

## СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ПОВСЯКДЕННОЇ АКТИВНОСТІ В РАЗІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

### MODERN STRATEGIES FOR RESTORATION OF DAILY ACTIVITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Богдановська Н. В., Бойченко К. Ю.  
*Запорізький національний університет,  
м. Запоріжжя, Україна*

Bogdanovska N. V., Boichenko K. Yu.  
*Zaporizhzhia National University,  
Zaporizhzhia, Ukraine*

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.17.3>

#### Анотації

У статті розкривається роль та місце засобів реабілітації у разі відновлення повсякденної активності хворих з ревматоїдним артритом. З огляду на прогресуючий перебіг ревматоїдного артриту, високу частоту ураження осіб працездатного віку, рано виникаюче зниження функціональних здібностей, втрату професійних і соціальних навичок і значну інвалідизацію хворих, нами було запропоновано застосування комплексної програми фізичної реабілітації, до якої увійшли сучасні засоби. **Мета роботи** – оцінити ефективність застосування запропонованої комплексної програми реабілітації жінок з ревматоїдним артритом для відновлення повсякденної активності. **Матеріал та методи.** Під час проведення дослідження для визначення ефективності застосування запропонованих засобів реабілітації здійснювали оцінку якості життя тематичних пацієнтів за опитувальником «SF-36 Health Status Survey». Досліджували функціональний стан жінок за показниками: фізичного компонента здоров'я – фізичне функціонування, рольове функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров'я; психічного компонента здоров'я – життєдіяльність, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров'я. **Результати.** Запропоновані засоби реабілітації було спрямовано на набуття контролю болю, покращення функціонального статусу опорно-рухового апарату, поліпшення психічного здоров'я, що дозволило ефективно контролювати протікання захворювання та сприяти покращенню якості життя. За оцінкою ступеня болю результати у жінок контрольної групи наприкінці дослідження становили  $43,4 \pm 1,54$  бала, в основній групі показник був значно нижчий –  $32,5 \pm 1,06$  бала при  $p < 0,05$ , що показує різницю в 10%. Ефективність комплексної програми реабілітації із застосуванням сучасних підходів – ерготерапії, ортезів та емоційно-орієнтованого копінгю – має значний вплив на результат реабілітації: сприяє відновленню повсякденної активності жінок з ревматоїдним артритом за рахунок покращення якості життя на фоні поліпшення загального психічного, фізичного стану та зниження болісного протікання хвороби, що є підтвердженням гіпотези, висунутої нами на початку дослідження. **Висновки.** Запропонована нами комплексна програма реабілітації є ефективною за даними дослідження, тому може бути рекомендована для застосування зазначеною категорією хворих (хворі на ревматоїдний артрит) на ранніх стадіях захворювання.

**Ключові слова:** комплексна реабілітація, ревматоїдний артрит, функціональна активність, фізичний компонент здоров'я, якість життя.

The article reveals the role and place of rehabilitation tools in restoring the daily activity of patients with rheumatoid arthritis. Taking into account the progressive course of rheumatoid arthritis, the high frequency of lesions in people of working age, the early decline in functional abilities, the loss of professional and social skills and the significant disability of patients, we proposed the use of a complex program of physical rehabilitation, which included modern means. **The purpose of the paper** was to evaluate the effectiveness of the proposed comprehensive rehabilitation program for women with rheumatoid arthritis

to restore daily activity. **Material and methods.** During the study, to determine the effectiveness of the proposed rehabilitation tools, the quality of life of the thematic patients was assessed using the “SF-36 Health Status Survey” questionnaire. The functional state of women was studied according to indicators of: the physical component of health – physical functioning, role functioning, pain intensity, general health; mental component of health – life activity, social functioning, emotional functioning, psychological health.

**Results.** The proposed means of rehabilitation were aimed at reducing the painful course of the disease, improving the functional status of the musculoskeletal system, improving mental health, which made it possible to effectively control the course of the disease and contribute to improving the quality of life. According to the assessment of the degree of pain, the results in women of the control group at the end of the study were  $43.4 \pm 1.54$  points, in the main group the index was significantly lower –  $32.5 \pm 1.06$  points at  $p < 0.05$ , which shows a difference of 10%. The effectiveness of a comprehensive rehabilitation program with the use of modern approaches – occupational therapy, orthoses and emotionally-oriented coping has a significant impact on the outcome of rehabilitation: it contributes to the restoration of daily activities of women with rheumatoid arthritis due to the improvement of the quality of life against the background of the improvement of the general mental and physical condition and the less painful course of the disease, which is a confirmation of the hypothesis put forward by us at the beginning of the study. **Conclusions.** The comprehensive rehabilitation program offered by us is effective according to research data, therefore it can be recommended for use by the specified category of patients (rheumatoid arthritis patients) in the early stages of the disease.

**Key words:** comprehensive rehabilitation, rheumatoid arthritis, functional activity, physical component of health, quality of life.

**Вступ.** Нині відомо, що ревматоїдний артрит (РА) – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1% населення України. З віком поширеність ревматоїдного артриту зростає. Жінки хворіють на РА у 2–4 рази частіше, у середньому співвідношення жінок і чоловіків становить 3:1, при цьому вражаються представники всіх вікових груп, включаючи дітей та осіб похилого віку, однак пік захворювання припадає на 30–55 років. В Україні загальна кількість хворих на РА – близько 125 тис. [1; 3; 7].

РА характеризується непередбачуваним перебігом та різноманітням клінічних проявів. Встановлено, що найбільш висока швидкість наростання рентгенологічних змін у суглобах виявляється протягом перших двох років захворювання, а у 70% випадків ерозивно-деструктивні зміни виникають у суглобах протягом перших 3–6 місяців від дебюту захворювання, що корелює з несприятливим перебігом процесу [4].

Приблизно у 2/3 хворих РА починається із симетричного олігоартриту, найбільш частим симптомом якого є біль. У дебюті захворювання вони не різко виражені, однак обтяжливо переносяться хворими. Біль, як правило, постійний, посилюється у стані спокою і надмірної фізичної активності, носить дифузний

характер по всьому суглобу. Характерний запальний ритм – посилення болю в другій половині ночі і в ранкові години, до вечора вони слабшають. Больові відчуття можуть виникати в регіонарних м'язах, сухожиллях, зв'язках [2; 6].

Враження осіб працездатного віку призводить до швидкої інвалідизації, а зменшення тривалості життя пацієнтів призводить до великої кількості соціальних проблем. Економічні втрати через РА можуть бути порівняні з витратами на лікування у разі ішемічної хвороби серця та пухлинних захворювань [4; 8].

Прогресуючий перебіг захворювання, висока частота ураження осіб працездатного віку, рано виникаюче зниження функціональних здібностей, втрата професійних і соціальних навичок, значна інвалідизація хворих становлять серйозну загальномедичну і соціальну проблеми, приводячи до величезних економічних втрат [5; 9].

З огляду на вищезазначене використання сучасних підходів у реабілітації у разі ревматоїдного артриту повинно бути спрямоване на більш сприятливе і менш болісне протікання хвороби, зміцнення зв'язок та м'язів, збільшення обсягу рухів у суглобах, що може сприяти скорішому поверненню якості життя і покращенню психічного стану хворих на РА [4; 6; 11; 14].

Останніми роками спостерігається підвищена увага науковців усього світу до проблеми ревматичних захворювань. На сьогодні ревматичні хвороби залишаються найбільш поширеною патологією в усьому світі і в Україні зокрема. На першому місці серед них виступає ревматоїдний артрит – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1% населення в Україні [1; 10; 13].

Ревматоїдний артрит реєструють в усіх регіонах світу без вираженого географічного або кліматичного впливу. Із віком поширеність ревматоїдного артриту зростає. Щорічна захворюваність становить близько двох випадків на 10 тис. населення (0,02%), хоча в різних регіонах вона коливається від одного до 40. Частота захворювання збільшується з віком: у віковій групі 45–54 років вона становить 0,86%, в групі 55–64 років – 1,61–1,23%, серед осіб віком 65 років і більше – 0,90–0,75%. Жінки хворіють на РА у 2–4 рази частіше, у середньому співвідношення жінок і чоловіків становить 3:1. В Україні загальна кількість хворих на РА – близько 125 тис. [3; 7; 9].

За відсутності належного лікування протягом перших 5–6 років після встановлення діагнозу майже половина хворих стає інвалідами, недуга призводить до погіршення загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів, зниження їхньої працездатності [4; 8]. Здебільшого це призводить до підвищення рівня тривожності і депресії [6].

Саме тому питання лікування та реабілітації ревматоїдного артриту є одним із найважливіших, адже зміни у суглобах, які відбуваються при цьому, призводять до обмеження функцій опорно-рухового апарату й подальшої інвалідизації, частих госпіталізацій пацієнтів, що обертаються значними фінансовими витратами для національних економік багатьох країн [5].

Незважаючи на те, що вчені значно просунулися у з'ясуванні етіології артриту, первинні патогенетичні фактори до цього часу не знайдені. Що стосується власних патогенетичних механізмів, то скоріш за все слід говорити про імунну природу цього захворювання.

Причини ревматоїдного артриту до цього часу не встановлені. Відомо, що в основі патологічних змін лежить аутоімунне пошкодження сполучної тканини оболонки суглобів. Але те, що запускає імунну реакцію, поки залишається невідомим. Розвиток захворювання зумовлений багатьма патогенетичними механізмами, які взаємодіють у генетично схильному до виникнення ревматоїдного артриту організмі [3; 5].

Хвороба може виникати після травм, стресів, інфекційних захворювань, переохолодження, у період гормональної перебудови тощо, але це лише зовнішні чинники, що реалізують внутрішні глибинні механізми ревматоїдного артриту [13].

Об'єктивні зміни у разі ревматоїдного артриту включають скупчення внутрішньосуглобового ексудату, набряклість, різку пальпаторну болючість, рухові обмеження, локальну гіперемію і гіпертермію шкіри. Прогресування ревматоїдного артриту веде до фіброзування синовіальної мембрани і періартикулярних тканин і, як наслідок, до розвитку деформування суглобів, контрактур, підвивихів. У результаті ревматоїдного артриту настає анкілоз і нерухомість суглобів [3; 5].

Відзначається болючість під час пальпації, припухлість, малорухливість, підвищення температури шкіри над суглобом. Характерне відчуття скутості у суглобах, більш виражене вранці. Уранішня скутість більше однієї години майже завжди свідчить про артрит. Захворювання характеризується хвилеподібною течією з періодами загострення й ремісії. У міру прогресування хвороби розвиваються деформації суглобів, пов'язані з частковим руйнуванням суглобового хряща, розтягуванням сухожиль і капсули суглоба [7; 13].

За сучасними уявленнями поряд із медикаментозною терапією у системі відновлення здоров'я хворих на ревматоїдний артрит важлива роль належить реабілітації. Ретельно підібрані засоби реабілітації сприяють призупиненню подальшого прогресування захворювання, відновленню функцій уражених суглобів, покращенню фізичного й психічного станів хворого [6; 11].

Сучасні засоби реабілітації, такі як ортези, тютори, надягаються на ніч для підтримання амплітуди рухів у суглобах і правильного положення, урахуваючи індивідуальні можливості кожного хворого, що є ефективним у лікуванні хворих на ревматоїдний артрит [14].

Доцільність використання таких засобів фізичної реабілітації, які збільшують м'язову силу, зумовлена тим, що слабкість м'язів спостерігається приблизно у 80% хворих, котрі страждають на ревматоїдний артрит. Іншою причиною може бути обмежений рівень рухової активності. У разі повної іммобілізації, наприклад під час призначення ліжкового режиму, рівень м'язової сили може знижуватися з інтенсивністю близько 3% у день у перший тиждень.

Регулярні заняття знижують ступінь тяжкості захворювання, викликаючи ослаблення больового відчуття, зменшуючи кількість хворобливих суглобів [4; 8].

Стратегії відновлення повсякденної активності у разі ревматоїдного артриту базуються на необхідності подолання хронічного болю при цьому захворюванні та покликані допомогти пацієнтові впоратися з хронічним болем суглобів. Адаптивні стратегії забезпечують більш високий рівень адаптації, позитивну динаміку захворювання, більш швидке відновлення. Використання дезадаптивних стратегій, як правило, пов'язане з прогресуванням захворювання, зниженням якості життя і зростанням психічної дезадаптації. Формування навичок ефективного подолання хронічного болю є перспективним напрямом профілактики і лікування пацієнтів з РА [10; 11].

Сучасні підходи в реабілітації переживають важливий етап становлення знань, що виражається в переході від нозоцентричного до адаптаційного уявлення в розумінні проблеми здоров'я і хвороби; виникає необхідність цілісного розгляду людини в єдності його біологічних, психологічних і соціальних властивостей [1; 13].

У зв'язку з цим у практичній діяльності фізичного терапевта з'являється поняття стратегій подолання хронічного болю – копінг-стратегії. Насамперед використання стратегії

подолання хронічного болю полягає у зменшенні болісних відчуттів під час лікування, емоційному покращенню стану і якості життя хворих, а отже, може бути ефективним засобом реабілітації у разі РА [4; 6; 7; 14].

Аналізуючи літературні джерела, ми дійшли висновку, що для того, щоб повернути особам, хворим на РА, силу м'язів та попередити розвиток контрактури з мінімальним відчуттям болю, покращити емоційний стан і якість життя, необхідно додатково використовувати сучасні засоби реабілітації.

Відзначені протиріччя дозволяють сформулювати проблему дослідження, яка полягає в науковому обґрунтуванні і розробці програми реабілітації для підвищення якості життя осіб з ревматоїдним артритом.

**Мета роботи** – оцінити ефективність застосування запропонованої комплексної програми реабілітації жінок з ревматоїдним артритом для відновлення повсякденної активності.

**Матеріал та методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань була проведена експериментальна робота, в процесі якої використовували метод визначення ступеня болю за шкалою категорій болю та методіку оцінки якості життя за Опитувальником "SF-36 HEALTH STATUS SURVEY" [12].

Застосована шкала категорій болю є спрощеним варіантом визначення ступеня болю і за рахунок характеристик інтенсивності болю – «біль відсутній», «слабкий», «помірний», «сильний», «максимальний біль» – оцінка болю є більш точною ніж за візуальною аналоговою шкалою оцінки болю.

Опитувальник SF-36 складався з 36 питань, які формували 8 шкал: фізичне функціонування; загальне здоров'я; рольове фізичне функціонування; рольове емоційне функціонування; соціальне функціонування; інтенсивність болю; життєздатність; психічне здоров'я. Результати опитування виражались у балах від 0 до 100 за кожною з восьми шкал, де 100 балів представляє повне здоров'я. Всі шкали формують два показники: психологічне і фізичне благополуччя. Чим вищий бал за шкалою опитувальника SF-36, тим кращий показник ЯЖ.

Програма реабілітації для жінок, хворих на ревматоїдний артрит, базувалась на використанні базисної терапії, засобів ерготерапії, ортезів та емоційно-орієнтованого копіngu.

Нами було заохочено жінок, хворих на РА (ревматоїдний артрит, поліартрит, серопозитивний, повільно прогресуючий перебіг, активність I–II ступеня, II – функціональний клас), яких було розподілено на контрольну і основну групи.

Під час дослідження фіксували дані контрольної та основної груп на початку реабілітації та наприкінці за шкалою категорій болю та опитувальником SF-36: загальне здоров'я, рольове фізичне функціонування, рольове емоційне функціонування, соціальне функціонування, інтенсивність болю, життєздатність та психічне здоров'я, якість життя. За допомогою математично-статичної обробки проаналізували ефективність запропонованої комплексної програми з використанням сучасних засобів реабілітації для хворих на РА.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На початку та наприкінці дослідження було проведено оцінку ступеня болю за шкалою категорій болю та реєстрацію показників за опитувальником оцінки якості життя «SF-36» фізичного (фізичне функціонування, рольове функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров'я) і психологічного (життєдіяльність, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров'я) благополуччя жінок із РА.

Порівняльний аналіз результатів оцінки ступеня болю контрольної і основної груп на початку дослідження показав, що контрольна група набрала середній показник – 53,8 бала, а основна – 52,8 бала. За шкалою категорій болю жінки, хворі на РА, відчують помірний біль. Це свідчило про однорідність обох груп за ступенем болю.

Опитування тематичних жінок дали такі результати за 100-бальною шкалою оцінки якості життя “SF-36” фізичного благополуччя: фізичне функціонування контрольної групи – 52,2 бала і основної – 54,2 бала; рольове функціонування контрольної групи показало 55,1 бала та основної – 55,6 бала;

інтенсивність болю становила: контрольна – 44,8 бала, основна – 46,1 бала; контрольна група із загального здоров'я (33) набрала у середньому 57,8 бала, а основна – 59,4 бала. Фізичний компонент здоров'я за нашими підрахунками на початку дослідження становив у контрольній групі 60,1 бала, в основній – 54,2 бала, що є незначною різницею порівняно з отриманими результатами.

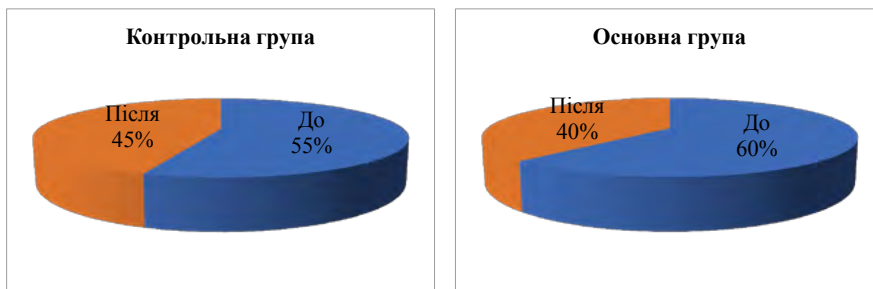
До початку реабілітації стан психологічного благополуччя за оцінкою якості життя “SF-36” за компонентом життєдіяльності в обох групах становив 51,9 бала; соціальне функціонування контрольної групи було оцінено в 49,2 бала, основної – 56,8 бала; емоційне функціонування – 59,9 і 56,5 бала; психологічне здоров'я – 59,8 і 58,04 бала; психологічний компонент здоров'я контрольної та основної груп на початку дослідження становив 54,8 і 57,2 бала. За отриманими результатами показників психологічного благополуччя видно, що значної різниці в балах не встановлено, тому обидві групи є однорідними.

Наступним кроком нашого дослідження став аналіз показників після проведення реабілітаційного втручання. Так, нами було встановлено, що за оцінкою ступеня болю результати контрольної та основної груп на початку фактично не відрізнялись:  $53,8 \pm 2,02$  бала та  $52,8 \pm 2,40$  бала при  $p < 0,05$ , що становить різницю у 1%, проте результати наприкінці дослідження становили  $43,4 \pm 1,54$  бала і  $32,5 \pm 1,06$  бала при  $p < 0,05$  та показали різницю в 10% (рис. 1).

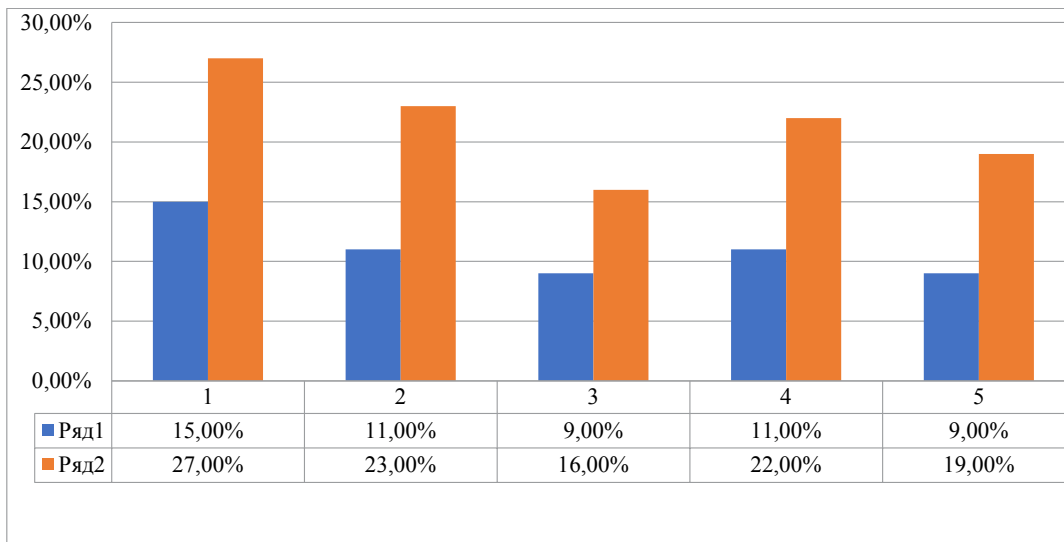
Отже, покращення спостерігається серед представниць обох груп після реабілітації, проте в основній групі показник значно нижчий, ніж у представниць контрольної групи, що підтверджує ефективність запропонованої нами програми реабілітації для жінок, хворих на РА.

На рис. 1 зображено порівняльну характеристику оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю контрольної та основної груп на початку та наприкінці дослідження у відсотках.

Отримані результати оцінки ЯЖ за опитувальником SF-36 дають нам можливість

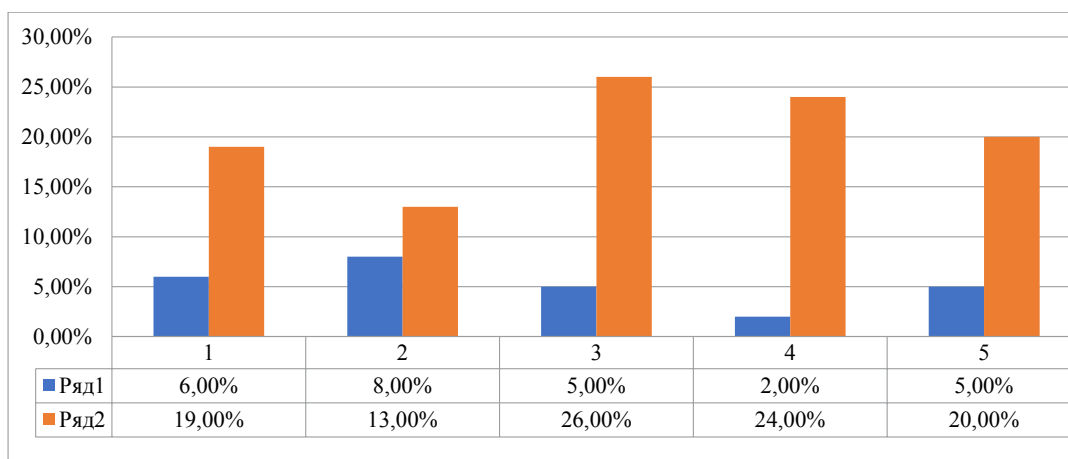


**Рис. 1. Динаміка ступеня болю жінок з ревматоїдним артритом, %**



**Рис. 2. Динаміка показників фізичного благополуччя жінок з ревматоїдним артритом, %**

Примітки: ряд 1 – представниці контрольної групи, ряд 2 – представниці основної групи. 1 – фізичне функціонування, 2 – рольове функціонування, 3 – інтенсивність болю, 4 – загальне здоров'я, 5 – фізичний компонент здоров'я



**Рис. 3. Динаміка показників фізичного благополуччя жінок з ревматоїдним артритом, %**

Примітки: ряд 1 – контрольна група, ряд 2 – основна група. 1 – життєдіяльність, 2 – соціальне функціонування, 3 – емоційне функціонування, 4 – психологічне здоров'я, 5 – психологічний компонент здоров'я

бачити покращення в обох групах, проте в основній групі показники фізичного компонента здоров'я значно відрізняються від показників контрольної групи. Так, з даних, наведених на рис. 2, видно, що фізичне функціонування у представниць контрольної групи, яким було призначено лише базову терапію та класичний реабілітаційний підхід, приріст становить 15% порівняно з основною групою, де покращення відбулось більш значне і становить 27%. Таким чином, це підтверджує ефективність рекомендованої нами реабілітаційної програми, яка сприяла покращенню функціонального стану порівняно із загальноприйнятою базовою терапією на 12%.

Рольове функціонування представниць контрольної групи продемонструвало покращення на 11% ( $p < 0,05$ ) порівняно з основною групою, де приріст становить 23%. Нами було встановлено, що різниця в представниць контрольної та основної груп після проведення реабілітаційної програми становить 12%, що також доводить ефективність застосування запропонованих засобів реабілітації.

Інтенсивність болю за опитувальником SF-36 представниць контрольної групи знизилась на 9%, у жінок основної групи майже на 16%, отже, різниця інтенсивності болю між обома групами становить майже 7% ( $p < 0,05$ ).

Загальне здоров'я жінок контрольної групи становило приріст у 11%, а представниць основної групи поліпшилось з приростом аж у 22%. Встановлено, що загальне здоров'я жінок основної групи покращилось удвічі (на 11%,  $p < 0,05$ ).

Результати фізичного компонента здоров'я за опитувальником SF-36 контрольної групи продемонстрували приріст у 9% порівняно з основною групою, де приріст був 19%. Показано достовірну різницю на 10%, що дає нам підстави стверджувати про покращення фізичного показника жінок з РА основної групи у разі проведення реабілітації з використанням запропонованих засобів, а саме ерготерапії та ортезів на ніч.

На рис. 2 представлено динаміку приросту показників фізичного благополуччя представ-

ниць контрольної і основної груп у відсотках.

У разі визначення показників психічного компонента здоров'я за опитувальником якості життя SF-36 нами також встановлено покращення серед представниць обох груп, проте в основній групі отримані результати значно відрізнялись від результатів контрольної групи.

Як видно з даних, наведених на рис. 3, нами показано, що життєдіяльність жінок контрольної групи покращилась усього на 6% порівняно з основною групою, де приріст становить 19%.

Таким чином, отримані під час дослідження результати оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю, показниками фізичного і психічного компонента здоров'я за опитувальником якості життя SF-36 підтверджують висунуту нами гіпотезу, що відновленню повсякденної активності жінок з ревматоїдним артритом сприяє покращення якості життя за рахунок поліпшення загального психічного стану та менш болісного протікання хвороби. Всьому вище перерахованому буде сприяти додаткове використання сучасних підходів у реабілітації – ерготерапії, ортезів та емоційно-орієнтованого копінгю під час відновлення.

**Висновки.** Під час дослідження функціонального стану організму та якості життя хворих на ревматоїдний артрит з'ясовано, що більшість (72%) хворих на ревматоїдний артрит становлять жінки.

Застосування комплексного підходу в реабілітації спрямоване на зниження болісного протікання хвороби, покращення функціонального стану опорно-рухового апарату та психічного здоров'я, що дозволить ефективно контролювати протікання захворювання та сприяє покращенню якості життя.

Після застосування запропонованої програми реабілітації отримані результати показників ступеня болю та якості життя за опитувальником SF-36 фізичного і особливо психічного компонентів, достовірно вищі ( $p < 0,05$ ) в основній групі порівняно з показниками жінок з ревматоїдним артритом контрольної групи.

Ефективність програми реабілітації із застосуванням сучасних підходів (ерготерапії, ортезів та емоційно-орієнтованого копінгу) вказує на відновлення повсякденної активності жінок з ревматоїдним артритом за рахунок покращення якості життя на фоні поліпшення загального психічного і фізичного стану та менш болісного протікання хвороби,

### Література

1. Гонт А.А., Зарудна О.І. Ревматоїдний артрит – історія, сучасні погляди, тактика, результат. *Медсестринство*. 2020. 4:30–36.
2. Григус І.М., Ногас А.О. Комплексний аналіз больового синдрому у пацієнтів з ревматоїдним артритом. *Медичні перспективи*. 2023. 28(1):148–152. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276049>.
3. Кононенко Н.М., Чікіткіна В.В. Основні методи фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022, 4(38):19–24. DOI: [10.26693/jmbs07.04.019](https://doi.org/10.26693/jmbs07.04.019).
4. Коритко З.І., Поник Р.М., Купріненко О.В. Вплив засобів фізичної реабілітації на якість життя хворих при ревматоїдному артриті. *Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія*. 2019. 4(88):45–52.
5. Кривенко В.І., Федорова О.П., Непрядкіна І.В. та ін. Основні ревматичні захворювання в практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини : навчальний посібник для лікарів, лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» та «Внутрішні хвороби». Запоріжжя. 2020. 142.
6. Курята О.В., Сіренко О.Ю., Лисунець Т.К. Біль у суглобах у хворих ревматологічного профілю: роль контролю тривозно-депресивних розладів. *Український ревматологічний журнал*. 2017. 2(68):52–57.
7. Ногас А.О. Оцінка функціональних порушень верхніх кінцівок у хворих на ревматоїдний артрит. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2023. 8(1):57–58. DOI: [10.26693/jmbs08.01.208](https://doi.org/10.26693/jmbs08.01.208).
8. Ногас А.О. Покращення якості життя хворих на ревматоїдний артрит за допомогою фізичної активності. *Rehabilitation & recreation*. 2022. 13:48–53. DOI: [10.32782/2522-1795.2022.13.6](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.13.6).
9. Поник Р.М., Коритко З.І. Захворюваність та особливості реабілітації хворих на ревматоїдний артрит в умовах сьогодення. *Здобутки*

що є підтвердженням гіпотези, висунутої нами на початку дослідження.

Запропонована нами програма реабілітації є ефективною за даними дослідження, тому може бути рекомендована для застосування зазначеною категорією хворих (хворих на ревматоїдний артрит) на ранніх стадіях захворювання.

### References

1. Hont, A.A., Zarudna, O.I. (2020). Revmatoidnyi artryt – istoriia, suchasni pohliady, taktyka, rezultat [Rheumatoid arthritis – history, current views, tactics, outcome]. *Medsestrynstvo*. 4:30–36. DOI: [10.11603/2411-1597.2020.4.11870](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.4.11870) [in Ukrainian].
2. Grygus, I., Nogas, A. (2023). Comprehensive analysis of pain syndrome in patients with rheumatoid arthritis. *Med. perspekt.* 28(1):148–152. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276049>.
3. Kononenko, N.M., Chikitkina, V.V. (2022). Osnovni metody fizychnoi reabilitatsii khvorykh na revmatoidnyi artryt [Basic methods of physical rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis]. *Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu*. 4(38):19–24. DOI: [10.26693/jmbs07.04.019](https://doi.org/10.26693/jmbs07.04.019) [in Ukrainian].
4. Korytko, Z.I., Ponyk, R.M., Kuprinenko, O.V. (2019). Vplyv zasobiv fizychnoi reabilitatsii na yakist zhyttia khvorykh pry revmatoidnomu artryti [Influence of physical rehabilitation means on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis]. *Eksperymentalna ta klinichna fiziologhiia i biokhimiia*. 4(88):45–52 [in Ukrainian].
5. Kryvenko, V.I., Fedorova, O.P., Nepriadkina, I.V. ta in. (2020). Osnovni revmatychni zakhvoriuvannia v praktytsi likaria zahalnoi praktyky – simeinoi medytsyny: navchalnyi posibnyk dlia likariv, likariv-interniv za fakhom «Zahalna praktyka-simeina medytsyna» ta «Vnutrishni khvoroby» [The main rheumatic diseases in the practice of a general practitioner – family medicine: a study guide for doctors, interns in the specialty “General practice-family medicine” and “Internal diseases”]. *Zaporizhzhia*. 142 [in Ukrainian].
6. Kuriata, O.V., Sirenko, O.Iu., Lysunets, T.K. (2017). Bil u suhlobakh u khvorykh revmatolohichnoho profilu: rol kontroliu tryvozno-depresyvnykh rozladiv [Joint pain in rheumatological patients: the role of anxiety-depressive disorders control]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2(68):52–57 [in Ukrainian].



клінічної і експериментальної медицини. 2019. 3:183–187. DOI: 10.11603/1811-2471.2019.v.i3.10504.

10. Hassan A.A., Nasr M.H., Mohamed A.L., Kamal A.M., Elmoghazy A.D. Psychological affection in rheumatoid arthritis patients in relation to disease activity. *Medicine (Baltimore)*. 2019. 98(19):e15373. DOI: 10.1097/MD.00000000000015373.

11. Grygus I., Nogas A. Main provisions of the concept of physical therapy for patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2020. 10(3):340–351. DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.03.037>.

12. Lins L., Carvalho F.M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med*. 2016. 4:2050312116671725. DOI: 10.1177/2050312116671725.

13. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S.W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020. 396(10267):2006–2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

14. Pozmogova N., Bogdanovska N., Kalonova I., Boichenko C., Bessarabova O. Effect of occupational therapy intervention in a comprehensive rehabilitation program on patients with early rheumatoid arthritis. *Journal of Physical Education and Sport*. 2021.10:3024–3029. DOI: 10.7752/jpes. 2021. s5402.

Отримано: 27.10.2023

Прийнято: 14.11.2023

Опубліковано: 28.12.2023

7. Nogas, A.O. (2023). Otsinka funktsionalnykh porushen verkhnikh kintsivok u khvorykh na revmatoidnyi artryt [Assessment of functional disorders of the upper limbs in patients with rheumatoid arthritis]. *Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu*. 8(1):57–58 [in Ukrainian].

8. Nogas, A.O. (2022). Pokrashchennia yakosti zhyttia khvorykh na revmatoidnyi artryt za dopomohoiu fizychnoi aktyvnosti [Improving the quality of life of patients with rheumatoid arthritis through physical activity]. *Rehabilitation & recreation*. 13:48–53 [in Ukrainian].

9. Ponyk, R.M., Korytko, Z.I. (2019). Zakhvoriuvanist ta osoblyvosti reabilitatsii khvorykh na revmatoidnyi artryt v umovakh sohodennia [The incidence and features of rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis in the current conditions]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny*. 3:183–187 [in Ukrainian].

10. Hassan, A.A., Nasr, M.H., Mohamed, A.L., Kamal, A.M., Elmoghazy, A.D. Psychological affection in rheumatoid arthritis patients in relation to disease activity. *Medicine (Baltimore)*. 2019. 98(19):e15373. DOI: 10.1097/MD.00000000000015373.

11. Grygus, I., Nogas, A. Main provisions of the concept of physical therapy for patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2020. 10(3):340–351. DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.03.037>.

12. Lins, L., Carvalho, F.M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med*. 4:2050312116671725. DOI: 10.1177/2050312116671725.

13. Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S.W., Chatterji, S., Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 396(10267):2006–2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

14. Pozmogova, N., Bogdanovska, N., Kalonova, I., Boichenko, C., Bessarabova, O. (2021). Effect of occupational therapy intervention in a comprehensive rehabilitation program on patients with early rheumatoid arthritis. *Journal of Physical Education and Sport*. 10:3024–3029. DOI: 10.7752/jpes. s5402.

Received on: 27.10.2023

Accepted on: 14.11.2023

Published on: 28.12.2023