



ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ І БІОХІМІЯ"
 "EXPERIMENTAL AND CLINICAL PHYSIOLOGY AND BIOCHEMISTRY"
 Науково-практичний журнал/Scientific-practical journal

Наукові статті / Research Articles
 ЕСРВ 2019, 4(88): 45–52. <https://doi.org/>

УДК 615.83:616.72-002.2

Вплив засобів фізичної реабілітації на якість життя хворих при ревматоїдному артриті

З.І. КОРИТКО, Р.М. ПОНИК, О.В. КУПРІНЕНКО

*Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського,
 Львів, Україна*

E-mail: korytko@ukr.net

На сьогодні ревматичні хвороби залишаються однією з найбільш поширених патологій у світі, першість серед яких посідає ревматоїдний артрит (РА), що уражує близько 1 % населення (в Україні – 0,4 %, у Європі й Північній Америці – 1–2 %) [1]. Це захворювання є не тільки великою медичною проблемою (через прогресуючий перебіг, недостатню ефективність лікування), але й має велике соціальне значення через відносно високу частоту захворюваності та високу частоту інвалідизації у працездатному віці (не менш ніж 50 % хворих втрачають працездатність через 3–5 років після початку захворювання) [2]. Дані наукової літератури стверджують, що найбільш глибокий вплив захворювання на РА має на зміни в особистості пацієнта, які відбуваються протягом першого року життя хворих з моменту встановлення діагнозу. У такому випадку лише своєчасне втручання мультидисциплінарної команди фахівців у лікування та реабілітацію хворих на РА, дасть змогу пацієнтам уникнути змін самосвідомості та сприятиме зменшенню кількості негативних наслідків захворювання, які впливають на якість життя хворих на РА [3].

Згідно з сучасними підходами до процесу лікування та реабілітації хворих різних патологій, особливо такого складного системного захворювання, як ревматоїдний артрит, у веденні пацієнта повинні одночасно брати участь фахівці різної спеціалізації, оскільки лише спільними зусиллями мультидисциплінарної команди, яку представляють окрім лікуючого лікаря ще психолог, фармаколог, дієтолог, фізичний терапевт та ерготерапевт, можливо створити індивідуальну програму лікування та реабілітації хворих. Починаючи з першого етапу лікування та реабілітації, який проводиться ще у клініці, а відтак на наступних етапах, які відбуваються у санаторно-курортних умовах та вдома, можна полегшити симптоматику, продовжити період ремісії у хворих на РА, зберегти працездатність, запобігти змінам особистості таких пацієнтів та покращити їхній побут і повсякденне життя [4].

Водночас за умов складності забезпечення в повній мірі такого підходу до лікування хворих на ревматоїдний артрит, ми поставили за мету використати фізичні навантаження (ФН) не лише як фактор підвищення рівня фізичних кондицій організму, але й як, відомий з літератури, фактор впливу ФН на емоційний та психологічний стан організму людини, на підвищення рівня самосприйняття та самооцінки [5], що мало б сприяти поліпшенню якості життя таких хворих.

Мета нашої роботи – виявити вплив індивідуально дозованої рухової активності на перебіг захворювання та якість життя хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріали й методи дослідження. Проведено опитування 17 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні: 6 чоловіків віком $45 \pm 2,8$ року та 11 жінок віком $47 \pm 3,5$ року, з метою оцінки якості їх життя. Хворі були проінформовані про суть обстежень і погодилися на обробку їх результатів, підписавши інформовану згоду, яка була схвалена комісією з питань біоетики.

За результатами опитувальника SF-36 [6] була оцінена якість життя хворих на РА за вісьмома шкалами: фізичне функціонування (ФФ) (Physical Functioning – *PF*), рольова діяльність, зумовлена фізичним станом (РФФ) (Role-Physical Functioning – *RP*), інтенсивність болю (ІБ) (Bodily pain – *BP*), загальний стан здоров'я (ЗЗ) (General Health – *GH*), життєва активність (ЖА) (Vitality – *VT*), соціальне функціонування (СФ) (Social Functioning – *SF*), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕФ) (Role-Emotional – *RE*) і психічне здоров'я (ПЗ) (Mental Health – *MH*), а також розраховано два компоненти здоров'я: фізичний і психологічний.

За результатами реабілітаційного обстеження до досліджень відібрано 9 хворих на РА, які мали лише помірну активність запального процесу (без сильного болю, вираженої припухлості і підвищеної температури), з ураженими дрібними п'ястково-фаланговими і проксимальними міжфаланговими суглобами (від 2 до 8) із/без залучення великих суглобів (1–2, ліктьовий і колінний) (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика обстежених хворих на ревматоїдний артрит, залучених до досліджень

№ п/п	Показники	Хворі на РА артрит, $n = 9$
1	Вік хворих, років	$47 \pm 3,5$
2	Тривалість хвороби, років	$4,1 \pm 2,8$
3	Кількість уражених суглобів	$3,4 \pm 2,9$
4	Індекс CDAI, балів	$18,1 \pm 2,5$

Активність запального процесу оцінена за індексом CDAI, в розрахунок якого входило кількість болючих суглобів, кількість припухлих суглобів, загальна оцінка активності хвороби, зроблена лікарем і загальна оцінка здоров'я, зроблена хворим. Величина індексу CDAI становила у хворих $18,1 \pm 2,5$ балу, що свідчило про помірну активність запального процесу (табл. 1) [7].

Для цих хворих з функціональним класами РА I і II, за яких збережені самообслуговування і професійна діяльність, але обмежена тільки непрофесійна діяльність, з урахуванням існуючих клініко-фізіологічних критеріїв визначення режимів руху під час фізичної реабілітації хворих на РА [8], запропоновано комплексну програму з реабілітації, в яку входили: ранкова гігієнічна гімнастика, дихальні вправи та вправи для зміцнення м'язів, правильного розподілу м'язового тону, відновлення рухомості суглобів [9].

Індивідуальний добір величини ФН виконували під контролем ЧСС. Критерієм адекватності ФН була зміна величини ЧСС до і після ФН ± 10 – 15 ск./хв. У разі перевищення величини ЧСС на 20 – 25 ск./хв, корегували дозування вправ: кількість повторень і темп виконання, а також правильність поєднання вправ із диханням [10].

Оскільки у стані загострення РА виконання вправ протипоказане, тому хворим, які ввійшли у фазу ремісії, було рекомендовано самостійно виконувати запропонований комплекс нескладних вправ протягом трьох тижнів в домашніх умовах. Хворі отримали чіткі рекомендації з самостійного виконання реабілітаційної програми, інструкції з контролю самопочуття і перебували на постійному зв'язку з реабілітологом.

Отримані дані опрацьовані з використанням статистичної програми SPSS 11.5.

Результати дослідження та їх обговорення. Показники якості життя хворих на РА, порівняно з референтними даними для здорових людей [11] за різними шкалами, згідно з анонімним анкетуванням з використанням опитувальника SF-36, подані в табл. 2.

Таблиця 2

Якість життя хворих на ревматоїдний артрит порівняно зі здоровими особами у балах, $M \pm m$

Показники	Хворі на РА	Здорові (педагоги-організатори)	<i>p</i>
Physical Functioning – PF (ФФ)	45,29 ± 3,4	74,1 ± 2,8	< 0,01
Role-Physical Function-ing – RP (РФФ)	46,6 ± 3,7	59,5 ± 4,7	< 0,05
Bodily pain – BP (ІБ)	55,3 ± 2,8	52,6 ± 3,2	> 0,05
General Health – GH (ЗЗ)	46,65 ± 1,9	46,1 ± 2,0	> 0,05
Vitality – VT (ЖА)	47 ± 1,8	54,0 ± 2,4	> 0,05
Social Functioning – SF (СФ)	51,7 ± 2,8	61,8 ± 2,9	< 0,05
Role-Emotional – RE (РЕФ)	31,6 ± 3,1	45,5 ± 5,5	< 0,05
Mental Health – MH (ІЗ)	40,5 ± 2,1	59,1 ± 2,1	< 0,01

Як видно з табл. 2, у хворих на ревматоїдний артрит відмічені виражені зміни, порівняно зі здоровими, у фізичному функціонуванні та рольовому фізичному функціонуванні ($p < 0,01$), тобто у них спостерігалось суттєве зниження рухової активності, але не за рахунок зростання інтенсивності болю і зниження загального рівня здоров'я, а за рахунок психологічного компоненту здоров'я (табл. 3) та його складових (соціального функціонування ($p < 0,05$), рольового емоційного функціонування ($p < 0,05$) і психічного здоров'я ($p < 0,01$)).

Таблиця 3

Компоненти здоров'я здорових осіб і хворих на РА за опитувальником SF-36 (у балах, $M \pm m$)

Компоненти здоров'я	Хворі на РА	Здорові (педагоги-організатори)	<i>p</i>
Фізичний	47,02 ± 1,5	49,9 ± 1,0	> 0,05
Психологічний	35,48 ± 1,1	40,7 ± 1,3	< 0,01

Зокрема, хворі, які перебували на лікуванні у ревматологічному відділенні, оцінили загальний стан свого здоров'я в основному задовільно (26,6 % – добре, 53,3 % – задовільно і 20,1 % – погано) (рис. 1, А).

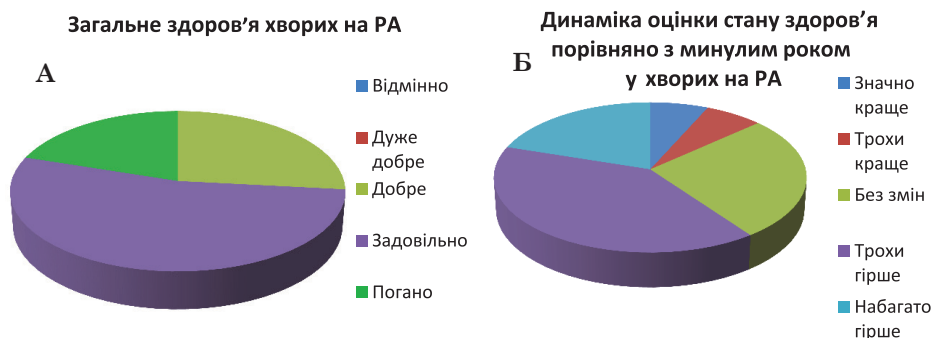


Рис. 1. Оцінка стану свого здоров'я та його змін протягом року хворими на ревматоїдний артрит (%)

Водночас хворі відзначили різновекторні зміни у перебігу хвороби з точки зору зміни стану свого здоров'я порівняно з минулим роком. Лише 13,3 % хворих відзначили прогрес у самопочутті, 26,6 % не зауважили жодних змін у стані свого здоров'я, у 60,1 % хворих стан здоров'я став гіршим, аніж рік тому (рис. 1, Б).

На запитання, чи обмежує хвороба повсякденну рухову активність у різних формах (від інтенсивної до самообслуговування), тільки 31,5 % хворих відповіли, що хвороба ніяк не позначається на їхній руховій активності, а у 68,5 % хворих були наявні у тій чи іншій мірі проблеми з руховою активністю, зумовлені хворобою (рис. 2).



Рис. 2. Оцінка хворими на ревматоїдний артрит своєї повсякденної діяльності (%)

Отже, хворі на РА оцінили стан свого здоров'я в основному як задовільний, який навіть погіршився порівняно з минулим роком, але за сумарним показником фізичного компоненту здоров'я, хворі на РА не різнилися від здорових людей, а відрізнявся у них лише психологічний компонент здоров'я (табл. 3), пов'язаний з психікою та емоціями.

Проблеми з виконанням повсякденних справ, пов'язані з емоційною складовою здоров'я, хворі оцінили за якістю виконання повсякденної роботи; ступенем обмеження/необмеження під час виконання звиклої роботи; труднощами, які виникали/не виникали під час виконання цієї роботи; емоційними проблемами, пов'язаними з виконанням повсякденних справ і вирішенням завдань; почуттями задоволеності/незадоволеності собою у виконанні справ; бажанням і акуратністю виконання щоденної роботи.

Про емоційні проблеми, пов'язані з виконанням повсякденних справ, про незадоволеність якістю виконання роботи, її об'ємом, часом, витраченим на неї, повідомили 70,1 % опитаних хворих, і лише у 29,1 % хворих були відсутні негативні емоційні прояви, пов'язані з виконанням повсякденної роботи (рис. 3, А).

Про повну відсутність впливу негативних емоцій, пов'язаних з відчуттями болю, на спілкування з сім'єю, друзями, сусідами, колегами по роботі, на нормальну працездатність, включаючи також роботу поза домом і домашні клопоти; про стан нервового збудження, про наявність бажання та енергії для виконання роботи повідомили лише 5,8 % опитаних (рис. 3, Б).

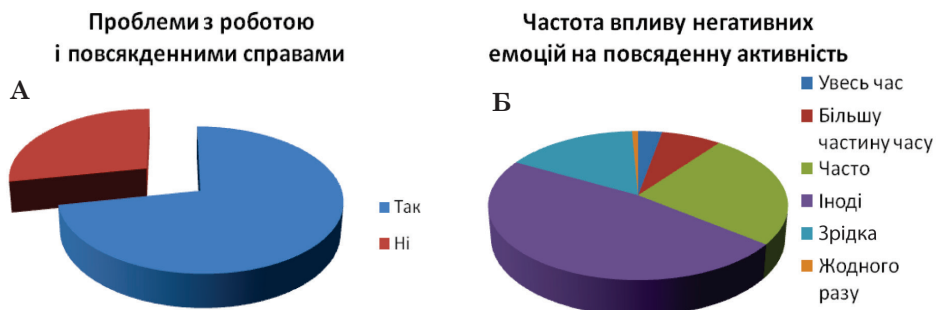


Рис. 3. Емоційна складова, пов'язана з якістю виконання роботи та повсякденних справ (%)

У досліджуваних хворих емоційний стан був вирішальним у проблемах з руховою активністю, які виникли у людей з маніфестацією діагнозу «ревматоїдний артрит», оскільки 10,5 % хворих більшу частину часу відчували емоційний спад, а 25,1 % хворих відчували тиск емоцій часто. Тобто третина хворих стверджувала, що їхній емоційний стан перешкоджав руховій активності, а 47,4 % хворих лише інколи відчували тиск емоцій і страх перед хворобою. І лише 0,7 % хворих ніколи не відчували емоційного спаду і страху перед хворобою.

Це узгоджується з даними наукової літератури, які стверджують, що у більшості хворих спостерігається емоційний спад. У таких хворих зростає страх перед майбутнім. Хворі на РА занепокоєні з приводу зростання обмеження рухомості та побічних ефектів лікування. У них з'являється страх втратити можливість обслуговувати себе [12], що впливає на само-свідомість і негативно впливає на всі сфери життя таких пацієнтів: роботу, дозвілля, оточення, поведінку, сімейні стосунки, зокрема на сексуальну активність [3,13].

Згідно з даними наукової літератури, найбільш глибокий вплив такого захворювання, як РА на зміни в особистості пацієнта відбувається протягом першого року життя пацієнта від моменту встановлення діагнозу [14], а в нашому опитуванні та дослідженні брали участь хворі на РА з тривалістю хвороби понад два роки. У таких хворих уже вгамувались емоції, емоційний фон уже менше впливав на сприйняття пацієнтом своєї хвороби, оскільки лише близько третини хворих (35,6 %) відчували емоційний спад.

Таким чином, проведене анкетування за опитувальником SF-36 свідчило, що загальний стан здоров'я хворих був задовільний (53,3 %) і тільки у 20,1 % хворих він був поганий. Обмеження рухової активності під час виконання повсякденних вправ були лише у третини хворих, які й відчували емоційний спад (35,6 %). Водночас, емоційний стан був порушений у більшості хворих, оскільки ще 47,4 % із них іноді відчували вплив емоцій на самопочуття.

Через три тижні після впровадження реабілітаційної програми для хворих на РА проведено повторне анкетування і реабілітаційне обстеження цих хворих. Дані якості життя хворих на РА, подані порівняно з вихідним рівнем (табл. 4).

Таблиця 4

**Якість життя хворих на ревматоїдний артрит до і після реабілітації
(у балах, $M \pm m$)**

Показники	Хворі на РА		p
	до реабілітації	після реабілітації	
Physical Functioning – PF (ФФ)	45,29 ± 3,4	50,1 ± 2,9	> 0,05
Role-Physical Function-ing – RP (РФФ)	46,6 ± 3,7	49,5 ± 3,2	> 0,05
Bodily pain – BP (ІБ)	55,3 ± 2,8	51,6 ± 3,2	> 0,05
General Health – GH (ЗЗ)	46,65 ± 1,9	49,7 ± 2,0	> 0,05
Vitality – VT (ЖА)	47 ± 1,8	52,0 ± 2,1	> 0,05
Social Functioning – SF (СФ)	51,7 ± 2,8	61,0 ± 3,2	< 0,05
Role-Emotional – RE (РЕФ)	31,6 ± 3,1	45,5 ± 2,5	< 0,01
Mental Health – MH (ПЗ)	40,5 ± 2,1	50,1 ± 2,1	< 0,01

Як видно з табл. 4, деякі досліджувані показники проявили тенденцію до поліпшення, зокрема фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я та життєва активність, але водночас достовірно зросли емоційні складові психічного здоров'я, зокрема соціальне функціонування ($p < 0,05$), а також рольове функціонування і психічне здоров'я ($p < 0,01$).

При підрахунку сумарних показників, які характеризують фізичний і психологічний компоненти здоров'я хворих на РА до і після застосування реабілітаційної програми, видно (табл. 5), що фізичний компонент здоров'я мав лише тенденцію до зростання ($p=0,12$), а психологічний компонент здоров'я зріс із великою достовірністю ($p<0,01$).

Таблиця 5

Компоненти здоров'я хворих на РА за опитувальником SF-36 (у балах, $M\pm m$)

Компоненти здоров'я	Хворі на РА		p
	до реабілітації	після реабілітації	
Фізичний	47,02 ± 1,5	49,9 ± 1,0	> 0,05
Психологічний	35,48 ± 1,1	40,7 ± 1,3	< 0,01

Отже, можна відзначити загалом позитивний вплив рекомендованої реабілітаційної програми на стан здоров'я хворих на РА. Позитивним моментом є зростання психологічного компоненту здоров'я, оскільки багато дослідників відзначає значний депресивний стан у хворих з документованим РА [14]. Такий стан у них пов'язаний з тим, що хворі на РА, починають вивчати інформацію про своє захворювання, його перебіг і дізнаються, що воно непрогнозоване, внаслідок чого у них значно знижується соціальна активність, що цілком підтверджено нашим опитуванням. У таких хворих з'являється проблема у спілкуванні з колегами по роботі, друзями, сім'єю тощо, що значно погіршує виконання роботи у сфері зайнятості та удома [15].

Висновки

1. Результати анкетування хворих на ревматоїдний артрит виявили зниження у них показників якості життя і підтвердили літературні дані про негативний вплив ревматоїдного артриту, який має непрогнозований характер, на емоційний стан хворих та їх психіку, що ускладнює лікування і погіршує перебіг захворювання. При цьому, зниження фізичного функціонування ($p<0,01$) у хворих на ревматоїдний артрит відбувалося на тлі невисокого рівня показника інтенсивності болю і нормального показника загального рівня здоров'я, які не різнилися від показників у здорових людей ($p<0,05$), а відбувалося, в основному, за рахунок психологічного компоненту здоров'я та його складових (соціального функціонування, рольового емоційного функціонування та рівня психічного здоров'я) ($p<0,01$).

2. У результаті впровадження запропонованої програми реабілітації у хворих на ревматоїдний артрит з'явилась позитивна тенденція зміни фізичного компоненту здоров'я, що підтверджувалось зниженням активності запального процесу за CDAI-індексом (від $18,1 \pm 2,5$ до $11,2 \pm 2,4$ балів) та виражене поліпшення психологічного стану хворих, що підтвердилось підвищенням їх психологічного компоненту здоров'я ($p<0,01$) та його складових (соціального функціонування ($p<0,05$), рольового емоційного функціонування та рівня психічного здоров'я ($p<0,01$)).

3. Отже, отримані результати дають підставу стверджувати, що дозована, індивідуально підібрана, рухова активність позитивно впливає на перебіг захворювання на ревматоїдний артрит і якість життя хворих з даним захворюванням, унаслідок нормалізації у першу чергу психологічного та емоційного стану хворих, і може бути основою у розробці реабілітаційних програм для таких хворих.

ПОСИЛАННЯ

1. Ногас А. Ревматоїдний артрит – сучасний стан проблеми. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучас. суспільстві. 2013;1(21):298–301 (Nogas A. Rheumatoid arthritis – the current state of the problem. Physical Education, Sports and Health Culture in Modern Societies. 2013;(21):298–301).
2. Нейко ЄМ, Яцишин РІ, Штефюк ОВ. Ревматоїдний артрит: сучасний погляд на проблему. Укр. ревматолог. журн. 2009;2(36):35–9 (Neiko EM, Yatsyshyn RI, Stefyuk OV. Rheumatoid arthritis: a modern look at the problem. Ukrainian Rheumatology Journal. 2009;2(36):35–9).

3. Frikha F, Maazoun F, Ben SR, Snoussi M, Masmoudi J, Nabil Mhiri M [et al]. Sexual function in married women with rheumatoid arthritis. *Presse medicale*. 2011;40(12):521–7. doi: 10.1016/j.lpm.2011.04.015.
4. Поник РМ, Коритко ЗІ. Захворюваність та особливості реабілітації хворих на ревматоїдний артрит в умовах сьогодення. Здобутки клін. і експерим. медицини. 2019;3:183–7. doi: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v.i3.10504> (Ponyk RM, Korytko ZI. *Morbidity and features of rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis in present conditions. Achievements of clinical and experimental medicine*. 2019;3:83–7. doi: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v.i3.10504>).
5. Конова ЛА. Психологічна корекція постстресового стану студентів засобами фізичного виховання. Педагогіка, психологія і медико-біолог. пробл. фіз. виховання і спорту. 2012;6:80–3 (Konova LA. *Psychological correction of post-stress state of students by means of physical education. Pedagogy, psychology and medical and biological problems of physical education and sports*. 2012;6:80–3).
6. Sf-36 questionnaire [Internet]. Available from: <https://clinmedjournals.org/articles/jmndt/jmndt-2-023-figure-1.pdf>.
7. Перебетюк ЛС. Клінічні особливості та лікувальна тактика при ревматоїдному артриті за умов його поєднання з фіброміалгією. Дис. ...канд. мед. наук: спец. 14.01.12 – ревматологія. Вінниця. 2016. 193 с. (Perebetyuk LS. *Clinical features and therapeutic tactics in rheumatoid arthritis in combination with fibromyalgia. Dis...Candidate of Medical Sciences: Speciality 01.14.12 – Rheumatology*. Vinnytsia. 2016. 193 p.).
8. Петровська НГ, Клубова ГФ. Режим рухів у хворих на ревматоїдний артрит. Укр. ревматолог. журн. 2000;2:29–30 (Petrovska NG, Club GF. *Mode of motion in patients with rheumatoid arthritis*. *Ukrainian Rheumatology Journal*. 2000;2:29–30).
9. Мятюга ЕН, Мятюга ДС, Гончарук НВ. Лечебная физическая культура при ревматоидном артрите на стационарном этапе. Слобожан. наук.-спорт. вісн.. 2012; 2:128–31 (Myatyga EN, Myatyga DS, Goncharuk NV. *Therapeutic physical training for rheumatoid arthritis at a stationary stage*. *Slobozhansky science and sports news*. 2012;2:128–31).
10. Коритко ЗІ. Медико-біологічні основи фізичного виховання. Львів:ППСорока; 2002. 51 с. (Korytko ZI. *Medico-biological basis of physical education*. Lviv: PPSoroka; 2002. 51 p.).
11. Павлова ЮА. Якість життя та фізична активність як показники здоров'збереженої компетенції педагогів. Педагогіка, психологія і медико-біолог. пробл. фіз. виховання і спорту. 2012;3:85–90 (Pavlova YuA. *Quality of Life and Physical Activity as Indicators of the Healthy Competence of Educators*. *Pedagogy, psychology and medical and biological problems of physical education and sports*. 2012;3:85–90).
12. Buitinga L, Braakman-Jansen LMA, Taal E [et al]. Future Expectations Including Worst Case Scenarios In Rheumatoid Arthritis: A Focus Group Study In Patients [Electronic resource]. URL: http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?nu=EULAR10L_FRI0524-HP
13. Mojs E, Ziarko M, Kaczmarek L, Samborski W. Anxiety level and its determinants in rheumatoid arthritis patients. *Chirurgia narzadow ruchu i ortopedia polska*. 2011;76(4):219–24.
14. Smolen JS, Aletaha D. Challenges of predicting treatment response in patients with rheumatoid arthritis. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2005;1:62–3.
15. Сікало ЮК, Станіславчук МА. Психоемоційні розлади у хворих на ревматоїдний артрит та їх корекція пароксетином. Укр. ревматолог. журн. 2014;3(57):54–8 (Sikalo YuK, Stanislavchuk MA. *Psycho-emotional disorders in patients with rheumatoid arthritis and their correction with paroxetine*. *Ukrainian Rheumatology Journal*. 2014;3(57):54–8).

Стаття надійшла до редакції 17.12.2019

RESEARCH ARTICLE

Influence of physical rehabilitation on the quality of life in patients with rheumatoid arthritis

Z.I. KORYTKO, R.M. PONYK, O.V. KUPRINENKO

Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskiy, Lviv, Ukraine

E-mail: korytko@ukr.net

Abstract. Data from the scientific literature on diseases related to rheumatoid arthritis have been analyzed and it has been determined that this disease has the greatest impact on changes in patients' personality and consciousness, which significantly affects the disease course and quality of life of patients.

In order to improve the quality of life of patients, the idea arose to use physical activity not only as a factor in increasing the level of physical condition of the body, but also, as known from the literature, a factor of influence of physical activity on the emotional and psychological state of the human body, to increase the level of self-perception and self-esteem.

The purpose is to identify the effect of individually dosed motor activity on the course of the disease and the quality of life of patients with rheumatoid arthritis.

The quality of life of patients with rheumatoid arthritis was studied (based on the SF-36 questionnaire), who were hospitalized at the 4th City City Hospital in Lviv.

17 patients were examined. Patients had an advanced stage of the disease with a disease duration of more than 2 years in the presence of typical rheumatoid arthritis symptoms with functional I and II classes, which supported self-treatment and unprofessional occupational activity with moderate inflammatory activity (CDAI = 18.1 ± 2 , 5 points).

Taking into account the existing clinical and physiological criteria for determining the modes of movement in the physical rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis, a comprehensive program of rehabilitation was proposed, which included: morning hygienic gymnastics, breathing exercises and exercises to strengthen muscles, proper distribution of muscles, correct distribution joint mobility.

Individual selection of the amount of physical activity was carried out under the control of heart rate. If necessary, we adjusted the dosage of the exercises: the number of repetitions and the pace of execution, as well as the right combination of exercises with breathing.

The results of the survey showed that the decline in physical functioning ($p < 0.01$) in patients with rheumatoid arthritis was mainly due to the psychological component of health and its components (social functioning, role emotional functioning and mental health level) ($p < 0.01$), since the level of pain intensity and overall health did not differ from that of healthy people ($p > 0.05$).

As a result of performing a set of exercises in patients with rheumatoid arthritis, there was a positive tendency to change the physical component of health. This was confirmed by a decrease in the activity of the inflammatory process by the CDAI index (from 18.1 ± 2.5 to 11.2 ± 2.4 points) and a pronounced improvement in the psychological state of patients, which was confirmed by an increase in their psychological component of health ($p < 0, 01$) and its components (social functioning ($p < 0.05$), role emotional functioning, and mental health ($p < 0.01$)).

Thus, the results obtained suggest that dosed, individually selected, motor activity has a positive effect on the course of the disease on rheumatoid arthritis and quality of life of patients with this disease, due to the normalization of the psychological and emotional state of patients, and may be the basis for the development of programs for such patients.

Keywords: rheumatoid arthritis, prevalence, morbidity, quality of life, features of rehabilitation.