за опитувальником SF-36, а саме фізичне функціонування (PF), біль (BP), життєздатність (VT),

соціальне функціонування(SF) вище, ніж у пацієнтів другої групи ($p < 0,05$).
 .(табл.6, рис 11.)

Таблиця 6. Показники ЯЖ в залежності від лікування

Показники ЯЖ	Комбінована терапія, включаючи метотрексат	Монотерапія ГКС	Достовірність відмінностей(p)
Індекс HAQ	1,1 ±0,8	1,5±0,8	p<0,05
Шкали SF-36			
PF	44,4±4,5	27,5±4,1	p<0,05
RF	22,22±4,6	14,7±4	p>0,05
BP	40,7±2,2	29,7±3,4	p<0,05
GH	36,7±2	35±2,7	p>0,05
VT	43,44±3,9	32,8±2,9	p<0,05
SF	51,5±4,7	38,6±4,1	p<0,05
RE	27,8±8,4	16,6±4,2	p>0,05
MH	50±4,4	41,3±2,8	p>0,05

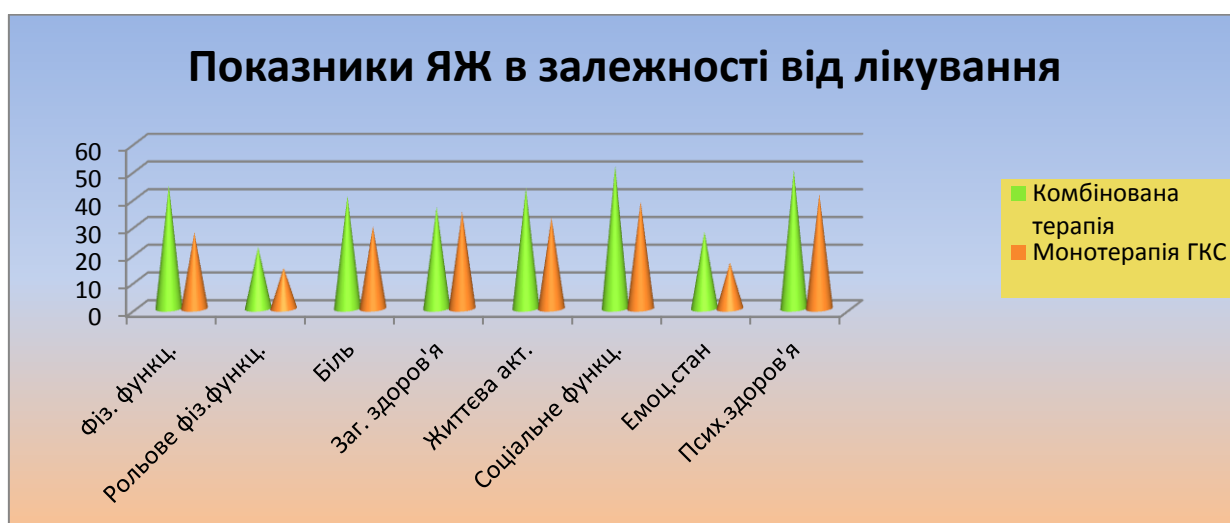


Рис 11. Показники ЯЖ в залежності від лікування

По іншим показникам SF-36 у групах достовірних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$). Індекс HAQ у першій групі достовірно нижче, ніж у другій, $p < 0,05$, що свідчить про більш високу активність пацієнтів, що приймають комбіновану терапію у повсякденному житті

РОЗДІЛ 5

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Ревматоїдний артрит, який є причиною обмеження рухової активності пацієнта, викликає значне погіршення життєдіяльності, що можна підтвердити виявленими у дослідженні змінами показників ЯЖ хворих на РА. Максимальне значення за кожним показником – 100. Показники усіх шкал за опитувальником SF-36 були суттєво знижені – нижче 50 балів. При чому знижений як фізичний, так і психологічний компонент здоров'я, що сприяє формуванню соціальної дезадаптації пацієнтів з РА. Ревматоїдний артрит змінює спосіб життя більшої частини хворих (Вуколова Н.В., 1997): у них з'являється потреба у переосмисленні власного життя, причин хвороби, міжособистісних відносин та особистісних цінностей.

При аналізі даних спостерігалися відмінності у ЯЖ в залежності від статі. Виявлено значне зниження всіх показників ЯЖ за шкалами опитувальника SF-36 (максимальне значення кожного показника – 100) як у жінок, так і чоловіків. Показники фізичного функціонування (PF), рольового фізичного функціонування (RF), болю (BP) загального здоров'я (GH) та рольового функціонування, зумовленого емоційним станом не відрізнялися у жінок та у чоловіків, тобто не залежали від статі, і були однаково знижені ($p > 0,05$).

Тоді як, показники соціального функціонування (SF), життєздатності (VT) та стану психологічного здоров'я (MH) у чоловіків з РА були значно вищі, ніж у жінок ($p < 0,05$).

Значення індексу HAQ за спеціальним опитувальником як у жінок, так і у чоловіків був у межах 1,1-2,0, що відповідає помірному порушенню життєдіяльності, проте у жінок цей індекс був на 18% вище порівняно із чоловіками, що свідчить про більший вплив захворювання на повсякденну діяльність у жінок.

При оцінці залежності віку та ЯЖ були отримані наступні результати: спостерігався слабкий зворотній кореляційний зв'язок між віком і

показниками SF-36 - PF ($\gamma = -0,26, p < 0,05$), BP ($\gamma = -0,24, p < 0,05$), VT ($\gamma = -0,22, p < 0,05$). Виявлений зв'язок демонструє, що з віком показники фізичного функціонування, життєздатності знижуються. Не виявлено зв'язку між віком пацієнтів і шкалами SF-36: RP ($\gamma = -0,1, p > 0,05$), GH ($\gamma = -0,001, p > 0,05$), SF ($\gamma = -0,14, p > 0,05$), RE ($\gamma = -0,16, p > 0,05$), MH ($\gamma = -0,08, p > 0,05$), а також індексом HAQ ($\gamma = 0,16, p > 0,05$). На основі цього, можна припустити, що вік при РА не є визначаючим фактором для ЯЖ, пов'язаним зі здоров'ям.

Було досліджено, що активність захворювання має суттєвий вплив на ЯЖ пацієнтів з РА. З підвищенням активності захворювання знижуються показники ЯЖ. У хворих з низькою активністю захворювання показники фізичного функціонування, болю, життєздатності, соціального функціонування вищі, ніж у пацієнтів з помірною активністю РА ($p < 0,05$). По іншим показникам опитувальника SF-36 не було виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$). Виявлений взаємозв'язок між індексом HAQ і активністю РА: коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,39, p < 0,05$. У пацієнтів з помірною активністю він вище, ніж у пацієнтів з низьким ступенем активності РА, що пояснюється меншим ступенем функціональних порушень та обмежень у хворих з низькою активністю захворювання.

Сприйняття пацієнтом свого захворювання може значно змінюватися зі збільшенням його тривалості. Зі збільшенням тривалості РА відмічається зниження ЯЖ пацієнта: встановлені значні відмінності індексу HAQ, показників фізичного функціонування (PF), загального здоров'я (GH), соціального функціонування (SF) та психологічного здоров'я (MH) у пацієнтів із тривалістю РА менше 5 та більше 10 років.

Ці шкали відображають здатність людини до виконання професійних обов'язків і повсякденних справ (хатня робота, активний відпочинок), загальний стан здоров'я. Виявлений взаємозв'язок між тривалістю захворювання та індексом HAQ: коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,625, p < 0,05$. Зі збільшенням тривалості РА збільшується значення індексу HAQ.

Також виявлений зворотній кореляційний зв'язок між тривалістю РА та показниками опитувальника SF-36 такими як: фізичне функціонування (PF)- коефіцієнт кореляції Спірмена $r=-0,455$, $p<0,05$; загального здоров'я (GH) - коефіцієнт кореляції Спірмена $r=-0,425$, $p<0,05$; соціального функціонування (SF)- коефіцієнт кореляції Спірмена $r=-0,425$, $p<0,05$. Також виявлений прямий кореляційний зв'язок між тривалістю РА і показником психологічного здоров'я (MH) - коефіцієнт кореляції Спірмена $r=0,535$.

Зі збільшенням тривалості захворювання зростає показник MH, що можна пояснити психологічною адаптацією пацієнта до стану свого здоров'я та сприйнятті захворювання. Тобто, при збільшенні тривалості РА знижуються показники фізичного компонента здоров'я і, навпаки, зростають показники психологічного компонента здоров'я.

Рентгенологічна стадія РА не мала суттєвого впливу на показники ЯЖ пацієнтів по опитувальнику SF-36 ($p>0,05$). Але виявлений кореляційний зв'язок між рентгенологічною стадією РА та індексом HAQ ($r=0,645$, $p<0,05$).

У цьому дослідженні було виявлено, що ЯЖ пацієнта залежить від лікування, яке він отримує. У дослідженні пацієнти з РА були поділені на дві групи. До першої групи увійшли ті, котрі приймають комбіновану терапію преднізолоном та метотрексатом (26 чол.), до другої – котрі приймають монотерапію преднізолоном (29 чол.). Виявлено, що у пацієнтів першої групи показники ЯЖ за опитувальником SF-36, а саме фізичне функціонування (PF), біль (BP), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF) вище, ніж у пацієнтів другої групи ($p<0,05$). По іншим показникам SF-36 у групах достовірних відмінностей виявлено не було ($p>0,05$). Індекс HAQ у першій групі достовірно нижче, ніж у другій, $p<0,05$, що свідчить про більш високу активність пацієнтів, що приймають комбіновану терапію у повсякденному житті. Отримані результати свідчать про те, що тактика лікування і вибір препарату має суттєвий вплив на ЯЖ пацієнта, а саме на його фізичну активність, життєздатність і соціальну адаптацію.

РОЗДІЛ 6

ВИСНОВКИ

1. РА однаково погіршує ЯЖ пацієнтів незалежно від статі. Показники за опитувальником SF-36 були однаково знижені як у жінок, так і у чоловіків. Проте є певні відмінності: показники соціального функціонування (SF), життєздатності (VT) та стану психологічного здоров'я (MH) у чоловіків з РА були значно вищі, ніж у жінок ($p < 0,05$). Також у жінок індекс HAQ був на 18% вище порівняно із чоловіками, що свідчить про більший вплив захворювання на повсякденну діяльність у жінок.
2. Було визначено, що вік при РА не є визначаючим фактором для ЯЖ, пов'язаним зі здоров'ям. Так як був виявлений слабкий зворотній кореляційний зв'язок між віком і показниками SF-36 - PF ($r = -0,26$, $p < 0,05$), BP ($r = -0,24$, $p < 0,05$), VT ($r = -0,22$, $p < 0,05$). Не виявлено зв'язку між віком пацієнтів і шкалами SF-36: RP ($r = -0,1$, $p > 0,05$), GH ($r = -0,001$, $p > 0,05$), SF ($r = -0,14$, $p > 0,05$), RE ($r = -0,16$, $p > 0,05$), MH ($r = -0,08$, $p > 0,05$), а також індексом HAQ ($r = 0,16$, $p > 0,05$).
3. Виявлено, що активність РА впливає на ЯЖ пацієнтів. Так, у хворих з низькою активністю захворювання показники фізичного функціонування, болю, життєздатності, соціального функціонування вищі, ніж у пацієнтів з помірною активністю РА ($p < 0,05$). Виявлений взаємозв'язок між індексом HAQ і активністю РА: коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,39$, $p < 0,05$.
4. Був визначений взаємозв'язок між тривалістю захворювання та індексом HAQ: коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,625$, $p < 0,05$. Також виявлений зворотній кореляційний зв'язок між тривалістю РА та показниками опитувальника SF-36 такими як: фізичне функціонування (PF) - $r = -0,455$, $p < 0,05$; загального здоров'я (GH) - $r = -0,425$, $p < 0,05$; соціального функціонування (SF) - $r = -0,425$, $p < 0,05$; і прямий кореляційний зв'язок між тривалістю РА і показником психологічного здоров'я (MH) - коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,535$. Тобто, при збільшенні тривалості РА

знижуються показники фізичного компонента здоров'я і, навпаки, зростають показники психологічного компонента здоров'я, що можна пояснити психологічною адаптацією пацієнта до захворювання.

5. Рентгенологічна стадія РА не мала суттєвого впливу на показники ЯЖ пацієнтів по опитувальнику SF-36 ($p > 0,05$). Але виявлений кореляційний зв'язок між рентгенологічною стадією РА та індексом HAQ ($r = 0,645$, $p < 0,05$).
6. У цьому дослідженні було виявлено, що ЯЖ пацієнта залежить від лікування, яке він отримує. Визначено, що у пацієнтів, котрі отримують комбіновану терапію з включенням метотрексату, показники ЯЖ за опитувальником SF-36, а саме фізичне функціонування (PF), біль (BP), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF) вище, ніж у пацієнтів, котрі отримують монотерапію преднізолоном ($p < 0,05$). Індекс HAQ у першій групі достовірно нижче, ніж у другій ($p < 0,05$), що свідчить про більш високу активність пацієнтів, що приймають комбіновану терапію у повсякденному житті.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У своїй практичній діяльності лікарі мають використовувати спеціальні методи оцінки ЯЖ пацієнтів з РА разом із стандартними принципами оцінки порушення життєдіяльності, так як це дозволяє скласти більш повну й об'єктивну картину захворювання та індивідуалізувати лікування, оцінити ефективність терапії, контролювати перебіг РА.
2. Для оцінки функціональної активності хворих з РА та ефективності терапії в клінічній практиці слід використовувати найбільш чутливий індекс HAQ.
3. При підборі програм лікування і реабілітації хворих на РА повинні враховуватися не тільки клініко-лабораторні особливості захворювання, але й показники ЯЖ, а також дані психологічного обстеження пацієнта.

Список використаної літератури

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.04.2014 № 263
2. Устінов О.В. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги хворим на ревматоїдний артрит//Український медичний часопис № 4 (102) – VII/VIII 2014 г.
3. Коваленко В.М. , Шуба Н.М. , Борткевич О.П. , Гармиш О.О. Проект уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги пацієнтам із ревматоїдним артритом.//Український ревматологічний журнал №51 (1), 2013.
4. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов/ Под ред.. А.Н.Беловола, Г.Д.Фадеевко, О.Я. Бабака//Справочник врача. К.: ООО Библиотека „Здоровье Украины,,. 2013.- С.291.
5. Клиническая ревматология (руководство для врачей)/ под ред. чл.-корр. РАМН проф. В.И. Мазурова. 2-е изд., перераб. и доп.- СПб: ООО "Издательство ФОЛИАНТ " , 2005.-с. 91-95.
6. Насонов Е Л , Чичасова Н.В., Имамединова Г.Р. Методы оценки поражения суставов, активности заболевания и функционального состояния больных ревматоидным артритом. Методич. пособ. для врачей. М., 2003, 32с.
7. МКХ-10.- Режим доступа: <https://mkh10.com.ua/>
8. Эрдес Ш., Эрдес К.Ш. Вопросник SF-36 и использование его при ревматоидном артрите.Научно-практич. ревматол., 2003, 2, 47-52.
9. Краткая форма оценки здоровья SF-36 // Энциклопедия психодиагностики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.http://psylab.info](http://psylab.info)
- 10.Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова под ред. Ю.Л. Шевченко – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.

11. Головач И.Ю., Авраменко О.Н., Куринная Л.И. Оценка качества жизни, тревожности и депрессии у пациентов с ревматоидным артритом// Украинський ревматологічний журнал. –2014. –№55 (1). –С.3-7.
12. Амирджанова В.Н., Погожева Е.Ю. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих цертулизумаба пэгол // Научно-практическая ревматология. –2012. –№54(5). –С.80-84.
13. Симонова Я.О., Никитина Н.М., Ребров А.П. Качество жизни больных ревматоидным артритом как критерий эффективности лечения // Сибирский медицинский журнал. –2009–. № 91(8). –С.79–81.
14. Rugiene R., Dadoniene J., Venalis A. Adaptation of health-related quality of life ("SF-36") questionnaire, its validation and assessment of performance for control group and patients with rheumatoid arthritis // Medicina (Kaunas). – 2005. –№41 (3). –С. 232-239.
15. Кремлева О.В., Колотова Г. Б. Ревматоидный артрит: влияние болезни на социальные аспекты качества // Научно- практическая ревматология. –2004. –№2-С.14-18.
16. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Научно-практич. ревматол., 2003, 2, 72-81.
17. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М., Горячев Д.В. с соавт. Валидация русско-язычной версии Health assessment questionnaire (HAQ). Научно-практич. ревматол., 2004, 2, с. 59-64.
18. Smolen J.S., Breedveld F.C., Schiff M.H. et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. Rheumatology (Oxford) 2003;42:244—57.
19. Амирджанова В. Н. Шкалы боли и в оценке пациента с ревматоидным артритом// Научно- практическая ревматология. –2006. –№2-С.60-64 .
20. Симонова О.В., Немцов Б.Ф. Комбинированная терапия метотрексатом и преднизолоном при ревматоидном артрите// Казанский медицинский журнал, 2004 г., том 85, №4, С.245-248.

21. Pollard L. C., Choy E. H., Gonzalez J. et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology*, 2006, 45 (7), 885-9.
22. Фофанова Ю. С., Лисицына Т. А., Насонов Е. Л. Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом// Научно-практическая ревматология. –2009. –№4-С.49-54 .
23. Cadena J., Vinaccia S., Perez A. et al. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *J. Clin. Rheumatol.*, 2003, 9 (3), 142-50.
24. Шошина Е.А., Марусенко И.М., Везикова Н. Н., Рябков В. А. Функциональный статус больных ревматоидным артритом. Тезисы Всероссийской конференции ревматологов «Социальные аспекты ревматических заболеваний», Воронеж, 24-26 МАЯ, 2006.- С.208.
25. Симонова Я.О., Немцов Б.Ф. Функциональный статус больных ревматоидным артритом при применении низких доз метотрексата// Тезисы Всероссийской конференции ревматологов «Социальные аспекты ревматических заболеваний», Воронеж, 24-26 МАЯ, 2006.- с.107.
26. Симонова Я.О. Качество жизни больных ревматоидным артритом в зависимости от возраста//Молодежь и наука: итоги и перспективы: Материалы межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Саратов,2007. –С.146.
27. Симонова Я.О. Качество жизни больных ревматоидным артритом в зависимости от пола//Молодежь и наука: итоги и перспективы: Материалы межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Саратов,2007. –С.146-147.
28. Симонова Я.О., Никитина Н.М. Качество жизни больных ревматоидным артритом в Саратовском регионе.// Клиническая медицина.-2007-№6- С.50-54.

29. Birrell F.N., Hassell A.B., Johnes P.W., Dawes P.T. How does the short form 36 Health Questionnaire (SF-36) in rheumatoid Arthritis (RA) relate to RA outcome measures and SF-36 population values? A cross-sectional study. // Clin. Rheumatology, 2000. — №19. — P.195- 199.
30. Симонова Я.О., Никитина Н.М., Ребров А.П. Качество жизни больных ревматоидным артритом как критерий эффективности лечения// Сибирский медицинский журнал, 2009, № 8. С.79-81.
31. Lee Y.C, Chibnik L.B, Lu B. et al. The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. Arthr. Res. & Ther. 2009; 11: R160.
32. Karpouzas G.A., Dolatabadi S., Moran R. et al. Correlates and predictors of disability in «vulnerable» United States Hispanics with rheumatoid arthritis. Arthr. Care Res. 2012; 64 (9): 1274—81.
33. Zyrianova Y., Kelly B.D., Gallagher C., et al. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. Ir. J. Med. Sci. 2006; 175 (2): 32—6.
34. Kojima M., Kojima T., Suzuki S., Oguchi T., Oba M. et al. Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. Arthr. Care Res. 2009; 61 (8): 1018—24.
35. Лисицына Т. А., Насонов Е. Л., Вельтищев Д.Ю., Герасимов А.Н., Серавина О.Ф. Факторы, влияющие на восприятие боли при ревматоидном артрите.// Клиническая медицина, № 3, 2013. С.54-61.
36. Андрианова И.А., Амирджанова В.Н., Жорняк А.П. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом.// Научно-практическая ревматология. –2006. –№2. С.11-15.
37. Черных Т. М., Барышникова И.А. Особенности течения ревматоидного артрита у лиц трудоспособного возраста.// Научно-практическая ревматология, 2011, № 6, С.35—38.
38. Myrthe van Vilsteren, Cecile RL Boot, Dirk L Knol, Dirkjan van Schaardenburg, Alexandre E Voskuyl, Romy Steenbeek and

- Johannes R Anema. Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis.// BMC Musculoskeletal Disorders 2015;16:107.
39. Rania M. Gamal , Safaa A. Mahran , Noha Abo El Fetoh, Fadwa Janbi. Quality of life assessment in Egyptian rheumatoid arthritis patients: Relation to clinical features and disease activity.// The Egyptian Rheumatologist, May 2015.
40. María Inés Corbacho; Juan José Dapuerto. Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis.// Rev Bras Reumatol. 2010 Jan-Feb;50(1):31-43.
41. Hekim Baloglu, Ayhan Askin. Determination of the factors that affect health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis// Acta Medica Mediterranea, 2015, 31: 687-695.
42. SeungIn Paek, Kyeong Yae Sohng and Sung-Hwan Park Factors Influencing Health Related Quality of Life (HR-QOL) for Korean Patients with Rheumatoid Arthritis//2014 ACR/ARHP Annual Meeting.
43. Реуцкий И.А., Маринин В.Ф., Глотов А.В. Диагностика ревматических заболеваний. Руководство для врачей.-М.: ООО „Медицинское информационное агентство,,2011. - 260 с.
44. Клинические рекомендации. Ревматология/ под. ред. Е.Л.Насонова. – М.:ГЕОТАР-Медиа,2008.-51-58 с.
45. Бабак Г.А. Качество жизни больных ревматоидным артритом.// Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 96-100.
46. Бремя ревматоидного артрита /Н. В.Чичасова, С. А.Владимиров, Е. В Иголкина [и др.] //Научн.-практ. ревматология. – 2009. - №1. – С.4-10.

