АСОЦІАЦІЇ КЛІНИЧНОГО, ПСИХІОМЕОДИЦІЙНОГО СТАНУ ТА ХАРАКТЕРУ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ З РОЗВИТКОМ РЕМІСІЇ У ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ІОВИПІЛЬНИМ РЕВМАТОІДНИМ АРТРИТОМ

Джуес М.Б.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

eunm@uk.com

Рецензент: проф. Кондратюк В.С.

Актуальність. Оскільки ефективність терапії оцінюється частотою досягнення ремісії, тому вивчення частоти досягнення ремісії є важливим для оцінки ефективності ревматоідного артриту (ЮРА) на фоні терапії згідно "Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги дітям, хворим на ювілейний ревматоідний артрит" у дорослому віці з актуальним.

Мета. Дослідження було проведено асоціацій клінічного, психіомедіцинського стану та характеру патогенетичної терапії з розвитком ремісії у дорослих пацієнтів з ЮРА.

Матеріали та методи. Обстежено 168 дорослих пацієнтів з ЮРА на етапі переходу від дитячої до дорослої служби охорони здоров'я та лабораторних даних в дитячому віці та оцінюваних клінічному стану, гравілість за шкалою JADAS та DAS-28, якість життя за SF-36, інтенсивність депресії за РІО-9, алергії заласкавих за критією "кон'юктивіт" та проведені лікування в дитячій та дорослої службі.

Результати. Усіх пацієнтів розділено на три групи згідно з гравілістю: I група – 48 пацієнтів (31.8%), II група – 48 пацієнтів (29.1%), III група – 72 пацієнта (48.9%). У всіх групах було виявлено єдиний лікувальний варіант, що включав інгаляції, інсулинові вводи, інфузії, аудіо-інтеграцію, а також лікування згідно з рекомендаціями IQE-9. У I групі було відмічення відсутність ефективності інфузійних вводів, а у групах впливали такі фактори, як алкогольна інтоксикація, алергічні реакції та сепсис.

Висновки. Пацієнти з ЮРА на етапі переходу від дитячої до дорослої служби охорони здоров'я мають гравілістну вагу, згідно з академічним рівнем, інтенсивність депресії за РІО-9, яка визначена за допомогою "мікровзміни", що відображає фізіологічну стан "кон'юктивіт" та ДАС-28. У групі I групи було відмічення відсутність ефективності інфузійних вводів, а у групах впливали такі фактори, як алкогольна інтоксикація, алергічні реакції та сепсис.

Ключові слова: ювілейний ревматоідний артрит, ремісія, активність, алергія, інтоксикація, сепсис, психічна стабільність.
комплексами щодо лікування тех нозологій, які найбільшо клинично нагадують відповідні варіанти ЮРА в дорослому віці, а саме: ревматоїдний артрит, артрози і артрити, ангіохордотези і т. ін. Тому дослідження частоти поширення ремісії на фоні терапії ЮРА в дорослому віці, як показник її ефективності, є актуальним.

Методи нашого дослідження було вивчення асоціації клінічного, психоемоційного стану та характеризативної терапії з розвитком ремісії у дорослих пацієнтів з ЮРА.

МАТЕРІАЛІ ТА МЕТОДИ

В дослідження включено 168 молодих дорослих пацієнтів з ЮРА на стадії переходу від лікування до поліклінічної служби охорони здоров'я та в дорослому віці. При включенні в дослідження діагноз ЮРА встановлювала відповідно до критеріїв Міжнародної ліги асоціації ревматологів (International League of Associations for Rheumatology – ILAR). Durban 1997.

Пацієнти з різних регіонів України, віком понад 18 років, яким встановлено діагноз ЮРА, або стабілійної ремісії в амбулаторному або стационарному розташуванні на базі Одеської та Одеської області, кіношті Інституту ревматології ДВО УНЦ НАМН України, яким між квітнем 2015 року і груднем 2017 року. Проведену ретроспективний аналіз медичної документації з оцінкою динаміки та прогнозування розвитку ревматологічного захворювання.

Результати та їх обговорення

Серед пацієнтів з ЮРА переважали хворі з олігоартритом персистувальним (n = 44, або 26.2 %), РФ

| Таблиця 1 |
|------------------|-------------------|----------------|---|
|     | Клінічні прояви | З активним захворюванням (n = 136) | В ремісії (n = 29) | P |
|     | Викласти момент огляду, роки | 23,3 ± 7,5 | 20,7 ± 3,2 | > 0,05 |
|     | Викласти дебют ЮРА, роки | 9,0 ± 4,9 | 10,2 ± 4,9 | > 0,05 |
|     | Стат (м/ж) | 79 (58,1%) / 57 (41,9%) | 20 (69,0%) | 0,01 |
|     | Вік, роки | 17 (54,1%) | 17 (58,6%) | > 0,05 |
|     | Вага, кг | 61,5 ± 13,8 | 60,9 ± 12,0 | 0,01 |
|     | ІМТ, кг/м² | 21,1 ± 3,7 | 22,0 ± 2,7 | 0,01 |

| Варіант ЮРА, за П.А.Р. клацівкою лігальність | Табілка 1 |
|------------------|-------------------|----------------|---|
|     | Подариті (РФ+) | 12 (8,8%) | 0 (0%) | > 0,05 |
|     | Олігоартрит персистувальний | 21 (22,8%) | 6 (39,3%) | > 0,05 |
|     | Олігоартрит нестабільний | 17 (12,5%) | 4 (14,3%) | > 0,05 |
|     | Подариті (РФ-) | 55 (25,7%) | 4 (14,3%) | > 0,05 |
|     | Системний артрит | 19 (14,4%) | 3 (10,7%) | > 0,05 |
|     | Ендемічний артрит | 21 (15,4%) | 6 (21,4%) | > 0,05 |
|     | Неопрівнений артрит | 1 (0,7%) | 0 (0%) | > 0,05 |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Клінічні прояви</th>
<th>Закінченим захворюванням (n = 136)</th>
<th>В ремісії (n = 29)</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ранкове відчуття ХВ</td>
<td>10 (5, 30) [0.240]</td>
<td>5 (0, 7,50) [0, 50]</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Системні прояви</td>
<td>24 (17,6%)</td>
<td>2 (6,9%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Аритмії &gt; 3/1 години</td>
<td>68 (50%)</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Аритмії кистей</td>
<td>49 (36%)</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Симптоматична аритмія</td>
<td>47 (34,6%)</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Дімфаденопатія</td>
<td>11 (8,1%)</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Уснування</td>
<td>19 (14%)</td>
<td>3 (10,3%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Ентероколіт</td>
<td>2 (1,5%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Навантаження аритмії</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Епікардій</td>
<td>75 (55,1%)</td>
<td>10 (34,5%)</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Міокардій</td>
<td>3 (2,2%)</td>
<td>4 (13,8%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Полікардій</td>
<td>43 (31,6%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Відсутність аритмії</td>
<td>15 (11,1%)</td>
<td>15 (51,7%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Гіпєнотропії</td>
<td>31 (22,8%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Дакріоз</td>
<td>6 (4,4%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Скармлення</td>
<td>32 (23,5%)</td>
<td>4 (13,8%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Біль у хребті</td>
<td>74 (54,4%)</td>
<td>5 (17,2%)</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Недорозвиток протеїні</td>
<td>41 (30,1%)</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Болючі симптоми (кількість)</td>
<td>2 (1.5) [0.22]</td>
<td>1 (0.90) [0.3]</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Дегерміній сустави, антігліколітін (кількість)</td>
<td>0 (0.1) [0.11]</td>
<td>1 (0.90) [0.4]</td>
<td>&lt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Ендохіалітін (кількість)</td>
<td>1 (0.7) [0.16]</td>
<td>1 (0.90) [0.4]</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Рентгенологічні зміни</td>
<td>1 (1,3) [0.4]</td>
<td>0 (0.90) [0.2]</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>Функціональна недостатність суставів</td>
<td>0 (0.7) [0.3]</td>
<td>14 (48.3%)</td>
<td>&lt;0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>51 (37,5%)</td>
<td>15 (51,7%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>65 (47,8%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>10 (7,4%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

рекім (n = 20, або 11.9 %), РФ(+) полікардій (n = 11 або 6.5 %), псевдореактивним аритмій (n = 1, або 0.6 %).

Усіх пацієнтів розділено на 2 групи: I група – 138 пацієнтів (82,1 %), які на момент огляду ревматологом дослідного східного здоров'я мали активне захворювання, та II група – складалася з 30 пацієнтів (17,9 %), які досягли ремісії. Однаку активного захворювання чи розвитку ремісії проводіли залежно від варіант ЮРОА, за DAS-28 та/чи JADAS-10, згідно наших попередніх досліджень [1].

В таблиці I представлена характеристика молодих дослідних пацієнтів з ЮРОА. Так, пацієнти, що досягли ремісію, не відрізнялися від вико момент проведення дослідження, хоча статистично виявлено зорієнтування, порівняно з групою пацієнтів, що досягли ремісії (31,0 %). Пацієнти обох груп не відрізнялися за ростом, однак пацієнти в ремісії, порівняно з пацієнтами з активним захворюванням, мали більшу масу тіла (р < 0,01) та відповідно, IМТ (р < 0,01), хоча він не перевищував норми. Пацієнти I групи мали більшу тривалість захворювання (р < 0,01), хоча не відрізнялися від II групи за виком дебюту захворювання та за ILAR варіантами ЮРОА.

При аналізі клінічних проявів (табл. 2) зстановано
ураження більше 3 суставів (р < 0,01), аритмії кистей (р < 0,01), симптоматичних аритмій (р < 0,01), епікардій (р < 0,01), біль у хребті (р < 0,01). В них рідше була потреба в протективних суставах (р < 0,01), (р < 0,05, р < 0,001 відповідно). У пацієнтів II групи частіше диагностикували відсутність рентгенологічних змін чи I рентгенологічну стадію, за критеріями Шейнбергера (р < 0,001).

Логічно, що пацієнти обох груп відрізнялися за DAS-28, JADAS, загальною оцінкою здоров'я за ВАШ пацієнтам та лікарям, С-реактивним білком (С-РБ) та швидкістю оседання срібнарів (ШОС) (всі р < 0,01), які відповідають за активність процесу наявності HLA-B27 відмінності між групами не виявлено (всі р > 0,05). Також відмінності за рівнем загального холестерину (ХС) та ХС липопротеїдів низької швидкості (ЛПНШ), глобулін, як фак-
## Таблиця 3

Показники активності та дії лабораторні показники молодих дорослих пацієнтів з ЮРА, що досягли ремісії, та з активним захворюванням

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показник</th>
<th>Закономірно захворюванням: n = 136</th>
<th>Временно: n = 29</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DAS28, бали</td>
<td>3,4±1,4</td>
<td>1,6±0,7</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>JADAS, бали</td>
<td>8 (5; 15) [1; 34]</td>
<td>1 (0; 3,5) [0; 13]</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>СЧЩ, мм</td>
<td>Пациент: 40 (30; 60) [0; 90]</td>
<td>10 (2,5; 20) [0; 40]</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>СЧЩ, мм</td>
<td>Лікар: 40 (20; 50) [0; 90]</td>
<td>0 (0; 10) [0; 30]</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>СРК, мг/л</td>
<td>6 (4; 24) [0; 284]</td>
<td>4 (4,4) [0; 4]</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>ПОЕ, мм/год</td>
<td>14 (6; 30) [2; 70]</td>
<td>5 (3,7) [1; 17]</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>РФ, мг/л</td>
<td>0 (0,0) [0; 64]</td>
<td>0 (0; 0) [0; 1]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>А-ЦП, Осл/л</td>
<td>2 (2; 2) [1; 7,1]</td>
<td>2 (2,2) [1,2]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>АЛА</td>
<td>16 (11,7%)</td>
<td>3 (10,3%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>НЛА-В27</td>
<td>4 (30,1%)</td>
<td>6 (20,7%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>ХС, ммоль/л</td>
<td>2,6±1,1</td>
<td>2,2±0,8</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Загальний ХС, ммоль/л</td>
<td>4,6±1,1</td>
<td>4,1±1,1</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Глюкоза, ммоль/л</td>
<td>4,8±0,6</td>
<td>4,7±0,7</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Вітамін 25-(OH)Д, нмоль/л</td>
<td>18 (14,2; 23,1) [6,1; 48,5]</td>
<td>22,8 (20,23) [20; 28,3]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Альбумин, г/л</td>
<td>39,1 (36; 46) [2,5; 49,3]</td>
<td>46 (39,3; 58) [39,3; 50,3]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Кальцій, ммол/л</td>
<td>2,4 (2,3; 2,4) [1,3; 2,5]</td>
<td>2,3 (1,4; 2,7) [1,2; 2,9]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Іонизований Кальцій, ммол/л</td>
<td>2,5 (2,3; 2,5) [2,3; 2,5]</td>
<td>—</td>
<td>—</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Аналогічні дані відбулися з досліджень до 3,4±1,4 бали DAS28, що виявлено невірогідне зменшення до нормативу RHQ-9 (p < 0,05), хоча в обох групах виявлено підвищення рівні асцититів (FAS > 60), і за цим показником вони не відрізнялися. При аналізі проведеного медикаментозного терапії у молодих дорослих пацієнтів з ЮРА, що досягли ремісію, та з активним захворюванням (табл. 6), встановлено, що вони не відрізнялися за частотою призначення IBТ, хоча результації потрібно трактувати як досягли ремісії, лише 5 (17,1 %) пацієнтів отримували раніше чи на момент огляду IBТ. Однак, виявлено, що пацієнти з ЮРА, що досягли ремісії, частіше не отримували ГК в анамнезі (p < 0,001), так і на момент огляду (p < 0,01), що пояснюється (p < 0,05). Обидві групи не відрізнялися з огляда прийому білкової терапії ХМПРПІ, від незначних змін тетракесаву та сульфосалазину.

З усіх хворих з ЮРА, ми виділили групу з 53 пацієнтами: ЮРА - РФ (+)(+) поліартикулярними варіантами ЮРА.

Встановлено, що за клінічними та лабораторними показниками у 15% пацієнтів з активним РΦ(+) та 6% з активним РΦ(−) з неактивними ремісіями, без активної ремісії, відмітні зміни в показниках Т-шірокої ПХ, Т-показник в діяльності ПХ та активному захворюванні.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показники</th>
<th>З активним захворюванням (n = 52)</th>
<th>В ремісії (n = 13)</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>МІКТ ПВХ, г/лм2</td>
<td>1,04 (0,9; 1,21) [0,36; 1,39]</td>
<td>1,13 (1; 1,28) [0,98; 1,7]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Z-показник в діяльності ПХ</td>
<td>-0,9 (-1,9; 0,32) [-6,3; 2,3]</td>
<td>-0,99 (-1,65; 0,84) [-0,8; 3,5]</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>МІКТ ПСК, г/лм2</td>
<td>0,91 (0,8; 1,03) [0,24; 1,32]</td>
<td>0,99 (0,95; 1,13) [0,86; 1,35]</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>T-показник в діяльності ПСК</td>
<td>-0,8 (-1,6; 0,3) [-3,1; 1,14]</td>
<td>-0,8 (-1,7; 0,1) [-5,5; 1,97]</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>МІКТ БС, г/лм2</td>
<td>0,81 (0,66; 0,99) [0,43; 1,06]</td>
<td>0,9 (0,77; 1,04) [0,75; 1,06]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>T-показник в діяльності БС</td>
<td>-0,35 (-1,83; 0,18) [-2,4; 1,83]</td>
<td>-0,35 (-1,5; 0,19) [-2,9; 2,38]</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>МІКТ УВКП, г/лм2</td>
<td>1,02 (0,88; 1,11) [0,66; 1,29]</td>
<td>1,14 (0,97; 1,28) [0,93; 1,29]</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Т-показник в діяльності УВКП</td>
<td>-0,45 (-1,58; 0,32) [-2,3; 2,26]</td>
<td>-0,4 (-0,4; 0,4) [-0,4; 0,4]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Т-показник в діяльності УВКП</td>
<td>-0,5 (-1,25; 0,39) [-4,8; 2,76]</td>
<td>-0,3 (-0,6; 0,3) [-6,3; 0,3]</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Примітка: БС – мозкові гіпертрофії; ПСК – шийка стертувальної гіпертрофії; ПВХ – порушеної відділ гіпертрофії, ендометріальна.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Показники з якості життя, алегементамі та депресії у молодих дорослих пацієнтів з ЮРА, що досягли ремісії, та з активним захворюванням</th>
<th>Активне захворювання (n = 104)</th>
<th>Ремісія (n = 28)</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Оцінка якості життя за SF-36 фізичне благополуччя (PCS)</td>
<td>43,1±9,6</td>
<td>53,4±7,3</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Оцінка якості життя за SF-36 психолігічне благополуччя (MCS)</td>
<td>44,7±11,2</td>
<td>49,3±9,7</td>
<td>&gt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Фізичне функціонування (FI)</td>
<td>67,2±25,4</td>
<td>87,6±14,7</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Рольове функціонування (RF)</td>
<td>56,6±33,3</td>
<td>77,4±27,9</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Інтенсивність болю (BP)</td>
<td>50,5±24,4</td>
<td>79,9±22,4</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Загальний стан здоров'я (GH)</td>
<td>48,1±21,6</td>
<td>68,7±19,1</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Життєва активність (VT)</td>
<td>52,4±21,1</td>
<td>65,8±16,7</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Соціальне функціонування (SF)</td>
<td>68,8±23,7</td>
<td>85,3±17,1</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Рольове функціонування (RE)</td>
<td>64±33,7</td>
<td>77,5±30,2</td>
<td>&gt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Психічне здоров'я (MH)</td>
<td>64,1±20,2</td>
<td>74,2±17,1</td>
<td>&lt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>TAS-20, бали</td>
<td>67,1±11,2</td>
<td>64±8,5</td>
<td>&gt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>PHQ-9, бали</td>
<td>8,6 (6,8; 9,9)</td>
<td>4,9 (3,6; 6,8)</td>
<td>&lt; 0,05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Таблиця 6

Проведена медикаментозна терапія у молодих дорослих пацієнтів з ЮРА, що досягли ремісію, та з активним захворюванням

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показники</th>
<th>Активне захворювання (n = 136)</th>
<th>Ремісія (n = 29)</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ПБТ</td>
<td>прийом на даний момент</td>
<td>21 (15,4%)</td>
<td>3 (10,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>прийом в анамнезі</td>
<td>10 (7,3%)</td>
<td>2 (6,9%)</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>не приймав раніше</td>
<td>105 (77,2%)</td>
<td>24 (82,8%)</td>
<td>&gt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>ГК</td>
<td>прийом в анамнезі</td>
<td>94 (69,1%)</td>
<td>16 (55,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>прийом на даний момент</td>
<td>41 (30,1%)</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>&lt; 0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>середня доза, мг</td>
<td>4 (2,5; 8) [0; 28]</td>
<td>5 (3,8) [0; 10]</td>
<td>&gt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>ХМПП</td>
<td>тривалість терапії, роки</td>
<td>4 (1; 9,7) [0; 30]</td>
<td>3 (2; 6) [0; 12]</td>
</tr>
<tr>
<td>Метотрексат, мг/тилім</td>
<td>10 (0; 15) [0; 25]</td>
<td>0 (0; 15) [0; 25]</td>
<td>&lt; 0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Сульфасалазин, г/д</td>
<td>2 (0,6; 2) [0; 3]</td>
<td>2 (2; 2,5) [0; 3]</td>
<td>&gt; 0,05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

му задокументовано 37-43 % пацієнтів з активним захворюванням, але співпадає з іншими дослідженнями [6], де виявлено 67 % пацієнтів з активним захворюванням у дорослому віці. Автори пояснюють отриманий високий відсоток тим, що вони використано дії, які запроваджено при відповідних ревматологічних захворюваннях в дорослому віці. Хоча, на відміну від нашої роботи, вони не проводили спостереження за пацієнтами з більш спрямованим про- гнозом ЮРА – персистувальним олігоартритом, при інші глибокіше спостереження включено 16,1 % пацієнтів, які знаходяться в ремісії.
Відмінність у клінічних проявах в динаміці у пацієнтів з активним поліартритом ЮРА та з ремісією в дорослому віці

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показники</th>
<th>Ремісія (n = 29)</th>
<th>Поліартрит активний (n = 54)</th>
<th>Р</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Частота втрати хв</td>
<td>25 (0, 40) (0, 800)</td>
<td>40 (30, 90) (0, 300)</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Артрит &gt; Згуттяві</td>
<td>16 (55,2%)</td>
<td>45 (83,3%)</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Артриту гемофіліїстів</td>
<td>10 (34,5%)</td>
<td>38 (70,4%)</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Симетричний артрит</td>
<td>7 (24,1%)</td>
<td>29 (53,7%)</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Рентгенологічні зміни</td>
<td>2 (6,9%)</td>
<td>7 (13%)</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність зестерилізації</td>
<td>3 (10,3%)</td>
<td>3 (5,6%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність активізації</td>
<td>6 (20,7%)</td>
<td>6 (11,1%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність сакроінфітії у динаміці</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Клініка</td>
<td>0 (0%)</td>
<td>2 (3,7%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>За результатами МРТ</td>
<td>3 (10,3%)</td>
<td>1 (1,9%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Нема</td>
<td>26 (89,7%)</td>
<td>48 (88,9%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Біль у хребтіні динаміці</td>
<td>3 (10,3%)</td>
<td>7 (13%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Тип артриту</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Однічний артрит</td>
<td>20 (69,9%)</td>
<td>16 (29,6%)</td>
<td>&lt;0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Миттевий артрит</td>
<td>2 (6,9%)</td>
<td>0 (0%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Південностовий артрит</td>
<td>7 (24,1%)</td>
<td>35 (64,8%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність апендікозу, опіліфементум</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність виску</td>
<td>12 (33,5%)</td>
<td>4 (7,4%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність кістокіни</td>
<td>2 (6,9%)</td>
<td>1 (1,9%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність діареюки</td>
<td>13 (44,8%)</td>
<td>24 (44,4%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність витрати</td>
<td>3 (10,3%)</td>
<td>4 (7,4%)</td>
<td>&gt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність багато шийному виділа</td>
<td>1 (3,4%)</td>
<td>11 (20,4%)</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наявність гепатометаліз</td>
<td>0 (0%)</td>
<td>9 (16,7%)</td>
<td>&lt;0,05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Висновки

1. Пацієнти ЮРА у дорослому віці у 82,1% продовжують мати активне захворювання різного ступеня.

2. Встановлено негативний вплив активного захворювання на стан мінеральної відносно кісткої тканини переважно в ділянці ПСК та УВКП (усі p < 0,05) у дорослих пацієнтів з активним ЮРА порівняно з пацієнтами у ремісії.

3. Встановлено значні впливи активного захворювання у дорослих у відносно благополучних пацієнтів (PCS p < 0,001), а також фізичні, розв'язки та соціальні функції (СФ p < 0,01, RF p < 0,001, SF p < 0,001), біль у тілі (BP p < 0,001), загальне здоров'я (GH p < 0,001), психічне здоров'я (MH p < 0,001), за результатами анкетування SF-36.

4. Пацієнти, що досягли ремісії, порівняно з пацієнтами з активним поліартритом, рідше приймають ГК в дорослому віці (3,4 % проти 29,6 %, p<0,05) та мають більше зовнішнє рошене целесуходейству (15 [7, 5; 15] против 10 [7, 5; 15]; p<0,05).

Конфлікт інтересів. Автор заявляє, що не має конфлікту інтересів, який може сприятиться таким, що може завтияти шкоди несприйнятності статті.

Джерела фінансування. Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

### Таблица 8

Відмінність лабораторних показників у діагності та отриманого лікування у пацієнтів з активним полартикулярним варіантом ЮОА та з ремісією в дорослому віці

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показники</th>
<th>Ремісія (n = 29)</th>
<th>Полартикуль (n = 54)</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>НА-В27 та діагностичний</td>
<td>5 (17.2%)</td>
<td>7 (12.9%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>РФ</td>
<td>6 (0%)</td>
<td>6 (11.1%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наглядне відчуття РФ</td>
<td>6 (0%)</td>
<td>3.5 (0.6%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>А-цефаль</td>
<td>5 (0.9%)</td>
<td>2 (3.7%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Рігліка</td>
<td>6 (0%)</td>
<td>1 (1.9%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>АПА та діагностичний позитивні</td>
<td>1 (3.3%)</td>
<td>1 (1.9%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>ІОЕ</td>
<td>13 (9.4%)</td>
<td>10 (14.5%)</td>
<td>0.15</td>
</tr>
<tr>
<td>Наглядне відчуття ІОЕ</td>
<td>7 (4.2%)</td>
<td>16 (9.8%)</td>
<td>4.5</td>
</tr>
<tr>
<td>СФЕ</td>
<td>12 (5.6%)</td>
<td>24 (6.8%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Наглядне відчуття СФЕ</td>
<td>6 (0.6%)</td>
<td>12 (6.2%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>ВАП</td>
<td>71 (18.8)</td>
<td>62 (22.1)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>В діагностичному</td>
<td>53 (6.2)</td>
<td>52 (6.2)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>JADAN та діагностичний</td>
<td>14.1 (7.1)</td>
<td>15.9 (7.1)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Чирьонов М. Крімне</td>
<td>16 (55.2%)</td>
<td>38 (70.4%)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>ХС ЛІПІНІ, моль/л</td>
<td>24.1</td>
<td>24.1</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Вздигання ХС, моль/л</td>
<td>4.5</td>
<td>4.4</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Желівок, моль/л</td>
<td>4.8</td>
<td>4.7</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Втікач 25-OHД, нмоль/л</td>
<td>468.8 (22.8, 52.3, 17) (23, 23.5)</td>
<td>0.05</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Альбумин, г/л</td>
<td>44.8</td>
<td>25.2</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Клітини загальних, моль/л</td>
<td>2.3 (2.8, 2.4)</td>
<td>2.2 (2.8, 2.4)</td>
<td>0.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Отримано лікування**

| ПБТ | Принято на даний момент | 2 (6.9%) | 11 (20.4%) | 0.05 |
| Принято ванілін | 4 (13.8%) | 5 (14.8%) | 0.05 |
| Неприйнятий раніше | 35 (64.8%) | 35 (64.8%) | 0.05 |
| ГК | Принято ванілін | 12 (41.4%) | 32 (59.3%) | 0.05 |
| Принято на даний момент | 1 (3.4%) | 16 (29.6%) | 0.05 |
| Середній показник | 5 (4.8) | 6 (11.2) | 0.05 |
| ХМПР | Привідний розмір, роки | 5 (2.8) | 5 (2.8) | 0.05 |
| Метатезис, міліма | 10 (17.5, 15) | 10 (17.5, 15) | 0.05 |
| Суто лікізації, ед | 2 (2.3) | 2 (2.3) | 0.05 |

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Давид М.Б. Ремісія та активне захворювання у молодих дорослих пацієнтів на етапі переходу з діагностичного до дорослого статуту: охорона здоров'я та в дорослому віці: захворювання // Гіперчук. Лікарський вісник. 2018: 12. С. 7-10


Отримано: 24.11.2017
АССОЦИАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ХАРАКТЕРА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С РАЗВИТИЕМ РЕМЕССИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЙОВЕНАЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Джусе М.Б.

Национальный медицинский университет имени А.І. Богомольца, Киев, Украина

Актуальность. Эффективность терапии оценивается частотой достижения ремиссии. Изучение ремиссии иоанального ревматоидного артрита (ЮРА) на фоне терапии, согласно "Унифицированного клинического протокола медицинской помощи детям, больным иоанальным ревматоидным артритом" по взрослому возрасту, является актуальным.

Цель исследования было изучение ассоциаций клинического, психоэмоционального состояния и характера патогенетической терапии с развитием ремиссии у взрослых пациентов с ЮРА.

Материалы и методы. Обследовано 168 взрослых пациентов с ЮРА на этапе перехода от детской к взрослой службе здравоохранения и по взрослому возрасту. Проводили ретроспективный анализ медицинской документации с оценкой клинической симптоматики и лабораторных данных в детском возрасте и оценивали клиническое состояние, длительность заболевания, активность по шкалам JADAS и DAS-28, качество жизни — по SF-36, наличие депрессии — по PHQ-9, алекситемии — по TAI-20, минеральную плотность костной ткани (ОЛКТ) и проведение лечения в детстве и по взрослому возрасту.

Результаты. У всех пациентов 1 раздилили на 2 группы. 1 группа — 138 пациентов (82,1%), которые на момент смерти по некоторым данным отличались по возрасту на момент оборудования, хотя по уровню обнаружено преобладание женщин (58,1%) в отличие от всего по группе, однако, пациенты в ремиссии имели большую массу тела (р < 0,01) и ИМТ (р < 0,01), хотя он не превышал нормы. По уровню ревматоидного фактора (РФ) и А-ЦЦI, ААА и по наличию НЛА-27 различий между группами не выявлено. Различий между генами не выявлено, как факторов риска развития атеросклероза, не обнаружено (все p > 0,05). У пациентов с активным заболеванием установлены более низкие показатели состояния костной ткани по Z-показателю — в области нижних отделов позвоночника, по МИКТ и I-показателю — в области стволов введенной кости (ШТК), и по МИКТ — в ультрадолгие отделах костей предплечья (УОКП) (все p < 0,05). При анализе проведенной медицинской терапии у молодых взрослых пациентов с ЮРА, достоверных различий не выявлено.

Выводы. Пациенты с ЮРА по взрослому возрасту в 82,1% продолжали иметь активное заболевание различной степени, ставя в область ШТК и УОКП у взрослых пациентов с активным ЮРА по сравнению с пациентами в ремиссии. Установлен значительный вклад активного заболевания в взрослом возрасте на физическое благополучие пациентов, а также физическое, ролевое и социальное функционирование, боль в теле, общее здоровье, психическое здоровье, по результатам анкетирования SF-36, по сравнению с группой пациентов в ремиссии. Важное значение имеет уровень депрессии, по результатам анкетирования PHQ-9, в группе активного заболевания, по сравнению с группой пациентов в ремиссии, хотя по уровню алекситемии они не отличались. Пациенты, достигшие ремиссии, по сравнению с пациентами с активным полиартритом, реже принимали ГК по взрослому возрасте и имели высокую дозу метотрексата.

Ключевые слова: иоанальный ревматоидный артрит, взрослые, активное заболевание, ремиссия, лечение.
ASSOCIATION OF CLINICAL, PSYCHOEMOTIONAL STATUS AND THE PATHOGENETIC THERAPY WITH THE DEVELOPMENT OF REMISSION IN ADULT PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Dzhus M.B.

O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Relevance. The study of the frequency of remission in adult patients with JRA treated in accordance with the “Unified clinical protocol for medical care for patients with juvenile rheumatoid arthritis” is relevant.

Objective. The aim of our study was to evaluate the association of the clinical, psycho-emotional state and the pathogenetic therapy with the development of remission in adult patients with JRA.

Materials and methods. 168 adult patients with JRA were examined at the transition period of the health care and adolescents. A retrospective analysis of medical records was performed to evaluate clinical symptoms and laboratory data in childhood and evaluated the clinical status, duration of the disease, activity on the JADAS and DAS-28 scales, quality of life, depression and alexithymia by scales SF-36, PHQ-9, TASI-20, bone mineral density and methods of treatment in childhood and in adulthood.

Results. All patients were divided into 2 groups: Group I - 138 patients (82.1%) with active disease at the time of examination, study, although the prevalence of women (58.3%) in the I group was determined, compared with 31.0% in the II group. Patients in both groups did not differ in height, however, patients with remission had a greater body weight (p < 0.01) and BMI (p < 0.01). There were no differences between the groups in the level of RF and A-CCP, ANA and the presence of HLA-B27, as well as in total cholesterol, LDL-cholesterol, glucose as risk factors for atherosclerosis (all p > 0.05). Patients with active disease had lower BMD in femoral neck and in ultradistal forearm area (all p < 0.05). There were no differences in the the appointment of the IBT in both groups. However, patients with remission more often did not receive GC in history (p < 0.001) and at the time of examination (p < 0.001).

DMARD therapy, or on the doses of methotrexate and sulfasalazine. Of the 53 patients with RF(+)RF(-) polyarthritis - the most pragmatically unfavorable variant of JRA, had arthritis > 3 joints (p < 0.01), symmetrical arthritis (p < 0.05), higher ESR (p < 0.05) compared patients with remission, and the absence of differences in the levels of CRP and JADAS.

Conclusions. Patients with JRA in adulthood in 82.1% continue to have an active disease of varying degrees. The negative influence of the active disease on the BMD is found, mainly in the area of femoral neck and ultradistal forearm in adult patients with active JRA compared with patients in remission. The significant influence of active disease in adulthood on the quality of life according to the SF-36 questionnaire was determined such as physical well-being, physical, role and social functioning, bodily pain, general health, and mental health compared with the group of patients in remission. An increase level of depression was found by PHQ-9 questionnaire in the I group compared to II group, although they did not differ in the level of Alexithymia. Patients who achieved remission compared with patients with active polyarthritis, were less likely to take GC in adulthood and received a higher dose of methotrexate.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, adults, active disease, remission, treatment.