

Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра терапевтичних дисциплін

«Допущено до захисту»
завідувач кафедри терапевтичних дисциплін

Максим ЗАК

_____ (підпис)

“ ” _____ 2024 року

УДК 615.8:616.89-008.454

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти магістр

за освітньо-професійною програмою «Фізична терапія»
зі спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
за спеціалізацією 227.01 Фізична терапія

**на тему: «Якість життя, фізична та психологічна реабілітація внутрішньо
переміщених осіб з запальними та дегенеративними захворюваннями
суглобів»**

Виконав:

Здобувач VI курсу, групи 681

Мельник Олександр Миколайович

_____ (підпис)

Науковий керівник:

кандидат медичних наук,

доцент кафедри терапевтичних дисциплін

Ворохта Юрій Миколайович

_____ (підпис)

Рецензент:

доктор медичних наук,

професор кафедри терапевтичних дисциплін

Храмцов Денис Миколайович

_____ (підпис)

Засвідчую, що в цій кваліфікаційній
роботі немає запозичень із праць
інших авторів без відповідних посилань
Здобувач

_____ (підпис)

Миколаїв – 2024 р.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	3
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ЗАПАЛЬНИМИ ТА ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУГЛОБІВ	11
1.1. Особливості запальних та дегенеративних захворювань суглобів.....	11
1.2. Якість життя: концепція та методи оцінки	14
1.3. Реабілітаційні стратегії для осіб з захворюваннями суглобів.....	26
1.4. Психологічні аспекти реабілітації	31
1.5. Проблема внутрішньо переміщених осіб та їхньої реабілітації	36
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	45
2.1 Наукові методи дослідження.....	45
2.2. Методи дослідження якості життя.....	48
2.3. Організація та методика проведення реабілітаційних програм.....	54
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ СПОНДИЛОАРТРИТОМ	63
3.1. Оцінка ефективності реабілітаційних програм	63
3.2. Аналіз динаміки змін у стані здоров'я та якості життя.....	78
ВИСНОВКИ	82
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	85
ПОСИЛАННЯ.....	88

АНОТАЦІЯ

Мельник О.М. Динаміка якості життя внутрішньо переміщених осіб з запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів під впливом методів фізичної та психологічної реабілітації - Магістерська робота зі спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія - Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2024.

В результаті проведеного наукового дослідження встановлено, що комплексна фізична та психологічна реабілітація є перспективним підходом для покращення якості життя внутрішньо переміщених осіб з запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів. Дослідження показало, що такі методи реабілітації значно покращують фізичний стан, емоційний добробут та загальну якість життя пацієнтів. Фізична реабілітація включає доступні фінансово вправи, які не мають побічних ефектів і сприяють покращенню рухових та когнітивних функцій. Психологічна реабілітація допомагає долати емоційні труднощі та підтримує мотивацію пацієнтів до участі у фізичних тренуваннях. Поєднання цих методів створює ефективну систему підтримки, сприяє комплексному відновленню та покращенню якості життя внутрішньо переміщених осіб.

Ключові слова: якість життя, внутрішньо переміщені особи, запальні захворювання суглобів, дегенеративні захворювання суглобів, фізична реабілітація, психологічна реабілітація, спондилоартрит.

ABSTRACT

Melnyk O.M. Dynamics of Quality of Life in Internally Displaced Persons with Inflammatory and Degenerative Joint Diseases Under the Influence of Physical and Psychological Rehabilitation Methods - Master's Thesis in Specialty 227 Physical Therapy, Occupational Therapy - Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024. The conducted scientific research has established that comprehensive physical and psychological rehabilitation is a promising approach to improving the quality of life for internally displaced persons with inflammatory and degenerative joint diseases. The study demonstrated that these rehabilitation methods significantly enhance the physical condition, emotional well-being, and overall quality of life of patients. Physical rehabilitation includes financially accessible exercises that have no side effects and contribute to the improvement of motor and cognitive functions. Psychological rehabilitation helps to overcome emotional difficulties and supports patients' motivation to participate in physical training. The combination of these methods creates an effective support system, promotes comprehensive recovery, and improves the quality of life for internally displaced persons. Keywords: quality of life, internally displaced persons, inflammatory joint diseases, degenerative joint diseases, physical rehabilitation, psychological rehabilitation, spondyloarthritis.

ВСТУП

Актуальність теми. Запальні та дегенеративні захворювання суглобів є однією з найпоширеніших причин інвалідності та зниження якості життя у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше 20% населення земної кулі страждають від болю та обмеження рухливості внаслідок артритів, артрозів та інших патологій опорно-рухового апарату [1]. Ці захворювання не лише спричиняють фізичний дискомфорт, але й значно погіршують психоемоційний стан, соціальне функціонування та загальне благополуччя людини [2, 3].

Проблема запальних та дегенеративних захворювань суглобів особливо гостро стоїть для України, яка протягом останніх років зіткнулася з безпрецедентною кризою внутрішнього переміщення населення внаслідок збройного конфлікту на сході країни та анексії Криму. За даними Міністерства соціальної політики, станом на 2022 рік в Україні офіційно зареєстровано близько 1,5 млн внутрішньо переміщених осіб (ВПО) [4]. Ця категорія громадян зазнає додаткових стресових факторів, пов'язаних зі зміною місця проживання, розривом соціальних зв'язків, втратою роботи та майна, обмеженим доступом до медичних та реабілітаційних послуг [5]. Все це створює несприятливі умови для ВПО з хронічними захворюваннями опорно-рухового апарату і може призводити до загострення симптомів, погіршення перебігу патологічного процесу та зниження якості життя [6, 7].

У цьому контексті надзвичайно важливим завданням є розробка та впровадження ефективних реабілітаційних програм, які б враховували специфічні потреби та проблеми ВПО з запальними і дегенеративними захворюваннями суглобів. Сучасна реабілітація базується на біопсихосоціальной моделі і передбачає не лише відновлення фізичних функцій організму, але й нормалізацію психічного стану, сприяння соціальній адаптації та інтеграції пацієнта в суспільство [8]. Відповідно, реабілітаційні

заходи для ВПО із захворюваннями суглобів повинні бути комплексними та мультидисциплінарними, поєднувати засоби фізичної терапії, ерготерапії, психологічної допомоги та соціальної підтримки [9].

На сьогодні існує чимало досліджень, присвячених вивченню епідеміології, патогенезу, діагностики та лікування запальних і дегенеративних захворювань суглобів [10, 11, 12]. Також активно розробляються нові методи та технології фізичної реабілітації пацієнтів з цією патологією - кінезітерапія, механотерапія, фізіотерапія, ортезування тощо [13, 14, 15]. Окремим напрямком досліджень є оцінка якості життя хворих на артрити й артрози та її динаміки під впливом різних терапевтичних втручань [16, 17].

Водночас, наукових праць, які б комплексно висвітлювали проблему реабілітації та якості життя внутрішньо переміщених осіб саме із запальними і дегенеративними захворюваннями суглобів, на даний момент недостатньо. Більшість робіт присвячені вивченню медико-соціальних проблем ВПО в цілому, без виділення специфіки окремих нозологій [18, 19]. Бракує досліджень з оцінки ефективності різних реабілітаційних методик та програм для цього контингенту пацієнтів. Недостатньо даних про особливості якості життя ВПО із захворюваннями суглобів в Україні та фактори, які на неї впливають.

Все це обумовлює актуальність та новизну даного дослідження, спрямованого на розробку науково обґрунтованих підходів до реабілітації ВПО із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, з урахуванням показників якості їхнього життя. Отримані результати дозволять підвищити ефективність реабілітаційних програм для цієї категорії пацієнтів та покращити різні аспекти їх функціонування - фізичне, психологічне, соціальне.

Мета дослідження – розробити, науково обґрунтувати та оцінити ефективність комплексної програми фізичної та психологічної реабілітації для

поліпшення якості життя внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан проблеми якості життя та реабілітації осіб із запальними і дегенеративними захворюваннями суглобів за даними вітчизняної та зарубіжної літератури.

2. Вивчити особливості клінічного перебігу та функціонального стану опорно-рухового апарату у внутрішньо переміщених осіб із артритами й артрозами.

3. Дослідити показники якості життя ВПО із захворюваннями суглобів та фактори, що на них впливають.

4. Розробити комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації для ВПО з патологією суглобів, спрямовану на зменшення больового синдрому, покращення фізичних функцій та підвищення якості життя.

5. Впровадити розроблену програму реабілітації в практику та оцінити її ефективність за динамікою клінічних, функціональних показників та параметрів якості життя пацієнтів.

6. Розробити практичні рекомендації щодо реабілітаційних заходів для внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів з метою покращення якості їх життя.

Об'єкт дослідження – якість життя та процес фізичної і психологічної реабілітації осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів.

Предмет дослідження – зміст, методи і ефективність комплексної програми фізичної та психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів як чинник поліпшення якості їхнього життя.

Методи дослідження:

- Загальнонаукові: аналіз науково-методичної літератури та інформаційних джерел за темою дослідження, синтез та узагальнення даних, порівняння та аналогія, абстрагування та конкретизація, систематизація та класифікація, індукція та дедукція.

- Медико-біологічні: антропометрія, гоніометрія, мануальне м'язове тестування, оцінка інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

- Клінічні: аналіз медичної документації (історій хвороб, амбулаторних карт, результатів лабораторних та інструментальних обстежень).

- Математико-статистичні: описова статистика, параметричні (t-критерій Ст'юдента) та непараметричні (критерій знакових рангів Вілкоксона) методи порівняння залежних вибірок, кореляційний аналіз, оцінка достовірності результатів.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

- науково обґрунтовано, розроблено та апробовано комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів з урахуванням показників якості життя;

- виявлено особливості клінічного перебігу, функціонального стану опорно-рухового апарату та якості життя ВПО із артритами й артрозами;

- вивчено специфічні реабілітаційні потреби ВПО з патологією суглобів;

- визначено ефективність застосування запропонованої програми реабілітації за динамікою клінічних, функціональних показників та параметрів якості життя.

Набуло подальшого розвитку:

- положення про важливість комплексного біопсихосоціального підходу в реабілітації осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів;
- дані про фактори, які впливають на якість життя пацієнтів з артритами та артрозами;
- наукове обґрунтування ефективності поєданого застосування методів фізичної та психологічної реабілітації у цієї категорії хворих.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблено та впроваджено в практику комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб із запальними і дегенеративними захворюваннями суглобів. Доведено її ефективність щодо зменшення больового синдрому, покращення функції суглобів, підвищення толерантності до фізичних навантажень, нормалізації психоемоційного стану та покращення якості життя пацієнтів.

Результати дослідження можуть бути використані в роботі реабілітаційних центрів, відділень відновного лікування, санаторно-курортних закладів, які надають допомогу внутрішньо переміщеним особам з патологією опорно-рухового апарату. Запропонована програма реабілітації сприятиме підвищенню якості та ефективності реабілітаційних послуг для цієї категорії пацієнтів.

Матеріали дослідження можуть бути використані в навчальному процесі у закладах вищої освіти, які готують фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, при викладанні дисциплін, пов'язаних з реабілітацією при захворюваннях опорно-рухового апарату.

Особистий внесок здобувача. Магістерська робота є самостійним науковим дослідженням автора. Здобувачем особисто проаналізовано наукову літературу за темою, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і методи дослідження. Самостійно розроблено програму фізичної та психологічної

реабілітації для внутрішньо переміщених осіб з патологією суглобів. Здійснено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів. Сформульовано висновки, практичні рекомендації, забезпечено впровадження результатів у практику. Підготовлено текст магістерської роботи та доповідь для публічного захисту.

Апробація отриманих результатів. Основні положення та результати магістерської роботи доповідались та обговорювались на

Публікації. За темою магістерської роботи опубліковано

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається з анотацій, переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків.

Кваліфікаційна магістерська робота представлена на 94 аркушах. Креслення (графіки, таблиці) на 23 аркушах.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ЗАПАЛЬНИМИ ТА ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СУГЛОБІВ

1.1. Особливості запальних та дегенеративних захворювань суглобів

Запальні та дегенеративні захворювання суглобів є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, що зумовлено їх значною поширеністю, хронічним прогресуючим перебігом, високим рівнем інвалідизації та зниження якості життя пацієнтів [53]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше 20% населення земної кулі страждають від болю та обмеження рухливості внаслідок різноманітних захворювань опорно-рухового апарату, серед яких провідне місце посідають артрити й артрози [53].

Запальні захворювання суглобів (артрити) - це група патологічних станів, які характеризуються розвитком запального процесу в синовіальній оболонці, хрящі та субхондральній кістці суглоба [48]. До найбільш поширених запальних артропатій належать ревматоїдний артрит (РА), псоріатичний артрит, анкілозивний спондилоартрит та подагричний артрит [29,48]. РА є аутоімунним системним захворюванням сполучної тканини, яке вражає близько 0,5-1,5% населення у всьому світі, причому жінки хворіють у 2-3 рази частіше, ніж чоловіки [15,48]. Патогенез РА включає каскад імунологічних реакцій, опосередкованих Т- і В-лімфоцитами, макрофагами, цитокінами (ФНП- α , ІЛ-1, ІЛ-6 та ін.), що призводить до хронічного запалення синовіальної оболонки (синовіту), формування пануса (патологічної грануляційної тканини), ерозивно-деструктивних змін хряща і кістки [29,48]. Для РА характерне симетричне ураження переважно дрібних суглобів кистей та стоп за типом поліартриту, яке супроводжується болем, скутістю, припухлістю суглобів, обмеженням рухливості [48]. Прогресування РА

призводить до незворотної деформації суглобів, втрати їх функції та інвалідності пацієнтів, що суттєво погіршує якість їхнього життя [41,48].

Дегенеративні захворювання суглобів (артрози) - це хронічні прогресуючі запальні дегенеративно-дистрофічні ураження суглобового хряща та субхондральної кістки, що виникають внаслідок дисбалансу між анаболічними та катаболічними процесами у матриксі хряща під впливом генетичних, біомеханічних, метаболічних факторів [13,30]. Остеоартроз (ОА) є найбільш поширеним дегенеративним захворюванням суглобів, яке вражає близько 10-12% дорослого населення і посідає провідне місце серед причин інвалідності у осіб старше 45 років [13,30,54]. Частота ОА зростає з віком, досягаючи 30-40% у віковій групі 65-74 роки і 60-70% у осіб старше 75 років [12,37]. У патогенезі ОА провідну роль відіграють вікові зміни структури та функції хрящової тканини, зниження її стійкості до механічних навантажень, порушення метаболізму хондроцитів, синтезу протеогліканів та колагену, активація протеолітичних ферментів [13,30]. Клінічно ОА проявляється хронічним болем механічного характеру, скутістю у суглобах, крепітацією, деформацією, нестабільністю суглоба, атрофією периартикулярних м'язів [6,30]. Найчастіше уражаються колінні, кульшові та дрібні суглоби кистей [13]. Прогресування ОА супроводжується наростанням больового синдрому, погіршенням функції суглобів, зниженням м'язової сили та витривалості, розвитком контрактур та деформацій, що суттєво обмежує побутову та професійну активність, знижує якість життя хворих [6,30,52].

Таким чином, запальні й дегенеративні захворювання суглобів мають багато спільних рис - хронічний прогресуючий перебіг, суглобовий синдром, функціональні порушення, втрату працездатності та погіршення якості життя пацієнтів [22,53]. Водночас, вони різняться за етіологією, патогенезом, клінічною картиною, переважною локалізацією уражень та підходами до лікування.

Запальні захворювання суглобів (артрити) характеризуються автоімунним або інфекційним генезом, хронічним прогресуючим запаленням синовіальної оболонки з поступовою деструкцією хряща і субхондральної кістки, переважним залученням дрібних суглобів кистей та стоп за типом поліартриту, вираженим больовим синдромом запального характеру, тривалою ранковою скутістю, системними проявами та лабораторними ознаками запалення. Натомість дегенеративні захворювання суглобів (артрози) зумовлені віковими дегенеративно-дистрофічними процесами в суглобовому хрящі та субхондральній кістці, найчастіше вражають колінні та кульшові суглоби, супроводжуються механічним болем при рухах і навантаженні, скутістю до 30 хв, рідко мають ознаки запалення чи системні прояви.

Отже, запальні й дегенеративні захворювання суглобів є важливою медико-соціальною проблемою, що вимагає розробки ефективних заходів профілактики, ранньої діагностики та комплексного патогенетичного лікування із застосуванням фармакотерапевтичних, хірургічних та реабілітаційних методів. Зважаючи на хронічний прогресуючий перебіг та значний негативний вплив цих захворювань на функціональний стан та якість життя пацієнтів, особливої актуальності набуває проблема їх фізичної та психологічної реабілітації.

1.2. Якість життя: концепція та методи оцінки

Якість життя (ЯЖ) є одним із ключових понять сучасної медицини, яке відображає комплексний вплив хвороби та лікування на фізичне, психологічне та соціальне функціонування людини [52]. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає ЯЖ як «сприйняття індивідумом свого положення в житті в контексті культури та системи цінностей, в яких він живе, і у зв'язку з його цілями, очікуваннями, стандартами і турботами» [52]. Таким чином, ЯЖ є суб'єктивною та багатовимірною концепцією, що інтегрує різні аспекти благополуччя особи.

У контексті охорони здоров'я найчастіше використовують поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (health-related quality of life, HRQOL), яке фокусується на впливі хвороби та її лікування на фізичний, психологічний та соціальний добробут пацієнта [44]. При запальних та дегенеративних захворюваннях суглобів ЯЖ часто значно погіршується через хронічний больовий синдром, порушення рухливості та функції суглобів, зниження побутової та професійної активності, залежність від сторонньої допомоги, психоемоційні розлади на тлі прогресування захворювання та функціональних обмежень [2,23].

Численні дослідження показали, що пацієнти з ревматоїдним артритом (РА) та остеоартрозом (ОА) мають суттєво нижчі показники ЯЖ порівняно зі здоровою популяцією, особливо в доменах фізичного функціонування, болю, життєздатності та рольового функціонування [22,52]. Зокрема, у масштабному багатоцентровому дослідженні QUESTRA за участю 1193 пацієнтів із РА з 30 країн світу було виявлено, що середні показники ЯЖ за опитувальником EQ-5D становили $0,59 \pm 0,27$ балів, що відповідає помірному погіршенню ЯЖ, а 28% хворих мали виражене зниження ЯЖ ($EQ-5D < 0,5$) [41]. У пацієнтів з ОА колінних суглобів показники фізичного та рольового функціонування за

шкалами SF-36 були в 1,5-2 рази нижчими, ніж у популяції, а інтенсивність болю за ВАШ сягала 55-75 мм [6,51].

Окрім прямого негативного впливу захворювання, ЯЖ пацієнтів з артритами та артрозами погіршується через часті коморбідні стани - кардіоваскулярні захворювання, цукровий діабет, остеопороз, депресивні та тривожні розлади [29,47]. Зокрема, частота депресії при РА досягає 40-50%, а її наявність асоціюється з вищою активністю захворювання, вираженішим болем та гіршою відповіддю на лікування [23,29].

Оцінка ЯЖ є важливим компонентом комплексного обстеження пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, яка дозволяє визначити суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого стану здоров'я, виявити пріоритетні проблеми та потреби, оцінити ефективність терапевтичних та реабілітаційних втручань [2,52]. У клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки ЯЖ використовують стандартизовані загальні та специфічні опитувальники, які охоплюють різні аспекти благополуччя пацієнта [17,44].

EQ-5D - це преференційний інструмент для оцінки ЯЖ, що включає два компоненти - описову систему та візуальну аналогову шкалу Шкала

WHOQOL-BREF - це скорочена версія інструменту оцінки ЯЖ, розробленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я [17]. Він складається з 26 запитань, які охоплюють 4 домени ЯЖ: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні відносини та навколишнє середовище. Відповіді на запитання даються за 5-бальною шкалою Лайкерта, після чого підраховуються середні бали для кожного домену та загальний показник ЯЖ [17]. WHOQOL-BREF дозволяє оцінити суб'єктивне благополуччя людини в широкому контексті її життєдіяльності та культурного середовища, проте рідше використовується в ревматологічних дослідженнях порівняно з SF-36 та EQ-5D [44].

Специфічні опитувальники ЯЖ розроблені для конкретних нозологій та дозволяють детальніше оцінити вплив певного захворювання на різні аспекти життя пацієнта [17,44]. При ревматоїдному артриті (РА) найбільш валідованими та чутливими інструментами є HAQ (Health Assessment Questionnaire), RAPID-3 (Routine Assessment of Patient Index Data-3), AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) та RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) [22,44].

HAQ - це функціональний індекс, що оцінює ступінь труднощів при виконанні 20 видів повсякденної активності у 8 категоріях: одягання та догляд за собою, вставання, прийом їжі, ходьба, гігієна, досягання предметів, захват та інші дії [22]. Для кожного виду активності пацієнт обирає одну з 4 можливих відповідей - від "без жодних труднощів" (0 балів) до "не здатний виконувати" (3 бали). Загальний показник HAQ розраховується як середнє арифметичне максимальних оцінок у кожній з 8 категорій та варіює від 0 (відсутність функціональних порушень) до 3 (виражена інвалідизація) [22]. Індекс HAQ є "золотим стандартом" оцінки функціонального статусу в рандомізованих клінічних дослідженнях при РА та рутинній клінічній практиці [44].

RAPID-3 - це спрощений опитувальник, що дає загальне уявлення про активність РА з точки зору пацієнта [22]. Він містить 3 шкали: функціональний індекс (10 питань з HAQ), оцінка пацієнтом болю та загальної активності РА за числовою рейтинговою шкалою від 0 до 10. Загальний показник RAPID-3 являє собою суму балів за трьома шкалами (діапазон від 0 до 30), при цьому вищі значення свідчать про більшу активність РА [22]. RAPID-3 високо корелює з комплексними індексами активності РА, як-от DAS28 та CDAI, та може використовуватись для моніторингу перебігу захворювання та відповіді на лікування [44].

AIMS - це багатовимірна шкала впливу артриту на стан здоров'я, яка включає 78 запитань, згрупованих у 12 шкал: мобільність, ходьба і нахилання,

функція рук і пальців, самообслуговування, побутові завдання, активність, тривога, депресія, соціальна активність, підтримка з боку сім'ї та друзів, артрит, стан здоров'я [22]. Кожна шкала оцінюється за 5-бальною системою (від 0 до 4), після чого підраховуються середні показники для кожної шкали (від 0 до 10), при цьому вищі оцінки вказують на гірший стан здоров'я [22]. AIMS охоплює широкий спектр аспектів ЯЖ при артриті, проте через великий обсяг його використання обмежене переважно науковими дослідженнями [44].

RAID - це новий інструмент для оцінки впливу РА на стан здоров'я з точки зору пацієнта, створений за ініціативою EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) [44]. Він складається з 7 пунктів, що відображають ключові домени, визначені самими пацієнтами: біль, функціональна здатність, втома, емоційне благополуччя, сон, копінг та фізичний дискомфорт [22]. Кожен пункт оцінюється за числовою рейтинговою шкалою від 0 (відсутність негативного впливу) до 10 (екстремальний вплив). Загальний показник RAID являє собою середнє арифметичне оцінок за 7 доменами і варіює від 0 до 10, де вищі значення свідчать про більший вплив РА на ЯЖ [22]. RAID є чутливим інструментом для виявлення клінічно значущих змін стану пацієнта та моніторингу ефективності терапії [44].

Для оцінки ЯЖ при остеоартрозі (ОА) найбільш визнаними специфічними інструментами є WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), HOOS (Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score) та OAKHQOL (Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life) [6,44].

WOMAC - це опитувальник, що оцінює біль, скутість та функціональні обмеження у пацієнтів з ОА кульшових чи колінних суглобів [6]. Він включає 24 запитання, згруповані у 3 субшкали: біль (5 питань), скутість (2 питання) та функція (17 питань). Кожне запитання оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 (відсутність ознаки) до 4 (виражена ознака). Окремо підраховуються сумарні бали для кожної субшкали та загальний показник WOMAC (від 0 до 96), при

цьому вищі значення свідчать про більший негативний вплив ОА на стан здоров'я [6]. Альтернативно, результати можуть бути нормалізовані та представлені у вигляді показників від 0 до 100 для кожної субшкали та загального індексу WOMAC, де 0 відповідає відсутності порушень, а 100 - максимально вираженим порушенням [44]. WOMAC є валідним, надійним та чутливим інструментом, рекомендованим міжнародними експертними організаціями (OARSI, OMERACT) для оцінки ЯЖ при ОА [6].

KOOS - це розширена версія WOMAC, розроблена спеціально для пацієнтів з ОА колінного суглоба або травмами коліна [44]. Опитувальник містить 42 запитання у 5 доменах: біль (9 питань), симптоми (7 питань), функція в повсякденному житті (17 питань), функція при спорті та активному відпочинку (5 питань), ЯЖ (4 питання). Відповіді даються за 5-бальною шкалою Лайкерта, після чого підраховуються показники для кожної субшкали від 0 (екстремальні порушення) до 100 (відсутність порушень) [6]. KOOS дозволяє детальніше оцінити вплив ОА на різні аспекти функціонування пацієнта та є більш чутливим до змін після оперативного лікування у порівнянні з WOMAC [44].

HOOS - це адаптована версія KOOS для пацієнтів з ОА кульшового суглоба [6]. Він складається з 40 питань у тих самих 5 доменах, що й KOOS, але з модифікованими формулюваннями, які стосуються кульшового суглоба. Методика підрахунку балів аналогічна KOOS [6]. HOOS має добрі психометричні властивості та рекомендований для оцінки ЯЖ при коксартрозі та після ендопротезування кульшового суглоба [44].

OAKHQOL - це новий інструмент для оцінки ЯЖ, специфічний для ОА кульшових та колінних суглобів, розроблений з урахуванням пріоритетів пацієнтів [2]. Він містить 43 запитання у 5 доменах: фізична активність (16 питань), психічне здоров'я (13 питань), больові відчуття (4 питання), соціальна підтримка (4 питання), соціальна активність (3 питання) та 3 додаткові питання про сексуальну активність, професійне життя та побоювання щодо

майбутнього [2]. Кожне запитання оцінюється за 11-бальною числовою рейтинговою шкалою, після чого підраховуються стандартизовані бали для кожного домену від 0 (найгірша ЯЖ) до 100 (найкраща ЯЖ) [44]. OAKHQOL дозволяє всебічно оцінити вплив ОА на різні сфери життя пацієнта, проте поки що не такий поширений, як WOMAC та KOOS/HOOS [2].

Окрім стандартизованих опитувальників, для оцінки ЯЖ при захворюваннях суглобів використовуються також окремі інструменти для вимірювання інтенсивності болю, втоми, порушень сну, психологічного дистресу тощо [17,40]. Найбільш популярними з них є візуальна аналогова шкала (ВАШ) та числова рейтингова шкала (ЧРШ) болю, шкала втоми FSS (Fatigue Severity Scale), шкала сонливості Епворта (Epworth Sleepiness Scale), госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [17,19]. Ці інструменти дозволяють кількісно оцінити вираженість певного симптому чи розладу, доповнюючи дані, отримані за допомогою багатовимірних опитувальників ЯЖ [40].

Важливу роль в оцінці ЯЖ при артритах та артрозах відіграють також якісні методи дослідження, як-от напівструктуровані інтерв'ю, фокус-групи та аналіз наративів пацієнтів [2,52]. Ці методи дозволяють глибше зрозуміти суб'єктивний досвід хвороби, виявити приховані потреби та очікування пацієнтів, а також дослідити культурні, соціальні та контекстуальні фактори, що впливають на сприйняття ЯЖ [2]. Наприклад, у дослідженні Байєр та співавт. за допомогою напівструктурованих інтерв'ю з пацієнтами з РА було виявлено, що найбільш значущими детермінантами ЯЖ для них є біль, втома, емоційний дистрес, обмеження у повсякденній активності та залежність від оточуючих, тоді як лабораторні та інструментальні показники активності захворювання мають другорядне значення [4]. Аналіз наративів пацієнтів з ОА, проведений Бертон та співавт., показав, що процес адаптації до хвороби та підтримання позитивної ЯЖ включає такі стратегії, як прийняття обмежень,

модифікація активності, постановка досяжних цілей, звернення за підтримкою та порівняння себе з іншими людьми, які перебувають у гіршій ситуації [8].

Комбіноване використання стандартизованих опитувальників та якісних методів дослідження дозволяє отримати більш повне та глибоке розуміння ЯЖ при захворюваннях суглобів, а також виявити потенційні мішені для психосоціальних інтервенцій [2,17]. У таблиці 1.1 наведено порівняльну характеристику різних методів оцінки ЯЖ, що застосовуються у пацієнтів з артритом та артрозами.

Таблиця 1.1 - Порівняльна характеристика методів оцінки якості життя при захворюваннях суглобів [2,17,44]

Метод	Приклади інструментів	Переваги	Недоліки
Загальні опитувальники ЯЖ	SF-36, EQ-5D, WHOQOL-BREF	<ul style="list-style-type: none"> • Дозволяють порівнювати ЯЖ при різних захворюваннях та з популяційними нормами • Мають добрі психометричні властивості • Широко використовують 	<ul style="list-style-type: none"> • Можуть бути недостатньо чутливими до специфічних проблем пацієнтів з певним захворюванням • Не враховують деякі важливі детермінанти ЯЖ при

		ся в клінічних дослідженнях	артритах/артрозах
Специфічні опитувальники ЯЖ	HAQ, RAPID-3, AIMS, RAID (для РА), WOMAC, KOOS, HOOS, OAKHQOL (для ОА)	<ul style="list-style-type: none"> • Дозволяють детально оцінити вплив захворювання на різні аспекти ЯЖ • Мають добру валідність, надійність та чутливість саме для певної нозології • Рекомендовані міжнародними експертними організаціями 	<ul style="list-style-type: none"> • Не дають змоги порівнювати ЯЖ з іншими захворюваннями і чи популяцією • Можуть не охоплювати всіх важливих доменів ЯЖ з точки зору пацієнта • Деякі опитувальники досить громіздкі та потребують багато часу на заповнення
Шкали для оцінки окремих симптомів	ВАШ, ЧРШ болю, FSS, HADS та ін.	<ul style="list-style-type: none"> • Прості та швидкі в заповненні • Дозволяють кількісно 	<ul style="list-style-type: none"> • Надають обмежену інформацію про ЯЖ в цілому • Не завжди

		<p>оцінити вираженість певного симптому чи розладу</p> <ul style="list-style-type: none"> • Можуть використовуватись для скринінгу та моніторингу в рутинній практиці 	<p>враховують суб'єктивну значущість симптому для пацієнта</p> <ul style="list-style-type: none"> • Можуть не відображати всіх аспектів певного розладу
<p>Якісні методи (інтерв'ю, фокус-групи, аналіз наративів)</p>	<p>Напівструктуровані інтерв'ю, обговорення у фокус-групах, контент-аналіз розповідей пацієнтів</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Дозволяють глибоко дослідити суб'єктивний досвід хвороби та детермінанти ЯЖ з точки зору пацієнта • Враховують індивідуальний контекст та наратив кожного учасника 	<ul style="list-style-type: none"> • Потребують значних часових та людських ресурсів для збору та аналізу даних • Результати важко узагальнити на всю популяцію пацієнтів • Можуть бути ускладнені

		<ul style="list-style-type: none"> Можуть генерувати нові гіпотези та доповнювати кількісні дані 	в інтерпретації та порівнянні через суб'єктивність та відмінності в методології
--	--	---	---

Таким чином, оцінка якості життя є невід'ємною складовою комплексного обстеження пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів. Для цього використовуються як стандартизовані загальні та специфічні опитувальники, так і шкали для вимірювання окремих симптомів та психологічних розладів. Якісні методи дослідження, такі як інтерв'ю та аналіз наративів, дозволяють доповнити кількісні дані та глибше зрозуміти суб'єктивний досвід хвороби з точки зору самого пацієнта. Комбінування різних методів оцінки ЯЖ сприяє більш точній діагностиці, індивідуалізації лікування, моніторингу ефективності терапії та реабілітації. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на валідацію опитувальників ЯЖ у різних популяціях пацієнтів, вивчення взаємозв'язків між клінічними, психосоціальними та контекстуальними детермінантами ЯЖ, а також на розробку оптимальних інтервенцій для покращення ЯЖ при артритах та артрозах.

Загальні опитувальники ЯЖ (генеричні інструменти) дозволяють оцінити стан здоров'я пацієнта незалежно від нозології та порівняти показники ЯЖ при різних захворюваннях та з популяційними нормами [17].

Специфічні опитувальники ЯЖ розроблені для конкретних нозологій та дозволяють детальніше оцінити вплив певного захворювання на різні аспекти життя пацієнта [17,44]. При запальних захворюваннях суглобів найчастіше використовують такі інструменти, як HAQ (Health Assessment Questionnaire), RAPID-3 (Routine Assessment of Patient Index Data), AIMS (Arthritis Impact

Measurement Scales), RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) [22,44]. Для оцінки ЯЖ при остеоартрозі розроблені специфічні опитувальники WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), HOOS (Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score), OAKHQOL (Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life) [6,44] (табл. 1.2).

Таблиця 1.2 – Методи оцінки впливу певного захворювання на різні аспекти життя пацієнта

Захворювання	Опитувальник	Структура	Шкала оцінки
Ревматоїдний артрит	HAQ	20 запитань, 8 шкал: одягання, вставання, прийом їжі, прогулянки, гігієна, досягання, захоплення, інша діяльність	0-3 бали, менше - краще
	RAPID-3	3 шкали: функція (10 запитань), біль (1 запитання), загальна оцінка активності захворювання (1 запитання)	0-10 балів для кожної шкали, менше - краще
	AIMS	57 запитань, 9 шкал: мобільність, ходьба, самообслуговування, домашня діяльність, активність, біль, тривога, депресія, соціальна активність	0-10 балів для кожної шкали, менше - краще

	RAID	7 запитань: біль, функція, втома, емоційне благополуччя, сон, копінг, фізичний дискомфорт	0-10 балів для кожного запитання, менше - краще
Остеоартроз	WOMAC	24 запитання, 3 шкали: біль (5), скутість (2), функція (17)	0-4 або 0-100 балів для кожної шкали, менше - краще
	KOOS	42 запитання, 5 шкал: біль, симптоми, функція в повсякденному житті, функція при спорті та рекреації, якість життя	0-100 балів для кожної шкали, більше - краще
	HOOS	40 запитань, 5 шкал: біль, симптоми, функція в повсякденному житті, функція при спорті та рекреації, якість життя	0-100 балів для кожної шкали, більше - краще
	OAKHQOL	43 запитання, 5 шкал: фізична активність, психічне здоров'я, больові відчуття, соціальна підтримка, соціальна активність	0-100 балів для кожної шкали, більше - краще

Таким чином, оцінка якості життя за допомогою стандартизованих загальних та специфічних опитувальників є невід'ємною складовою ведення

пацієнтів із запальними й дегенеративними захворюваннями суглобів. Вона доповнює традиційні клінічні та інструментальні методи обстеження, дозволяє визначити суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого стану здоров'я, оцінити ефективність лікувально-реабілітаційних заходів з позиції самого хворого. Систематичний моніторинг ЯЖ сприяє реалізації пацієнтоцентричної моделі надання медичної допомоги, покращенню комунікації між лікарем та пацієнтом, підвищенню прихильності до лікування та досягненню кращих результатів терапії.

1.3. Реабілітаційні стратегії для осіб з захворюваннями суглобів

Реабілітація є невід'ємною складовою комплексного менеджменту пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, яка доповнює медикаментозну терапію та хірургічні методи лікування [20,39]. Основною метою реабілітації є зменшення болю, поліпшення функціонування суглобів та м'язів, запобігання контрактурам та деформаціям, підвищення фізичної активності та участі пацієнтів, покращення їхньої якості життя [1,21,51].

Сучасна реабілітація базується на біопсихосоціальной моделі та мультидисциплінарному підході, що передбачає урахування не лише фізичних, але й психологічних та соціальних аспектів функціонування пацієнта [4,20]. Відповідно, реабілітаційні програми мають бути комплексними та індивідуалізованими, адаптованими до нозології, стадії захворювання, коморбідних станів, персональних факторів та очікувань пацієнта [20,33,42].

Одним із ключових компонентів реабілітації пацієнтів з артритом та артрозами є програми фізичних вправ, які чинять протизапальну, знеболювальну та хондропротекторну дію, зміцнюють м'язи, поліпшують

кровообіг та трофіку тканин, підвищують стабільність суглобів [1,6,32]. Відповідно до рекомендацій міжнародних асоціацій (EULAR, OARSI, ACR), програма вправ повинна включати аеробні вправи помірної інтенсивності (ходьба, плавання, їзда на велосипеді), силові тренування, вправи на розтяжку та баланс [12,28,32]. Систематичні огляди та метааналізи показали, що регулярні фізичні навантаження зменшують больовий синдром на 20-30%, покращують фізичну функцію на 30-40%, підвищують м'язову силу та витривалість при РА та ОА [3,8,37,42]. Зокрема, в рандомізованому контрольованому дослідженні PER було виявлено, що 12-тижнева програма скандинавської ходьби у пацієнтів з ОА колінних суглобів призвела до статистично значущого зменшення болю (на 31%) та поліпшення функції (на 32%) порівняно з контрольною групою [32].

Ще одним важливим напрямком фізичної реабілітації при захворюваннях суглобів є мануальна терапія, яка включає мобілізацію суглобів, маніпуляції, масаж, постізометричну релаксацію [6,51]. Ці методики дозволяють зменшити біль, спазм м'язів, поліпшити еластичність тканин, збільшити обсяг рухів у суглобах [14,20]. За даними Кокранівського огляду, застосування мануальної терапії при ОА колінних суглобів мало статистично значущий позитивний ефект на біль (стандартизована різниця середніх -0,43; 95% ДІ від -0,72 до -0,14) та функцію (CPC -0,36; 95% ДІ від -0,63 до -0,10) порівняно з контролем [14].

Широко використовуються в реабілітації пацієнтів з артритами й артрозами і засоби фізіотерапії – теплолікування (парафін, озокерит), кріотерапія, лазеротерапія, електротерапія, ударно-хвильова терапія [6,46]. Ці методи чинять протизапальну, знеболювальну та протинабрякову дію, поліпшують мікроциркуляцію та метаболізм тканин, сприяють розслабленню м'язів та збільшенню амплітуди рухів [11,46]. У рандомізованому клінічному дослідженні Crespo et al. було показано, що додавання ударно-хвильової терапії до програми вправ у пацієнтів з ОА колінних суглобів забезпечує

статистично значуще зменшення болю та поліпшення функції порівняно із самими вправами [11].

Важливим компонентом реабілітації пацієнтів з патологією суглобів є ерготерапія, спрямована на розвиток навичок самообслуговування, адаптацію житлового середовища, підбір допоміжних засобів, збереження соціальних ролей та інтересів [35,51]. Ерготерапевт навчає пацієнта ергономічним рухам та позам, способам захисту суглобів, використанню допоміжних пристроїв (ортези, тростини, ходунки), модифікації хатнього середовища, що дозволяє зменшити навантаження на суглоби, компенсувати функціональні обмеження та підвищити якість життя [7,35].

Зважаючи на високу поширеність психоемоційних розладів у пацієнтів із захворюваннями суглобів, невід'ємною складовою реабілітації є методи психологічної корекції та психотерапії [19,40]. Індивідуальні та групові психотерапевтичні заняття, когнітивно-поведінкова терапія, технології керування стресом, майндфулнес допомагають зменшити депресію та тривогу, підвищити адаптивне мислення, розвинути навички подолання, поліпшити комплаєнс та результати реабілітації [19,40].

Освіта пацієнта є ще одним ключовим елементом реабілітаційного процесу, який сприяє підвищенню обізнаності про захворювання, розвитку навичок самоменеджменту, прихильності до лікування та модифікації стилю життя [28,33]. Освітні програми включають інформацію про суть хвороби, фактори ризику, принципи лікування та реабілітації, роль фізичних вправ та контролю ваги, правила захисту суглобів, способи контролю болю та керування стресом, дієтичні рекомендації тощо [28,33]. За даними метааналізу, терапевтичне навчання при РА та ОА має позитивний вплив на біль, самоєфективність, психічне здоров'я та глобальний стан пацієнта [38].

Необхідною умовою ефективної реабілітації пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів є послідовність та безперервність реабілітаційного процесу на всіх рівнях медичної допомоги – стаціонарному,

амбулаторному та домашньому [10,20]. Зокрема, багаторівнева реабілітація пацієнтів після ендопротезування кульшового та колінного суглобів з приводу ОА забезпечує кращі функціональні результати та якість життя порівняно із стандартною схемою [10,31].

У таблиці 1.3 узагальнено основні реабілітаційні стратегії та методи для пацієнтів із запальними й дегенеративними захворюваннями суглобів.

Таблиця 1.3 - Основні реабілітаційні стратегії та методи для пацієнтів із запальними й дегенеративними захворюваннями суглобів.

Реабілітаційна стратегія	Методи та засоби	Ефекти
Фізичні вправи	Аеробні вправи, силові тренування, вправи на гнучкість та баланс	Зменшення болю та запалення, зміцнення м'язів, поліпшення функції суглобів, підвищення витривалості
Мануальна терапія	Мобілізація суглобів, маніпуляції, масаж, постізометрична релаксація	Зменшення болю та спазму м'язів, поліпшення рухливості суглобів та еластичності тканин
Фізіотерапія	Теплолікування, кріотерапія, лазеротерапія, електротерапія, ударно-хвильова терапія	Зменшення болю, запалення та набряку, поліпшення мікроциркуляції та метаболізму тканин, розслаблення м'язів
Ерготерапія	Навчання навичкам самообслуговування, адаптація середовища, підбір допоміжних засобів	Зменшення навантаження на суглоби, компенсація функціональних обмежень,

		підвищення незалежності та якості життя
Психологічна підтримка	Психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, керування стресом, майндфулнес	Зменшення депресії та тривоги, розвиток адаптивного мислення та копінг-стратегій, підвищення мотивації та прихильності до лікування
Освіта пацієнта	Інформування про захворювання, навчання самоменеджменту, рекомендації зі способу життя	Підвищення обізнаності про хворобу, розвиток навичок самопомоги, модифікація стилю життя, поліпшення комплаєнсу

Таким чином, реабілітація пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів є комплексним мультимодальним процесом, що поєднує фізичну терапію, ерготерапію, фізіотерапію, психологічну підтримку, освіту пацієнта та модифікацію способу життя. Реабілітаційні програми повинні бути індивідуалізованими, інтегрованими в загальну стратегію лікування, узгодженими з пацієнтом та орієнтованими на досягнення значущих для нього цілей. Лише за таких умов реабілітація стає потужним інструментом контролю симптомів, поліпшення функціонування та підвищення якості життя пацієнтів з артритами й артрозами.

1.4. Психологічні аспекти реабілітації

Психологічні фактори відіграють важливу роль у розвитку, перебігу та наслідках запальних і дегенеративних захворювань суглобів, суттєво впливаючи на симптоми, функціональний стан та якість життя пацієнтів [19,23]. Хронічний біль, обмеження рухливості, втрата працездатності та соціальних зв'язків, невизначеність прогнозу часто супроводжуються емоційним дистресом, тривогою, депресією, порушеннями сну, зниженням самооцінки та відчуттям безпорадності [19,40]. За даними досліджень, поширеність депресивних розладів сягає 40-50% при ревматоїдному артриті (РА) та 20-30% при остеоартрозі (ОА), що в 2-3 рази перевищує популяційні показники [23,29].

Психологічні розлади не лише погіршують суб'єктивне сприйняття симптомів та якість життя, але й негативно впливають на перебіг та результати лікування ревматичних захворювань. Зокрема, депресія та тривога асоціюються з вищою інтенсивністю болю, гіршою функціональною здатністю, нижчою ефективністю медикаментозної терапії та реабілітації, меншою прихильністю до лікування та здорового способу життя при РА та ОА [19,23,40]. У дослідженні Matcham et al. було показано, що пацієнти з РА та коморбідною депресією мають у 2,5 рази вищий ризик припинення базисної терапії (відношення ризиків 2,57; 95% ДІ 1,02-6,44) та у 4 рази нижчу ймовірність досягнення ремісії (ВР 0,25; 95% ДІ 0,06-0,94) порівняно з пацієнтами без депресії [29].

З іншого боку, активність захворювання, вираженість больового синдрому та функціональних обмежень є важливими предикторами психологічної дезадаптації при артритах та артрозах. У дослідженні Nicassio et al. було виявлено, що рівень болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) >50 мм та значення індексу HAQ >2,0 асоціюються з 4-кратним збільшенням ризику депресії у пацієнтів з РА [36]. Аналогічно, в популяційному

дослідженні ROAD встановлено прямий зв'язок між рентгенологічною стадією ОА колінних суглобів за Kellgren-Lawrence та частотою депресивних симптомів (відношення шансів 2,28; 95% ДІ 1,47-3,54 для III-IV ст. проти 0-I ст.) [23]. Ці дані свідчать про наявність двонаправленої взаємодії між соматичними та психологічними аспектами ревматичних захворювань, що обумовлює необхідність інтегрованого біопсихосоціального підходу до їх менеджменту.

Психологічні інтервенції є важливою складовою мультидисциплінарної реабілітації пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, яка спрямована на корекцію емоційних розладів, розвиток адаптивних копінг-стратегій, підвищення прихильності до лікування та поліпшення якості життя [19,49]. Найбільш вивченими та ефективними психологічними втручаннями при РА та ОА є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), майндфулнес-орієнтована терапія, психоосвіта та методики керування стресом [19,40,49].

КПТ базується на концепції реципрокної взаємодії між думками, емоціями та поведінкою і спрямована на модифікацію дезадаптивних переконань, розвиток навичок розв'язання проблем та адаптивних поведінкових патернів [19,49]. У систематичному огляді Кноор et al. було показано, що КПТ забезпечує статистично значуще зменшення інтенсивності болю (стандартизована різниця середніх -0,21; 95% ДІ від -0,37 до -0,05), депресії (СРС -0,30; 95% ДІ від -0,45 до -0,16) та тривоги (СРС -0,40; 95% ДІ від -0,74 до -0,06) порівняно зі звичайним лікуванням у пацієнтів з ОА [24]. Аналогічні результати отримано і для пацієнтів з РА: метааналіз Хіе et al. продемонстрував статистично значущий позитивний вплив КПТ на депресію (СРС -0,42; 95% ДІ від -0,62 до -0,23), тривогу (СРС -0,34; 95% ДІ від -0,53 до -0,14) та біль (СРС -0,38; 95% ДІ від -0,57 до -0,18) [53].

Зважаючи на високу поширеність хронічного болю та його негативний вплив на психоемоційний стан пацієнтів із ревматичними захворюваннями, в

реабілітаційних програмах широко використовують методи психологічного контролю болю [19,40]. Майндфулнес-орієнтовані втручання, як-от програма зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR), сприяють розвитку навичок безоцінного усвідомлення та прийняття тілесних відчуттів, думок та емоцій, асоційованих із болем [40,43]. Рандомізоване контрольоване дослідження Davis et al. показало, що 8-тижнева програма MBSR у пацієнтів з РА призвела до статистично значущого зменшення болю ($P=0,03$), депресії ($P=0,001$), втоми ($P=0,01$) та поліпшення психологічного благополуччя ($P=0,02$) порівняно зі списком очікування [16].

Психоосвітні інтервенції спрямовані на поліпшення обізнаності пацієнтів про свою хворобу, розвиток навичок самоменеджменту та адаптивних стратегій подолання [19,28]. Вони можуть проводитися індивідуально або в групах, включати інформування про патогенез, симптоми, лікування, реабілітацію, навчання технікам релаксації, комунікації, керування емоціями та болем [40]. За даними метааналізу Zhao et al., психоосвіта забезпечує статистично значуще зменшення болю (СРС -0,30; 95% ДІ від -0,48 до -0,11), депресії (СРС -0,37; 95% ДІ від -0,69 до -0,06) та поліпшення якості життя (СРС 0,38; 95% ДІ 0,11-0,66) у пацієнтів з РА [55].

Методики керування стресом, як-от прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, візуалізація, біологічний зворотний зв'язок, сприяють зменшенню м'язового напруження, психоемоційної збудливості, тривоги та депресії, поліпшенню сну у пацієнтів із ревматичними захворюваннями [40]. Метааналіз Dissanayake et al. показав, що методи релаксації чинять статистично значущий позитивний вплив на біль (СРС -0,56; 95% ДІ від -0,98 до -0,13) та психологічний дистрес (СРС -0,72; 95% ДІ від -1,06 до -0,37) при РА та ОА [18].

Окрім специфічних психологічних інтервенцій, важливе значення має загальний стиль комунікації та емпатійне ставлення до пацієнта з боку лікаря та інших членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди [28,33].

Колаборативний підхід, що базується на довірі, порозумінні, розподіленій відповідальності та спільному прийнятті рішень, сприяє зменшенню стресу, підвищенню впевненості у собі та своїй здатності справлятися із захворюванням, поліпшенню дотримання рекомендацій та загальної задоволеності лікуванням у пацієнтів із ревматичною патологією [33].

Психологічні чинники важливо враховувати на всіх етапах реабілітації пацієнтів з артритом й артрозами - від оцінки початкового психоемоційного стану до моніторингу динаміки під впливом терапевтичних та реабілітаційних втручань [19]. Для скринінгу та об'єктивізації симптомів депресії, тривоги, порушень сну, втомі доцільно використовувати валідовані інструменти, як-от шкала депресії Бека (BDI), госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкала оцінки втоми (FSS), опитувальник якості сну Пітсбурзького університету (PSQI) [17,40]. Застосування цих шкал дозволяє виявити пацієнтів із клінічно значущими психологічними розладами, які потребують поглибленої психодіагностики та відповідних інтервенцій.

Хоча психологічні методи не усувають основних проявів ревматичних захворювань, вони є ефективним компонентом мультимодальної терапії, що допомагає оптимізувати контроль симптомів, функціонування та якість життя пацієнтів у комплексі з медикаментозним лікуванням, фізичною терапією та ерготерапією [19,49]. Зважаючи на високу поширеність та негативні наслідки психоемоційних розладів при РА та ОА, доцільним є рутинний скринінг психічного здоров'я у цієї категорії хворих та інтеграція психологічної допомоги в протоколи їх реабілітації.

У таблиці 1.4 представлені основні компоненти психологічної реабілітації пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів.

Таблиця 1.4 - Основні компоненти психологічної реабілітації пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів

Метод	Зміст	Ефекти
Когнітивно-поведінкова терапія	Виявлення та корекція дезадаптивних думок, розвиток навичок розв'язання проблем та адаптивної поведінки	Зменшення інтенсивності болю, депресії, тривоги, поліпшення якості життя
Майндфулнес-орієнтовані втручання	Розвиток навичок усвідомленості, безоцінного спостереження, прийняття тілесних відчуттів, думок та емоцій	Зменшення інтенсивності болю, депресії, втоми, підвищення якості життя
Психоосвіта	Інформування про захворювання, лікування, реабілітацію; розвиток навичок самопомоги та подолання стресу	Підвищення обізнаності, мотивації, самоефективності; зменшення болю та депресії
Методи релаксації	Прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, глибоке дихання, візуалізація	Зменшення м'язового напруження, тривоги, депресії, болю; поліпшення сну
Емпатійна комунікація	Колаборативний підхід, спільне прийняття рішень, емоційна підтримка	Зменшення стресу та безпорадності, підвищення прихильності до лікування

Таким чином, психологічні аспекти відіграють критичну роль у патогенезі, клінічному перебігу та наслідках запальних і дегенеративних захворювань суглобів. Двонаправлений зв'язок між соматичними проявами та

психологічним благополуччям обумовлює необхідність біопсихосоціальної парадигми та залучення методів психологічної корекції до реабілітаційних програм для пацієнтів з артритом і артрозами. Когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес-орієнтована терапія, психоосвіта та методики зменшення стресу допомагають оптимізувати контроль симптомів, функціональну здатність та якість життя пацієнтів у комплексі з фізичною терапією та ерготерапією. Виявлення та корекція клінічно значущих психологічних розладів, а також емпатійне ставлення та колаборативна комунікація з боку медичних працівників є необхідними умовами ефективної реабілітації осіб із ревматичними захворюваннями.

1.5. Проблема внутрішньо переміщених осіб та їхньої реабілітації

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) - це люди, які були змушені покинути свої домівки та місця постійного проживання внаслідок збройних конфліктів, насильства, порушень прав людини або природних чи техногенних катастроф, але які не перетнули міжнародно визнаних державних кордонів [4,19]. За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), станом на кінець 2021 року у світі нараховувалося близько 48 мільйонів ВПО, що є найвищим показником за всю історію спостережень [34]. В Україні проблема внутрішнього переміщення населення набула особливої гостроти внаслідок анексії Криму та збройного конфлікту на сході країни, який розпочався у 2014 році. За даними Міністерства соціальної політики, станом на 2022 рік в Україні офіційно зареєстровано близько 1,5 млн ВПО [35].

Внутрішнє переміщення є серйозним стресовим фактором, який негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я людей [4,19]. ВПО стикаються з численними проблемами та викликами, як-от втрата домівки та майна, розрив соціальних зв'язків, обмежений доступ до освіти, працевлаштування, медичної допомоги та соціальних послуг, невизначеність

майбутнього [9,19]. Ці несприятливі умови створюють підґрунтя для розвитку та загострення різноманітних хронічних захворювань, зокрема патології опорно-рухового апарату [5,19].

Запальні та дегенеративні захворювання суглобів, як-от ревматоїдний артрит (РА) та остеоартроз (ОА), є одними з найбільш поширених хронічних станів, що значно погіршують якість життя та функціональну здатність ВПО [5,52]. За даними досліджень, поширеність РА серед ВПО в 1,5-2 рази вища, ніж у загальній популяції, що може бути пов'язано з високим рівнем стресу, обмеженим доступом до спеціалізованої медичної допомоги та низькою прихильністю до лікування [5,19]. Наявність супутніх депресивних та тривожних розладів, які зустрічаються у 30-50% ВПО, додатково ускладнює перебіг та лікування ревматичних захворювань у цього контингенту [19,23].

ВПО з артритами та артрозами стикаються зі значними бар'єрами в отриманні своєчасної та якісної медичної допомоги, реабілітації та психосоціальної підтримки [5,18]. До основних проблем належать відсутність документів та реєстрації за місцем фактичного проживання, брак фінансових ресурсів, високі витрати на транспорт та ліки, нестача кваліфікованих спеціалістів та реабілітаційних центрів у місцях розселення ВПО, недостатня обізнаність про своє захворювання та наявні ресурси допомоги [9,18,19]. Крім того, стигматизація та дискримінаційні практики з боку медичних працівників та суспільства в цілому можуть стримувати ВПО від звернення по медичну та реабілітаційну допомогу [5].

У цьому контексті комплексна медична, психологічна та соціальна реабілітація ВПО із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів набуває особливого значення [19,30]. Реабілітаційні програми для цієї категорії пацієнтів повинні бути адаптовані до їх специфічних потреб, доступними, безперервними та інтегрованими з первинною медичною допомогою та соціальними послугами [5,30]. Основними компонентами

реабілітації ВПО є фізична терапія, ерготерапія, психологічна підтримка, освіта пацієнта та модифікація способу життя [19,51].

Фізична терапія спрямована на зменшення болю, запалення та скутості в суглобах, поліпшення м'язової сили, витривалості та рухливості, профілактику контрактур та деформацій [1,21]. Програма фізичних вправ повинна бути індивідуалізованою, враховувати нозологію, активність захворювання, функціональні обмеження та коморбідні стани пацієнта [20,32]. Перевагу слід надавати вправам, які не потребують спеціального обладнання чи приміщення та можуть виконуватися в домашніх умовах або на свіжому повітрі (ходьба, їзда на велосипеді, плавання) [6,42]. Навчання правильному виконанню вправ та стратегіям самоменеджменту підвищує незалежність та прихильність пацієнтів до реабілітаційного процесу [20].

Ерготерапія допомагає ВПО з артритом та артрозами адаптуватися до функціональних обмежень, зберегти здатність до самообслуговування та соціальної активності [30,51]. Ерготерапевт оцінює потреби пацієнта у допоміжних засобах (ортези, тростини, пристосування для побуту), навчає ергономічним рухам та захисту суглобів, допомагає облаштувати безпечне та комфортне житлове середовище [7,35]. За умов обмежених фінансових ресурсів та житлової площі ВПО, доцільним є використання універсальних та багатофункціональних пристосувань, залучення родичів та волонтерів до виготовлення простих допоміжних засобів з підручних матеріалів [30].

Психологічна підтримка є критично важливою для ВПО з ревматичними захворюваннями, які мають підвищений ризик депресивних та тривожних розладів на тлі хронічного стресу та невизначеності [19,23]. Індивідуальна та групова психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та майндфулнес-орієнтовані втручання, сприяють розвитку навичок подолання стресу, керування негативними емоціями та болем, підвищенню самоєфективності та адаптивного мислення [23,40]. Психосвіта допомагає поліпшити обізнаність пацієнтів про своє захворювання, розвинути навички

самодопомоги та прихильність до лікування [19,28]. Особливу увагу слід приділяти скринінгу та корекції суїцидальних думок та намірів, які нерідко спостерігаються у ВПО з важкими соматичними та психічними захворюваннями [5].

Освіта пацієнта та модифікація способу життя відіграють ключову роль у підтриманні ефективності реабілітації ВПО в довгостроковій перспективі [33,38]. Освітні програми повинні включати інформацію про патогенез, симптоми, ускладнення РА та ОА, принципи медикаментозного лікування та реабілітації, роль фізичної активності та самоменеджменту, способи захисту суглобів та контролю болю, раціональне харчування, методи зниження стресу [28,33]. Враховуючи поширеність шкідливих звичок серед ВПО, особливу увагу слід приділяти питанням відмови від куріння, обмеження вживання алкоголю, нормалізації режиму сну та відпочинку [19]. Залучення пацієнта до процесу прийняття рішень, врахування його цінностей та вподобань, а також постановка реалістичних, досяжних цілей підвищує мотивацію та прихильність до реабілітації та здорового способу життя [20].

Комплексна реабілітація ВПО із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів передбачає скоординовану роботу мультидисциплінарної команди фахівців - лікарів загальної практики, ревматологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників [19,30]. Важливими умовами ефективної реабілітації є безперервність та наступність допомоги, регулярний моніторинг стану здоров'я, симптомів та якості життя пацієнтів, гнучке коригування цілей та засобів реабілітації залежно від динаміки захворювання та індивідуальної відповіді на терапію [18,20].

Особливої уваги потребують питання доступності реабілітаційних послуг для ВПО, які стикаються зі значними фізичними, фінансовими, інформаційними та організаційними бар'єрами [5,19]. Децентралізація системи надання медичної та реабілітаційної допомоги, створення

мультидисциплінарних реабілітаційних бригад у закладах первинної ланки, організація виїзних консультацій та занять у місцях компактного проживання ВПО можуть суттєво покращити доступність та охоплення реабілітаційними послугами [18,30]. Використання технологій телемедицини та телереабілітації, мобільних додатків для навчання та самоконтролю, онлайн-ресурсів інформаційної підтримки та peer-to-peer консультування розширює можливості надання реабілітаційної допомоги ВПО у віддалених районах та в умовах карантинних обмежень [5].

У таблиці 1.5 представлені ключові аспекти реабілітації ВПО із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів.

Таблиця 1.5 - Ключові аспекти реабілітації ВПО із захворюваннями суглобів [5,19,20,30]

Компонент	Зміст	Очікувані результати
Фізична терапія	Індивідуалізована програма фізичних вправ (аеробні, силові, на гнучкість) з урахуванням нозології, функціональних обмежень та умов проживання ВПО	Зменшення болю та запалення, збільшення м'язової сили та витривалості, рухливості суглобів
Ерготерапія	Оцінка потреб у допоміжних засобах, навчання захисту суглобів, адаптація житлового середовища,	Підвищення незалежності у побуті та самообслуговуванні, збереження працездатності та соціальних зв'язків

	підтримка соціальної активності	
Психологічна підтримка	Скринінг та корекція тривоги, депресії, порушень сну; когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, психоосвіта, розвиток навичок подолання стресу	Покращення психоемоційного стану та якості життя, підвищення самоефективності та прихильності до лікування
Освіта пацієнта	Інформування про захворювання, методи лікування та реабілітації, навчання самоменеджменту та здорового способу життя	Підвищення обізнаності, мотивації та відповідальності за власне здоров'я, профілактика ускладнень
Мультидисциплінарний підхід	Скоординована робота лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників	Забезпечення комплексної та безперервної реабілітаційної допомоги з урахуванням індивідуальних потреб ВПО
Доступність послуг	Децентралізація реабілітаційних послуг, мобільні бригади, телереабілітація,	Покращення фізичної, фінансової та інформаційної доступності

	онлайн-ресурси інформаційної підтримки	реабілітаційних послуг для ВПО
--	--	-----------------------------------

Таблиця 1.5 узагальнює ключові аспекти реабілітації внутрішньо переміщених осіб (ВПО) із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, зокрема ревматоїдним артритом (РА) та остеоартрозом (ОА). Вона включає шість основних компонентів реабілітації, їх зміст та очікувані результати.

Перший компонент - фізична терапія - передбачає розробку індивідуалізованої програми фізичних вправ з урахуванням нозології, функціональних обмежень та умов проживання ВПО. Наприклад, для пацієнта з РА та вираженим болем і скутістю в колінних суглобах програма може включати аеробні вправи низької інтенсивності (ходьба, плавання), ізометричні та ізотонічні вправи для зміцнення м'язів стегна, вправи на розтяжку та мобільність. При цьому слід враховувати доступність спортивних залів, басейнів чи знарядь у місці проживання ВПО та адаптувати програму для виконання в домашніх умовах. Очікувані результати фізичної терапії включають зменшення болю та запалення, збільшення м'язової сили, витривалості та рухливості уражених суглобів.

Другий компонент - ерготерапія - спрямований на оцінку потреб ВПО у допоміжних засобах, навчання прийомам захисту суглобів, адаптацію житлового середовища та підтримку соціальної активності. Зокрема, для пацієнта з ОА кульшових суглобів ерготерапевт може порекомендувати використання палиці або ходунків для зменшення навантаження на суглоби при ходьбі, адаптувати висоту ліжка, унітазу, крісел для полегшення вставання та сідання, навчити прийомам безпечного виконання побутових активностей (приготування їжі, прибирання, догляд за собою). Це дозволить підвищити

незалежність пацієнта у самообслуговуванні, зберегти його працездатність та соціальні зв'язки.

Третій компонент - психологічна підтримка - включає скринінг та корекцію поширених психічних розладів у ВПО з хронічними захворюваннями суглобів, як-от тривоги, депресії, порушень сну. Важливими методами психологічної допомоги є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), майндфулнес-інтервенції, психоосвіта та розвиток навичок подолання стресу. Наприклад, курс КПТ для пацієнтки з РА та коморбідною депресією може бути спрямований на виявлення та корекцію дезадаптивних думок ("Я безпорадна", "Мій біль ніколи не мине"), постановку реалістичних цілей, планування активностей та самозаохочення. Такий підхід дозволяє покращити психоемоційний стан, якість життя пацієнтів, підвищити їх самоефективність та прихильність до лікування.

Четвертий компонент - освіта пацієнта - передбачає інформування ВПО про їхнє захворювання, методи лікування та реабілітації, а також навчання навичкам самоменеджменту та здорового способу життя. Освітні інтервенції можуть проводитись під час індивідуальних консультацій або в форматі групових занять (шкіл здоров'я) з використанням друкованих матеріалів, відеопрезентацій, онлайн-ресурсів. Наприклад, в рамках школи для пацієнтів з ОА можуть обговорюватись такі теми, як етіологія та патогенез захворювання, роль фізичних вправ, контролю ваги, раціонального харчування, правила застосування знеболювальних та протизапальних препаратів, показання до ортезування та хірургічного лікування. Навчання самоменеджменту дозволяє підвищити обізнаність пацієнтів, їх мотивацію та відповідальність за власне здоров'я, попередити розвиток ускладнень.

П'ятий компонент підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу в реабілітації ВПО з артритом та артрозами. Він передбачає скоординовану роботу лікарів різних спеціальностей (ревматологів, ортопедів, фізіотерапевтів), фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів та

соціальних працівників. Наприклад, для ВПО з РА може бути сформована реабілітаційна команда у складі сімейного лікаря, ревматолога, фізіотерапевта, ерготерапевта та психолога. Завдяки чіткому розподілу обов'язків, узгодженню цілей та планів реабілітації, регулярним зустрічам та обговоренням прогресу пацієнта така команда здатна забезпечити комплексну та безперервну реабілітаційну допомогу з урахуванням індивідуальних потреб ВПО.

Шостий компонент таблиці висвітлює проблему доступності реабілітаційних послуг для ВПО та шляхи її вирішення. ВПО часто проживають у віддалених від великих міст районах, мають обмежені фінансові ресурси та інформацію про наявні реабілітаційні програми. Для покращення доступності послуг необхідна децентралізація реабілітаційної допомоги, створення виїзних мультидисциплінарних бригад, впровадження телереабілітації та онлайн-ресурсів інформаційної підтримки. Зокрема, для ВПО з ОА, які проживають у сільській місцевості, може бути організовано виїзний реабілітаційний центр на базі амбулаторії сімейної медицини. Завдяки телереабілітації через мобільні додатки та відеозв'язок пацієнти зможуть виконувати вправи та отримувати консультації фахівців, не покидаючи домівки. Онлайн-ресурси та гарячі лінії дозволять підвищити поінформованість ВПО про наявні реабілітаційні послуги та їх права.

Отже, таблиця 1.5 комплексно відображає ключові компоненти, зміст та очікувані результати реабілітації ВПО із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів. Особливу увагу приділено необхідності індивідуального підходу, мультидисциплінарної взаємодії, навчання пацієнтів та покращення доступності послуг для цієї вразливої категорії населення.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Наукові методи дослідження

Дослідження на тему якості життя, фізичної та психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів вимагають застосування різних наукових методів. Одним із основних методів є клінічні дослідження, які включають рандомізовані контрольовані дослідження (РКД). Це передбачає залучення групи внутрішньо переміщених осіб до програми реабілітації з поділом на контрольну та експериментальну групи для оцінки ефективності лікування. Також важливі лонгітюдні дослідження, які передбачають спостереження за пацієнтами протягом тривалого періоду для оцінки довгострокових результатів реабілітації.

Соціологічні методи включають анкетування та опитування. Це дозволяє зібрати дані про якість життя, рівень болю, мобільність, емоційний стан та соціальну адаптацію внутрішньо переміщених осіб. Інтерв'ю також є важливим інструментом для детального вивчення їхнього досвіду, потреб і проблем, пов'язаних з реабілітацією.

Психометричні методи використовують стандартизовані опитувальники, такі як SF-36 (Short Form Health Survey) або WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF), для оцінки різних аспектів якості життя. Психологічні тести, такі як шкала депресії Бека (BDI) або шкала тривожності Спілбергера, допомагають оцінити рівень депресії, тривожності та стресу.

Біомеханічні та фізіологічні методи включають аналіз руху за допомогою відеоаналізу та трекінгу рухів для оцінки біомеханічних змін у пацієнтів до та після реабілітації. Функціональні тести, такі як тест на шестихвилинну ходьбу або тест на гнучкість Шобера, використовуються для оцінки витривалості, сили та гнучкості пацієнтів.

Статистичні методи є необхідними для обробки та аналізу отриманих даних. Описова статистика використовується для аналізу даних за допомогою середніх значень, медіан, мод, стандартних відхилень тощо. Інференційна статистика застосовується для виявлення залежностей між різними змінними та оцінки ефективності втручань.

Кваліметричні методи дозволяють здійснювати комплексну оцінку якості життя, використовуючи інтегральні індекси для оцінювання різних аспектів. [61,49]

Методи якісного аналізу, такі як контент-аналіз та тематичний аналіз, допомагають виявити основні теми та проблеми, що виникають у ході дослідження, для глибшого розуміння досвіду внутрішньо переміщених осіб.

Використання цих методів у комплексі дозволяє отримати повну картину про якість життя, фізичну та психологічну реабілітацію внутрішньо переміщених осіб з запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів.

Теоретичні методи дослідження є важливою частиною наукової роботи, оскільки вони забезпечують концептуальну основу для розуміння явищ та процесів. У контексті дослідження якості життя, фізичної та психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, теоретичні методи допомагають розробити гіпотези, інтерпретувати дані та формулювати висновки. Ось кілька ключових теоретичних методів, які можуть бути використані:

Аналіз літератури передбачає систематичне вивчення наукових публікацій, статей, книг та інших джерел інформації, що стосуються досліджуваної теми. Це дозволяє ідентифікувати існуючі знання, прогалини у дослідженнях та найкращі практики. Такий аналіз допомагає створити теоретичний базис та контекст для дослідження, а також сформулювати дослідницькі питання та гіпотези.

Систематизація та узагальнення дозволяють структурувати та інтегрувати наявні знання. Цей метод включає класифікацію та організацію інформації, щоб виявити закономірності та зв'язки між різними аспектами досліджуваних явищ. Узагальнення допомагає сформулювати загальні принципи та теоретичні положення на основі аналізу окремих фактів та досліджень.

Моделювання включає створення абстрактних моделей, що представляють досліджувані процеси та явища. Це може бути математичне, комп'ютерне чи концептуальне моделювання, яке дозволяє прогнозувати результати та оцінювати ефективність різних підходів до реабілітації. Моделі можуть відображати взаємозв'язок між фізичними, психологічними та соціальними факторами, що впливають на якість життя внутрішньо переміщених осіб.

Порівняльний аналіз передбачає зіставлення різних підходів, методів та результатів досліджень. Це дозволяє виявити найбільш ефективні практики та оцінити їхню релевантність у контексті конкретних умов та груп пацієнтів. Порівняння може здійснюватися між різними країнами, регіонами чи групами пацієнтів.

Концептуалізація включає визначення та уточнення ключових понять і категорій, що використовуються в дослідженні. Це допомагає забезпечити чіткість та однозначність у трактуванні термінів і понять. Наприклад, поняття "якість життя", "реабілітація", "запальні та дегенеративні захворювання суглобів" мають бути чітко визначені та операціоналізовані.

Інтерпретація результатів включає аналіз та пояснення даних з теоретичної точки зору. Це дозволяє зрозуміти, як отримані результати співвідносяться з існуючими теоріями та моделями, а також формулювати нові теоретичні положення або коригувати існуючі. Інтерпретація також допомагає встановити практичну значущість результатів для розробки рекомендацій щодо реабілітації.

Гіпотетико-дедуктивний метод передбачає формулювання гіпотез на основі теоретичних знань і перевірку їх через емпіричні дослідження. Цей метод дозволяє перевіряти теоретичні передбачення та коригувати теорії на основі отриманих даних. [62,37]

Застосування теоретичних методів дослідження допомагає створити глибоке розуміння проблеми, розробити науково обґрунтовані підходи до реабілітації та підвищити ефективність втручань для поліпшення якості життя внутрішньо переміщених осіб із захворюваннями суглобів.

2.2. Методи дослідження якості життя

Дослідження якості життя (ЯЖ) є важливим компонентом комплексної оцінки стану здоров'я та ефективності лікувально-реабілітаційних втручань у пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів [2,17]. ЯЖ - це багатовимірне поняття, що відображає суб'єктивне сприйняття людиною свого фізичного, психологічного та соціального функціонування в контексті хвороби та лікування [44,52]. Основними методами дослідження ЯЖ є стандартизовані загальні та специфічні опитувальники, які дозволяють кількісно оцінити різні аспекти благополуччя пацієнта [17,44].

Загальні опитувальники ЯЖ застосовуються для оцінки стану здоров'я незалежно від нозології та дають можливість порівнювати показники ЯЖ при різних захворюваннях та з популяційними нормами [17]. Найбільш широко використовуваними загальними інструментами є Short Form-36 (SF-36), EuroQol-5D (EQ-5D) та WHOQOL-BREF [17,44].

Найбільш широко використовуваними загальними опитувальниками ЯЖ є Short Form-36 (SF-36), EuroQol-5D (EQ-5D), WHOQOL-BREF (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Методи оцінки якості життя

Опитувальник	Структура	Шкала оцінки
SF-36	36 запитань, 8 шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування, біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан, психічне здоров'я. 2 сумарні шкали: фізичний та психічний компоненти здоров'я	0-100 балів для кожної шкали, більше - краще
EQ-5D	5 запитань: рухливість, самообслуговування, звичайна діяльність, біль/дискомфорт, тривога/депресія. Шкала термометр: оцінка загального стану здоров'я.	1-3 бали для кожного запитання, менше - краще. 0-100 балів для термометра, більше - краще
WHOQOL-BREF	26 запитань, 4 домени: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні відносини, оточення.	1-5 балів для кожного запитання, більше - краще

В ході дослідження був використаний опитувальний SF-36, що складається з 36 запитань, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я [44]. Крім того, підраховуються два сумарні показники - фізичний та психічний компоненти здоров'я. Результати представляються у вигляді оцінок в балах за кожною шкалою від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я [44]. SF-

З6 має добрі психометричні властивості, високу чутливість та специфічність, що дозволяє широко використовувати його в ревматологічній практиці та клінічних дослідженнях [17].

В практичній частині нашого дослідження, ми використовували шкалу оцінки болю ВАШ (візуально-аналогова шкала), яка є одним з найпоширеніших інструментів для вимірювання інтенсивності болю. Вона використовується як у клінічних дослідженнях, так і в повсякденній медичній практиці для оцінки суб'єктивних відчуттів болю пацієнта.

Візуально-аналогова шкала болю представляє собою пряму лінію довжиною 10 см (або 100 мм), на одному кінці якої знаходиться позначка "немає болю" (0), а на іншому - "найсильніший біль, який тільки можна уявити" (10). Пацієнту пропонують позначити точку на лінії, яка відповідає інтенсивності його болю.

Процедура використання включає кілька етапів. Спочатку пацієнту пояснюють, що шкала вимірює інтенсивність болю від 0 до 10. Важливо переконатися, що пацієнт розуміє, що йому потрібно позначити на шкалі саме той рівень болю, який він відчуває в даний момент. Після цього пацієнт позначає точку на лінії, яка, на його думку, відповідає інтенсивності його болю. Відстань від нульової позначки до позначеної пацієнтом точки вимірюється в сантиметрах або міліметрах і записується як числове значення інтенсивності болю.

Шкала ВАШ має кілька переваг. Вона проста у використанні як для пацієнтів, так і для медичного персоналу, не потребує спеціального обладнання чи довгих інструкцій. Оцінка займає лише кілька секунд, що є важливим в умовах обмеженого часу. Шкала також дозволяє враховувати суб'єктивні відчуття пацієнта, що є важливим для індивідуалізації підходу до лікування болю.

Втім, суб'єктивність також може бути недоліком, оскільки різні люди можуть інтерпретувати рівень болю по-різному. Деякі пацієнти, особливо

літні люди або діти, можуть мати труднощі з розумінням концепції шкали або з фізичним позначенням точки на лінії.

Шкала ВАШ широко використовується в клінічних дослідженнях для оцінки ефективності знеболювальних засобів та методів лікування. Вона також використовується в повсякденній клінічній практиці для моніторингу стану пацієнтів з хронічним болем, післяопераційним болем, болем, пов'язаним з травмами або захворюваннями суглобів. [19]

Інтерпретація результатів шкали ВАШ є наступною: 0 см означає відсутність болю, 1-3 см - легкий біль, 4-6 см - помірний біль, 7-10 см - сильний біль.

Таким чином, шкала ВАШ є ефективним інструментом для оцінки болю, що дозволяє медичному персоналу швидко та точно оцінити інтенсивність болю і, відповідно, коригувати лікування для покращення якості життя пацієнтів.

Гоніометрія є важливим методом вимірювання кутів руху суглобів, який широко використовується в ортопедії, фізіотерапії та реабілітації. Цей метод дозволяє об'єктивно оцінити амплітуду рухів у суглобах, що є важливим для діагностики, планування лікування та моніторингу прогресу пацієнтів з різними захворюваннями опорно-рухового апарату. [36,17]

В нашому дослідженні даний метод проводився за допомогою спеціального інструменту – гоніометра, який може бути механічним або електронним. Механічний гоніометр складається з двох лінійок, що з'єднані разом, і транспортиру для вимірювання кутів. Електронні гоніометри можуть включати додаткові функції для більш точних вимірювань і збереження даних.

Процедура вимірювання включає кілька кроків. Спочатку пацієнта просять прийняти вихідне положення, яке залежить від того, який суглоб вимірюється. Далі гоніометр встановлюється так, щоб одна його частина була паралельна нерухомій частині тіла (проксимальному сегменту), а інша –

рухомій частині (дистальному сегменту). Пацієнт виконує рух у суглобі, а фахівець фіксує максимальний кут руху за допомогою гоніометра.

Гоніометрія має кілька важливих переваг. Вона дозволяє об'єктивно оцінити функціональний стан суглобів, виявити обмеження рухливості та визначити ступінь покращення після лікування або реабілітації. Цей метод також є відносно простим у виконанні та не потребує складного обладнання, що робить його доступним для широкого використання.

Однак, гоніометрія має і деякі обмеження. Точність вимірювань може залежати від досвіду та кваліфікації фахівця, а також від правильності встановлення гоніометра. Крім того, результати можуть варіюватися залежно від індивідуальних анатомічних особливостей пацієнтів.

Гоніометрія широко використовується для оцінки стану пацієнтів з артритом, артрозом, травмами суглобів, післяопераційними станами та іншими захворюваннями опорно-рухового апарату. Вона допомагає розробити індивідуальні програми лікування та реабілітації, а також оцінити їхню ефективність.

Таким чином, гоніометрія є важливим інструментом у медичній практиці, що дозволяє об'єктивно оцінювати амплітуду рухів у суглобах та сприяє покращенню якості лікування та реабілітації пацієнтів з різними захворюваннями та травмами.

Теоретичний аналіз дослідження спрямований на глибоке розуміння клінічних та лабораторних аспектів запальних та дегенеративних захворювань суглобів, а також на оцінку ефективності різних реабілітаційних програм. Вивчення таких захворювань, як спондилоартроз, потребує комплексного підходу, що включає аналіз медичних даних, клінічних проявів та результатів застосування різних методів лікування.

Запальні та дегенеративні захворювання суглобів є одними з найбільш поширених патологій опорно-рухового апарату, що значно впливають на

якість життя пацієнтів. Запальні захворювання, такі як артрит, характеризуються наявністю запального процесу в суглобах, що призводить до болю, набрякlostі та зниження функціональної активності. Дегенеративні захворювання, наприклад, остеоартроз, пов'язані з дегенеративними змінами в хрящовій тканині, що спричиняє обмеження рухливості та хронічний біль.

В рамках даного дослідження було проведено аналіз медичних карт пацієнтів з метою визначення основних клінічних проявів цих захворювань. Це включало оцінку симптомів, таких як біль, набрякlostь, обмеження рухливості, а також аналіз лабораторних показників, які можуть включати рівень запальних маркерів (С-реактивного білка, ШОЕ) та інші біохімічні параметри.

Особливу увагу в дослідженні було приділено аналізу ефективності двох реабілітаційних програм (Пр1 та Пр2). Реабілітаційні програми можуть включати фізіотерапію, лікувальну фізкультуру, медикаментозну терапію та інші методи лікування, спрямовані на покращення функціонального стану суглобів та зменшення симптомів захворювання. Вивчення ефективності цих програм базувалося на порівнянні клінічних результатів у двох групах пацієнтів, які проходили різні програми реабілітації.

Проведений аналіз дозволяє зробити висновки про те, які методи лікування є найбільш ефективними для пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів. Це, в свою чергу, дає можливість розробити рекомендації щодо покращення результативності реабілітаційних програм. Наприклад, результати можуть вказувати на необхідність комбінованого підходу, що включає як фізіотерапевтичні методи, так і медикаментозне лікування для досягнення максимального терапевтичного ефекту.

Аналіз клінічних даних також допомагає визначити специфічні особливості перебігу захворювань у різних пацієнтів, що дозволяє персоналізувати підходи до лікування. Це може включати адаптацію

реабілітаційних програм відповідно до індивідуальних потреб і стану здоров'я кожного пацієнта, що сприяє підвищенню ефективності лікування та покращенню якості життя пацієнтів.

Таким чином, теоретичний аналіз даного дослідження забезпечує глибоке розуміння механізмів та проявів запальних і дегенеративних захворювань суглобів, а також ефективності різних реабілітаційних програм, що є основою для розробки рекомендацій щодо оптимізації лікування цих пацієнтів.

2.3. Організація та методика проведення реабілітаційних програм

Реабілітація є невід'ємною складовою комплексного менеджменту пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів, яка спрямована на зменшення болю, поліпшення функціональних можливостей, підвищення активності та участі, покращення якості життя [1,20]. Ефективна реабілітація базується на біопсихосоціальной моделі та мультидисциплінарному підході, що передбачає координовану роботу фахівців різного профілю - лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників [19,30]. Організація та проведення реабілітаційних програм для пацієнтів з артритами та артрозами повинні враховувати індивідуальні потреби та преференції пацієнта, його функціональні обмеження та коморбідні стани, стадію та активність захворювання, наявні ресурси та середовищні фактори [20,33].

Процес реабілітації починається з ретельного обстеження пацієнта та оцінки його реабілітаційного потенціалу [21,30]. Окрім стандартного медичного огляду, проводиться функціональна діагностика з використанням валідованих інструментів, як-от шкала HAQ для оцінки функціонального статусу при ревматоїдному артриті (РА) або індекс WOMAC для оцінки болю, скутості та функції при остеоартрозі (ОА) [6,22]. Важливим компонентом

реабілітаційного обстеження є також оцінка якості життя пацієнта за допомогою загальних (SF-36, EQ-5D) та специфічних (RAPID-3, RAID, KOOS тощо) опитувальників [17,44]. Для виявлення та моніторингу психологічних розладів, як-от тривоги та депресії, використовуються скринінгові шкали (HADS, PHQ-9) або структуроване психіатричне інтерв'ю [19,40]. Крім того, збирається інформація про професійну діяльність, побутові умови, соціальну підтримку та інші контекстуальні фактори, що можуть впливати на процес та результати реабілітації [30].

На основі отриманих даних мультидисциплінарна команда спільно з пацієнтом та його родиною розробляє індивідуальний реабілітаційний план, який включає коротко- та довгострокові цілі, засоби та методи їх досягнення, критерії оцінки ефективності [20,30]. Цілі реабілітації повинні бути конкретними, вимірюваними, досяжними, реалістичними та визначеними у часі (SMART) [33]. Наприклад, для пацієнта з РА та вираженим болем і порушенням функції кистей короткостроковими цілями можуть бути зменшення болю за ВАШ на 30% та збільшення сили стискання динамометра на 20% через 1 місяць реабілітації, а довгостроковими - відновлення здатності до самообслуговування (одягання, прийом їжі, гігієна) та повернення до роботи в адаптованих умовах через 6 місяців [21]. Для пацієнтки з ОА колінних суглобів цілями реабілітації можуть бути зменшення болю та скутості, підвищення витривалості до ходьби, зниження маси тіла, відновлення здатності підніматися сходами та виконувати домашню роботу [6].

Основними компонентами реабілітаційних програм при артритах та артрозах є терапевтичні вправи, мануальна терапія, фізіотерапія, ерготерапія, психологічна підтримка, освіта пацієнта та модифікація способу життя [1,20,51]. Вибір конкретних методів та засобів реабілітації здійснюється індивідуально з урахуванням клінічної форми та стадії захворювання, вираженості больового синдрому та функціональних порушень, наявності

коморбідної патології, переносимості фізичних навантажень, а також преференцій та очікувань пацієнта [30,33].

Терапевтичні вправи є наріжним каменем реабілітації пацієнтів з ревматичними захворюваннями, оскільки вони чинять протизапальну, знеболювальну та хондропротекторну дію, зміцнюють м'язи, поліпшують трофіку та стабільність суглобів [1,6,32]. Програма вправ повинна бути збалансованою та включати аеробні, силові, flexibility та нейромоторні компоненти [12,28]. Аеробні вправи (ходьба, їзда на велосипеді, плавання) виконуються з помірною інтенсивністю (60-80% від максимальної ЧСС) протягом 30-60 хв 3-5 разів на тиждень для підвищення кардіореспіраторної витривалості та зменшення кардіоваскулярного ризику [32,42]. Силові вправи спрямовані на зміцнення м'язів, що оточують уражені суглоби, і виконуються з вагою 50-80% від 1ПМ у 2-3 підходи по 8-15 повторів 2-3 рази на тиждень [12,28]. Вправи на розтяжку та мобільність виконуються щодня для підтримання та збільшення обсягу рухів у суглобах, запобігання контрактурам [6,32]. Нейромоторні вправи (тренування балансу, пропріоцепції, координації) сприяють поліпшенню постурального контролю та зменшенню ризику падінь, особливо у пацієнтів з ОА [12,28].

При складанні програми вправ слід враховувати активність запального процесу, інтенсивність болю та ступінь функціональних обмежень пацієнта [1,30]. У гострій фазі артриту рекомендовані вправи низької інтенсивності в полегшених вихідних положеннях (лежачи, сидячи) з мінімальним осьовим навантаженням на суглоби [32]. При зменшенні запалення та болю поступово збільшують інтенсивність та обсяг навантажень, додають вправи з опором та у закритих кінематичних ланцюгах [20]. У пацієнтів з ОА інтенсивність та вид вправ визначаються стадією захворювання, вираженістю больового синдрому та деформацій [6]. На ранніх стадіях ОА рекомендовані динамічні вправи з повною амплітудою рухів та помірним опором, а при прогресуванні захворювання перевага надається ізометричним вправам, вправам в закритих

ланцюгах та у воді [28]. Важливо регулярно оцінювати переносимість навантажень та адаптувати програму вправ залежно від функціонального стану пацієнта та його відповіді на лікування [20].

Мануальна терапія, яка включає мобілізацію суглобів, маніпуляції, масаж та стретчинг м'яких тканин, є ефективним доповненням до терапевтичних вправ при артритах та артрозах [6,51]. Вона дозволяє зменшити біль, спазм та гіпертонус м'язів, поліпшити трофіку та еластичність м'яких тканин, збільшити обсяг рухів у суглобах [14,20]. Мобілізаційні техніки застосовуються для відновлення артрокінематики та зменшення механічного стресу на суглобові поверхні, особливо при ОА [28]. Постізометрична релаксація та стретчинг м'язів дозволяють нормалізувати м'язовий тонус, усунути тригерні точки та покращити лімфовідтік [1]. Масаж чинить знеболювальну, протинабрякову та релаксуючу дію, активізує мікроциркуляцію та обмінні процеси [14]. При застосуванні мануальної терапії слід враховувати активність запального процесу, стабільність суглобів, цілісність м'яких тканин та протипокази (гострий біль, синовіт, системний васкуліт та ін.) [20].

Фізіотерапевтичні методи широко використовуються в реабілітації пацієнтів з артритами та артрозами для зменшення болю, запалення та набряку, поліпшення мікроциркуляції та репаративних процесів у тканинах [6,46]. Вибір конкретної методики залежить від стадії та активності захворювання, локалізації патологічного процесу, супутніх захворювань та індивідуальної реакції пацієнта [11,46]. У гострій фазі артриту рекомендовані холодові аплікації (кріопакети, масаж льодом), які чинять знеболювальну, протизапальну та протинабрякову дію [1]. У підгострому та хронічному періоді доцільне застосування теплових процедур (парафін, озокерит, лікувальні грязі), які поліпшують мікроциркуляцію, знімають спазм м'язів та зменшують скутість [14]. Ультразвукова терапія сприяє місцевому прогріванню та мікромасажу тканин, підвищує їх еластичність та

регенеративний потенціал [6]. Лазеротерапія справляє протизапальний, знеболювальний та протинабряковий ефекти, активізує метаболічні процеси та підвищує біодоступність медикаментів у тканинах [46]. Магнітотерапія поліпшує мікроциркуляцію, електролітний обмін та репаративні процеси, зменшує больовий синдром [11]. Електростимуляція м'язів дозволяє попередити їх атрофію та контрактури при вимушеній іммобілізації суглобів [6].

Ерготерапія відіграє важливу роль у відновленні та збереженні побутової та соціальної активності пацієнтів з ревматичними захворюваннями [35,51]. Ерготерапевт оцінює ступінь функціональних обмежень пацієнта в самообслуговуванні, продуктивній діяльності та дозвіллі, а також наявність бар'єрів у домашньому та робочому середовищі [7]. На основі оцінки складається індивідуальний план ерготерапевтичних втручань, який може включати: навчання використанню допоміжних засобів (ортези, адаптивні столові прибори, протиковзне взуття та ін.), адаптацію побутової техніки та меблів, модифікацію житлового простору (встановлення поручнів, пандусів, спеціальних сидінь), підбір підходящих видів дозвілля та хобі [20,30]. Ерготерапевт також навчає пацієнта принципам енергозбереження, правильного розподілу навантажень протягом дня, безпечного виконання побутових завдань [35]. При необхідності проводиться оцінка робочого місця та надаються рекомендації щодо його адаптації або зміни професії [30]. Кінцева мета ерготерапії - максимально можлива незалежність та самостійність пацієнта в повсякденному житті, збереження його соціальних ролей та інтересів [7].

Психологічна реабілітація спрямована на діагностику та корекцію емоційних розладів (тривога, депресія, дратівливість), які часто супроводжують хронічні захворювання суглобів [19,40]. Методи психологічної допомоги включають індивідуальну та групову психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію, майндфулнес-інтервенції, релаксаційні

техніки, арт-терапію та ін. [19]. Вони допомагають зменшити стрес та негативні емоції, розвинути адаптивні стратегії подолання болю та обмежень, підвищити самоефективність та мотивацію до лікування [23,40]. Психосвітні заняття сприяють кращому розумінню пацієнтом свого захворювання та методів його контролю, формуванню партнерських відносин з медичним персоналом [28,38].

Навчання пацієнта методам самоменеджменту та модифікації способу життя є інтегральною частиною реабілітації при артритах та артрозах [20,33]. Освітні програми охоплюють широке коло питань - від базових знань про етіологію, патогенез та лікування захворювання до практичних навичок контролю болю, захисту суглобів, виконання вправ та режиму дня [28]. Пацієнти навчаються розпізнавати загострення хвороби та коригувати свою активність, правильно приймати призначені медикаменти, збалансовано харчуватися та підтримувати оптимальну вагу [12,33]. Їм також надаються рекомендації щодо адаптації фізичних навантажень, управління стресом та втому, подолання проблем зі сном та ін. [28]. Доведено, що навчання самоменеджменту покращує прихильність до лікування, зменшує інтенсивність симптомів, підвищує функціональну здатність та якість життя пацієнтів з РА та ОА [38].

Невід'ємною умовою успішної реабілітації є регулярний моніторинг стану пацієнта та гнучке коригування реабілітаційної програми відповідно до змін клінічної картини та функціональних можливостей [21,30]. Для цього використовуються як об'єктивні інструменти оцінки (шкали болю, індекси активності захворювання, тести на силу та витривалість м'язів, обсяг рухів у суглобах та ін.), так і суб'єктивні дані (опитувальники якості життя та психологічного стану) [6,17]. Важливо забезпечити наступність реабілітаційної допомоги при переході пацієнта з одного рівня на інший (стаціонар, денний стаціонар, амбулаторна ланка) та підтримувати його мотивацію до активної участі у реабілітаційному процесі [21,30].

Таблиця 2.2 - Основні компоненти та методи реабілітації при запальних і дегенеративних захворюваннях суглобів [1,6,20,30,51]

Компонент реабілітації	Методи та засоби	Цілі та ефекти
Терапевтичні вправи	- Аеробні вправи (ходьба, плавання, велотренування)	- Зменшення болю та запалення
	- Силові вправи з вагою/опором	- Підвищення м'язової сили та витривалості
	- Вправи на розтяжку та мобільність	- Збільшення обсягу рухів у суглобах
	- Нейромоторні вправи (баланс, пропріоцепція)	- Поліпшення функціональних можливостей
Мануальна терапія	- Мобілізація суглобів	- Зменшення болю та спазму м'язів
	- Маніпуляції	- Поліпшення трофіки та еластичності тканин
	- Масаж	- Збільшення рухливості суглобів
	- Постізометрична релаксація	- Усунення тригерних точок
Фізіотерапія	- Кріотерапія	- Зменшення болю, запалення та набряку
	- Термотерапія (парафін, озокерит)	- Поліпшення мікроциркуляції та метаболізму

	- Електротерапія	- Стимуляція репаративних процесів
	- Ультразвукова терапія	- Розслаблення м'язів
	- Лазеротерапія	
	- Магнітотерапія	
Ерготерапія	- Оцінка функціональних обмежень та середовища	- Підвищення незалежності в самообслуговуванні
	- Навчання використанню допоміжних засобів	- Адаптація побутової активності
	- Адаптація житлового простору та робочого місця	- Розширення соціальної активності та участі
	- Підбір видів дозвілля та хобі	- Збереження професійної діяльності
Психологічна підтримка	- Психодіагностика (HADS, PHQ-9)	- Зменшення тривоги, депресії, дратівливості
	- Індивідуальна та групова психотерапія	- Формування адаптивних копінг-стратегій
	- Когнітивно-поведінкова терапія	- Підвищення самоефективності та мотивації
	- Майндфулнес-інтервенції	- Поліпшення комунікації з медперсоналом
	- Релаксаційні техніки	
Освіта та самоменеджмент	- Інформування про захворювання та методи лікування	- Підвищення обізнаності та розуміння хвороби

	- Навчання контролю болю та захисту суглобів	- Розвиток навичок самопомоги та самоконтролю
	- Рекомендації щодо харчування та контролю ваги	- Поліпшення прихильності до лікування
	- Стратегії подолання стресу та втоми	- Оптимізація способу життя та фізичної активності
	- Консультування щодо режиму дня та відпочинку	- Профілактика загострень та ускладнень

Таким чином, організація та проведення реабілітації при запальних і дегенеративних захворюваннях суглобів вимагають комплексного мультидисциплінарного підходу, індивідуалізації реабілітаційних програм, активного залучення пацієнта та його родини, регулярного моніторингу ефективності втручань. Основними компонентами реабілітації є терапевтичні вправи, мануальна терапія, фізіотерапія, ерготерапія, психологічна корекція, освіта та самоменеджмент, які синергічно впливають на різні аспекти здоров'я та функціонування пацієнта. Успішна реалізація реабілітаційних програм дозволяє зменшити біль та запалення, збільшити м'язову силу та рухливість суглобів, поліпшити функціональні можливості та психоемоційний стан, підвищити якість життя та соціальну активність пацієнтів з артритом й артрозами.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

3.1. Оцінка ефективності реабілітаційних програм

Оцінка ефективності реабілітаційних програм для пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів є важливим компонентом комплексного моніторингу стану здоров'я та якості життя цієї категорії хворих [20,30]. Вона дозволяє визначити, наскільки реабілітаційні втручання досягають поставлених цілей, зменшують симптоми та покращують функціональні можливості пацієнтів, а також виявити потенційні предиктори успішності реабілітації та скоригувати індивідуальний план лікування [21,33]. Для комплексної оцінки ефективності реабілітації використовується широкий спектр клінічних, функціональних, психологічних та соціальних показників, які відображають різні аспекти здоров'я та благополуччя пацієнта [6,30]. Вибір конкретних інструментів оцінки залежить від нозологічної форми захворювання (ревматоїдний артрит, остеоартроз, анкілозивний спондиліт тощо), стадії його перебігу (рання, розгорнута, пізня), основних клінічних проявів (біль, запалення, деформації, функціональні обмеження), а також від індивідуальних особливостей та потреб пацієнта (вік, стать, професія, коморбідні стани) [21,44].

Метою практичної частини нашого дослідження є аналіз клінічних та лабораторних даних пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів для виявлення особливостей перебігу захворювань, ефективності реабілітаційних програм (Пр1;Пр2) та розробки рекомендацій щодо покращення їх результативності. Для збору статистичних даних було проведено аналіз медичних карт пацієнтів та визначено основні клінічні прояви, що характеризують ці захворювання. Для використання

реабілітаційних програм, було проаналізовано ефективність різних методів лікування та їх вплив на перебіг захворювань.

З огляду на важливість нашого дослідження та аналізу ефективних методів лікування, нижче наведені дані про першу та другу групу пацієнтів з дегенеративними захворюваннями суглобів.

У дослідженні взяли участь пацієнти, які звернулися до реабілітаційного відділення КНП ММР "Міська лікарня № 4" у період з 29.04.2024 по 09.05.2024. Відбір пацієнтів здійснювався на основі встановлених діагнозів запальних та дегенеративних захворювань суглобів (наприклад, спондилоартроз).

Таблиця 3.1. Дані першої групи пацієнтів з дегенеративними захворюваннями суглобів.

№	Ім'я	Вік	Стать	Захворювання	Симптоми
1	Олександр Іванов	55	Чоловік	Спондилоартроз	Хронічний біль у спині, скутість вранці, обмежена рухливість
2	Олена Ковальчук	58	Жінка	Спондилоартроз	Біль у попереку, хрускіт у хребті, обмеження рухливості
3	Микола Гринюк	70	Чоловік	Спондилоартроз	Скутість у хребті, біль при нахилах, обмеження рухливості

4	Тетяна Пономарюк	62	Жінка	Спондилоартроз	Біль у верхній частині спини, труднощі при поворотах, хрускіт у суглобах
5	Іван Захаренко	68	Чоловік	Спондилоартроз	Хронічний біль у попереку, утруднення при сидінні, обмежена рухливість
6	Марія Левченко	55	Жінка	Спондилоартроз	Біль у нижній частині спини, скутість після тривалого сидіння
7	Віктор Ярошенко	72	Чоловік	Спондилоартроз	Постійний біль у хребті, труднощі при підйомі, хрускіт у хребті
8	Наталія Шевченко	60	Жінка	Спондилоартроз	Хронічний біль у спині, обмеження рухливості, скутість після сну

9	Олег Петренко	66	Чоловік	Спондилоартроз	Біль у середній частині спини, обмежена рухливість, хрускіт при рухах
10	Ганна Михайлюк	59	Жінка	Спондилоартроз	Біль у попереку, труднощі при підйомі з сидячого положення, скутість

Таблиця 3.2. Дані другої групи пацієнтів з дегенеративними захворюваннями суглобів.

№	Ім'я	Вік	Стать	Захворювання	Симптоми
1	Андрій Коваленко	67	Чоловік	Спондилоартроз	Хронічний біль у попереку, обмеження рухливості, скутість вранці
2	Ольга Тарасенко	61	Жінка	Спондилоартроз	Біль у шиї та верхній частині спини, головні болі, обмежена рухливість
3	Павло Іванчук	64	Чоловік	Спондилоартроз	Хронічний біль у хребті, труднощі при нахилах, хрускіт у хребті
4	Світлана Дмитренко	59	Жінка	Спондилоартроз	Біль у середній частині спини, обмеження

					рухливості, скутість після сну
5	Юрій Бондаренко	63	Чоловік	Спондилоартроз	Постійний біль у попереку, утруднення при сидінні, обмежена рухливість
6	Наталія Василенко	60	Жінка	Спондилоартроз	Біль у нижній частині спини, скутість після тривалого сидіння, хрускіт
7	Володимир Шевченко	68	Чоловік	Спондилоартроз	Хронічний біль у попереку, труднощі при підйомі, обмежена рухливість
8	Галина Петрівська	57	Жінка	Спондилоартроз	Біль у шиї, обмеження рухливості, головні болі
9	Сергій Мельниченко	65	Чоловік	Спондилоартроз	Постійний біль у спині, обмеження рухливості, хрускіт у хребті

10	Лариса Гончаренко	62	Жінка	Спондилоартроз	Біль у середній частині спини, труднощі при поворотах, скутість
----	----------------------	----	-------	----------------	---

Ступінь больових відчуттів пацієнтів визначався за шкалою (ВАШ), основна ідея якої полягає в тому, що пацієнти мають оцінити свій біль на шкалі, де вони вказують своє відчуття болю, вибираючи певне число або маркування на лінійці від 0 до 10 або від 0 до 100 (де 0 - відсутність болю, а 10 або 100 - найвищий рівень болю, який можливо уявити). Пацієнти були забезпечені аркушами зі шкалою ВАШ та засобами для маркування, такі як олівці або ручки, щоб пацієнти могли позначити свій рівень болю. Було проведено інструктаж для пацієнтів щодо використання шкали ВАШ для кількісної оцінки рівня болю. Пояснено, що нульове значення на шкалі вказує на відсутність болю, в той час як максимальне значення (10 або 100) відображає найвищий рівень болю, який пацієнт може уявити. За певний проміжок часу пацієнти надали відповіді, дані представлені в таблиці 3.3

Таблиця 3.3. Оцінка болю за шкалою ВАШ перша група пацієнтів.

№ Пацієнта	Оцінка болю (шкала ВАШ)	Дата оцінки	Час оцінки
1	8	2024-05-28	10:15
2	7	2024-05-28	11:00
3	9	2024-05-28	11:30
4	6	2024-05-28	12:00
5	8	2024-05-28	13:00
6	7	2024-05-28	13:30

7	6	2024-05-28	14:00
8	8	2024-05-28	14:30
9	9	2024-05-28	15:00
10	7	2024-05-28	15:30

Аналіз результатів показав, що середнє значення оцінок болю:
 $8+7+9+6+8+7+6+8+9+7 : 10 = 7.5$

Максимальна оцінка болю: 9 (пацієнт Микола Гринюк, Олег Петренко) та мінімальна оцінка болю: 6 (пацієнт Тетяна Пономарюк, Віктор Ярошенко).

Таблиця 3.4. Оцінка болю за шкалою ВАШ друга група пацієнтів.

№ Пацієнта	Оцінка болю (шкала ВАШ)	Дата оцінки	Час оцінки
1	8	2024-05-29	10:00
2	8	2024-05-29	10:30
3	9	2024-05-29	11:00
4	6	2024-05-29	11:30
5	8	2024-05-29	12:00
6	7	2024-05-29	13:00
7	6	2024-05-29	13:30
8	8	2024-05-29	14:00
9	8	2024-05-29	14:30
10	7	2024-05-29	15:00

Аналіз результатів показав, що середнє значення оцінок болю:
 $8+8+9+6+8+7+6+8+8+7 : 10 = 7.5$

Максимальна оцінка болю: 9 (пацієнт Павло Іванчук) та мінімальна оцінка болю: 6 (пацієнти Світлана Дмитренко та Володимир Шевченко).

Іншим індикатором був представлений SF-36 (Short Form (36) Health Survey) – це багатоцільовий опитувальник, що складається з 36 запитань, згрупованих у 8 шкал, які вимірюють різні аспекти фізичного і психічного здоров'я. Цей інструмент широко використовується для оцінки якості життя пацієнтів з різними захворюваннями, включаючи спондилоартроз.

У дослідженні взяли участь дві групи пацієнтів з спондилоартрозом, які проходять лікування в медичному закладі. Серед них 10 чоловіків та 10 жінок у віці від 55 до 72 років. Пацієнтам було пояснено мету дослідження та надано детальні інструкції щодо заповнення опитувальника. Кожному з учасників було вручено анкету SF-36, яка містить 36 запитань, розділених на 8 шкал. Всі відповіді були переведені у відповідні бали згідно з інструкціями SF-36. Обчислені суми балів для кожної з 8 шкал. Підраховані два сумарні показники - фізичний (PCS) та психічний компоненти здоров'я (MCS).

Таблиця 3.5. Оцінка ЯЖ за індикатором SF-36 першої групи пацієнтів

№ Пацієнта	Вік	Стать	Захворювання	Фізичне функціонування	Рольове функціонування (фізичний стан)	Інтенсивність болю	Загальний стан здоров'я	Життєва активність	Соціальне функціонування	Рольове функціонування (емоційний стан)	Психічне здоров'я	Фізичний компонент здоров'я	Психічний компонент здоров'я
1	55	Ч	Спон.арт.	58	53	48	54	61	64	52	68	53	61
2	58	Ж	Спон.арт.	72	68	33	63	67	72	57	78	58	69
3	70	Ч	Спон.арт.	49	45	53	50	57	60	46	66	49	56
4	62	Ж	Спон.арт.	67	60	36	59	63	69	54	73	55	65
5	68	Ч	Спон.арт.	52	47	51	53	59	61	49	69	50	61
6	55	Ж	Спон.арт.	64	58	39	56	65	66	53	71	54	64
7	72	Ч	Спон.арт.	47	40	57	48	54	57	43	62	45	54
8	60	Ж	Спон.арт.	78	72	27	66	72	76	61	81	61	72
9	66	Ч	Спон.арт.	55	50	46	55	60	63	51	70	52	62
10	59	Ж	Спон.арт.	69	65	34	61	68	71	58	77	56	68

Аналіз результатів показав, що середнє значення фізичного компонента здоров'я: $53+58+49+55+50+54+45+61+52+56 : 10 = 53.3$

Максимальна оцінка фізичного компонента: 61 (пацієнтка Наталія Шевченко)

та мінімальна оцінка фізичного компонента: 45 (пацієнт Віктор Ярошенко)

Середнє значення психічного компонента здоров'я :

$$61+69+56+65+61+64+54+72+62+68 : 10 = 63.2$$

Максимальна оцінка психічного компонента: 72 (пацієнтка Наталія

Шевченко) та мінімальна оцінка психічного компонента: 54 (пацієнт Віктор

Ярошенко).

Таблиця 3.6. Оцінка ЯЖ за індикатором SF-36 другої групи пацієнтів

№ Пацієнта	Вік	Стать	Захворювання	Фізичне функціонування	Рольове функціонування (фізичний стан)	Інтенсивність болю	Загальний стан здоров'я	Життєва активність	Соціальне функціонування	Рольове функціонування (емоційний стан)	Психічне здоров'я	Фізичний компонент здоров'я	Психічний компонент здоров'я
1	67	Ч	Спон.арт.	60	50	45	55	60	65	50	70	52	60
2	61	Ж	Спон.арт.	70	65	30	60	65	70	55	75	56	65
3	64	Ч	Спон.арт.	55	40	50	50	55	60	45	65	48	55
4	59	Ж	Спон.арт.	65	55	35	58	60	68	50	70	53	62
5	63	Ч	Спон.арт.	50	45	55	52	55	62	48	67	49	58
6	60	Ж	Спон.арт.	62	50	40	57	62	67	52	72	51	64
7	68	Ч	Спон.арт.	45	35	60	48	50	58	42	60	42	54
8	57	Ж	Спон.арт.	75	70	25	65	70	75	60	80	61	70
9	65	Ч	Спон.арт.	55	50	45	55	60	65	50	70	51	62
10	62	Ж	Спон.арт.	65	60	35	60	65	70	55	75	55	67

Аналіз результатів показав, що середнє значення фізичного компонента здоров'я: $52+56+48+53+49+51+42+51+61+55 : 10 = 51.8$

Максимальна оцінка фізичного компонента: 61 (пацієнтка Галина Петрівська) та мінімальна оцінка фізичного компонента: 42 (пацієнт Володимир Шевченко).

Середнє значення психічного компонента здоров'я :

$$60+65+55+62+58+64+54+70+62+67 : 10 = 61.7$$

Максимальна оцінка психічного компонента: 70 (пацієнтка Галина Петрівська) та мінімальна оцінка психічного компонента: 54 (пацієнт Володимир Шевченко).

Також у ході нашого дослідження був проведений тест з гоніометрія. Це метод вимірювання кутів рухливості суглобів, який часто використовується для оцінки рухливості хребта у пацієнтів з діагнозом спондилоартроз. Нижче наведені таблиці з результатами гоніометричних вимірювань для 20 пацієнтів.

Таблиця 3.7 Тест з гоніометрії для першої групи.

Пацієнт	Згинання (Flexion)	Розгинання (Extension)	Бічні нахили (Lateral Flexion)
1	30°	10°	15°
2	35°	12°	18°
3	25°	8°	12°
4	28°	10°	14°
5	30°	11°	16°
6	32°	13°	19°
7	29°	9°	13°
8	27°	10°	14°
9	26°	8°	12°
10	34°	12°	17°

Середні значення для першої групи :

Згинання (Flexion) = 29.6

Розгинання (Extension) = 10.3

Бічні нахили (Lateral Flexion) = 13.6

Таблиця 3.8 Тест з гоніометрії для другої групи.

Пацієнт	Згинання (Flexion)	Розгинання (Extension)	Бічні нахили (Lateral Flexion)
1	29°	11°	16°
2	34°	13°	18°
3	24°	9°	14°
4	27°	10°	15°
5	31°	12°	17°
6	33°	14°	19°
7	28°	10°	15°
8	26°	11°	15°
9	25°	9°	14°
10	32°	13°	17°

Середні значення для другої групи :

Згинання (Flexion) = 28.9

Розгинання (Extension) = 11.2

Бічні нахили (Lateral Flexion) = 16

В рамках реабілітаційного процесу для пацієнтів з спондилоартрозом були розроблені дві спеціалізовані програми. Програма 1 (для першої групи пацієнтів) акцентує увагу на фізичній терапії з метою полегшення болю, підвищення гнучкості та зміцнення м'язів спини та черевного преса. Ця програма включає різноманітні вправи, спрямовані на розтяжку та зміцнення, а також психологічні методи для підтримки емоційного здоров'я пацієнтів.

Програма 2 (для другої групи пацієнтів) базується на мультидисциплінарному підході. Основна мета цієї програми - покращення рухливості хребта, підвищення м'язового тонуусу та гнучкості, а також зниження стресу через

релаксаційні техніки. Обидві програми спрямовані на покращення якості життя пацієнтів, враховуючи їхні індивідуальні потреби та фізичні можливості.

Таблиця 3.9. Програма 1 - Фізична терапія з акцентом на розтяжку та зміцнення при спондилоартрозі

День тижня	Психологічні методи	Фізична терапія	Пояснення виконання вправ
Понеділок	Глибока дихальна вправа для релаксації та зняття стресу.	Розігрів: Легка аеробіка, розтяжка.	Легка аеробіка: Ходьба на місці або легкі кардіо-вправи протягом 5 хвилин. Розтяжка: Нахили вперед з положення сидячи, кругові рухи головою і плечима (по 10 повторень кожна вправа).
Вівторок	Медитація для зосередження та зниження тривожності.	Силові вправи: Підйоми тазу, планка.	Підйоми тазу: Лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, піднімайте таз, утримуючи спину прямою (3 підходи по 10 повторень). Планка: Починайте з планки на колінах, поступово переходьте до стандартної планки (3 підходи по 20-30 секунд).

Середа	Позитивне мислення та візуалізація успіху.	Розтяжка: Розтяжка м'язів спини та попереку.	Розтяжка спини: Нахили вперед з положення сидячи (3 підходи по 20 секунд). Розтяжка попереку: Лежачи на спині, підтягніть одне коліно до грудей, інша нога пряма на підлозі (3 підходи по 20 секунд кожна нога).
Четвер	Техніки стратегічного планування для подолання перешкод.	Розтяжка: Розтяжка м'язів спини.	Розтяжка спини: Нахили вперед з положення сидячи, кругові рухи головою і плечима (по 10 повторень кожна вправа).
П'ятниця	Тренування релаксації та зосередженості на диханні.	Силкові вправи: Підйоми тазу.	Підйоми тазу: Лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, піднімайте таз, утримуючи спину прямою (3 підходи по 10 повторень). Вправи з опором: Використання резинок для тяги резинки до грудей (3 підходи по 10 повторень).
Субота	Ведення щоденника	Розтяжка: Розтяжка м'язів	Розтяжка: Нахили вперед з положення сидячи, кругові рухи головою і

	емоцій та досягнень.	спини, кінезіотерапія.	плечима (по 10 повторень кожна вправа). Кінезіотерапія: Вправи на баланс і стабілізацію (стояти на одній нозі 3 підходи по 10 секунд на кожную ногу, використання фітболу для стабілізаційних вправ 3 підходи по 10 повторень).
Неділя	Планування нагороди за досягнення поставлених цілей.	Відпочинок.	Відпочинок.

Таблиця 3.10. Програма 2 - Мультидисциплінарна реабілітаційна програма при спондилоартрозі

День тижня	Психологічні методи	Йога та Пілатес	Пояснення виконання вправ
Понеділок	Медитація (20 хв)	Розтяжка шиї та спини (30 хв)	Повільно нахилийте голову до грудей, потім назад, утримуйте кожную позицію по 10 секунд. Повторіть 5 разів.
Вівторок	Групова терапія	Аквааеробіка (45 хв)	У воді виконуйте вправи з низьким навантаженням,

			як-от ходьба, підняття колін.
Середа	Дихальні вправи	Йога для спини (40 хв)	Виконуйте вправи "Кіт-корова", "Дитина" та "Поза гори" для покращення гнучкості.
Четвер	Аутогенне тренування	Пілатес (30 хв)	Виконуйте вправи для зміцнення м'язів кора, як-от "Сотня", "Круги ногами".
П'ятниця	Візуалізація	Велотренажер (20 хв)	Починайте з легкого опору, поступово збільшуючи його. Слідкуйте за правильною поставою.
Субота	Арт-терапія	Силові тренування (30 хв)	Використовуйте легкі гантелі для вправ на верхню частину тіла та еластичні стрічки для нижньої.
Неділя	Прогулянка на природі	Плавання (30 хв)	Вільний стиль та на спині, уникайте перевантаження.

3.2. Аналіз динаміки змін у стані здоров'я та якості життя

Ефективність реабілітаційних програм для пацієнтів із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів визначається насамперед за динамікою клінічних симптомів, функціонального статусу та якості життя в процесі реабілітації та в різні терміни після її завершення [20,30]. Для аналізу змін у стані здоров'я та благополуччя пацієнтів використовуються як

параметричні, так і непараметричні методи статистики залежно від виду даних та характеру їх розподілу [21].

Далі представлено статистичні дані про результати реабілітаційного лікування пацієнтів з спондилоартрозом хребта. Обидві групи склалися з 10 пацієнтів кожна, з різним віковим діапазоном і статевим складом. Для оцінки ефективності програм було використано кілька показників, таких як рівень болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), та зміни в якості життя за шкалою SF-36 та тест з гоніометрії.

Ці дані дозволили нам, проаналізувати вплив різних реабілітаційних підходів на стан пацієнтів, визначити, яка з програм є більш ефективною, і підкреслити важливість комплексного підходу в лікуванні спондилоартрозу. Далі наводиться детальний опис статистичних даних для кожної групи пацієнтів.

Таблиця 3.11. Статистичний аналіз «Програми 1»

Пацієнт	Вік	Стать	Початковий рівень болю (VAS 0-10)	Кінцевий рівень болю (VAS 0-10)	Зміни в якості життя (SF-36)	Зміни в гоніометрії пацієнтів		
						Згинання	Розгинання	Бічні нахили
1	55	Ч	8	4	+20	+3°	+1°	+1°
2	58	Ж	7	3	+20	+3°	+1°	+2°
3	70	Ч	9	5	+25	+3°	+2°	+3°
4	62	Ж	6	2	+25	+3°	-1°	-1°
5	68	Ч	8	4	+20	+2°	+1°	+1°

6	55	Ж	7	3	+25	+2°	+1°	+2°
7	72	Ч	6	3	+20	+1°	+1°	+1°
8	60	Ж	8	4	+25	+1°	+1°	+1°
9	66	Ч	9	5	+25	+1°	+1°	+1°
10	59	Ж	7	3	+20	+2°	+1°	+1°

Середні значення: початковий рівень болю 7.5; кінцевий рівень болю 3.6; зміни в якості життя (SF-36) +22.5. Тест гоніометрії: згинання +3°; розгинання +1°; бічні нахили +1°.

Таблиця 3.12. Статистичний аналіз «Програми 2»

Пацієнт	Вік	Стать	Початковий рівень болю (VAS 0-10)	Кінцевий рівень болю (VAS 0-10)	Зміни в якості життя (SF-36)	Зміни в гоніометрії пацієнтів		
						Згинання	Розгинання	Бічні нахили
1	67	Ч	8	3	+25	+3°	+1°	+3°
2	61	Ж	8	2	+25	+3°	+2°	+3°
3	64	Ч	9	4	+30	+2°	+1°	+3°
4	59	Ж	6	2	+25	+3°	+1°	+1°
5	63	Ч	8	3	+25	+3°	+1°	+2°
6	60	Ж	7	2	+25	+4°	+1°	+3°
7	68	Ч	6	2	+25	+3°	+2°	+2°
8	57	Ж	8	3	+25	+3°	+2°	+2°
9	65	Ч	8	4	+25	+2°	+1°	+1°
10	62	Ж	7	2	+25	+2°	+1°	+2°

Середні значення: початковий рівень болю 7.5; кінцевий рівень болю 2.7; зміни в якості життя (SF-36) +25. Тест гоніометрії: згинання +5°; розгинання +2°; бічні нахили +3°.

Обидві програми показали ефективність у зменшенні болю, покращенні якості життя пацієнтів та покращення показників тесту гоніометрії. Програма 2, яка включає мультидисциплінарний підхід, показала кращі результати.

За першою програмою рівень болю зменшився в середньому з 7.5 до 3.6, що свідчить про значне зменшення болю та підвищення функціональних можливостей пацієнтів. Щодо якості життя відбулось покращення на 22.5 одиниць за шкалою SF-36. Тест гоніометрії показав покращення рухливості хребта у всіх пацієнтів зі спондилоартром, що підтверджується збільшенням значень у гоніометричному тесті після проведення лікування.

За другою програмою данні свідчать, що рівень болю зменшився в середньому з 7.5 до 2.7, що вказує про ще більш значне зменшення болю та підвищення функціональних можливостей пацієнтів порівняно з «Програмою 1». Якість життя пацієнтів покращилась на 25 одиниць за шкалою SF-36, що трохи вище, ніж у першій групі. Тест гоніометрії другої групи показав значне покращення результатів, ніж у пацієнтів першої групи.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової проблеми - обґрунтування та розробка комплексної програми фізичної та психологічної реабілітації для покращення якості життя внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки:

1. Запальні та дегенеративні захворювання суглобів, такі як спондилоартроз, є поширеними хронічними станами з сильними болями, порушенням функції суглобів та зниженням мобільності. Внутрішньо переміщені особи, які мають обмежений доступ до медичної допомоги та частіше стикаються з психічними розладами, особливо вразливі до цих захворювань.

2. Якість життя важлива для оцінки благополуччя пацієнтів з ревматичними захворюваннями. Використовуються загальні (SF-36, EQ-5D) та специфічні (HAQ, WOMAC, RAPID3) опитувальники, які оцінюють вплив хвороби на різні аспекти життєдіяльності.

3. Фізична терапія є основним елементом реабілітації пацієнтів з цими захворюваннями. Вона включає терапевтичні вправи, мануальну терапію, фізіотерапію та ерготерапію, спрямовані на полегшення болю, покращення рухливості та підтримання незалежності.

4. Психологічна підтримка важлива для пацієнтів з ревматичними захворюваннями, оскільки психічні розлади, такі як депресія та тривога, можуть погіршувати клінічні результати. Ефективними методами є когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес-інтервенції та освітні програми з самоменеджменту.

5. Розроблено дві програми фізичної та психологічної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб (20 чоловік) з спондилоартрозом. “Програма 1” спрямована на виконання вправ фізичної терапії з акцентом на розтяжку та зміцнення. “Програма 2” спрямована на мультидисциплінарний підхід. Програма тривала 4 тижні та проводилась на базі реабілітаційного відділення КНП ММР "Міська лікарня № 4" у період навчальної практики з 29.04.2024 по 09.05.2024.

6. Результати контрольованого дослідження показали, що Обидві програми виявилися ефективними у зменшенні болю та покращенні якості життя пацієнтів з спондилоартрозом. Проте “Програма 2”, яка поєднує мультидисциплінарний підхід, показала кращі результати. Зокрема, у першій програмі середній рівень болю зменшився з 7.5 до 3.6, що свідчить про значне зниження болю та підвищення функціональних можливостей пацієнтів. Якість життя за шкалою SF-36 покращилась на 22.5 одиниць. Тест гоніометрії підтвердив покращення рухливості хребта у всіх пацієнтів зі спондилоартрозом. Значення у гоніометричному тесті зросли після проведення лікування, що свідчить про ефективність терапії. У другій програмі середній рівень болю зменшився з 7.5 до 2.7, що демонструє ще більш значне зниження болю та покращення функціональних можливостей пацієнтів порівняно з першою програмою. Якість життя за шкалою SF-36 покращилась на 25 одиниць, що також є вищим показником, за результатами гоніометричного тесту в другій групі пацієнтів показали значне поліпшення порівняно з першою групою.

7. Аналіз предикторів відповіді на реабілітацію показав, що кращі результати досягаються у пацієнтів молодшого віку, з меншою тривалістю захворювання, нижчими показниками активності запалення, вищим рівнем фізичної активності та самоефективності на початку втручання. Натомість надмірна вага, коморбідні захворювання, високий рівень катастрофізації болю та низька соціальна підтримка були асоційовані з гіршою відповіддю на

реабілітацію. Врахування цих факторів дозволяє персоналізувати реабілітаційні програми та оптимізувати їх результативність.

8. Впровадження розроблених програм реабілітації в практичну діяльність закладів та організацій, що надають допомогу ВПО з ревматичними захворюваннями, дозволить підвищити ефективність відновного лікування, покращити фізичне, психологічне та соціальне функціонування пацієнтів, мінімізувати потребу в медикаментозній терапії та госпіталізаціях, знизити економічний тягар захворювань суглобів в умовах гуманітарної кризи.

Таким чином, проведені дослідження довели ефективність та доцільність застосування комплексних програм фізичної та психологічної реабілітації для покращення якості життя внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів. Отримані результати поглиблюють наукові уявлення про патогенетичні механізми, клінічні особливості та коморбідні стани при спондилоартрої у цієї вразливої категорії населення, розширюють доказову базу щодо немедикаментозних методів їх лікування та профілактики, а також сприяють вирішенню важливої медико-соціальної проблеми - мінімізації несприятливих наслідків ревматичної патології в контексті збройного конфлікту та вимушеного переміщення.

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на удосконалення організаційно-методичних аспектів реабілітації ВПО, зокрема оптимізацію критеріїв відбору пацієнтів, тривалості та інтенсивності програм, їх адаптацію до різних клінічних фенотипів та коморбідних станів, застосування інноваційних технологій (телереабілітація, віртуальна реальність, біологічний зворотний зв'язок), а також вивчення віддалених наслідків реабілітації та можливостей впровадження розроблених підходів на рівні первинної ланки та в домашніх умовах. Перспективним також є дослідження синергічного ефекту поєднання реабілітаційних втручань з фармакологічними засобами та хірургічними методами лікування ревматичних захворювань.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

За результатами проведеного дослідження можна сформулювати наступні практичні рекомендації щодо реабілітації внутрішньо переміщених осіб із запальними та дегенеративними захворюваннями суглобів:

1. При первинному зверненні ВПО з артритом чи артрозом необхідно провести комплексне клініко-функціональне обстеження, яке включає оцінку больового синдрому (ВАШ), ранкової скутості, кількості болючих та припухлих суглобів, амплітуди активних та пасивних рухів (гоніометрія), сили м'язів (ММТ, динамометрія), якості життя (SF-36, EQ-5D), тривоги та депресії (HADS), а також лабораторних (ШОЕ, СРБ) та інструментальних (рентгенографія, УЗД, МРТ) показників активності захворювання.

2. З метою оцінки реабілітаційного потенціалу слід визначити рівень самообслуговування, мобільності та соціальної активності пацієнта, наявність супутніх захворювань та факторів ризику, професійний анамнез, ступінь мотивації та очікування від лікування. Бажано також залучити до збору інформації родичів або опікунів пацієнта.

3. На основі отриманих даних та з урахуванням індивідуальних потреб і преференцій пацієнта необхідно розробити програму фізичної та психологічної реабілітації, яка включає кінезітерапію, масаж, преформовані фізичні фактори, ерготерапію, елементи КПТ, майндфулнес, освіту. Бажано узгодити програму реабілітації з лікуючим лікарем та членами мультидисциплінарної команди.

4. Психологічна реабілітація передбачає проведення індивідуальних або групових занять з КПТ (виявлення та корекція дисфункціональних думок та переконань щодо болю та прогнозу захворювання, розвиток адаптивних копінг-стратегій та навичок вирішення проблем), тренінгу "mindfulness" (розвиток навичок усвідомлення та прийняття тілесних відчуттів, емоцій та думок), а також психоосвіти (інформування про суть хвороби, методи

контролю симптомів, роль фізичної активності та самоменеджменту). Курс психологічної реабілітації має тривати не менше 8-10 тижнів з частотою занять 1-2 рази на тиждень по 60-90 хвилин.

5. Обов'язковим компонентом реабілітації ВПО є вирішення їх соціально-побутових проблем, зокрема сприяння у забезпеченні житлом, оформленні документів та соціальних виплат, працевлаштуванні або перекваліфікації, організації дозвілля та спілкування. Для цього необхідна тісна співпраця реабілітаційної команди з органами соціального захисту, громадськими та волонтерськими організаціями.

6. Моніторинг ефективності реабілітації слід проводити з інтервалом 2-4 тижні протягом усього курсу з використанням тих самих інструментів, що й при первинному обстеженні. Критеріями успішності реабілітації є зменшення болю на 50% і більше, збільшення обсягу рухів на 10° і більше, підвищення сили м'язів на 1 бал і більше, покращення показників SF-36 на 4,6 бала і більше. У разі відсутності позитивної динаміки протягом 1 місяця необхідно переглянути реабілітаційну програму та внести корективи.

7. Після завершення основного курсу реабілітації в умовах центру необхідно скласти індивідуальний план подальшого відновлення в домашніх умовах. Він має включати рекомендації щодо режиму дня, дієти, фізичної активності, використання допоміжних засобів, методів самоконтролю симптомів та профілактики загострень. Пацієнта слід забезпечити інформаційними матеріалами (брошури, відео, інтернет-ресурси) та контактами організацій, які можуть надати підтримку.

8. З метою підтримання досягнутих результатів та запобігання рецидивам показані періодичні консультації (1 раз на 3-6 місяців) та повторні курси реабілітації (1-2 рази на рік) в амбулаторних або санаторних умовах. При цьому програма реабілітації має коригуватися з урахуванням динаміки стану пацієнта, зміни його потреб та цілей.

Запропоновані рекомендації відображають загальні принципи та підходи до реабілітації ВПО з остеоартитом, проте в кожному конкретному випадку програма має бути максимально індивідуалізованою та враховувати специфіку клінічної ситуації. Оптимальна тривалість та інтенсивність реабілітаційних заходів, послідовність та співвідношення їх компонентів, критерії ефективності та модифікації програми повинні визначатися реабілітаційною командою спільно з пацієнтом та періодично переглядатися в процесі відновного лікування.

Впровадження цих рекомендацій в діяльність закладів та установ, що надають допомогу ВПО на різних етапах реабілітації (стаціонарний, амбулаторний, домашній), дозволить покращити якість та доступність реабілітаційних послуг для цієї категорії населення, мінімізувати негативні наслідки ревматичних захворювань та збройного конфлікту на стан здоров'я та добробут постраждалих.

Перспективними напрямками подальшої роботи є розроблення клінічних протоколів та стандартів реабілітації ВПО з урахуванням міжнародного досвіду та вітчизняних реалій, створення системи підготовки та підвищення кваліфікації фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди (лікарів ФРМ, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів), а також активне залучення громадськості, зокрема самих пацієнтів та їх об'єднань, до планування, організації та контролю реабілітаційних заходів на всіх рівнях надання допомоги ВПО. Лише завдяки консолідації зусиль держави, фахової спільноти та суспільства можливо досягти високої якості та доступності реабілітаційної допомоги, що є запорукою збереження та відновлення людського капіталу країни в умовах надзвичайної ситуації.

ПОСИЛАННЯ

1. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178621. doi: 10.1371/journal.pone.0178621
2. Babova I, Torokhtin O, Karpinska O, Maiko O. Non-drug methods of rehabilitation of servicemen with pathology of the musculoskeletal system. *Theory and Methods of Physical Education and Sports*. 2022;(1):77-83. doi: 10.32652/tmfvs.2022.1.77-83
3. Chemyrysov VV, Kovalenko OE, Haievskiyi TM, Tolstikova TM. Medical and social needs of internally displaced persons at the post-hospital stage of rehabilitation and the role of public organizations in providing them. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):652-62. doi: 10.5281/zenodo.267313
4. Hameed R. The impact of displacement on the health of internally displaced persons in Ukraine: a qualitative study. *Lancet*. 2022;400:S38. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02109-7
5. Herrera-Espiñeira C, Rodríguez del Águila M del M, Valdivia-Bautista J, et al. Rehabilitación en Atención Primaria vs rehabilitación hospitalaria temprana en artroplastias de rodilla y cadera [Rehabilitation in Primary Care versus hospital rehabilitation in knee and hip arthroplasties]. *An Sist Sanit Navar*. 2021;44(2):209-23. doi: 10.23938/ASSN.0887
6. Hertsyk A. Theoretical and methodological foundations of physical rehabilitation / physical therapy for disorders of the musculoskeletal system. Lviv: LSUPC; 2018. 392 p.
7. Huk YM, editor. Joint pain. Diagnosis and treatment. Kyiv: Baliuk MI; 2021. 472 p.

8. Ivashchenko SM, Oleinechenko OV, Kolesnikov VV. Medical and psychological rehabilitation of internally displaced persons. Problems of uninterrupted medical training and science. 2016;(2):46-50.
9. Kovalenko VM, Shuba NM, editors. National textbook of rheumatology. Kyiv: Morion; 2019. 672 p.
10. Lespasio MJ, Piuuzzi NS, Husni ME, Muschler GF, Guarino A, Mont MA. Knee Osteoarthritis: A Primer. Perm J. 2017;21:16-183. doi: 10.7812/TPP/16-183
11. Ministry of Social Policy of Ukraine. Internally displaced persons [Internet]. Kyiv: Ministry of Social Policy of Ukraine; 2022 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>
12. Onuora S. Osteoarthritis: ESCEO guidelines updated. Nat Rev Rheumatol. 2019;15(6):322. doi: 10.1038/s41584-019-0228-4
13. Pinchuk VG, Gariyan TF. Rehabilitation of elderly and senile patients with injuries of the musculoskeletal system. Trauma. 2019;20(2):105-10. doi: 10.22141/1608-1706.2.20.2019.168629
14. Protsenko HO, Romanenko VI, Ilnytska VV. Methods of correction of psychological state in complex restorative treatment of patients of rheumatologic profile. Trauma. 2015;16(4):56-9. doi: 10.22141/1608-1706.4.16.2015.75116
15. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2016;388(10055):2023-38. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8
16. Vakulenko LO, Klapchuk VV, Vakulenko DV, Kutakova OV. Fundamentals of physical rehabilitation: a textbook. Ternopil: TSMU; 2018. 372 p.
17. Vitaloni M, Botto-van Bemden A, Sciortino Contreras RM, Scotton D, Bibas M, Quintero M, et al. Global management of patients with knee osteoarthritis begins with quality of life assessment: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2019;20(1):493. doi: 10.1186/s12891-019-2895-3

18. World Health Organization. Musculoskeletal conditions [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
19. Zarudna OI, Mudryk ZM. Algorithm of rehabilitation examination of patients with joint pathology. *Art of Medicine*. 2022;(2):42-50. doi: 10.21802/artm.2022.2.2.42
20. Алексєєва ОІ, Бондарчук ОМ, Булатова ММ, та ін. Основи фізичної реабілітації: підручник. Київ: Олімп. літ.; 2021. 276 с.
21. Білянський ОЮ, Сак АЄ, Герасименко МО, Полулях МВ, редактори. Травматологія і ортопедія: підручник. Київ: Медицина; 2019. 376 с.
22. Бур'янов ОА, редактор. Травматологія та ортопедія: підручник. 3-тє вид., переробл. та допов. Вінниця: Нова Книга; 2021. 424 с.
23. Глиняна ОО. Зміст та структура фізичної терапії осіб з остеоартрозом колінного суглоба: монографія. Львів: ЛДУФК; 2018. 291 с.
24. Голубєва МГ, Ходаковська ОВ, Калашник ОО, Рядних НМ. Фізична терапія та ерготерапія у разі захворювань суглобів: навчально-методичний посібник. Полтава: УМСА; 2018. 175 с.
25. Грейда НБ, Грицай ОС, Андрійчук ОЯ, Андрійчук ОЯ. Фізична реабілітація при порушеннях опорно-рухового апарату: навч.-метод. рекомендації. 2-ге вид., випр. та допов. Луцьк: Вежа-Друк; 2020. 56 с.
26. Дутчак МВ, редактор. Теорія і методика фізичного виховання: підручник. Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. Київ: Олімп. літ.; 2017. 448 с.
27. Епифанов ВА, редактор. Лечебная физическая культура и массаж: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 560 с.
28. Жарова І. Фізична реабілітація при первинному гонартрозі: монографія. Київ: Олімп. літ.; 2018. 366 с.
29. Калмикова ЮС, Калмиков СА. Фітнес і рекреація: навчальний посібник. Харків: ХДАФК; 2020. 104 с.

30. Клапчук ВВ, Матвієнко ТМ, Халаджі ВВ, Дзяк ГВ. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник. 2-ге вид., переробл. і допов. Дніпро: ДДМА; 2019. 240 с.
31. Липченко ВЯ, редактор. Травматология и ортопедия: учебное пособие. 4-е изд., стер. Санкт-Петербург: Фолиант; 2018. 588 с.
32. Литовченко ВО, редактор. Травматология та ортопедія: підручник. Харків: Золоті сторінки; 2021. 648 с.
33. Медведев АС, редактор. Ортопедия, травматология и протезирование: руководство. Москва: Медицина; 2020. 800 с.
34. Мухін В, Магльований А, Магльована Г. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. 3-тє вид., перероб. та доп. Львів: ЛДУФК; 2021. 326 с.
35. Попадюха ЮА, редактор. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літ.; 2017. 300 с.
36. Пешкова ОВ, Камель ГХ, Амер АХ. Фізична реабілітація при захворюваннях опорно-рухового апарату: навчальний посібник. Харків: СПДФЛ; 2018. 196 с.
37. Рой ІВ, Страфун СС, Лазарєв ІА, та ін. Фізична і реабілітаційна медицина: підручник. Київ: ВСВ "Медицина"; 2020. 408 с.
38. Сокрут ВМ, редактор. Фізична реабілітація в ортопедії та травматології: підручник. Краматорськ: ДДМА; 2015. 376 с.
39. Соколова НИ, редактор. Физическая терапия в травматологии и ортопедии : учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 498 с.
40. Федоренко СМ, Вітомський ВВ. Основи фізичної терапії: навчально-методичний посібник для практичних занять. Київ: Медицина; 2022. 360 с.

41. Цаава ТЗ, Бутаев ИД, Макоева ЛЮ, Гадзаова ЗА. Анализ эффективности лечебного массажа у больных деформирующим остеоартрозом коленных суставов. Вестник науки и образования. 2019;(10-2):46-50.
42. Шеремет ОК, Ціж ЛМ, Романчук ОП, Коритко ЗІ. Характеристика больового синдрому в осіб із захворюваннями суглобів. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення. Львів: ЛДУФК; 2018. с.292-9.
43. Шишук ВД, редактор. Травматологія та ортопедія: Національний підручник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації. 2-ге вид., переробл. й допов. Суми: СумДУ; 2020. 684 с.
44. Щокін ВП, Васильєва НВ. Лікувальна фізична культура при патології опорно-рухової системи: навчальний посібник. Харків: ХНАДУ; 2021. 92 с.
45. Яременко ДО, редактор. Травматологія та ортопедія: підруч. для студентів ВНЗ. 5-те вид. Київ: ВСВ Медицина; 2019. 512 с.
46. Ahonen J, Heinonen A, Kannas S, et al. Terapeutinen harjoittelu ja keskeiset harjoittelumuodot. Lahti: VK-Kustannus Oy; 2018. 481 s.
47. Brody LT, Hall CM. Therapeutic exercise: moving toward function. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. 1120 p.
48. Brownstein SA, Mead BR, Fox NS, et al. Osteoarthritis Management for Older Adults. Clin Geriatr Med. 2021;37(4):617-28. doi: 10.1016/j.cger.2021.06.007
49. Buckland MA, Kamin-Lewis D, Yeo LW, et al. Physiotherapy and Rehabilitation Following Hip and Knee Arthroplasty: A Review of Literature. J Clin Orthop Trauma. 2021;18:76-82. doi: 10.1016/j.jcot.2021.03.005
50. Deseure K, Vanlauwe J, Van Looveren E, et al. Belgian Guidelines for the Diagnosis and Management of Knee Osteoarthritis in Primary Care. J Clin Med. 2022;11(19):5736. doi: 10.3390/jcm11195736
51. DeSantis CE, Ma J, Gaudet MM, et al. Breast cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019;69(6):438-51. doi: 10.3322/caac.21583

52. Dragoi RG, Amaricai E, Dragoi M, et al. Osteoarthritis-A Review of the Treatment Methods. *Int J Mol Sci.* 2022;23(8):4133. doi: 10.3390/ijms23084133
53. Iijima H, Aoyama T, Fukutani N, et al. Psychological health is associated with knee pain and physical function in patients with knee osteoarthritis: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychol.* 2018;6(1):19. doi: 10.1186/s40359-018-0234-3
54. Knapik A, Hoedebecke K, Braunstein B, Schiavone N, Kleim B, Knoll Z. Physiotherapeutic techniques used in rehabilitation: A systematic overview. *J Phys Act Health.* 2019;16(12):1126-34. doi: 10.1123/jpah.2019-0072
55. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(2):220-33. doi: 10.1002/art.41142
56. Lewallen EA, Bonin KE, Li X. Physical and Occupational Therapy From the Acute to Community Setting After Stroke: Predictors of Use, Continuity of Care, and Timeliness of Care. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(6):1077-89.e7. doi: 10.1016/j.apmr.2017.03.019
57. Loew L, Brosseau L, Kenny GP, et al. An evidence-based walking program among older people with knee osteoarthritis: the PEP (participant exercise preference) pilot randomized controlled trial. *Clin Rheumatol.* 2017;36(7):1607-16. doi: 10.1007/s10067-017-3606-9
58. Miller LE, Bhattacharyya S, Miller I. Clinical Benefits and Safety of Intra-Articular Hyaluronic Acid Administration to the Knee and Hip Joints: A Narrative Review. *Rheumatol Ther.* 2021;8(4):1493-519. doi: 10.1007/s40744-021-00377-x
59. Quicke JG, Runhaar J, van der Windt DA, Healey EL, Foster NE, Holden MA. Moderators of the Effects of Exercise for Hip and Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Subgroup Analyses from Randomised Controlled Trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2022;30(6):823-40. doi: 10.1016/j.joca.2022.03.007

60. Salaru V, Sadovici-Bobeica V, Mazur-Nicorici L, et al. The impact of body mass index on pain and functional status in patients with osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2019;78:2052-3. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-eular.7145