

РЕАЛІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РІЗНІ ПЕРІОДИ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

IMPLEMENTATION OF A SYSTEM OF PHYSICAL THERAPY IN DIFFERENT PERIODS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Ногас А. О.¹, Сяська І. О.², Худоб'як М. М.³

^{1,3}Національний університет водного господарства та природокористування,

Навчально-науковий інститут охорони здоров'я, м. Рівне, Україна

²Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна

ORCID: 0000-0003-1287-9828

ORCID: 0000-0002-6096-1335

ORCID: 0009-0009-7996-1982

Nogas A. O.¹, Siaska I. O.², Khudobiak M. M.³

^{1,3}National University of Water and Environmental Engineering,

Educational and Scientific Institute of Health Care, Rivne, Ukraine

²Rivne State University of Humanities, Rivne, Ukraine

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.3.5>

Анотації

Мета роботи – оцінити ефективність реалізації системи фізичної терапії у різні періоди ревматоїдного артриту. **Матеріал:** обстежено 188 хворих на ревматоїдний артрит, середній вік яких становив 46 років. Усі хворі були розподілені методом рандомізації на контрольну ($n = 92$) та основну ($n = 96$) групи. Хворі контрольної групи проходили фізичну терапію відповідно до рекомендацій нормативного документа МОЗ України. Пацієнти основної групи займалися за запропонованою системою фізичної терапії відповідно до компонентів МКФ з урахуванням періоду захворювання та методологічних підходів до їх застосування. Для визначення ефективності впливу системи фізичної терапії було застосовано шкалу ВАШ, тест Соллермана, Стенфордську анкету оцінки здоров'я. **Результати.** У динаміці (через 3 та 6 місяців) після фізичної терапії показники виразності болю були статистично значущі ($p < 0,05$) нижчими у пацієнтів основної групи, ніж у хворих контрольної групи. Так, 78,2 % пацієнтів основної групи відзначили відсутність больових відчуттів, водночас у контрольній групі кількість хворих з відсутністю болю було 67,4 % осіб, що 10,8 % менше, що підтверджує позитивний вплив проведених реабілітаційних заходів для осіб основної групи. Наприкінці дослідження середній показник тесту Соллермана у пацієнтів основної групи збільшився з 65,1 до 70,2 бала, у пацієнтів контрольної групи цей показник був статистично значущо меншим ($p < 0,05$) – з 61,8 до 65,1 бала. Сумарний показник самооцінки стану здоров'я у хворих на ревматоїдний артрит за Стенфордською анкетою оцінки здоров'я на початку дослідження становив 6,4 бала, що вказує на низьку самооцінку стану їх здоров'я. Через 3 та 6 місяців після фізичної терапії стан здоров'я пацієнтів в обох групах покращився, однак сумарний бал наприкінці дослідження в осіб основної групи став статистично значущо ($p < 0,05$) кращим і наближеним до показника норми – 1,8 бала, ніж у пацієнтів контрольної групи – 2,9 бала. **Висновки.** У теоретико-методологічній моделі системи фізичної терапії хворих на ревматоїдний артрит повинно бути використання реабілітаційних заходів на рівні структури та функції, активності й участі за МКФ з урахуванням періоду захворювання та методологічних підходів до їх застосування. Зменшення больового синдрому, покращення фізичної активності, нормалізація стану здоров'я загалом позитивно вплинули на якість життя хворих основної групи, що підтверджує ефективність запропонованої системи фізичної терапії.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, фізична терапія, больовий синдром, фізична активність, стан здоров'я, реабілітаційні заходи, якість життя.

The purpose of the study is to evaluate the effectiveness of physical therapy at different stages of rheumatoid arthritis. **Materials:** 188 patients with rheumatoid arthritis, whose average age was 46 years, were examined. All patients were randomly divided into a control group ($n = 92$) and a main group ($n = 96$). Patients in the control group underwent physical therapy in accordance with the recommendations of the regulatory document of the Ministry of Health of Ukraine. Patients in the main group underwent physical therapy according to the proposed system, in accordance with the components of the ICF, taking into account the period of the disease and methodological approaches to their application. To determine the effectiveness of the physical therapy system, the VAS scale, the Sollermann test, and the Stanford Health Assessment Questionnaire were used. **Results.** In terms of dynamics (after 3 and 6 months) following physical therapy, pain severity scores were statistically significantly ($p < 0.05$) lower in patients in the main group than in patients in the control group. Thus, 78.2% of patients in the main group reported no pain, while in the control group, the number of patients with no pain was 67.4%, which is 10.8% less, confirming the positive effect of the rehabilitation measures carried out for the main group. At the end of the study, the average Sollermann test score in the main group increased from 65.1 points to 70.2 points, while in the control group this indicator was statistically significantly ($p < 0.05$) lower – from 61.8 points to 65.1 points. The total self-assessment of health status in patients with rheumatoid arthritis according to the Stanford Health Assessment Questionnaire at the beginning of the study was 6.4 points, indicating a low self-assessment of their health status. Three and six months after physical therapy, the health status of patients in both groups improved, but the total score at the end of the study in the main group was statistically significantly ($p < 0.05$) better and closer to the normal value of 1.8 points than in the control group, which scored 2.9 points. **Conclusions.** The theoretical and methodological model of physical therapy for patients with rheumatoid arthritis should include the use of rehabilitation measures at the level of structure and function, activity and participation according to the ICF, taking into account the period of the disease and methodological approaches to their application. The reduction in pain, improvement in physical activity, and normalization of overall health had a positive effect on the quality of life of patients in the main group, confirming the effectiveness of the proposed physical therapy system.

Key words: rheumatoid arthritis, physical therapy, pain syndrome, physical activity, health status, rehabilitation measures, quality of life.

Вступ. За даними ВООЗ, поширеність ревматологічної патології у світовій популяції становить приблизно 0,4–1,5 %. В Україні на диспансерному обліку перебуває близько 120 тисяч осіб, у яких діагностовано ревматоїдний артрит [2]. Ревматоїдний артрит – одне з найчастіших запальних захворювань суглобів, поширеність якого становить 0,5–7 % дорослого населення та щорічно збільшується. Переважно хвороба припадає на п'яте десятиліття (для жінок – у середньому близько 40 років, для чоловіків – близько 43 років). Жінки хворіють на ревматоїдний артрит у 2–4 рази частіше, ніж чоловіки [3; 5].

З огляду на значне поширення ревматоїдного артриту це захворювання має непересічне медико-соціальне значення, оскільки за відсутності ефективного лікування призводить до швидкої інвалідизації і скорочення тривалості життя пацієнтів [4]. Численні дослідження підтверджують, що у зв'язку з прогресуючим хронічним перебігом ревматоїдного артриту спостерігається погіршення всіх аспектів якості життя, зокрема зниження фізичної активності, обмеження здатності до самообслуговування та звичайної повсякденної діяльності, порушення

психічного здоров'я, а також соціальна дисфункція [1; 6; 12].

Дослідження українських і зарубіжних авторів вказують на важливість відновного лікування та реабілітації хворих на ревматоїдний артрит, що обумовлено необхідністю впливу на запальний процес, покращення функціонального стану суглобів і попередження прогресування деформацій, збереження обсягу повсякденної побутової діяльності, здатності до самообслуговування та професійної праці, підтримання хворого як активної соціальної особистості та покращення якості життя [2; 4; 11; 14; 15].

Проте наявні результати лікування та реабілітації хворих на ревматоїдний артрит у загальній клінічній практиці не завжди задовольняють потреби хворих. Ці досягнення здебільшого спрямовані на відновлення структури та функції уражених суглобів, однак у хворих на ревматоїдний артрит зберігаються функціональні обмеження, що погіршує якість їх життя. За цієї патології у процесі відновного лікування не завжди враховуються активність та участь тематичних хворих, що суперечить основним положенням Міжнародної класифікації функ-

ціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [6; 8; 13].

Чинні загальноприйняті критерії оцінки ефективності відновного лікування не враховують такі аспекти якості життя, як самооцінка пацієнта стану свого здоров'я, його емоційний, психологічний і соціальний стан у повсякденному житті. Крім того, відсутній єдиний алгоритм застосування реабілітаційних заходів з урахуванням основних положень і принципів МКФ у тематичних хворих. Усе це визначає актуальність зазначеної тематики та необхідність подальших досліджень у цьому напрямі.

Мета роботи – оцінити ефективність реалізації системи фізичної терапії у різні періоди ревматоїдного артриту.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено на базі обласного ревматологічного центру КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка». Обстежено 188 хворих на ревматоїдний артрит, які були розподілені методом рандомізації на контрольну ($n = 92$, чоловіків – 16, жінок – 76 осіб) і основну ($n = 96$, чоловіків – 16, жінок – 80 осіб) групи, середній вік яких становив $46 \pm 0,24$ року. За результатами аналізу морфобіомеханічних показників жінок і чоловіків статистично значущої різниці між групами не виявлено ($p > 0,05$). За віком, клінічною симптоматикою, первинними даними функціональних, психоемоційних порушень, зниженням рухової активності, станом здоров'я та соціальною активністю групи не відрізнялися. Тривалість захворювання обстежених на початку дослідження становила від 6 місяців до 5 років.

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), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009, № 944 від 14.12.2009, № 616 від 03.08.2012, комісією з питань дотримання біоетики при проведенні експериментальних та клінічних досліджень ННІ охорони здоров'я

НУВГП (протокол № 2 від 18.01.2019 та протокол № 7 від 13.02.2024) [9; 10].

Усі хворі лікувалися згідно з нормативним протоколом МОЗ України та перебували під наглядом лікарів обласного ревматологічного центру КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка». На тлі медикаментозної терапії хворим, відповідно до ступеня активності процесу, проводили реабілітаційні заходи. Пацієнти контрольної групи проходили фізичну терапію відповідно до рекомендацій нормативного документа МОЗ України, згідно з яким застосовували загальноприйняті реабілітаційні заходи (терапевтичні вправи, масаж, апаратну фізіотерапію) [10]. Хворі основної групи займалися за запропонованою системою фізичної терапії відповідно до компонентів МКФ, з урахуванням чинників, що впливають на рівень функціональних порушень та якості життя.

Реабілітаційні заходи розробляли з персоналізованим підходом до кожного пацієнта, на довготривалий термін, що становив 6 місяців. Відповідно до цього для кожного періоду відновлення підбиралися оптимальні засоби фізичної терапії.

Науково обґрунтована та впроваджена технологія реабілітаційного втручання передбачала такі реабілітаційні заходи: кінезотерапію, позиціонування, ортезування, кінезіотейпування, лікувальний масаж і самомасаж, вправи з використанням спеціальних тренажерів, ерготерапію та психологічну підтримку хворого [13].

Для визначення ефективності впливу системи фізичної терапії у різні періоди ревматоїдного артриту було застосовано шкалу ВАШ, тест Соллермана, Стенфордську анкету оцінки здоров'я [7; 11; 16].

Для порівняльного аналізу нормально розподілених даних використовувався параметричний t-критерій Стюдента, при цьому визначалися такі показники, як середнє ($\bar{x}$) та середньоквадратичне відхилення (S), де центральна тенденція та розкид представлені у вигляді ($\bar{x} \pm S$). Для перевірки висунутих гіпотез за рівень статистичної значущості ми взяли величину 0,05. Отриманий цифровий

матеріал обробляли з використанням табличного редактора MS Excel та пакета статистичного аналізу Statistica 10.0.

Роботу виконано згідно з темою 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 та їх обговорення. З позицій системного підходу до проведення реабілітації хворих на ревматоїдний артрит є технологія послідовних дій, на основі яких розроблено систему фізичної терапії. Система фізичної терапії тематичних хворих передбачала (рис. 1):

- технології реабілітаційного обстеження;
- технології планування і складання індивідуальної програми фізичної терапії для хворих на ревматоїдний артрит;
- технології реабілітаційного втручання та реалізації програми фізичної терапії;
- технології визначення ефективності системи фізичної терапії хворих на ревматоїдний артрит.

Основою запропонованої системи фізичної терапії було чітке визначення кінцевої мети, яка зводиться до відновлення функціонального стану уражених суглобів, покращення фізичної активності, здатності до самообслуговування та повсякденної діяльності, психоемоційного стану, подовження фази ремісії, підвищення якості життя пацієнтів із ревматоїдним артритом.

У теоретико-методологічній моделі, що є цілісною основою системи фізичної терапії хворих на ревматоїдний артрит, використовували додатково до медикаментозного лікування такі реабілітаційні засоби на рівні структури і функції за МКФ:

- кінезотерапію (статичні, пасивні й активні вправи з допомогою, без допомоги, з опором), вправи з предметами, спеціальні вправи для поліпшення амплітуди рухів в уражених суглобах та м'язової сили), гідрокінезотерапію (для поліпшення циркуляції, зменшення суглобового болю і м'язового спазму);
- вправи з використанням спеціальних тренажерів для верхніх кінцівок (для поліп-

шення амплітуди рухів, розтягнення та покращення еластичності м'язів і зв'язок, відновлення сили м'язів і рухової функції уражених суглобів верхніх кінцівок);

- позиціонування (функціонально-вигідні положення суглобів);

- ортезування (застосування статичних ортезів кисті для уповільнення формування ульнарної девіації пальців у пацієнтів з ревматоїдним артритом);

- кінезіотейпування (для підтримання зв'язок, м'язів та сухожилля зап'ястя, кисті в заданому положенні, активізації лімфо- і кровообігу, збільшення амплітуди рухів у суглобах, зниження больових відчуттів, тону м'язів, зменшення набряклості й запалення);

- лікувальний масаж і самомасаж (для поліпшення кровообігу, підвищення рівня обміну речовин у тканинах суглобів верхніх кінцівок, нормалізації передачі нервових імпульсів, знеболювальної дії).

На рівні активності й участі за МКФ рекомендували:

- пасивні та активні рухи пальців «згинання в кулак» у межах больового порогу, активне згинання-розгинання в променево-зап'ястковому суглобі;

- спеціальні вправи для кисті (вправи із застосуванням кистьових тренажерів, для дрібної моторики, силові тренування), активні рухи в ліктьовому та плечовому суглобах;

- ерготерапію (для максимально можливої самостійності та незалежності у виконанні повсякденних дій, відновлення дрібної моторики);

- самомасаж;

- психологічну підтримку (аутогенне тренування та позитивну психотерапію) (рис. 2).

До реабілітаційних заходів для хворих основної групи належали: терапевтичні вправи з урахуванням періоду захворювання та функціональної недостатності суглобів (позиціонування, статичні, пасивні й активні вправи з допомогою, без допомоги, з опором); вправи з предметами, спеціальні вправи для поліпшення амплітуди рухів в уражених суглобах і м'язової сили.



Рис. 1. Блок-схема розробленої системи фізичної терапії хворих на ревматоїдний артрит

Рекомендували виконання вправ на розгинання й відведення кінцівок для підвищення тону м'язів, що здійснюють згинання і приведення та для зниження тону м'язів, що розгинають і відводять кінцівку.

Основними завданнями терапевтичних вправ були: ліквідація запального процесу та зменшення болю в суглобах; підвищення тону центральної нервової системи; запобігання атрофії м'язів і зв'язок; поліпшення амплітуди рухів у суглобах верхніх кінцівок та м'язової сили; поліпшення загальної і місцевої гемодинаміки, трофічних і регенеративних процесів у суглобах, попередження контрактур і деформацій у суглобах.

На рис. 3 представлені реабілітаційні заходи в різні періоди ревматоїдного артриту та методологічні підходи до їх застосування.

Гострий період. Основним завданням реабілітації є зменшення запального процесу та больового синдрому в уражених верхніх кінцівках, попередження розвитку неактивної атрофії м'язів, збереження обсягу рухів у суглобах і профілактика контрактур. Застосовували кінезотерапію – щодня 15–20 хвилин (статичні та пасивні вправи), позиціонування, ортезування – щодня, тривалість індивідуальна. Ранній початок лікування позиціонуванням ураженої кінцівки забезпечує ефективність терапевтичних вправ, прискорює відновлення функції суглоба.



Рис. 2. Реабілітаційні заходи за ревматоїдного артрити з урахуванням компонентів МКФ

Залежно від локалізації ураження рекомендували відповідні функціонально-вигідні положення: у разі запального процесу в міжфалангових суглобах є схильність до згинальної контрактури, у цьому випадку використовували ватно-марлевий валик, причому якщо п'ястно-фалангові суглоби не уражені, валик укладали так, щоб вони були вільні, а міжфалангові прилягали до валика в положенні максимально можливого розгинання; за локалізації процесу в п'ястно-фалангових суглобах відмічається обмеження їх розгинання й перерозгинання в міжфалангових суглобах, у цьому випадку валик підкладали під п'ястно-фалангові суглоби за якомога повного їх розгинання та зігнутих міжфалангових суглобів.

Ураження променево-зап'ястного суглоба часто супроводжується відхиленням у ліктьовий бік, у цих випадках укладали руку в гіпсову лонгетку з відведенням її в променевий бік.

Найбільш сприятливим для ліктьового суглоба є відведення руки в плечовому суглобі на 25–30°, лікоть при цьому зігнутий під кутом 90°. Кисть повинна перебувати в стані легкого розгинання, долоня звернена до тулуба.

Статичні вправи застосовували з метою попередження розвитку неактивної атрофії м'язів – щодня 6–12 разів; пасивні вправи – з метою збереження обсягу рухів в ураженому суглобі та профілактики контрактур, оскільки ці вправи сприяють скороченню та подовженню м'язів антагоністів.

У підгострий період реабілітаційні заходи були спрямовані на поліпшення трофічних і регенеративних процесів у суглобах і навколишніх тканинах, зменшення їх набряку; збільшення амплітуди рухів у суглобах верхніх кінцівок, покращення координації рухів, збільшення сили м'язів, поступове відновлення функції уражених суглобів; від-

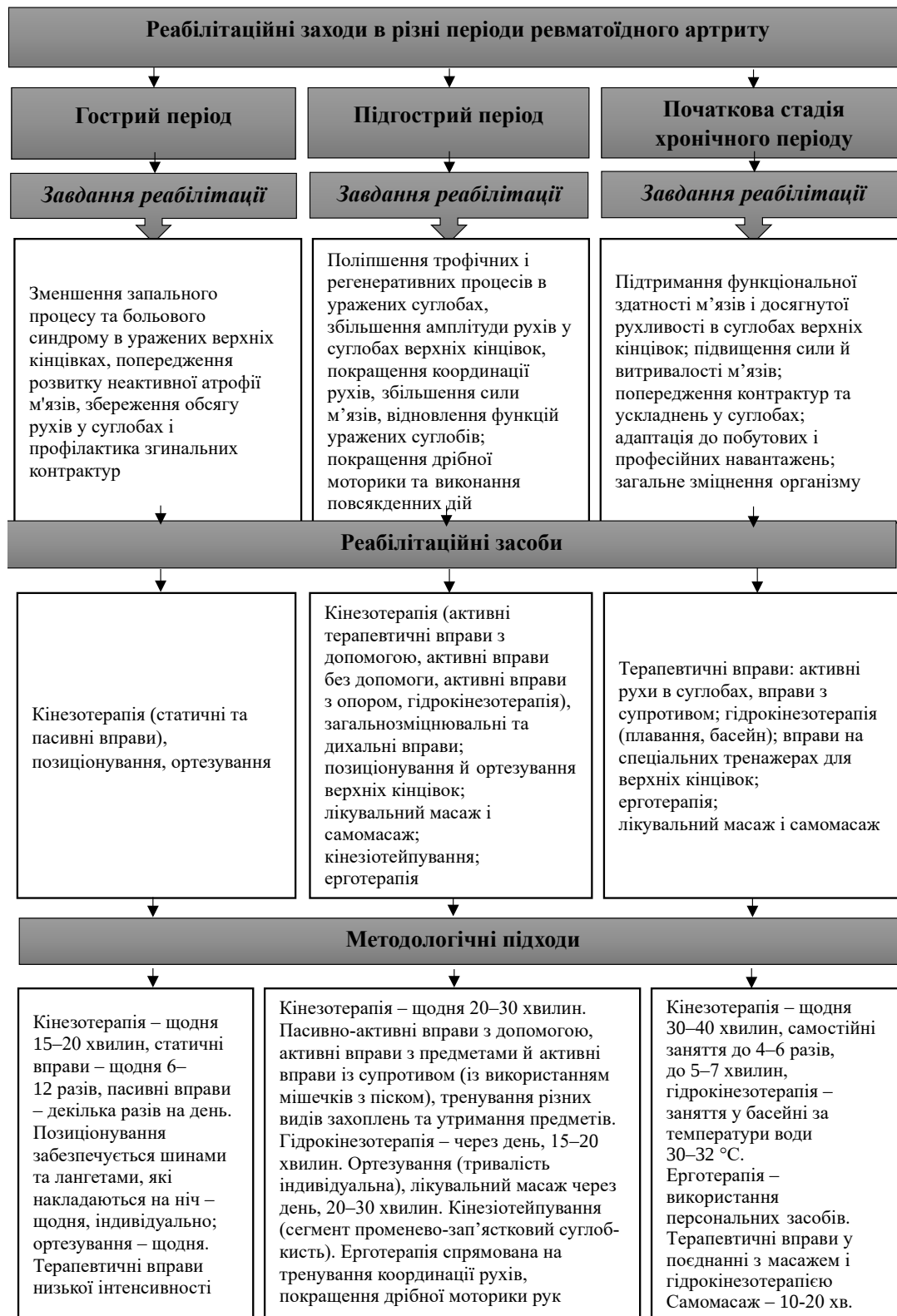


Рис. 3. Реабілітаційні заходи в різні періоди ревматоїдного артрити

новлення дрібної моторики та виконання повсякденних дій. Використовували кінезотерапію – щодня 20–30 хвилин (активні

терапевтичні вправи з допомогою, що виконують у полегшених умовах без подолання ваги кінцівки у вихідному положенні лежачи

та сидячи, активні вправи без допомоги (з предметами), активні вправи з опором (механічний опір і з використанням мішечків з піском). Вправи не повинні супроводжуватися болем і рефлекторним напруженням м'язів. Перед пасивними терапевтичними вправами виконували лікувальний масаж для розслаблення м'язів і зменшення больових відчуттів – через день, 20–30 хвилин. Для збільшення амплітуди рухів у суглобах і зміцнення м'язової сили проводили вправи на розтягнення м'язів-згиначів і зміцнення м'язів-розгиначів. Навантаження збільшували поступово. Використовували загально-зміцнювальні та дихальні вправи – щодня 20–30 хвилин, позиціонування, ортезування верхніх кінцівок проводили протягом декількох годин у денний і нічний час; лікувальний масаж і самомасаж; кінезіотейпування – сегмент променево-зап'ястний суглоб, кисть; гідрокінезотерапію – через день, 15–20 хвилин; ерготерапію – писання, малювання, виготовлення марлевих тампонів, конвертів, скручування бинтів, в'язання.

На початкових стадіях хронічного процесу, коли на перший план виступають помірні артралгії, відсутні виражена гіпотрофія м'язів і деформації суглобів, особливо ефективні терапевтичні вправи.

У заняттях застосовували активні вправи: довільні, з опором, із широким використанням різного обладнання, предметів і спеціальних тренажерних апаратів, детально опрацьовували кожен суглоб. Використовували також вправи, що мають суттєве реабілітаційне побутове і професійне значення.

Спеціальні вправи поєднували з дихальними, частота яких залежала від загального стану хворого і його кардіореспіраторної системи. Рекомендовали для ослаблених пацієнтів дихальні вправи, які застосовували через 1–2 терапевтичні вправи для суглобів кисті, а для хворих із задовільним загальним станом чергували дихальні вправи через 3–4 вправи для суглобів кисті.

Хворим рекомендували виконання самостійних занять із повторенням завдань протягом дня до 4–6 разів тривалістю по 5–7

хвилин. Проводили терапевтичні вправи в поєднанні з масажем і гідрокінезотерапією.

У комплексному відновному лікуванні хворих на ревматоїдний артрит основної групи застосовували аутогенне тренування та позитивну психотерапію, яка ґрунтувалася на позитивному підході до пацієнта і захворювання та самопомозі, щоб допомогти адаптуватися до життя.

Дослідження отриманих результатів, їх порівняння з вихідними даними й оцінка проводилися три рази: на початку дослідження, через 3 місяці та через 6 місяців у процесі проведення реабілітаційних заходів.

На рівні структури та функції за МКФ на початку дослідження результати свідчили про домінування серед досліджуваних болу середньої інтенсивності та інтенсивного болу (71,3 %) у структурі больового синдрому за шкалою ВАШ ($\chi^2 = 39,185$; $df = 1$; $p < 0,05$). Біль низької інтенсивності спостерігався у 28,7 % хворих.

Результати дослідження через 3 та 6 місяців після фізичної терапії свідчать про зниження показників виразності болу у хворих як основної, так і контрольної групи. Однак більш суттєві позитивні зміни показників больових відчуттів за шкалою ВАШ спостерігалися у хворих основної групи (рис. 4).

Так, показники виразності болу були статистично значуще ($p < 0,05$) нижчими у пацієнтів основної групи, ніж у хворих контрольної групи, що свідчить про ефективність впливу реабілітаційних заходів, які ми використовували для осіб основної групи. Після завершення фізичної терапії 75 (78,2 %) пацієнтів основної групи відзначили відсутність больових відчуттів (0 балів), водночас у контрольній групі кількість хворих із відсутністю больових відчуттів становила 62 (67,4 %) особи, що 10,8 % менше ($p < 0,05$).

Повторне визначення середніх показників болу показало, що в пацієнтів контрольної групи біль низької інтенсивності зменшився до $2,1 \pm 0,1$ бала, водночас у хворих основної групи – до $1,6 \pm 0,6$ бала; рівень болу середньої інтенсивності у хворих контрольної групи знизився до $5,8 \pm 0,8$ бала, в основній групі

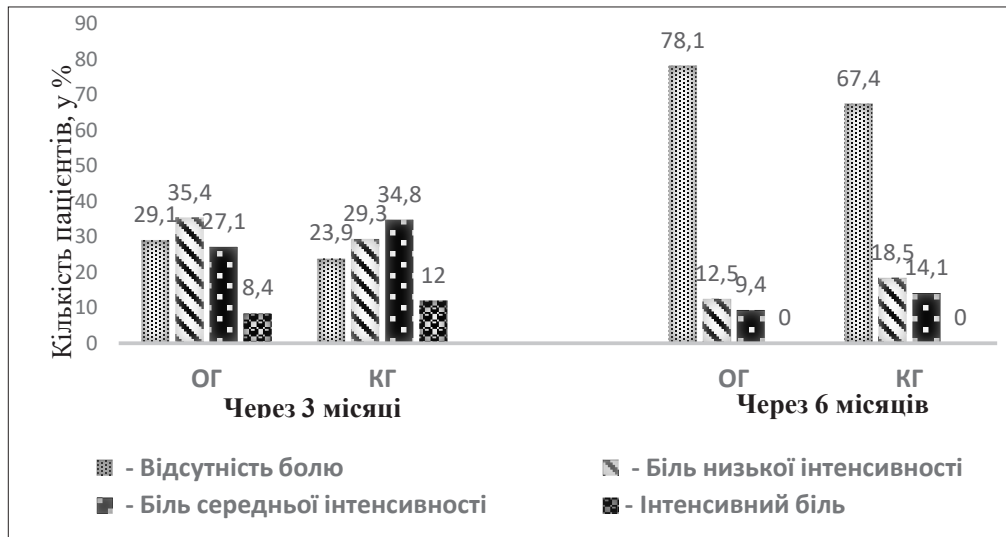


Рис. 4. Динаміка показників больових відчуттів у хворих на ревматоїдний артрит через 3 та 6 місяців після фізичної терапії (%) ОГ (n = 96); (КГ n = 92)

показник болю став статистично значуще ($p < 0,05$) меншим – $4,0 \pm 1,0$ бала, що підтверджує позитивний вплив проведених реабілітаційних заходів для осіб основної групи.

На рівні активності й участі за МКФ на початку дослідження у хворих на ревматоїдний артрит виявлено порушення дрібної моторики та різних видів захоплення кисті за тестом Соллермана. Середні значення за тестом Соллермана становили $59,5 \pm 5,8$ бала, що свідчило про труднощі, які мали хворі, виконуючи окремі завдання цього тесту. Складнощі спостерігалися щодо таких навичок, як вставити ключ у замкову щілину, повернути на 90° , зібрати монети з плоскої поверхні, покласти їх у гаманець, що висить на стіні, відкрити кришку в банці, застебнути гудзики, розрізати пластилін за допомогою ножа та виделки, підняти залізні кубики на висоту 5 см тощо. За результатами аналізу якості виконання різних видів захоплення у хворих на ревматоїдний артрит було встановлено, що найбільші труднощі були під час виконання шароподібного та циліндричного захоплення – у 82,9 % осіб та 89,3 % випадках відповідно. Складним було також виконання щипцевого захоплення – у 76,5 % хворих.

Збільшення рухової активності в суглобах, сили м'язів в уражених верхніх кінцівках сприяло покращенню фізичної активності,

мобільності та повсякденної активності пацієнтів, про що свідчать показники тесту Соллермана. Відбулися статистично значуще ($p < 0,05$) кращі зміни середніх значень тесту Соллермана в основній групі, де показники стали наближеними до нормальних значень тесту, чого не спостерігалось в контрольній групі (табл. 1).

Так, середній показник тесту Соллермана в пацієнтів основної групи збільшився з $65,1 \pm 5,3$ до $70,2 \pm 6,3$ бала, у пацієнтів контрольної групи цей показник був статистично значуще ($p < 0,05$) меншим – з $61,8 \pm 3,6$ до $65,1 \pm 3,8$ бала.

Покращення активності в повсякденному житті в пацієнтів основної групи підтверджують результати виконання завдань тесту Соллермана. Так, 91,6 % пацієнтів основної групи змогли виконати шароподібне захоплення без особливих труднощів, відповідно в контрольній групі таких осіб було 89,1 %; циліндричне захоплення змогли вдало виконати дещо менше пацієнтів основної групи – 87,5 %, у контрольній групі – 84,7 % осіб; із щипцевим захопленням впоралося 89,8 % пацієнтів в основній групі та лише 86,9 % осіб контрольної групи.

Сумарний показник самооцінки стану здоров'я у хворих на ревматоїдний артрит за Стенфордською анкетною оцінкою здоров'я

Таблиця 1

**Динаміка показників тесту Соллермана у хворих на ревматоїдний артрит
через 3 та 6 місяців після фізичної терапії (бали)**

Показники тесту (у балах)	Показники через 3 місяці		Показники через 6 місяців	
	ОГ (n = 96)	КГ (n = 92)	ОГ (n = 96)	КГ (n = 92)
	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$
	65,1 $\pm$ 5,3	61,8 $\pm$ 3,6	70,2 $\pm$ 6,3*	65,1 $\pm$ 3,8

Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща, $p < 0,05$.

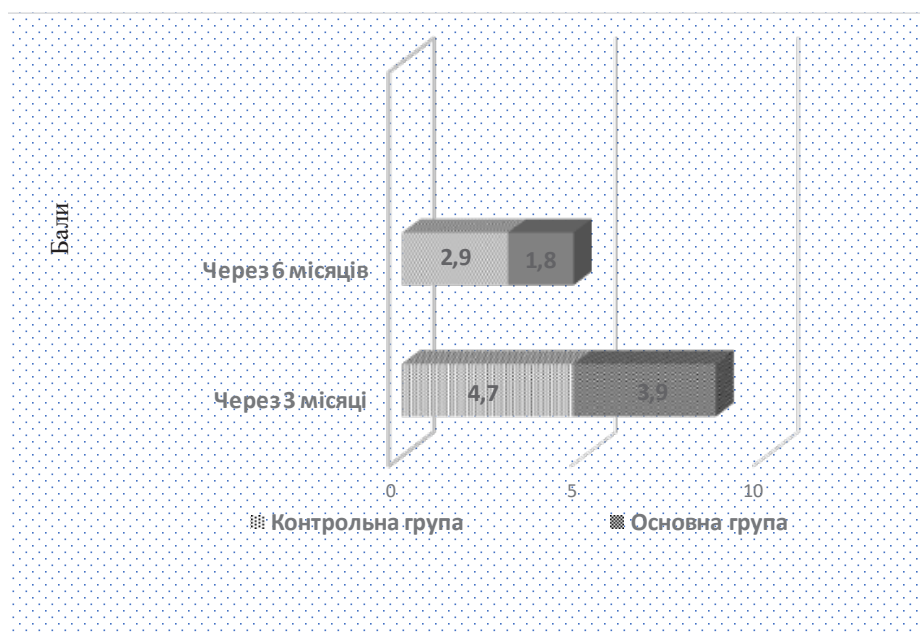


Рис. 5. Динаміка зміни сумарного бала Стенфордської анкети оцінки здоров'я через 3 та 6 місяців після фізичної терапії у хворих на ревматоїдний артрит (бали) ОГ (n = 96); КГ (n = 92)

(Health Assessment Questionnaire) на початку дослідження становив $6,4 \pm 5,1$ бала, що вказує на низьку самооцінку стану їх здоров'я.

Найважче хворим було одягнутися, включно із зав'язуванням шнурків і застібанням гудзиків, відкрити й закрити кран, підняти повну чашку до рота, нахилитися та підняти предмет з підлоги.

Через 3 та 6 місяців після фізичної терапії стан здоров'я пацієнтів в обох групах покращився, однак сумарний бал наприкінці дослідження в осіб основної групи став статистично значущим ($p < 0,05$) кращим і наближеним до показника норми – $1,8 \pm 12,2$ бала, ніж у пацієнтів контрольної групи – $2,9 \pm 4,1$ бала (рис. 5).

Таким чином, статистично значущо ($p < 0,05$) покращення фізичної активності,

соціального функціонування, нормалізація психоемоційного стану та стану здоров'я загалом позитивно вплинули на якість життя хворих основної групи, що є кінцевим результатом процесу відновлення та підтвердження ефективності запропонованої системи фізичної терапії.

Дискусія. Останнім часом напрацьовані нові методики й технології у лікуванні хворих на ревматоїдний артрит, у яких ставиться акцент на необхідності комплексного застосування засобів фізичної терапії з урахуванням рухового режиму хворого, періоду й етапу реабілітації [3; 4; 12; 13].

Аналіз світової літератури показує, що у відновному лікуванні ревматоїдного артрити залишається низка проблем, що пов'язані насамперед із своєчасним і комп-

лексним застосуванням сучасних реабілітаційних заходів [2; 14; 15].

Програма реабілітації надає результати, які дають змогу хворій людині досягти свого оптимального рівня в кожній із сфер наслідків хвороби, як визначено в МКФ. У кожній сфері реабілітаційні цілі можуть бути зосереджені на запобіганні, відновленні або підтримці пацієнта. Для досягнення цілей було запропоновано структурований підхід до реабілітаційного процесу.

За даними низки авторів, у процесі реабілітації та соціальної адаптації хворих на ревматоїдний артрит необхідні відповідні реабілітаційні заходи та технології, які б вирішували прикінцеву мету фізичної терапії, тобто адаптувати хворого до повсякденного життя, побутових і професійних умов шляхом підвищення якості життя, що підтверджено результатами нашого дослідження [1; 5; 6; 11; 13].

Вивчення думки хворого на ревматоїдний артрит щодо проведеного лікування та реабілітації, а також його самооцінки стану свого здоров'я є важливим питанням, адже це позитивно відзначатиметься на ефективності відновної терапії. Проте досі це питання до кінця не є розкритим.

Наше дослідження показує та підтверджує гіпотезу про те, що пацієнти з ревматоїдним артритом, маючи нижчу самооцінку, демонструють зменшення активності в дозвіллі, відчувають себе менш незалежними та пристосованими й оцінюють своє здоров'я значно гірше.

Висновки. У теоретико-методологічній моделі системи фізичної терапії хворих на ревматоїдний артрит повинно бути використання реабілітаційних заходів на рівні структури та функції, активності й участі за МКФ з урахуванням періоду захворювання та методологічних підходів до їх застосування.

Початкові результати визначення больового синдрому за шкалою ВАШ у хворих на ревматоїдний артрит свідчать про домінування болю середньої інтенсивності та інтенсивного болю (71,3 %). Середні значення за тестом Соллермана (59,5 бала) також свідчать

про труднощі, які мають хворі під час виконання окремих завдань цього тесту. Сумарний показник самооцінки стану здоров'я пацієнтів за Стенфордською анкетною оцінки здоров'я є низьким (6,4 бала).

У динаміці (через 3 та 6 місяців) після фізичної терапії показники виразності болю стали статистично значущі ($p < 0,05$) нижчими в пацієнтів основної групи, ніж у хворих контрольної групи. Аналогічно збільшився середній показник тесту Соллермана в пацієнтів основної групи – до 70,2 бала, в осіб контрольної групи цей показник був статистично значущі ($p < 0,05$) меншим – 65,1 бала. Покращився стан здоров'я у хворих основної групи і став наближеним до показника норми – 1,8 бала, що підтверджує позитивний вплив проведених реабілітаційних заходів. Отже, зменшення больового синдрому, покращення фізичної активності, соціального функціонування, нормалізація стану здоров'я загалом позитивно вплинули на якість життя хворих основної групи, що є кінцевим результатом процесу відновлення та підтвердженням ефективності запропонованої системи фізичної терапії.

Інформація про конфлікт інтересів. Відсутній конфлікт інтересів.

Література

1. Богдановська Н. М., Бойченко К. Ю. Сучасні стратегії відновлення повсякденної активності при ревматоїдному артриті. *Rehabilitation & Recreation*. 2023. № 17. С. 23–31. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.17.3>.
2. Богдановська Н. В., Блайда І. М. Реабілітаційні підходи до відновного лікування ревматоїдного артриту на сучасному етапі. *Public Health J*. 2023. № 4. С. 88–94. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.2>.
3. Єгудіна Є. Д., Трипілка С. А. Ревматоїдний артрит з початком у літньому віці – особливості клінічної картини та лікування: системний огляд літератури. *Pain, joints, spine*. 2024. Vol. 14, № 1. Р. 42–51. <https://doi.org/10.22141/pjs.14.1.2024.412>.
4. Коритко З. І., Гайдук О. А., Базильчук О. В. Ефективність фізичної реабілітації в пацієнтів з ревматоїдним артритом.

Rehabilitation & Recreation. 2023. № 17. С. 76–84.

5. Ногас А. О. Оцінка функції руки у пацієнтів із ревматоїдним артритом у результаті застосування фізичної терапії. *Art of Medicine*. 2023. № 2 (26). С. 98–103. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.98>.

6. Ногас А. О. Оцінка стану здоров'я пацієнтів із ревматоїдним артритом у результаті впливу програми фізичної терапії. *Public Health Journal*. 2023 № 4. С. 58–64. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.8>.

7. Ситник О. А. Опитування пацієнта в діяльності фізичного терапевта : навчально-методичний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2023. 72 с.

8. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/2022.pdf>.

9. Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики : наказ Мін-ва охорони здоров'я від 23 вересня 2009 р. № 690. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09#Text>. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Ревматоїдний артрит». *Український ревматол. журнал*. 2015. Т. 1, № 59. С. 9–21.

11. Grygus I., Nogas A. Comprehensive analysis of pain syndrome in patients with rheumatoid arthritis. *Med. perspekt*. 2023. Vol. 28 (1). P. 148–152. <https://doi.org/10.26641/12307-0404.2023.1.276049>.

12. Kennedy N. et al. Feasibility of a physiotherapist-led behaviour change intervention to improve physical activity in people with rheumatoid arthritis. *Rural and remote health*. 2023. Vol. 23 (1), 8103. <https://doi.org/10.22605/RRH8103>.

13. Nogas, A., Grygus, I., Hutsman, S., Diachuk, V., Blayda, I. Analysis of the effectiveness of the developed system of physical therapy for patients with rheumatoid arthritis in terms of daily activity, health status and quality of life. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2024. Vol. 9 (2). P. 90–97. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(2\).07](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(2).07).

14. Nikiphorou E. et al. EULAR recommendations for the implementation of

self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. *Ann. Rheum. Dis*. 2021. Vol. 80. P. 1278–1285.

15. Sieczkowska S.M. et al. Efficacy of home-based physical activity interventions in patients with autoimmune rheumatic diseases : a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2021. Vol. 51. P. 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.04.004>.

16. Sollerman hand function test. Rehab Measures. Available from: <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/PrintView.aspx?ID=1035>

References

1. Bohdanovska, N.M., Boichenko, K.Iu. (2023). Suchasni stratehii vidnovlennia povsiakdennoi aktyvnosti pry revmatoidnomu artrtyti. *Rehabilitation & Recreation*, 17, 23–31. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.17.3>.

2. Bohdanovska, N.V., Blaida, I.M. (2023). Reabilitatsiini pidkhody do vidnovnoho likuvannia revmatoidnoho artrtytu na suchasnomu etapi. *Public Health J.*, 4, 88–94. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.2>.

3. Yehudina, Ye.D., Trypilka, S.A. (2024). Revmatoidnyi artrtyt z pochatkom u litnomu vitsi – osoblyvosti klinichnoi kartyny ta likuvannia: systemnyi ohliad literatury. *Pain, joints, spine*. 14 (1), 42–51. <https://doi.org/10.22141/pjs.14.1.2024.412>.

4. Korytko, Z.I., Haiduk, O.A., Bazylchuk, O.V. (2023). Efektyvnist fizychnoi reabilitatsii v patsientiv z revmatoidnym artrtytom. *Rehabilitation & Recreation*, 17, 76–84. http://nbuv.gov.ua/UJRN/rehrec_2023_17_10.

5. Nogas, A.O. (2023). Otsinka funkttsii ruky u patsientiv iz revmatoidnym artrtytom u rezultati zastosuvannia fizychnoi terapii. *Art of Medicine*, 2 (26), 98–103. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.98>.

6. Nogas, A.O. (2023). Otsinka stanu zdorovia patsientiv iz revmatoidnym artrtytom u rezultati vplyvu prohramy fizychnoi terapii. *Public Health Journal*, 4, 58–64. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.8>.

7. Sytnyk, O.A. (2023). Opytuvannia patsienta v diialnosti fizychnoho terapevta: navchalno-metodychnyi posibnyk. Sumy: Sumskyi derzhavnyi universytet. 72 p.

8. Stratehiia rozvytku systemy okhorony zdorovia do 2030 roku. <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/2022.pdf>.

9. Pro zatverdzhennia Poriadku provedennia klinichnykh vyprobuvan likarskykh zasobiv ta ekspertyzy materialiv klinichnykh vyprobuvan i Typovoho polozhennia pro komisii z pytan etyky: nakaz Min-va okhorony zdorovia vid 23 veresnia 2009 r. № 690. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09#Text>.

10. Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy ta medychnoi reabilitatsii "Revmatoidnyi artryt" (2015). *Ukrainskyi revmatol. Zhurnal*, 1 (59), 9–21.

11. Grygus, I., Nogas, A. (2023). Comprehensive analysis of pain syndrome in patients with rheumatoid arthritis. *Med. perspekt.*, 28 (1), 148–152. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.1.276049>.

12. Kennedy, N. et al. (2023). Feasibility of a physiotherapist-led behaviour change intervention to improve physical activity in people with rheumatoid arthritis. *Rural and remote health*, 23 (1), 8103. <https://doi.org/10.22605/RRH8103>.

13. Nogas, A., Grygus, I., Hutsman, S., Diachuk, V., Blayda, I. (2024). Analysis of the

effectiveness of the developed system of physical therapy for patients with rheumatoid arthritis in terms of daily activity, health status and quality of life. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*, 9 (2), 90–97. [https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9\(2\).07](https://doi.org/10.15391/prrht.2024-9(2).07).

14. Nikiphorou, E. et al. (2021). EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 80, 1278–1285.

15. Sieczkowska, S.M. et al. (2021). Efficacy of home-based physical activity interventions in patients with autoimmune rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.*, 51, 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.04.004>.

16. Sollerman hand function test. Rehab Measures. Available from: <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/PrintView.aspx?ID=1035>

Прийнято до публікації: 23.09.2025

Опубліковано: 30.10.2025

Accepted for publication on: 23.09.2025

Published on: 30.10.2025