

# Реабілітація хворих на ревматичні хвороби в практиці лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Л.В. Хімійон<sup>1</sup>, О.А. Бур'янов<sup>2</sup>, О.Б. Яценко<sup>1</sup>, С.В. Данилюк<sup>1</sup>, Т.О. Ситюк<sup>1</sup>, Н.В. Кіча<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті розглянуто сучасну доказову базу застосування різних реабілітаційних програм для хворих на ревматичні хвороби в первинній медичній допомозі. Представлено рекомендації з найбільш ефективних форм організації реабілітаційного процесу, навчання пацієнтів, застосування методів фізіотерапії, ерготерапії, режимів фізичної активності і тренувань для забезпечення максимальної функціональної спроможності і соціальної інтеграції хворих на ревматичні хвороби. Розглянуто позитивний вплив мотиваційного консультування при роботі із хворими на ревматичні хвороби, результати клінічних досліджень з оцінки впливу навчання пацієнтів на їхню функціональну спроможність і психологічний стан; рекомендації щодо застосування ортезів.

Наведено рекомендації провідних міжнародних експертних груп щодо призначення хворим на ревматоїдний артрит, остеоартроз, системні захворювання сполучної тканини фізичних вправ, фізіотерапевтичного лікування, застосування спеціального приладдя для полегшення виконання побутової роботи та професійної діяльності; приділено увагу методам оцінювання фізичного статусу пацієнтів, навчання методикам енергозбереження для виконання максимально можливого функціонального, фізичного навантаження і забезпечення автономності в побуті і соціальному житті.

Застосування наведених алгоритмів реабілітаційних заходів лікарями первинної медичної допомоги, іншими спеціалістами та медичним персоналом при веденні хворих на ревматичні хвороби дозволить реалізувати на практиці холистичний пацієнт-орієнтований підхід, покращити якість життя і функціональний стан пацієнтів.

**Ключові слова:** реабілітація хворих на ревматичні хвороби, ревматоїдний артрит, остеоартроз, системні захворювання сполучної тканини, фізіотерапія, ЛФК, мультидисциплінарна медична команда, лікар загальної практики-сімейний лікар.

## Rehabilitation of rheumatic patients in primary care

L. Khimion, O. Burianov, O. Yashchenko, S. Danyliuk, T. Sytiuk, N. Kicha

The evidence base for use of different rehabilitation programs is discussed in the article. The most effective approaches to the rehabilitation organization and patients education are presented together with the different types of physical rehabilitation, ergotherapy and physical activities useful for the development of the maximum functional ability and social integration of rheumatic patients. The positive impact of the motivational interview in work with rheumatic patients, the results of the clinical studies on evaluation of the patients education influence on their functional abilities and psychologic status; recommendations on orthoses use are discussed in the article.

The recommendations of the leading international expert groups about exercises, physiotherapy, ergotherapy prescribing to the patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis and connective tissue systemic diseases are given; the attention is drawn to the methods of evaluation of patients physical status; patients education about energy saving technologies use for maximum possible functional and physical loads and patients autonomy at home and social life realization. Implementation of the given rehabilitation algorithms can help to realize holistic patient-centered approach, improve patients quality of life and functional capacity.

**Keywords:** rehabilitation of rheumatic patients, rheumatoid arthritis, osteoarthritis, connective tissue systemic diseases, physical therapy, therapeutic exercise, multidisciplinary medical team, family doctor.

## Реабилитация пациентов с ревматическими заболеваниями в практике врача общей практики - семейного врача

Л.В. Химион, А.А. Бурьянов, О.Ю. Яценко, С.В. Данилюк, Т.А. Ситюк, Н.В. Кича

В статье рассмотрена современная доказательная база применения различных реабилитационных программ для больных ревматическими заболеваниями в первичной медицинской помощи. Представлены рекомендации по наиболее эффективным формам организации реабилитационного процесса, обучению пациентов, применению методов физиотерапии, эрготерапии, различных режимов физической активности и тренировок для достижения максимальной функциональной адаптации и социальной интеграции пациентов с ревматическими заболеваниями. Рассмотрены позитивное влияние мотивационного консультирования при работе с больными с ревматическими заболеваниями, результаты клинических исследований, оценивавших влияние обучения пациентов на их функциональные возможности и психологическое состояние; рекомендации по использованию ортезов.

Приведены рекомендации ведущих международных экспертных групп по назначению больным ревматоидным артритом, остеоартрозом, системными заболеваниями соединительной ткани упражнений, физиотерапевтического лечения, применения специальных устройств для облегчения выполнения бытовой работы и профессиональной деятельности; уделено внимание методам оценки физического статуса пациента, обучению энергосберегающим методикам для обеспечения выполнения максимально достижимых функциональных, физических нагрузок и обеспечения автономности в быту и социальной жизни.

Использование представленных алгоритмов реабилитационных мероприятий позволит реализовать практически холистический пациент-ориентированный подход, улучшить качество жизни и функциональное состояние пациентов.

**Ключевые слова:** реабилитация больных ревматическими заболеваниями, ревматоидный артрит, остеоартроз, системные заболевания соединительной ткани, физиотерапия, ЛФК, мультидисциплинарная медицинская команда, врач общей практики-семейный врач.

За визначенням ВООЗ, реабілітація є фундаментальною складовою системою охорони здоров'я, призначеною для людей з різними станами і потребами на всіх стадіях життя, на усіх рівнях надання медичної допомоги (від гострих до хронічних станів), що працює із впливом стану здоров'я на життя людини переважно шляхом по-

кращення функціонального стану і зменшення неспроможності/інвалідизації.

Реабілітація сфокусована на функціонуванні організму, а не на захворюванні. Покращення досягається за рахунок навчання і мотивації пацієнта до самостійного управління своїм станом здоров'я, контролю над захворюванням, адаптації до

існуючої ситуації задля досягнення щонайбільшої незалежності і самостійності в побуті і соціальному житті. Максимальною метою реабілітації таким чином має бути досягнення пацієнтом максимальної незалежності у виконанні життєвих завдань, задіяння в освітньому процесі, громадському житті з досягненням найкращих результатів для здоров'я, соціальних та економічних індивідуальних завдань.

Система реабілітації має бути обов'язковою складовою ефективною системою охорони здоров'я, однак на сьогодні ВООЗ констатує її значний дефіцит, особливо в країнах з низьким та навіть середнім ступенем економічного розвитку. Задля укріплення реабілітаційної медицини глобально ВООЗ розпочала ініціативу «Реабілітація 2030: заклик до дії» та визначила 10 заходів для національних систем ОЗ щодо впровадження, розвитку і укріплення системи реабілітації.

Ревматичні захворювання характеризуються хронічним перебігом, потребують пожиттєвого лікування, призводять у значній кількості пацієнтів до втрати працездатності та інвалідизації. Реабілітація ревматологічних хворих є складним завданням, яке потребує знань, мультидисциплінарного пацієнт-центрованого підходу та терпіння, адже самі захворювання найчастіше мають прогресуючий перебіг і викликають біль, скутість, нестабільність суглобів, ослаблення м'язів, втомлюваність; порушення функцій внутрішніх органів і систем, що істотно впливає на загальний стан, здатність виконувати як професійні, так і побутові завдання, переносити фізичні навантаження, брати участь як в соціальному, так і сімейному житті. Тому для кожного пацієнта реабілітаційні заходи підбираються індивідуально, виходячи із клінічної ситуації, функціональних обмежень та особистих цілей пацієнта, а також наявного медичного ресурсу та його доступності.

Рекомендації міжнародних експертних груп EULAR, ACR/SAA/SPARTAN щодо ведення хворих на ранній артрит, РА, АС, СпА вказують на необхідність застосування нефармакологічних реабілітаційних заходів в якості ад'ювантної терапії РЗ. Метою реабілітаційних втручань при РЗ має бути:

- зменшення болю і дискомфорту;
- покращення або підтримка існуючого рівня фізичних, психологічних, соціальних функцій;
- компенсація функціональних втрат і обмежень;
- гальмування або попередження розвитку інвалідності;
- досягнення найвищого можливого рівня самостійності і незалежності пацієнта, соціальної адаптації та інтеграції;
- покращення якості життя хворого;
- зменшення серцево-судинного ризику.

Реабілітаційні програми можуть реалізуватись у різних моделях залежно від потреб пацієнта і доступності спеціалістів та клінік, однак найбільш ефективним є холістичний підхід, який можливо реалізувати в моделі мультидисциплінарного командного підходу (МКП) до пацієнта. Команда включає спеціаліста первинної медичної допомоги (сімейного лікаря), психолога, подолога, дієтолога, соціального працівника, медичну сестру, фізіотерапевта та профітолога, які працюють під керівництвом ревматолога і/або реабілітолога. МКП чинить позитивний вплив на функціональний і психологічний стан пацієнта, активність захворювання продемонстровано в деяких клінічних дослідженнях (КД) за участі хворих на РА, АС, з хронічним поширеним болем та болем у нижній частині спини як при організації реабілітації в лікарняному закладі, так і амбулаторно. Водночас низькою дослідників вказується, що довготривалий ефект будь-яких реабілітаційних програм при РЗ залишається нез'ясованим.

Реабілітаційні програми для хворих на РЗ можуть бути різноманітними і включають:

1. Лікувальну фізкультуру (фізичну активність, тренування)
2. Навчання пацієнта
3. Ерготерапію

4. Застосування ортопедичного приладдя (ортези, устілки, тейпування) та допоміжних засобів (милиці тощо)

5. Фізіотерапію

6. Професійну реабілітацію

#### Лікувальна ФА, ЛФК і тренування

Як відомо, регулярна фізична активність (ФА) є абсолютно необхідною складовою здорового способу життя і профілактики хронічних неінфекційних захворювань (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкологічні хвороби, хронічні неспецифічні захворювання легень), які визначають основні показники смертності дорослого населення практично в усіх країнах світу.

Враховуючи наведені вище показники серцево-судинної захворюваності і смертності серед хворих на різноманітні РЗ (запальні артрити (ЗА), СЧВ, ДМ, ОА) порівняно із популяційними віко-статевими показниками, питання дотримання необхідного рівня фізичної активності і як профілактичної складової здорового способу життя, і як потужного реабілітаційного фактора – є надзвичайно важливим і, водночас, проблемним. Враховуючи ураження кістково-м'язової системи, як один із провідних патогенетичних доменів РЗ, і пацієнту, і лікарю складно визначити, які саме режими фізичної реабілітації і рівні фізичної активності допоможуть пацієнту покращити показники функціональної спроможності і досягти максимальної незалежності в побуті та соціальному житті та не завдадуть шкоди життєдіяльності організму. Зазвичай, визначення такого рівня ФА повинно відбуватись індивідуально і багато в чому емпірично – тобто шляхом проб і аналізу їхніх результатів.

Безумовно, найефективнішу допомогу пацієнту в цьому завданні може надати МКП, однак така команда далеко не завжди доступна, і вирішальну роль у призначенні і проведенні реабілітаційних заходів відіграє лікар, який веде пацієнта в момент встановлення діагнозу та при лікуванні загострення РЗ, що вимагає тісної співпраці лікар-пацієнт, довірчих відносин та збільшує витрати робочого часу лікаря, потребує володіння лікарем навичками мотиваційного консультування для підтримки необхідних змін у поведінкових звичках та способи життя пацієнта.

Достіть часто хворі на РЗ відмовляються від заходів активної фізичної реабілітації з остраху погіршення стану, розвитку загострення та болісних відчуттів. Складність прийняття таких рішень та початку заходів демонструється вже тим, що експертні групи EULAR, ACR у своїх рекомендаціях щодо ведення пацієнтів із РЗ пропонують призначення ФА, тестів на рівень ФА та фізичних вправ різним групам хворих лише загалом, але без подальшої деталізації щодо режимів, рівнів та інтенсивності такої активності.

На сьогодні продовжуються клінічні дослідження щодо визначення найбільш ефективного застосування реабілітаційних програм при різних РЗ; 11 РКД продемонстрували позитивний вплив групових занять з інструктором на функціональний стан хворих на СпА і АС, що перевищував ефект від індивідуальних занять та пасивної фізичної реабілітації (масаж, ультразвукові і теплові процедури). У цих дослідженнях показано однакову ефективність водних та звичайних занять, тому, з урахуванням більшої доступності звичайних занять, вони рекомендуються всім хворим.

Для хворих на РА продемонстровано позитивний вплив аеробних занять та/або укріплення м'язів на функціональну спроможність, якість життя, втому, психологічний статус без будь-якого негативного впливу на рентгенологічне прогресування та активність артриту. Водночас не виявлено істотного позитивного впливу на біль, кількість припухлих та болючих суглобів і перебіг артриту (на ці симптоми краще впливає регулярний відпочинок у ліжку). За сукупністю отриманих у РКД даних більшість експертів рекомендують застосування комбінації аеробних вправ/тренувань для всіх м'язових груп та вправ, спрямованих на укріплення окремих груп м'язів всім хворим на РА.

Для хворих на ОА ФА (в основному – аеробні вправи і вправи для укріплення м'язів), згідно з більшістю існуючих доказових міжнародних рекомендацій, є базисом нефармакологічних втручань, що позитивно впливають на біль та функцію суглобів при ОА колінних та кульшових суглобів. Водночас не існує таких доказів щодо ОА кистей.

Слід пам'ятати, що складання програм ФА для хворих на РЗ повинно враховувати і наявність коморбідних захворювань, які здатні істотно знижувати переносимість і прийнятність фізичних навантажень.

Як і при вирішенні інших проблем ревматичних хворих для прийняття рішення та постановки індивідуальних цілей застосування ФА в реабілітації значно допомогу надають існуючі доказові рекомендації з цих питань, хоча і вони не надають детальної інформації щодо всіх РЗ. У 2018 році вперше вийшли рекомендації робочої групи EULAR із фізичної активності/тренувань (замінюється одним терміном – фізична активність, ФА) для хворих на деякі РЗ (РА, СпА та ОА). Експертами сформульовано наступні **рекомендації**:

1. ФА має бути складовою частиною стандартного плану ведення хворих на запальні артрити та ОА (**рівень доказовості – 1В, сила рекомендацій – А**):

- тренування з укріплення м'язів, гнучкості та аеробна ФА чинять позитивний вплив на загальний стан пацієнта та деякі показники перебуту РЗ.
- ФА не має побічних ефектів або значущого погіршувального впливу на стан здоров'я пацієнтів із РЗ у клінічних дослідженнях.
- Стандарт якості медичної допомоги хворим на спондилоартрит (NICE, 2018) рекомендує обов'язкове скерування всіх пацієнтів на програми структурованого тренування (включає вправи для постави, стретчинг, укріплення м'язів; глибоке дихання; розгинання хребта; вправи на об'єм рухів для всіх відділів хребта; аеробні тренування).

Експерти зазначають, що не існує доказів, що загальнопопуляційні рекомендації із ФА повинні бути обов'язково модифіковані/адаптовані до застосування у пацієнтів із ЗА та ОА. Лише в деяких дослідженнях з цього питання рекомендується навчати пацієнтів так званому «правилу 24 годин» – слід зменшити інтенсивність ФА, якщо після занять виникає посилення больових відчуттів, що триває >24 год. Американський коледж спортивної медицини (ACSM) не рекомендує проводити інтенсивну ФА та тестову ФА в період активного запального процесу.

Пацієнта слід навчити застосовувати НПЗП перед тренуванням та моніторувати вираженість больового синдрому та інших клінічних проявів РЗ після тренувань; тренуватись обережно, пам'ятати про загальний ризик травм, хоча доказів неможливості виконання високоінтенсивних навантажень навіть під час загострення не існує (!). Виникнення симптомів, що впливають негативно на якість життя пацієнта після ФА може слугувати критерієм, що визначає індивідуальний рівень прийнятних навантажень.

2. У випадках необхідності адаптації загальних популяційних рекомендацій із ФА слід провести якомога повнішу індивідуальну оцінку фізичних, соціальних і психологічних факторів, включаючи біль, стомлюваність/слабкість, депресію і активність захворювання (**рівень доказовості – 4, сила рекомендації – D**).

3. Всі медичні працівники, задіяні у веденні пацієнтів із ЗА і ОА, мають рекомендувати регулярну ФА хворим та взаємодіяти з метою покращення результатів (**рівень доказовості – 4, сила рекомендації – D**).

4. Медичними працівниками, обізнаними як в принципах ФА так і РЗ, має бути проведено тестування кожного хворого для визначення вихідного рівня тренуваності/функціональної спроможності (з урахуванням наявних обмежень за чотирма доменами – серцева і дихальна тренуваність, м'язова сила, гнучкість

і нейромоторна тренуваність (баланс, координація, спритність), а також вихідного звичного рівня ФА (в професійному житті, побуті, на відпочинку). За результатами тестування має бути проведено мотиваційне консультування задля визначення цілей ФА і створення мотивації по дотриманню плану занять/тренувань. Під час консультації обов'язково обговорити з пацієнтом його знання з питань ФА, відношення до тренувань, страхи і обмеження; надати інформацію про позитивний вплив ФА (зменшення болю, контроль маси тіла, підвищення самооцінки та самостійності, зменшення серцево-судинного ризику) та надати контакти соціальних/медичних служб, які можуть надати допомогу/підтримку (**рівень доказовості – 3, сила рекомендації – C**) з урахуванням наявних протипоказань (**рівень доказовості – 4, сила рекомендації – D**).

5. Медичний працівник має скласти план впровадження рекомендацій із ФА, що включає застосування поведінкової корекції (мотиваційне консультування), самостійний моніторинг, визначення цілей, планування заходів, зворотній зв'язок від пацієнта, вирішення проблем (**рівень доказовості – 1 А, сила рекомендації – А**), визначити модель ФА (самостійна/під наглядом, індивідуальна/групово, дистанційне консультування – з урахуванням побажань пацієнта та доступності (**рівень доказовості – 4, сила рекомендації – D**); надати рекомендації щодо інтенсивності, тривалості, частоти та виду ФА.

Слід корегувати складений план відповідно до фаз перебуту та прогресування основного захворювання і коморбідних станів, після проведення самооцінювання пацієнтом результатів ФА, власного стану здоров'я та якості життя (за стандартними опитувальниками).

У рекомендаціях ACR щодо лікування ОА колінних, кульшових суглобів та суглобів кистей (2019) надано наступні **рекомендації з нефармакологічних методів лікування**:

- фізичні вправи при всіх локалізаціях ОА – сильна рекомендація (ходьба, укріплення м'язів, нейром'язова стимуляція, водні вправи);
- навчання пацієнта самообслуговуванню і самопомозі – при всіх локалізаціях ОА – сильна рекомендація;
- нормалізація маси тіла при ОА колінних/кульшових суглобів – сильна рекомендація;
- китайська гімнастика цигун при ОА колінних/кульшових суглобів – сильна рекомендація;
- застосування палиці при ОА колінних/кульшових суглобів – сильна рекомендація;
- застосування ортезу (жорсткий або неопреновий) для І п'ястково-фалангового суглоба – при ОА кисті – сильна рекомендація;
- тібіо-фemorальний ортез при тібіо-фemorальному ОА колінних суглобів – сильна рекомендація;
- пателло-фemorальний ортез при пателло-фemorальному ОА колінних суглобів – умовна рекомендація;
- застосування теплолікування (тепло/холод) при будь-якій локалізації ОА – умовна рекомендація;
- когнітивно-поведінкова терапія при будь-якій локалізації ОА – умовна рекомендація;
- акупунктура при будь-якій локалізації ОА – умовна рекомендація;
- кінезіотейпування при ОА кистей/колінних суглобів – умовна рекомендація;
- тренування балансу при ОА колінних/кульшових суглобів – умовна рекомендація;
- застосування інших ортезів на кисть при ОА кистей – умовна рекомендація;
- йога при ОА колінних/кульшових суглобів – умовна рекомендація;
- радіочастотна абляція при ОА колінних суглобів – умовна рекомендація.

Водночас ACR не рекомендує застосування масажу, мануальної терапії, черешкірної електронейростимуляції, іонофорезу.



**Фізіотерапія** – незважаючи на значний клінічний досвід застосування різноманітних фізичних факторів в якості лікувальних (термотерапія, ультразвукові методи, лазеротерапія, магнітотерапія, електролікування включаючи черезшкірну електронейростимуляцію), доказова база щодо їхньої ефективності недостатня, чітких рекомендацій щодо застосування фізіотерапевтичних методів у міжнародних рекомендаціях не існує. Однак як вітчизняними, так і зарубіжними ревматологами та реабілітологами досить широко використовуються методи термолікування (і тепло, і холод), гідротерапія, фоно- та електрофорез лікарських речовин (нестероїдні протизапальні препарати, анестетики, глюкокортикоїди), електронейростимуляція, бальнеотерапія та інші у комплексному лікуванні хворих на запальні артрити та ОА з метою зменшення скутості, болю, зменшення набряку та запалення в суглобах. Пацієнтам з РЗ можна рекомендувати домашні водно-теплові процедури (теплий/контрастний душ, ванна – для зменшення ранкової скутості і втоми).

**Ерготерапія** (дослівно – лікування через діяльність) – розділ реабілітаційної медицини, завданням якого є адаптація пацієнта до умов оточення (на роботі, вдома, на відпочинку) шляхом розвитку навичок самостійності за наявності функціональних проблем у пацієнта, у тому числі – за рахунок навчання використанню специфічних прийомів виконання рухів та дій, методів збереження енергії, застосування допоміжного приладдя (відкривачі пляшок, петлі для застібання гудзиків, столові прибори із довгими ручками та ін.), пристосування оточуючого середовища (наприклад, для полегшення пересування по квартирі – прибрати килими з підлоги та пороги, зробити ручки для підйому з унітазу та ванни, зробити підвищення рівня сидіння унітазу, використовувати високі сидіння стільців), застосування ортопедичних засобів (ортези, палиці, милиці, устілки, спеціальне взуття) тощо.

Одним із лікувальних поведінкових факторів для хворих на РЗ, особливо в період активного запального процесу, є дотримання режиму дня, що включає обов'язкову перерву в денній активності не менше ніж на 30 хв для відпочинку (найкраще в ліжку) для кращого контролю запалення і болю/втоми та збереження енергії. Такий режим рекомендується на 1–2 тиж під час активної фази захворювання (більша тривалість збільшує ризик значного ослаблення м'язів).

**Ортези** – один із основних засобів захисту суглобів, який застосовують для профілактики та лікування деформацій суглобів та контрактур верхніх та нижніх кінцівок, зменшення болю при рухах і в спокої в основному при РА і ОА. Ортези підбираються індивідуально, різної жорсткості – залежно від мети (жорстка фіксація – для попередження підвихів і контрактур чи м'яка – для зменшення набряку і болю при рухах). Ортези можуть застосовуватись як в активній фазі, так і в ремісії РЗ.

**Адаптивні пристрої** – призначені для полегшення самообслуговування і виконання побутової роботи хворими (одягання, споживання їжі, гігієна, розчісування та ін.). Окрім вказаних вище пристроїв використовуються спеціальні гачки для застібання зміюк на одязі, зав'язування шнурків; тримачі для невеликих предметів, що допомагають тримати зубну щітку, розчіску, ручку та ін.

Окремим важливим компонентом ерготерапії і підтримки самостійності пацієнта є навчання методикам **збереження енергії в щоденному житті**. Підвищена втомлюваність, загальна та м'язова слабкість, кістково-м'язовий хронічний біль є постійними супутниками значної більшості хворих на артрити та системні захворювання сполучної тканини, тому для максимального збереження і підтримки професійної працездатності та побутової самостійності такі пацієнти потре-

бують навчання енергозберігаючим методикам, застосування яких дозволяє виконувати поставлені щоденні завдання і менше залежати від допомоги інших людей. Загальні принципи збереження енергії в щоденному житті прості:

1. Слід організувати простір і оточуюче середовище так, щоб користування найчастішими предметами в ньому було максимально зручним і не болючим для пацієнта (розміщувати найчастіше використовувані предмети, унітаз, умивальник, стільці, душ, продукти, посуд тощо на зручній для використання/дістання висоті; застосовувати возики/пересувні столики, одяг із великими кишнями, щоб переміщувати необхідні предмети – телефон, комп'ютер, книги тощо).

2. Виконувати необхідну роботу (наприклад, приготування їжі, друк на комп'ютері, підйом предметів та іншу) у зручному положенні, що не викликає болю і втоми, наприклад, сидячи на високому стільці.

3. Одягатися, взуватися, чистити зуби, мити посуд тощо у сидячому положенні із застосуванням адаптивного приладдя.

4. Навчити пацієнта піднімати, переносити речі і предмети у найбільш фізіологічному режимі, там де можливо замість підіймання використовувати пересування тощо.

5. Робити перерви у денній активності (від 30 хв до 1 год 1–2 рази на день) для повного фізичного/інтелектуального відпочинку; відпочивати після кожного вживання їжі 20–30 хв; будь-яку діяльність виконувати у спокійному режимі.

6. Планувати необхідні завдання та засоби їхнього досягнення заздалегідь, виділяючи пріоритети, строки, темпи на тиждень та щоденно, з урахуванням найбільш та найменш активних годин доби і перерв на відпочинок

Для хворих на системні захворювання сполучної тканини (системна склеродермія, системний червоний вовчак, дерматоміозит) доказових рекомендацій щодо застосування методів немедикаментозного лікування не існує, опубліковані результати нечисленних клінічних досліджень досить суперечні. За даними нещодавно опублікованого мета-аналізу РКД із вивчення ефекту нефармакологічних втручань при СЧВ (Lipus, 2019), у жодному із досліджень не виявлено впливу досліджуваних заходів (психотерапія, ФА, акупунктура та інші) на активність і перебіг вовчака. Водночас в деяких дослідженнях продемонстровано позитивний вплив психотерапевтичних втручань і ФА на вираженість болю, втоми, тривожності та хоча б один показник якості життя за SF 36.

Отже, пацієнтам із системними захворюваннями залежно від наявності і вираженості функціональних обмежень (серцева, дихальна, ниркова недостатність; м'язова слабкість, психомоторні порушення та ін.) можна індивідуально рекомендувати переносимі рівні лікувальної ФА (найчастіше – з інструментом) та психотерапію.

За наявності синдрому Рейно складовою частиною комплексного лікування обов'язково має бути виконання аеробної ФА пацієнтом для покращення мікроциркуляції (тобто до появи відчуття гіперемії і зігрівання в уражених зонах) та водно-теплові і теплові процедури з тією самою метою (обов'язково з урахуванням можливих протипоказань – виразкування, тромботичні захворювання та інші).

Дослідження впливу немедикаментозних факторів на симптоми і перебіг ревматичних захворювань продовжуються. Одним із перспективних сучасних напрямків є вивчення різноманітних регенеративних методик і факторів у лікуванні і реабілітації хворих на ОА (використовуються стовбурові клітини, мезенхімальні стовбурові клітини, тромбоцитарна плазма, збагачений тромбоцитами фібрин) – у більшості випадків у лікуванні і реабілітації пацієнтів із ОА колінних суглобів I–II стадії для зменшення болю, покращення функції і гальмування прогресування втрати суглобового хряща.

## Відомості про авторів

**Хімiон Людмила Вікторівна** – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (050) 469-33-96. *E-mail: ludmilahimion@hotmail.com*

**Бур'янов Олександр Анатолійович** – Кафедра травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, 01601, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 27. *E-mail: kaftraum@ukr.net*

**Яценко Оксана Борисівна** – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *E-mail: yashchenkoo@ukr.net*

**Данилюк Світлана Володимирівна** – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *E-mail: svdan62@gmail.com*

**Ситюк Тетяна Олександрівна** – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *E-mail: syuktanya@ukr.net*

**Кіча Наталія Василівна** – Кафедра сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *E-mail: kicha0514@gmail.com*

## Information about the author

**Liudmyla Khimion** – Family Medicine Department in Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, street Dorogozhytska, 9; tel.: (050) 469-33-96. *E-mail: ludmilahimion@hotmail.com*

**Oleksandr Burianov** – Traumatology and Orthopedics Department in Bogomolets National Medical University, 01601, Kyiv, 27 Bulvarno-Kudryavska Str. *E-mail: kaftraum@ukr.net*

**Oksana Yashchenko** – Family Medicine Department in Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, street Dorogozhytska, 9. *E-mail: yashchenkoo@ukr.net*

**Svitlana Danyliuk** – Family Medicine Department in Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, street Dorogozhytska, 9. *E-mail: svdan62@gmail.com*

**Tetiana Sytiuk** – Family Medicine Department in Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, street Dorogozhytska, 9. *E-mail: syuktanya@ukr.net*

**Natalia Kicha** – Family Medicine Department in Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, street Dorogozhytska, 9. *E-mail: kicha0514@gmail.com*

## Сведения об авторах

**Химьон Людмила Викторовна** – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 469-33-96. *E-mail: ludmilahimion@hotmail.com*

**Бурьянов Александр Анатольевич** – Кафедра травматологии и ортопедии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, ул. Бульварно-Кудрявская, 27. *E-mail: kaftraum@ukr.net*

**Яценко Оксана Борисовна** – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: yashchenkoo@ukr.net*

**Данилюк Светлана Владимировна** – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: svdan62@gmail.com*

**Сытук Татьяна Александровна** – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: syuktanya@ukr.net*

**Кича Наталья Васильевна** – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: kicha0514@gmail.com*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України №243 від 15.12.1993 «Про організацію і удосконалення ревматологічної допомоги населенню України»
2. Наказ МОЗ України №455 від 13.11.2001 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову неприцездатність громадян».
3. Наказ МОЗ України №183 від 07.04.2004 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності»
4. Наказ МОЗ України №189 від 09.04.2008 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової неприцездатності»
5. Постанова Кабінету міністрів України №1317 від 03.12.2009 «Питання медико-соціальної експертизи»
6. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with in amatory arthritis and osteoarthritis/ Rausch Osthoff A-K, Karin Niedermann, Ju rgen Braun et al. Ann Rheum Dis 2018;77:1251–1260. doi:10.1136/an-rheumdis-2018-213585 1251
7. 2019 ACR/AF guideline for the management of OA of the hand, hip and knee/ Kolasiński SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. [published online January 6, 2020]. Arthritis Care Res. doi:10.1002/acr.24131
8. Aysen Akinci, Gamze Kilic . Future of Rehabilitation Interventions for Rheumatic Patients in the Mediterranean Region. - Mediterr J Rheumatol 2017; 28(2):70-4
9. Beardmore T.D. (2008) Rehabilitation of Patients with Rheumatic Diseases. In: Kippel J.H., Stone J.H., Crofford L.J., White P.H. (eds) Primer on the Rheumatic Diseases. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-68566-3\\_78](https://doi.org/10.1007/978-0-387-68566-3_78)
10. Bearne L M, Byrne A M, Segrave H, White C M. Multidisciplinary team care for people with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rheumatol Int 2016;36:311-24.
11. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Alvaro-Gracia J M, et al. 2016 update of the EULAR recommenda-tions for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis 2017;76(6):948-59.
12. Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan J R, Choy E H, Chalder T, et al. Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev 2013;CD008322.
13. De Almeida P H, Pontes T B, Matheus J P, Muniz L F, da Mota L M. Occupational therapy in rheumatoid arthritis: what rheumatologists need to know? Rev Bras Rheumatol 2015;55:272-80.
14. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis / L Fernandes, KB Hagen, J W J Bijlsma et al., Ann Rheum Dis 2013;72:1125–1135. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202745
15. Hammond A. Rehabilitation in rheumatoid arthritis: a critical review. Musculoskeletal Care 2004;2:135-51.
16. Hochberg M C, Altman R D, April K T, Benkhalti M, Guyatt G, Mc-Gowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recom-mendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012;64:465-74.
17. Khimion L., Burianov A., Smolina L., Omelchenko T. Platelet autologous plasma in osteoarthritis treatment // Osteoarthritis and cartilage. – 2017. - № 25. – P. 438-439.
18. Masiero S, Bonaldo L, Pigatto M, Lo Nigro A, Ramonda R, Punzi L. Rehabilitation treatment in patients with ankylosing spondylitis sta- bilized with tumor necrosis factor inhibitor therapy: a randomized controlled trial. J Rheumatol 2011;38:1335-42.
19. Metsios G S, Stavropoulos-Kalino-glou A, Kitas G D. The role of ex- ercise in the management of rheumatoid arthritis. Expert Rev Clin Immunol 2015;11:1121-30.
20. NICE: Rheumatoid arthritis in over 16s Quality standard Published: 28 June 2013 [www.nice.org.uk/guidance/qs33](http://www.nice.org.uk/guidance/qs33)
21. NICE: Spondyloarthritis. Quality stan- dard. Published: 28 June 2018 [www.nice.org.uk/guidance/qs170](http://www.nice.org.uk/guidance/qs170)

22. Non-Pharmacologic Therapies for Systemic Lupus Erythematosus/ Monthida Fangtham, Shanthini Kasturi, Raveendhara R. Bannuru/ Lupus. 2019 May ; 28(6): 703–712. doi:10.1177/0961203319841435.
23. Rehabilitation for patients with rheumatic diseases: Patient experiences of a structured goal planning and tailored follow-up programme / Turid Nygaard Dager, Ingvild Kjekken, Gunnhild Berdal et al., Sage open Med.- 2017.-р. 1-9
24. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019, 72p.
25. Roddy E, Zhang W, Doherty M, Arden N K, Barlow J, Birrell F, et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee--the MOVE consensus. Rheumatology (Oxford) 2005;44:67-73.
26. Steultjens E M, Dekker J, Bouter L M, van Schaardenburg D, van Kuik M A, van den Ende C H. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD003114.
27. The British Society for Rheumatology guideline for the management of systemic lupus erythematosus in adults. Caroline Gordon, Maame-Boatema Amissah-Arthur, Mary Gayed et al., Rheumatology 2018; 57:e1 e45 doi:10.1093/rheumatology/kex286
28. Uhlig T, Bjerneboe O, Kroll F, Palm O, Olsen I C, Grotle M. Involvement of the multidisciplinary team and outcomes in inpatient rehabilitation among patients with inflammatory rheumatic disease. BMC Musculoskelet Disord 2016;17:18.
29. Use of intraarticular injections of platelet-rich plasma in the treatment of knee OA: a review article / N Baloch, O Hasan, Z Baig et al., Orthop Rev (2019).- Sep 24; 11(3):7747
30. Ward M M, Deodhar A, Akl E A, Lui A, Ermann J, Gensler L S, et al. American College of Rheumatology/ Spondylitis Association of America/ Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol 2016;68:282-98.
31. WHO. World Health Organization: health topics rehabilitation, 2013, <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

Статья поступила в редакцию 12.11.2020

## ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (ОДНА АБО ДЕКІЛЬКА ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ)

### 1. За визначенням ВООЗ, реабілітація:

- Має бути обов'язковою складовою ефективною системою охорони здоров'я, що зосереджена на покращенні функціонального стану людини на всіх рівнях надання медичної допомоги
- Має бути обов'язковим компонентом системи стаціонарного лікування для досягнення кращих показників післяопераційних втручань
- Належить до бажаних необов'язкових компонентів, які можуть бути впроваджені за рахунок власного фінансування пацієнтом
- Належить до сфери самовдосконалення і самонавчання пацієнта.

### 2. Найвищу доведену ефективність у покращенні функціонального стану хворих на РЗ має наступна форма організації реабілітаційних програм:

- Індивідуальні програми за участю лікаря-ревматолога
- Групові заняття за участю середнього медичного персоналу
- Мультидисциплінарна медична команда з персоніфікованим підходом до пацієнта
- Самостійне домашнє навчання.

### 3. Інтегральним завданням реабілітації є:

- Попередження інвалідазації
- Компенсація функціональних порушень і обмежень
- Досягнення найвищого можливого рівня самостійності і незалежності пацієнта, соціальної адаптації та інтеграції
- Зменшення серцево-судинного ризику.

### 4. Продемонстровано позитивний вплив аеробних фізичних тренувань у хворих на РА на:

- Функціональну спроможність пацієнтів
- Якість життя
- Психологічний стан
- Усе, перераховане вище.

### 5. Найкращий доведений вплив на функціональну спроможність при РА мають:

- Комбінація аеробних вправ із масажем
- Комбінація аеробних вправ із рефлексотерапією

- Комбінація аеробних вправ із заняттями китайською гімнастикою
- Комбінація аеробних вправ і укріплення м'язів.

### 6. Згідно із сучасними доказовими рекомендаціями, фізична активність:

- Має бути обов'язковою складовою стандартного плану ведення хворого на РХ
- Дозволяється окремим групам пацієнтів при тривалій ремісії
- Дозволяється окремим групам пацієнтів при тривалій ремісії під наглядом медичного працівника
- Не дозволяється пацієнтам з анемією та іншими коморбідними захворюваннями.

### 7. Згідно із сучасними рекомендаціями застосування фізіотерапії в реабілітації хворих на РХ:

- Не має чіткого доказового обґрунтування
- Має високий рівень доказовості
- Не має визначального впливу
- Чинить істотний вплив на функціональну активність пацієнтів.

### 8. Ерготерапія – це:

- Розділ реабілітаційної медицини, завданням якого є адаптація пацієнта до умов оточення
- Навчання професійним навичкам в умовах енергозбереження
- Навчання самостійності у побуті
- Навчання соціальному спілкуванню.

### 9. Адаптивні пристрої – це:

- Приладдя для полегшення самообслуговування і виконання побутової роботи хворими (одягання, споживання їжі, гігієна, розчісування та ін.)
- Приладдя для допомоги при ходьбі (палиця, милиці та ін.)
- Приладдя для полегшення спілкування (телефон з розпізнаванням голосових команд та ін.)
- Пристрої для нагадування про прийом ліків.