

УДК 615.825:616.72-002.77

DOI <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.8>

Ногас Анжела Олександрівна,
кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент,
доцент кафедри медико-біологічних дисциплін
Навчально-наукового інституту охорони здоров'я
Національного університету водного господарства та природокористування
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1287-9828>

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ У РЕЗУЛЬТАТІ ВПЛИВУ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Анотація. Актуальність. Захворювання на ревматоїдний артрит має аутоімунний, прогресуючий характер, призводить до деформації суглобів і порушення їх функціональної здатності, зниження повсякденної діяльності, що негативно впливає на стан здоров'я та якість життя пацієнтів. Хворі потребують довготривалого лікування та реабілітації. Тому вивчення думки пацієнтів щодо результатів відновного лікування, а також самооцінки хворими стану свого здоров'я є актуальним питанням.

Мета роботи: оцінити її проаналізувати ефективність запропонованої програми фізичної терапії пацієнтів з ревматоїдним артритом за результатами Стенфордської анкети оцінки здоров'я.

Матеріали та методи. Обстежено 188 пацієнтів з ревматоїдним артритом, середній вік яких склав $44,9 \pm 7,6$ років. Усі хворі були розподілені методом рандомізації на контрольну ($n=92$) та основну ($n=96$) групи. Для оцінки стану здоров'я пацієнтів з ревматоїдним артритом використовували Стенфордську анкету оцінки здоров'я (Health Assessment Questionnaire). Отриманий цифровий матеріал обробляли статистично з використанням пакета статистичного аналізу Statistica 10 (Serial Number: STA999K347150-W).

Результати дослідження. Сумарний показник Стенфордської анкети оцінки здоров'я на початку дослідження у пацієнтів з ревматоїдним артритом контрольної групи склав $-6,3 \pm 0,7$ бали, у хворих основної групи $-6,5 \pm 9,5$ бали, що вказує на низьку самооцінку стану здоров'я. Через 3 місяці після проведених як стандартного лікування, так і фізичної терапії виявлено покращення результатів самооцінки стану здоров'я у пацієнтів обох груп. Однак, достовірно кращі зміни відбулися у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною групою. При повторному обстеженні через 6 місяців у пацієнтів обох груп також спостерігалася позитивна динаміка покращення стану здоров'я. Водночас, сумарний бал Стенфордської анкети оцінки здоров'я в основній групі достовірно перевищував показник контрольної групи і став наближеним до нормального значення, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної терапії для пацієнтів основної групи.

Висновки. Розроблена програма фізичної терапії/реабілітації виявила значно кращий вплив на показники оцінки здоров'я при проведеному анкетуванні, на відміну від загальноприйнятого відновного лікування. Це виразилося у покращенні функціональної здатності суглобів при виконанні повсякденної діяльності пацієнтів основної групи з ревматоїдним артритом, що підтверджує ефективність запропонованої програми фізичної терапії.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, оцінка стану здоров'я, анкетування, програма фізичної терапії.

Nogas A. O. Assessment of the health status of patients with rheumatoid arthritis as a result of the impact of a physical therapy programme

Abstract. Relevance. Rheumatoid arthritis is an autoimmune, progressive disease that leads to joint deformities and impaired functional capacity, reduced daily activities, which negatively affects the health and quality of life of patients. Patients need long-term treatment and rehabilitation. Therefore, studying patients' opinions on the results of rehabilitation treatment, as well as patients' self-assessment of their health status, is an important issue.

Objective of the study. The purpose of our study was to evaluate and analyse the effectiveness of the proposed physical therapy programme for patients with rheumatoid arthritis based on the results of the Stanford Health Assessment Questionnaire.

Materials and methods. A total of 188 patients with rheumatoid arthritis were examined, with an average age of 44.9 ± 7.6 years. All patients were randomly assigned to the control ($n=92$) and main ($n=96$) groups. The Stanford Health Assessment Questionnaire was used to assess the health status of patients with rheumatoid arthritis. The obtained digital material was processed statistically using the Statistica 10 statistical analysis package (Serial Number: STA999K347150-W).

Research results. The total score of the Stanford Health Assessment Questionnaire at the beginning of the study in patients with rheumatoid arthritis in the control group was 6.3 ± 0.7 points, in patients in the main group -6.5 ± 9.5 points, indicating a low self-assessment of health. After 3 months of both standard treatment and physical therapy, the results of self-assessment of health status were found to improve in patients of both groups. However, significantly better changes occurred in patients of the main group compared to the control group. During the repeated examination in 6 months, patients in both groups also showed positive dynamics of health improvement. At the same time, the total score of the Stanford Health Assessment Questionnaire in the main group significantly exceeded that of the control group and became close to normal, which indicates the effectiveness of the proposed physical therapy programme for patients in the main group.

Conclusions. *The developed programme of physical therapy/rehabilitation showed a significantly better effect on the health assessment indicators in the questionnaire, in contrast to the conventional rehabilitation treatment. This was reflected in an improvement in the functional capacity of the joints in performing daily activities of patients in the main group with rheumatoid arthritis, which confirms the effectiveness of the implemented physical therapy programme.*

Key words: *rheumatoid arthritis, health assessment, questionnaire, physical therapy programme.*

Вступ. Ревматоїдний артрит розглядаються у всьому світі як одна з найбільш поширених патологій та як одна з найбільш значимих медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства [1]. Дане захворювання характеризується неспецифічним симетричним артритом, позасуглобовими змінами та системними симптомами. Ревматоїдний артрит типово уражає дрібні суглоби кистей і стоп та зазвичай двобічно з симетричним розподілом [2; 3].

Поширеність ревматоїдного артрити по всьому світу становить 0,5–1,5%. В Україні налічується понад 118 тис. хворих на РА, серед них близько 54 тис. осіб – працездатного віку. Захворюваність становить 15,2% на 100 тис. населення. Жінки хворіють у 2–5 разів частіше, ніж чоловіки [4]. Це зумовлено тим, що недостатніми є профілактичні заходи, спрямовані на раннє виявлення захворювання, дуже повільно впроваджуються сучасні методи діагностики та лікування ревматоїдного артрити, недостатня кількість медикаментів та обладнання [5].

Захворювання досить швидко переростає у хронічну форму, призводить до частоті і тривалості госпіталізації пацієнтів, зниження їх працездатності та погіршення якості життя [6]. Зростання інвалідності є найважливішим соціально-економічним наслідком ревматоїдного артрити, що вже на ранній стадії розвитку хвороби стає позитивною проблемою у 27% хворих протягом перших трьох років після початку хвороби, а через 8–11 років виникає приблизно у 85 % пацієнтів. Хворі потребують постійного сучасного медикаментозного лікування, проведення реабілітаційних заходів, обов'язкової госпіталізації при загостренні хвороби [7; 8].

У результаті запального процесу верхніх кінцівок пацієнтів із ревматоїдним артритом спостерігається зменшення амплітуди рухів у суглобах, зниження м'язової сили [9]. Ранньою та постійною ознакою ревматоїдного артрити є прогресуюча атрофія м'язів, що призводить до різкого занепаду сил, м'язової слабкості та супроводжується значним зменшенням або припиненням рухової активності пацієнта [10; 11].

Дослідження різних науковців засвідчили, що біль, відсутність контролю над болем і незадоволення дієздатністю впливають на психологічне

благополуччя, самоповагу та адаптацію до хвороби. Доведено, що високі рівні тривоги і депресії є пов'язані з втомою, болем і низьким рівнем сприйняття. Окрім цього, пацієнти маючи нижчу самооцінку, менш задоволені наданою їм підтримкою, демонструють зменшення активності в дозвіллі, відчувають себе менш незалежними і пристосованими та оцінюють своє здоров'я як значно гірше [11; 12; 13; 14].

Незважаючи на широке впровадження в клінічну практику високоефективних біологічних препаратів, ревматоїдний артрит залишається досить стійким до лікування. Сучасні протиревматичні медикаментозні препарати часом не є достатньо ефективними та мають багато побічних ефектів [15].

Контрольоване лікування ревматоїдного артрити сприятиме покращенню його наслідків та збереженню стану здоров'я і якості життя пацієнтів [3; 6]. Диференційована стратегія відновного лікування пацієнтів з ревматоїдним артритом полягає у розробці та реалізації комплексної терапевтичної програми, що включає додатково до консервативної терапії застосування і немедикаментозних заходів [9; 16]. Важливою є спільна участь пацієнта, його родичів, лікаря та фізичного терапевта в дотриманні відповідних методів лікування, покращанні стану здоров'я і якості життя пацієнта, що позитивно відзначатиметься на ефективності відновного лікування [17; 18; 19].

Пацієнти з ревматоїдним артритом потребують довготривалого медикаментозного лікування та проведення реабілітаційних заходів. Вивчення думки пацієнтів щодо проведеного курсу лікування, реабілітації, а також самооцінки хворими стану свого здоров'я є актуальним питанням.

Мета дослідження – оцінити й проаналізувати ефективність запропонованої програми фізичної терапії пацієнтів з ревматоїдним артритом за результатами Стенфордської анкети оцінки здоров'я.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проведено на базі ревматологічного відділення і відділення відновного лікування традиційними та нетрадиційними методами Кошарського підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка». Обстежено 188 пацієнтів із ревматоїдним артритом, середній

вік яких склав $44,9 \pm 7,6$ років. Всі хворі були розподілені методом рандомізації на контрольну ($n=92$) та основну ($n=96$) групи.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Обстежені пацієнти брали участь у проведеному дослідженні цілком за власним бажанням, що підтверджується особистим підписанням відповідної інформованої згоди.

Для самооцінки стану здоров'я пацієнтів з ревматоїдним артритом використовували Стенфордську анкету оцінки здоров'я (Health Assessment Questionnaire) [19]. Пацієнтам запропоновано вісім запитань і чотири варіанти відповідей, які оцінювали в балах: вільно – 0, із незначним утрудненням – 1 бал, зі значним утрудненням – 2 бали, не можу виконати – 3 бали. Оцінка результатів проводилася три рази: до початку курсу фізичної терапії, через 3 місяці та через 6 місяців у процесі проведення реабілітаційних заходів.

Хворі лікувалися згідно з нормативним протоколом МОЗ України і знаходилися під наглядом лікарів [2]. На тлі медикаментозної терапії пацієнтам, відповідно до ступеня тяжкості хвороби та з урахуванням хронічного періоду, проводили реабілітаційні заходи.

Пацієнти контрольної групи проходили реабілітацію відповідно до рекомендацій нормативного документа МОЗ України [2] (додаток 1), згідно з яким застосовували стандартні реабілітаційні заходи (фізичні вправи, масаж, апаратну фізіотерапію).

Хворі основної групи займалися за запропонованою технологією реабілітаційних заходів. Програму фізичної терапії розробляли для кожного пацієнта на довготривалий термін, що складав 6 місяців з урахуванням вікових категорій (розподіл на молодий та середній вік), функціональної недостатності суглобів та ступеню активності ревматоїдного артриту.

Нами обґрунтована та розроблена програма фізичної терапії з персоналізованим підходом до пацієнтів з ревматоїдним артритом, відповідно до доменів МКФ, з урахуванням чинників, що впливають на рівень функціональних порушень, стан здоров'я та якість життя.

До програми фізичної терапії включали: терапевтичні вправи з урахуванням періоду захворю-

вання та функціональної недостатності суглоба (лікування положенням, статичні, пасивні та активні вправи з допомогою, без допомоги, з опором); вправи з предметами, спеціальні вправи для поліпшення амплітуди рухів в уражених суглобах та м'язової сили. Рекомендували виконання вправ на розгинання і відведення кінцівок для підвищення тону м'язів, що здійснюють згинання і приведення, та для зниження тону м'язів, що розгинають і відводять кінцівку.

Застосовували лікувальний масаж і навчали хворого проводити самомасаж, фізіотерапевтичні процедури, гідротерапію, ортезування, кінезіотейпування верхніх кінцівок, механотерапію та психологічну підтримку. Гідротерапію застосовували для поліпшення циркуляції, зменшення суглобового болю і м'язового спазму. Методику механотерапії диференціювали залежно від особливостей клінічних форм ураження суглобів для поліпшення амплітуди рухів, розтягнення та покращення еластичності м'язів та зв'язок, відновлення сили м'язів та рухової функції суглобів верхніх кінцівок.

Статистичний опис вибірок здійснено методом визначення середнього арифметичного (M) і його помилки (m). Критерієм достовірності оцінок служив рівень значущості з вказівкою вірогідності помилкової оцінки (p). Оцінку різниці середніх вважали значущою при $p < 0,05$. Отриманий цифровий матеріал обробляли статистично з використанням пакета статистичного аналізу Statistica 10 (Serial Number: STA999K347150-W).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано згідно теми НДР «Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні технології відновлення та підтримки здоров'я людини» на 2017–2021 рр. (номер державної реєстрації 0117U007676), теми НДР на 2019–2024 рр. «Відновлення здоров'я осіб різного віку засобами фізичної терапії та ерготерапії» (номер державної реєстрації 0119U002877), теми НДР на 2022–2026 рр. «Організаційні та методичні особливості фізичної терапії, ерготерапії осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0122U200755).

Результати дослідження. Для встановлення впливу ефективності лікування та запропонованої програми фізичної терапії на оцінку здоров'я нами проведено Стенфордську оцінку здоров'я пацієнтів. Так, сумарний показник на початку дослідження у пацієнтів контрольної групи склав – $6,3 \pm 0,7$ бали та основної групи – $6,5 \pm 9,5$ бали. Найважче пацієнтам було одягнутися, включаючи зав'язування шнурків і застібання гудзиків,

відкрити і закрити кран, піднести повну чашку до рота, нахилитися і підняти предмет з підлоги.

Проведене анкетування на початку дослідження підтвердило негативний вплив наявних порушень функціонального стану суглобів, зокрема основних функцій верхніх кінцівок на низьку самооцінку стану здоров'я у пацієнтів з ревматоїдним артритом.

Через 3 місяці після проведених як стандартного лікування, так і фізичної терапії, ми виявили покращення результатів самооцінки стану здоров'я у пацієнтів обох груп.

Водночас, достовірно кращі зміни відбулися у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною групою. Так, у пацієнтів основної групи

через 3 місяці сумарний показник знизився до $3,9 \pm 11,1$ бала, у контрольної групи цей показник був гіршим і становив $4,7 \pm 2,3$ бали (табл. 1) ($\bar{X} \pm S$) ($p < 0,05$).

Такі дані свідчать про вищу самооцінку стану свого здоров'я пацієнтів основної групи, порівняно з вихідними даними та з показниками пацієнтів контрольної групи. Детальні дані щодо оцінки складових частин Стенфордської анкети оцінки здоров'я представлено в табл. 1.

При повторному анкетуванні через 6 місяців за результатами відповідей на запитання Стенфордської анкети оцінки здоров'я ми вираховували середній бал за окремими позиціями даного опитувальника. Так, зменшилася кількість пацієнтів

Таблиця 1

Оцінка стану здоров'я пацієнтів з ревматоїдним артритом на початку дослідження та через 3 місяці після курсу фізичної терапії/реабілітації (Стенфордська анкета оцінки здоров'я)

Чи здатні Ви в даний момент:	На початку дослідження (бали)		Через 3 місяці після курсу фізичної терапії/реабілітації (бали)	
	ОГ (n=96)	КГ (n=92)	ОГ (n=96)	КГ (n=92)
одягнутися, включаючи зав'язування шнурків і застібання гудзиків?	1,3±0,7	1,2±0,2	0,9±1,1	1,0±0,1
лягти в ліжку і встати?	0,6±1,4	0,5±0,5	0,3±1,7	0,3±0,2
піднести повну чашку до рота ?	1,1±0,9	1,1±0,9	0,7±1,3	0,8±1,2
здійснювати прогулянки біля дому?	0,3±1,7	0,3±0,2	0,1±0,9	0,2±0,8
вимити і витерти все тіло?	0,6±1,4	0,7±0,3	0,3±1,7	0,4±0,6
нахилитися і підняти предмет з підлоги ?	0,7±1,3	0,8±0,2	0,4±1,6	0,5±0,4
відкрити і закрити кран ?	1,4±0,6	1,4±0,4	1,0±1,0	1,2±0,2
сісти в машину і вийти з неї ?	0,5±1,5	0,6±0,4	0,2±1,8	0,3±0,1
Сумарний бал	6,5±9,5	6,3±0,7	3,9±11,1*	4,7±2,3

Примітка: * $p < 0,05$ між показниками основної та контрольної групи

Таблиця 2

Оцінка стану здоров'я пацієнтів з ревматоїдним артритом через 6 місяців після курсу фізичної терапії/реабілітації (Стенфордська анкета оцінки здоров'я)

Чи здатні Ви в даний момент:	Через 3 місяці після курсу фізичної терапії/реабілітації (бали)		Через 6 місяців після курсу фізичної терапії/реабілітації (бали)	
	ОГ (n=96)	ОГ (n=96)	ОГ (n=96)	КГ (n=92)
одягнутися, включаючи зав'язування шнурків і застібання гудзиків?	0,9±1,1	0,9±1,1	0,4±1,6	0,6±0,4
лягти в ліжку і встати?	0,3±1,7	0,3±1,7	0,1±1,9	0,1±0,2
піднести повну чашку до рота?	0,7±1,3	0,7±1,3	0,3±1,7	0,5±1,5
здійснювати прогулянки біля дому?	0,1±0,9	0,1±0,9	0,1±0,9	0,1±0,9
вимити і витерти все тіло?	0,3±1,7	0,3±1,7	0,1±1,9	0,2±0,8
нахилитися і підняти предмет з підлоги?	0,4±1,6	0,4±1,6	0,2±1,8	0,3±0,7
відкрити і закрити кран?	1,0±1,0	1,0±1,0	0,5±1,5	0,9±0,1
сісти в машину і вийти з неї?	0,2±1,8	0,2±1,8	0,1±0,9	0,2±0,3
Сумарний бал	3,9±11,1	3,9±11,1	1,8±12,2*	2,9±4,1

Примітка: * $p < 0,05$ між показниками основної та контрольної групи

основної групи, які мали труднощі при відкритті і закритті крана ($0,5 \pm 1,5$) бала та при одяганні, включаючи зав'язування шнурків і застігання гудзиків ($0,4 \pm 1,6$) бала. Відповідно, у пацієнтів контрольної групи при проведенню анкетуванні щодо виконання аналогічних завдань показники були гіршими – $0,9 \pm 0,1$ бала та $0,6 \pm 0,4$ бала. На другому місці за складністю виконання у пацієнтів основної групи було піднести повну чашку до рота ($0,3 \pm 1,7$) бала та нахилитися і підняти предмет з підлоги ($0,2 \pm 1,8$) бала, водночас у пацієнтів контрольної групи середні показники відрізнялися меншою продуктивністю у виконанні даних дій і становили – ($0,5 \pm 1,5$) бала та $0,3 \pm 0,7$ бала (табл. 2) ($\bar{X} \pm S$) ($p < 0,05$).

Сумарний бал Стенфордської анкети оцінки здоров'я на початку дослідження становив $6,5 \pm 9,5$ бала в основної групи та $6,3 \pm 0,7$ бала у

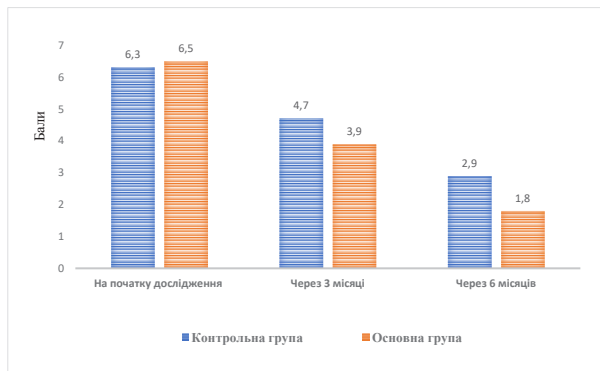


Рис. 1. Динаміка зміни сумарного балу Стенфордської анкети оцінки здоров'я у пацієнтів з ревматоїдним артритом (бали)

контрольної групи. Через 6 місяців після проведеного лікування та фізичної терапії/реабілітації стан здоров'я пацієнтів в обох групах покращився, однак сумарний бал в основній групі став достовірно кращим і наближеним до нормального показника – $1,8 \pm 12,2$ бала, ніж у пацієнтів контрольної групи – $2,9 \pm 4,1$ бала (рис. 1). Детальні дані щодо відповідей респондентів представлено в табл. 2 ($\bar{X} \pm S$) ($p < 0,05$).

Достовірно кращі результати показників Стенфордської анкети оцінки здоров'я у пацієнтів основної групи свідчать про ефективність застосування запропонованої програми фізичної терапії/реабілітації.

Збільшення рухової активності у суглобах, сили м'язів в уражених верхніх кінцівках у результаті впливу курсу фізичної терапії сприяло покращенню повсякденної діяльності пацієнтів основної групи, що підтверджується показниками Стенфордської анкети оцінки здоров'я.

Висновки. Розроблена програма фізичної терапії/реабілітації виявила значно кращий вплив на показники оцінки здоров'я при проведенню анкетуванні, на відміну від загальноприйнятого відновного лікування. Це виразилось у покращенні функціональної здатності суглобів при виконанні повсякденної діяльності пацієнтів основної групи з ревматоїдним артритом, що підтверджує ефективність запровадженої програми фізичної терапії.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності впливу технології реабілітаційних заходів на якість життя пацієнтів з ревматоїдним артритом.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Studenic P, Aletaha D, de Wit M, Stamm TA, Alasti F, Lacaille D, et al. American College of Rheumatology/EULAR Remission Criteria for Rheumatoid Arthritis: 2022 Revision. *Arthritis Rheumatol.* 2023 Jan; 75(1): 15–22. PMID: 36274193. DOI: 10.1002/art.42347.
2. Наказ МОЗ України № 263 від 11.04.2014 р. (2014). Ревматоїдний артрит адаптована клінічна настанова, заснована на доказах: www.moz.gov.ua.
3. Ногас А. О. Ефективність застосування реабілітаційних заходів для відновлення функції суглобів у пацієнтів з ревматоїдним артритом. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation). 2023. 14. 71–81. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.8>
4. Ногас А. О. Оцінка функціональних порушень верхніх кінцівок у хворих на ревматоїдний артрит. Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. 8(1). 57–58. <https://doi.org/10.26693/jmbs08.01.208>
5. Журавльова Л. В., Олійник М. О., Сікало Ю. К., Федоров В. О. Основи діагностики та лікування захворювань суглобів: навчальний посібник для лікарів. К.: Видавничий дім «Медкнига», 2020. 272. ISBN 978-966-1597-78-4.
6. Ногас А. О. Покращення якості життя хворих на ревматоїдний артрит за допомогою фізичної активності. *Rehabilitation & recreation.* 2022. 13. 48–53. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.13.6>
7. Бабак О. Я., Рождественська А. О., Железнякова Н. М. та ін. Ведення хворого з суглобовим синдромом. Сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами: метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів. Харків: ХНМУ, 2021. 40.
8. 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.
9. Ногас А. О. Ефективність впливу реабілітаційних заходів на відновлення функції верхніх кінцівок у хворих на ревматоїдний артрит. «Public Health Journal» 2023. 3. 88–94. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.3.11>

10. Ногас А. О., Карпінський А. Ю. Рухова активність у фізичній реабілітації хворих на ревматоїдний артрит. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2017. 1(37). 130–135. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2017-01-130-135>.
11. Григус І. М., Ногас А. О. Комплексний аналіз больового синдрому у пацієнтів на ревматоїдний артрит. Медичні перспективи. 2023. 28(1). 148–152. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276049>
12. Курята О. В., Сіренко О. Ю., Лисунець Т. К. Біль у суглобах у хворих ревматологічного профілю: роль контролю тривожно-депресивних розладів. Український ревматологічний журнал. 2(68). 2017. 52–57.
13. Ніколенко А. Є. Психоемоційні розлади у хворих на ревматоїдний артрит: результати дослідження. РМГР [інтернет]. 11, Травень 2019 [цит. за 23, Липень 2023]. 4(1). e0401185.
14. Zhang C, Wu X, Yuan Y, Xiao H, Li E, Ke H, Yang M, Zhu X and Zhang Z. Effect of solution-focused approach on anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: A quasi-experimental study. Front. Psychol. 2022. 13:939586. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.939586>
15. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Ann Rheum Dis. 2020 Jun; 79(6): 685–699. PMID: 31969328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216655>.
16. Ногас А. О. Оцінка функції руки у пацієнтів із ревматоїдним артритом у результаті застосування фізичної терапії. Art of Medicine. 2023. 2(26). 98–103. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.98>
17. Джус М. Б. Фактори ризику розвитку низького рівня якості життя у дорослих хворих з ювенільним ідіопатичним артритом. Галицький лікарський вісник. 2018. 25.2. 7–10.
18. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: МКФ. Всесвітня організація охорони здоров'я. Перекл. з англ. Київ, 2018. 1048.
19. Ситник О. А. Опитування пацієнта в діяльності фізичного терапевта: навчально-методичний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2023. 72.

REFERENCES:

1. Studenic, P., Aletaha, D., de Wit, M., Stamm, T.A., Alasti, F., & Laccaille, D., et al. (2022). American College of Rheumatology/EULAR Remission Criteria for Rheumatoid Arthritis: Revision. Arthritis Rheumatol. 2023 Jan; 75(1). 15–22. PMID: 36274193. <https://doi.org/10.1002/art.42347>.
2. Nakaz MOZ Ukrainy № 263 vid 11.04.2014 r. Revmatoidnyi artryt adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh: www.moz.gov.ua [Order of the Ministry of Health of Ukraine № 263 of April 11. Rheumatoid arthritis adapted evidence-based clinical guideline: www.moz.gov.ua] [in Ukrainian].
3. Nogas, A.O. (2023). Efektyvnist zastosuvannya rehabilitatsiinykh zakhodiv dlia vidnovlennia funktsii suhlobiv u patsiientiv z revmatoidnym artrytom [Effectiveness of rehabilitation measures to restore joint function in patients with rheumatoid arthritis]. *Rehabilitatsiini ta fizkulturno-rekreatsiini aspekty rozvytku liudyny (Rehabilitation & recreation)*, 14. 71–81. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.8> [in Ukrainian].
4. 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, biologii ta sportu*, 1(41). 57–58. <https://doi.org/10.26693/jmbs08.01.208> [in Ukrainian].
5. Zhuravlova, L.V., Oliinyk, M.O., Sikalo, Yu.K., & Fedorov, V.O. (2020). *Osnovy diahnozyky ta likuvannia zakhvoriuvan suhlobiv: navchalnyi posibnyk dlia likariv [Fundamentals of diagnostics and treatment of joint diseases: a study guide for doctors]*. K: Vydavnychiy dim «Medknyha». 272. Retrieved from: <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/27846> [in Ukrainian].
6. 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]. *Rehabilitatsiini ta fizkulturno-rekreatsiini aspekty rozvytku liudyny (Rehabilitation & recreation)*, 13. 48–53. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.13.6> [in Ukrainian].
7. Babak, O.Ia., Rozhdestvenska, A.O., & Zhelezniakova, N.M. (2021). *Vedennia khvoroho z suhlobovym syndromom. Suchasna praktyka vnurishnoi medytsyny z nevidkladnyimi stanamy: metod vkaaz dlia studentiv ta likariv-interniv [Management of a patient with joint syndrome. Modern practice of internal medicine with emergency conditions: methodical instructions for students and medical interns]*. Kharkiv: KhNMU. 40 p. Retrieved from: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/pdf> [in Ukrainian].
8. Korytko, Z.I., Ponyk, R.M., & Kuprinenko, O.V. (2019). Vplyv zasobiv fizychnoi rehabilitatsii 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. Retrieved from: <https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/pdf> [in Ukrainian].
9. Nogas, A.O. (2023). Efektyvnist vplyvu rehabilitatsiinykh zakhodiv na vidnovlennia funktsii verkhnikh kintsivok u khvorykh na revmatoidnyi artryt [The effectiveness of rehabilitation measures on the restoration of upper limb function in patients with rheumatoid arthritis]. *Public Health Journal*, 3. 88 p. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.3.11> [in Ukrainian].
10. Nogas, A.O., & Karpinskyi, A.Iu. (2017). Rukhova aktyvnist u fizychnii rehabilitatsii khvorykh na revmatoidnyi artryt [Motor activity in physical rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis]. *Molodizhnyi naukovyi visnyk Skhidnoievropeiskoho natsionalnoho universytetu imeni Lesi Ukrainky. Fizychnye vykhovannia i sport*, 1 (37). Lutsk: Skhidnoievrop. nats. un-t im. Lesi Ukrainky. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2017-01-130-135> [in Ukrainian].

11. Grygus, I.M., & Nogas, A.O.(2023). Kompleksnyi analiz bolovoho syndromu u patsientiv na revmatoidnyi artryt. [Comprehensive analysis of pain syndrome in patients with rheumatoid arthritis]. *Medychni perspektyvy*, 28(1). 148–152. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276049> [in Ukrainian].
12. Kuriata, O.V., Sirenko, O.Iu., & Lysunets, T.K. (2017). Bil u suhlobakh u khvorykh revmatolohichnoho profilii: rol kontroliu tryvozhno-depresyvnnykh rozladiv [Joint pain in rheumatological patients: the role of anxiety-depressive disorders control]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*, 2(68). 52-57. Retrieved from: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/2616> [in Ukrainian].
13. Nikolenko, A.Ie. (2019). Psykhoemotsiini rozlady u khvorykh na revmatoidnyi artryt: rezultaty doslidzhennia [Psycho-emotional disorders in patients with rheumatoid arthritis: results of a study]. PMGP [internet]. 11, Traven. [tsyt. za 23, Lypen 2023]. 4(1). e0401185. Retrieved from: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/185> [in Ukrainian].
14. Zhang, C., Wu, X., Yuan, Y., Xiao, H., Li, E., Ke, H., Yang, M., Zhu, X., & Zhang, Z. (2022). Effect of solution-focused approach on anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: *A quasi-experimental study*. *Front. Psychol.* 13. 939586. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.939586>
15. Smolen, J.S., Landewé, R.B.M., Bijlsma, J.W.J., Burmester, G.R., Dougados, M., & Kerschbaumer, A., et al. (2020). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* Jun; 79(6):685-699. PMID: 31969328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216655>.
16. Nogas, A.O. (2023). Otsinka funktsii ruky u patsientiv iz revmatoidnym artrytom u rezultati zastosuvannia fizychnoi terapii [Evaluation of hand function in patients with rheumatoid arthritis as a result of physical therapy]. *Art of Medicine*, 2(26). 98–103. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.98> [in Ukrainian].
17. Dzhus, M.B.(2018). Faktory ryzyku rozvytku nyzkoho rivnia yakosti zhyttia u doroslykh khvorykh z yuvenilnym idiopatychnym artrytom [Risk factors for low quality of life in adult patients with juvenile idiopathic arthritis]. *Halyskyi likarskyi visnyk*, 25(2). 7–10 pp. [in Ukrainian].
18. Mizhnarodna klasyfikatsiia funktsionuvannia, obmezhenia zhyttiedialnosti ta zdorovia: MKF. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia (2018). [International classification of functioning, limitations of life activities and health: ICF. World Health Organization]. Perekl. z anh. Kyiv. 1048 [in Ukrainian].
19. Sytnyk, O.A. (2023). *Opytuvannia patsienta v diialnosti fizychnoho terapevta: navchalno-metodychnyi posibnyk* [Survey of the patient in the activity of a physical therapist: a study guide]. Sumy: Sumskyi derzhavnyi universytet, 2023. 72 [in Ukrainian].