

## СУЧАСНА СИСТЕМА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

*Псоріатичний артрит є досить частим захворюванням, яке призводить до тривалої втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. Проведений науково-практичний аналіз діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів даної категорії розкрив низку істотних причин, які негативно позначаються на результатах лікування. В роботі запропоновано обґрунтовану систему відновлювального лікування та реабілітації хворих на псоріатичний артрит, яка вимагає модернізації існуючих і запровадження нових структурних підрозділів, діяльність яких повинна бути регламентована відповідними медичними законодавчими актами.*

**Ключові слова:** псоріатичний артрит, лікування, реабілітація.

Псоріатичний артрит (ПА) – самостійна нозологічна форма неспецифічного запального ураження сполучної тканини, спадково схильного характеру, мультифакторіального генезу, яка характеризується хронічним прогресуючим рецидивуючим характером з переважним ураженням опорно-рухового апарату, що призводить до довготривалої втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. [1].

Ураження АРО при П, за даними різних авторів, складає від 7 до 91% [2,3]. Gladman D.D. at al. вважають, що справжня частота ПА достеменно невідома, а великий діапазон цього показника пояснюється відсутністю єдності в поглядах на ПА як нозологічну одиницю, важкістю діагностики, особливо на ранніх стадіях патологічного процесу та відсутністю загальноприйнятих діагностичних критеріїв, що призводить до підміни ПА такими поняттями як «псоріатична артропатія», «артропатичний псоріаз», «артралгія, артрити, артрози і т.п.»

ПА може виникати в будь-якому віці, в тому числі і в ранньому дитячому (5-8%) та призводить до втрати працездатності і стійкої інвалідизації пацієнтів (30%), а в дитячому – до каліцтв [4].

Своєчасний і правильний діагноз був встановлений лише у 6,2% хворих з розповсюдженим П в прогресуючій стадії, в 5-7% випадків діагноз був помилковим навіть при наявності виражених проявів ураження АРО та П [5, 6].

Збільшення кількості хворих на ПА у суспільстві знижує його трудовий, економічний і психологічний потенціал, суттєво підвищує суспільні і індивідуальні витрати на охорону здоров'я. Крім

витрат безпосередньо на лікування, суттєве місце займають непрямі витрати (виплати по лікарняним листкам, а також витрати, пов'язані зі зменшенням кількості працездатного населення як за рахунок пацієнтів, які змушені йти з роботи раніше пенсійного віку, так і за рахунок батьків, родичів, які звільняються з роботи для забезпечення догляду за хворим).

Термін непрацездатності та інвалідизація пацієнтів на ПА зумовлена анатомо-функціональними порушеннями з боку АРО, внутрішніх органів та шкірними проявами, що призводить до негативного психоемоційного стану пацієнтів, потребує особливих санітарно-гігієнічних заходів впродовж доби, а чинники, які викликають загострення перебігу захворювання, значно обмежують професійну та побутову діяльність, соціальну активність пацієнтів, знижують якість життя.

Важливим заходом, який здатний сповільнити прогресування запального процесу при ПА, зберегти рухову активність пацієнтів, зменшити термін непрацездатності та інвалідизацію пацієнтів, є повноцінна реабілітація – комплексне скоординоване використання медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для тренування або перепідготовки неповністю дієздатної особистості до найвищого рівня функціональних можливостей, усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, яка охоплює всі сторони життя людини, враховує все різноманіття його соціально-економічних, етичних, медичних і інших зв'язків і відносин.

Основна мета реабілітації – найбільш повною мірою відновити здатність жити і працювати у звичайному середовищі, допомогти хворому стати функціонально повноцінним і незалежним від сторонньої допомоги наскільки це можливо, а в разі неможливості – розвиток компенсаторних і замісних пристосувань (функцій).

### Принципи реабілітації:

- реабілітаційні заходи потрібно починати якомога раніше;
- послідовність – визначення показань до реабілітації, встановлення стану пацієнта шляхом опитування, клінічно-інструментального дослідження, а також при психологічному і соціальному обстеженні, визначення цілей і завдань реабілітації, складання плану реабілі-

тації, перевірка ефективності реабілітації та її корекція;

- комплексність – в процесі реабілітації вирішуються питання лікувального, лікувально-профілактичного плану, визначаються працездатність пацієнта, його працевлаштування, трудове навчання та перекваліфікація, питання соціального забезпечення, трудового та пенсійного законодавства, взаємовідносин пацієнта і його сім'ї, суспільне життя;
- безперервність – відновне лікування проводиться, починаючи з моменту виникнення (встановлення) хвороби і до повного повернення людини в суспільство з використанням усіх організаційних форм реабілітації.

Реабілітація включає:

- **медичну:** відновна терапія, реконструктивна хірургія, протезно-ортопедична допомога (протезування, ортезування, ортопедичне взуття), фізичні методи (електролікування, лазеротерапія, баротерапія, бальнеотерапія), механічні (механотерапія, кінезотерапія), масаж, акупунктура, фітотерапія, мануальна терапія), психотерапія, лікувальна фізкультура, санаторно-курортне лікування, технічні засоби реабілітації, інформування та консультування з питань медичної реабілітації;
- **професійну:** професійна орієнтація, професійна освіта, професійно-виробнича адаптація і працевлаштування, навчання (перенавчання), створення спеціального робочого місця інваліда;
- **соціально:** соціально-середовищна орієнтація

і соціально-побутова адаптація (інформування та консультування з питань соціально-побутової реабілітації пацієнта і членів його сім'ї, навчання самообслуговуванню, адаптаційне навчання сім'ї пацієнта, навчання хворого та інваліда користуванню технічними засобами реабілітації, організація життя пацієнта в побуті (адаптація житлового приміщення до потреб хворого та інваліда), забезпечення технічними побутовими засобами реабілітації (у програмі вказуються необхідні заходи для створення побутової незалежності пацієнта), проведення соціально-психологічної реабілітації (психотерапія, психокорекція, психологічне консультування). здійснення психологічної допомоги сім'ї (навчання життєвим навичкам, персональної безпеки, соціального спілкування, соціальної незалежності), сприяння у вирішенні особистих проблем, консультування з правових питань, навчання навичкам проведення дозвілля і відпочинку.

СВЛР хворих на ПА враховує специфіку патогенетичних механізмів розвитку захворювання, симптоматику, яка переважає на даному етапі захворювання, стадію та активність процесу, а також функціональні показники з боку різноманітних органів та систем, соціальний та побутовий стан пацієнта, представлена на рисунку 1.

#### Етапи визначення реабілітаційної програми:

- Проведення реабілітаційно-експертної оцінки. Ретельне обстеження пацієнта (інваліда) та визначення діагнозу є основою, на якій будується програма реабілітації. Обстеження

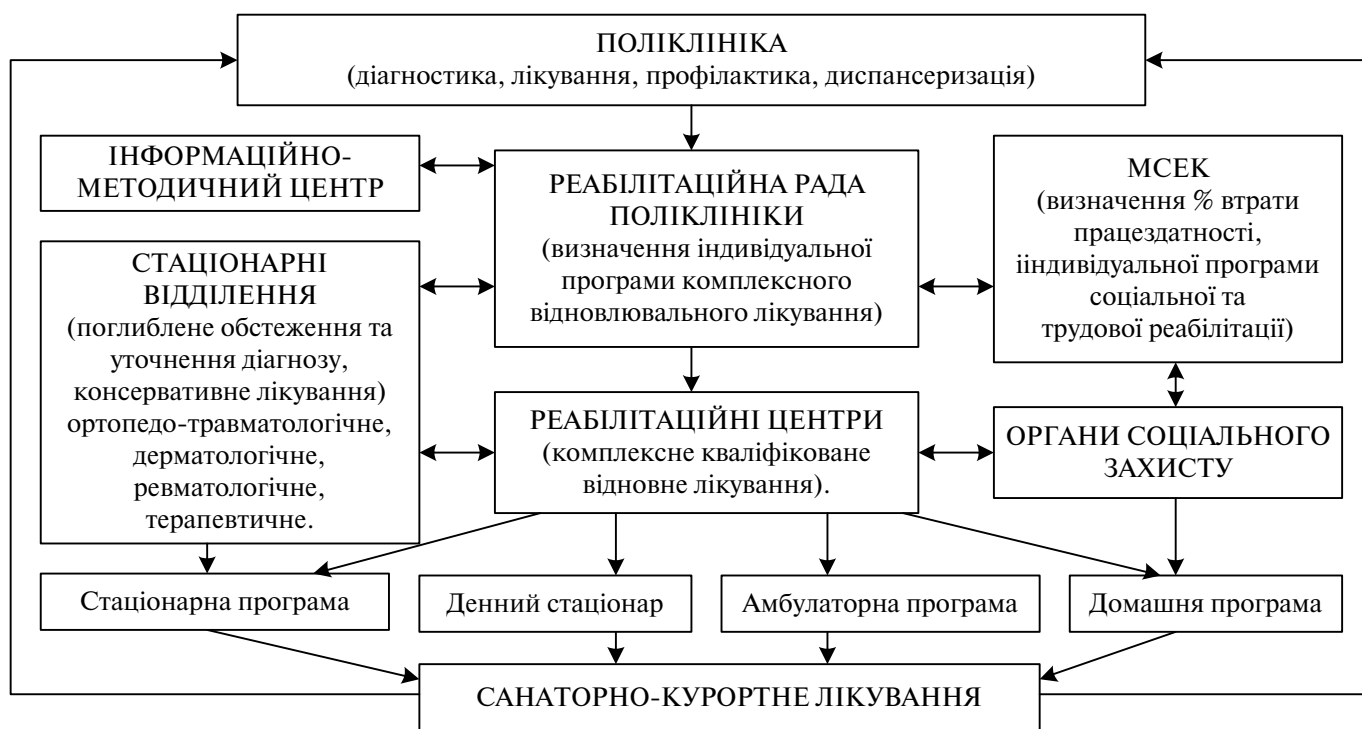


Рис. 2. Система відновного лікування та реабілітації хворих на ПА.

включає проведення всебічних клінічних та інструментальних досліджень. Особливістю цього обстеження є аналіз не тільки ступеня ураження органів та систем, але і вплив фізичних дефектів на життєдіяльність пацієнта та рівень його функціональних можливостей.

- Визначення заходів, технічних засобів реабілітації та послуг, що дозволяють пацієнтові відновити порушені або компенсувати втрачені здібності до виконання побутової, соціальної або професійної діяльності.
- Визначення реабілітаційного прогнозу – передбачуваної ймовірності реалізації реабілітаційного потенціалу в результаті проведеного лікування.

Першочергове значення при відновлювальному лікуванні належить створенню індивідуальної програми реабілітації (ІПР) – комплекс оптимальних реабілітаційних заходів, що включає в себе окремі види, форми, обсяги, терміни і порядок реалізації медичних, професійних і інших реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених або втрачених функцій організму, відновлення, компенсацію здатностей інваліда до виконання певних видів діяльності, здібностей до побутової, соціальної, професійної діяльності, колом інтересів, з урахуванням прогнозованого рівня його фізичного та психічного стану, витривалості і т. д.

Першочерговою і суттєво важливою ланкою в реалізації комплексної програми, яка забезпечує своєчасну діагностику, адекватне етапне лікування та повноцінну реабілітацію хворих є поліклініка та її функціональний підрозділ – консультативно-реабілітаційні Ради до складу яких входять: ортопеди-травматологи, дерматологи, ревматологи, ендокринологи, невропатологи, психотерапевти, фізіотерапевти, а також спеціалістів лікувально-контрольних комісій з метою визначення термінів непрацездатності, інвалідизації та рекомендацій про можливу професійну переорієнтацію, які забезпечують діагностику та лікування, а також вирішують проблеми медичної реабілітації з урахуванням активності та розповсюдженості патологічного процесу, важкості структурно-функціональних порушень, індивідуальних психологічних і фізичних особливостей пацієнта, його професійні навички та інтереси, оцінюють показання і протипоказання, а також забезпечують наступність етапів відновлювальних заходів, їх своєчасність і тривалість, шляхом направлення з метою відновного лікування в стаціонар, міжрайонні центри амбулаторної реабілітації, на санаторно-курортний етап лікування. Такий широкий спектр фахівців зумовлений по-

лісистемністю уражень АРО при П та внутрішніх органів, що потребує проведення комплексного обстеження функціонального стану різноманітних органів і систем з використанням сучасних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Велику увагу приділяють психоемоційному стану пацієнтів, що зумовлено його порушеннями при даному захворюванні, а також важливим значенням як чинника, що викликає загострення процесу.

Поліморфна клінічна картина перебігу ПА та суб'єктивні особливості таких пацієнтів потребують цілеспрямованого обстеження, особливо з боку ортопеда-травматолога у зв'язку з тим, що початкові прояви ураження АРО при П не мають специфічних ознак, малоінтенсивні, короткочасні та нестійкі за характером і залишаються поза увагою пацієнтів, які більше значення приділяють шкірним проявам захворювання.

Беручи до уваги чинники розвитку та перебігу ПА при обстеженні особливу увагу приділяють особливостям екологічної ситуації та факторам зовнішнього середовища за місцем роботи та проживання, особливостям генетичної схильності та фактору спадковості, структурно-функціональному стану АРО в цілому та ураженої ділянки, компенсаторно-приспособлюючим можливостям, гормональному, психоемоційному та соціальному статусу, типу, формі, стадії П, характеру та ступеню порушення з боку внутрішніх органів та систем, інфекцій і т. д. Важливим етапом обстеження є встановлення фактору та типу спадковості ПА і П, що має велике значення для оцінки емпіричного ризику розвитку захворювання для сибсів та потомства пробандів при медико-генетичному консультуванні, профілактиці та реабілітації хворих.

Важливою ланкою в поліклінічній службі є диспансеризація хворих на ПА. Системні профілактичні огляди та організація медичної допомоги пацієнтам забезпечують динамічне індивідуальне лікування, яке виключає можливість парамедичного лікування, сприяє нормалізації психоемоційного стану. Диспансерний нагляд проводиться не тільки за хворими, але й за родичами, особливо I ступеню (батьки, брати, сестри, діти).

При необхідності поглибленого обстеження та лікування пацієнти скеровуються в стаціонарні профільні відділення лікарень, НДІ, університетських клінік, які мають матеріально-технічну базу для забезпечення повноцінного комплексного обстеження та лікування пацієнтів.

Повноцінну роботу реабілітаційних Рад забезпечує взаємозв'язок останніх з ЛТЕК, які на законодавчому рівні визначають відсоток втрати пра-

цездатності, що необхідно для адекватної індивідуальної реабілітаційної програми. Однак, невизначеність в термінології та в поглядах на ПА як нозологічну одиницю, плутанина в класифікації захворювання створює значні труднощі для роботи лікарсько-контрольних та медико-соціальних експертних комісій. Відсутність відповідних чітких законодавчих медичних та соціальних документів значно ускладнює визначення ступеня втрати працездатності та можливості професійної переорієнтації, формує комплекс соціальної незахищеності у пацієнтів.

В структурі поліклініки особливе місце займає інформаційно-методичний центр, який забезпечує навчання пацієнтів, зокрема пояснення необхідності комплексного підходу до терапії, спрямованої на патологічний процес, до потреби у зміні стилю життя, важливості у призначенні та тривалому використанні базисних препаратів, а також роз'яснення того, що зняття болю не єдиний критерій ефективності терапії, що проводиться. Інформаційна забезпеченість пацієнтів на різних етапах лікування та реабілітації, у вигляді інформаційних листків, індивідуальних карток-пам'яток унеможливує звертання пацієнтів до парамедиків, екстрасенсів, в приватні центри неофіційної медицини, що часто призводить до різноманітних ускладнень, викликає недовіру до ефективності та необхідності того чи іншого комплексу лікувальних заходів.

Важливим напрямом роботи інформаційного центру є навчання інваліда "життя з інвалідністю" (навички самообслуговування, пересування, орієнтації в середовищі проживання, особистої безпеки, спілкування, у тому числі за допомогою технічних засобів, навчання готуванню їжі (у тому числі індивідуальній дієті) і т.п.; соціальному спілкуванню, допомога і сприяння в організації та проведенні особистого дозвілля, відвідування друзів, родичів, установ культури; навчання членів родини, родичів, знайомих, співробітників по роботі (за місцем роботи інваліда) спілкуванню з інвалідом та наданню йому необхідної допомоги.

Інформаційний центр повинен забезпечити концепцію взаємної підтримки, яка заснована на тому, що саме інваліди – кращі експерти по інвалідності. Консультування "рівними" (обмін досвідом), коли в ролі консультанта виступає інвалід, який ділиться своїм досвідом і навичками незалежного життя, сприяє відновленню соціальної активності пацієнтів.

В залежності від умов проведення, реабілітаційні програми розподіляються:

- Стационарна програма – здійснюється в спеціальних лікувальних закладах та відділеннях

реабілітації у пацієнтів, які потребують постійного спостереження медичними працівниками. Ці програми зазвичай ефективніші, оскільки в стаціонарі хворий забезпечений всіма видами реабілітації.

- Денний стаціонар – організація реабілітації в умовах денного стаціонару, в якому пацієнт перебуває на час проведення лікувальних і реабілітаційних заходів.
- Амбулаторна програма – здійснюється у відділеннях відновної терапії при поліклініках. Пацієнт перебуває у відділенні поліклініки тільки на час проведених реабілітаційних заходів, наприклад, масажу або лікувальної фізкультури.
- Домашня програма – всі лікувальні та реабілітаційні процедури проводяться вдома. Переваги програми полягають в тому, що пацієнт навчається необхідним навичкам і вмінням у звичній домашній обстановці.
- Реабілітаційні центри – пацієнти беруть участь у реабілітаційних програмах, приймають необхідні лікувальні процедури. Фахівці з реабілітації забезпечують пацієнта і членів сім'ї необхідною інформацією, дають пораду щодо вибору реабілітаційної програми, можливості його здійснення в різних умовах.

Відновне лікування починають в стаціонарі і продовжують в амбулаторних та домашніх умовах. Особливу увагу звертають не тільки на фізичний, а й на емоційний стан. Зміна життєвої ситуації може викликати страх, тривогу, привести до розвитку депресії, тому важливо створити навколо хворого атмосферу психологічного комфорту.

При ліжковому режимі пацієнтів навчають правильному положенню, регулярним пасивним та активним рухам в суглобах, дихальним вправам, що дозволяє уникнути таких ускладнень, як м'язева слабкість та гіпотрофія (атрофія), пролежні, пневмонія та ін. Лежачих хворих також навчають побутовим навичкам: вмиватися, чистити зуби, зачісуватися, приймати їжу, користуватися столовими приборами. Хворих, які можуть сидіти, навчають самостійно одягатися і роздягатися. На цьому етапі рекомендується використовувати технічні засоби реабілітації, які допомагають при ході, прийомі їжі, купанні, відвідуванні туалету і т. д. (тростини, ходунки, милиці, інвалідні крісла-коляски), використання яких дає можливість пересуватися і бути незалежним від інших. Для полегшення прийому їжі використовують спеціальний посуд (тарілки, чашки), столові прилади. Оскільки хвора людина втратила здатність працювати і велику частину часу проводить вдома, важливо організувати для неї

дозвілля, що дозволить їй успішно адаптуватися до нових умов життя. Специфіка заходів реабілітації зумовлена характером ураження АРО, внутрішніх органів та систем, що є підґрунтям для індивідуальної реабілітаційної програми. У медичній реабілітації виділяють три фази відновлювального лікування: лікувально-щадна, функціонально-тренувальна і активного відновлення функції. Кожна фаза визначається ступенем порушення функції, профілем лікувальної установи, показаннями до застосування етіотропної терапії і лікувальних фізичних факторів, а термін – залежить від важкості ураження.

Слід зауважити, що медична реабілітація є початковою ланкою системи відновлювального лікування, яка спрямована на відновлення втрачених або компенсацію порушених функцій та призупинення прогресування захворювання.

Окрім цього, комплексна реабілітація включає:

1. Психологічну реабілітацію – спрямовану на подолання страху перед дійсністю, виключення соціально-психологічного комплексу неповноцінності.
2. Соціальну – спрямовану на адаптацію пацієнта в побуті і соціальному середовищі.
3. Соціально-трудова адаптацію – пристосування виробничого середовища до потреб хворої людини і його адаптація до вимог виробництва.
4. Освітню реабілітацію – включає процеси отримання людьми з обмеженими можливостями необхідної загальної освіти, при необхідності – різних рівнів і видів спеціального або додаткового навчання, професійної перепідготовки для отримання нової професії.
5. Соціокультурну реабілітацію – забезпечення людини з обмеженими можливостями інформацією, в отриманні соціально-культурних послуг у доступних видах творчості, спорті і т.п.
6. Комунікативну реабілітацію – відновлення безпосередніх соціальних взаємодій хворої людини, зміцнення його соціальної мережі.

В структурі СВЛР важливе місце займають органи соціального захисту, які забезпечують: адаптацію житла до інваліда (зміна місця проживання, поверну, будинку); спеціальне устаткування (пристосування) під'їзду, сходів, ліфта; зміна планування житла; спеціальні пристосування для користування санвузлом, кухнею, меблями, побутовими приладами; забезпечення електронного зв'язку з станцією "Швидкої допомоги", міліцією, лікувальною установою, родичами; технічні

засоби реабілітації: особистими засобами для пересування (тростини, милиці, коляски і т.д.) та іншими протезно-ортопедичними виробами, технічні засоби для навчання і трудових занять (спеціальні меблі, маніпулятори, прилади, устаткування).

Однак, медична реабілітаційна служба на сучасному етапі в Україні ще не має необхідного матеріально-технічного і кадрового забезпечення, нормативно-правової бази і стандартів надання реабілітаційної допомоги цьому контингенту хворих, а психологічна і професійна реабілітація таких пацієнтів практично не проводиться.

По-друге, пацієнтів госпіталізують у стаціонар, як правило, у стадії загострення запального процесу, що не дозволяє проводити реабілітаційні заходи. Проведення їх за місцем проживання в амбулаторних умовах найчастіше неможливе через відсутність необхідного матеріально-технічного забезпечення установ і недостатнього кадрового потенціалу. У той же час близько 30% хворих, що пройшли лікування в спеціалізованих установах, уже є інвалідами і потребують не тільки медичної, але й інших видів реабілітації, особливо психологічної.

Усе це диктує необхідність розробки та впровадження високоефективної комплексної державної програми, кінцевою метою якої є зниження тимчасової та стійкої втрати працездатності, поліпшення якості життя хворих на основі комплексного вирішення медичних, психологічних, педагогічних і соціальних проблем.

Протипоказаннями для скерування на реабілітацію є: злаякісна форма ПА; хронічні захворювання у стадії загострення; злаякісні пухлини; поширені трофічні виразки; наявність показань до оперативного втручання або застосування інших складних методів лікування; гнійно-некротичні захворювання; хворі та інваліди, що знаходяться на обліку в наркологічному диспансері; гострі інфекційні і венеричні захворювання до закінчення терміну ізоляції.

Таким чином, реабілітація – багатогранний процес відновлення здоров'я людини та реінтеграції її в трудове і соціальне життя. Природно, що види реабілітації слід розглядати в єдності та взаємозв'язку. Три види реабілітації (медична, трудова, соціальна) відповідають трьом класам наслідків хвороби: 1) медико-біологічні наслідки хвороби, які полягають у відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу; 2) зниження або втрата працездатності; 3) соціальна дезадаптація (порушення зв'язків з родиною і суспільством).

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бур'янов О.О. Діагностика та лікування псоріатичного артриту / [О.О. Бур'янов, В.П. Кваша, Є.Т. Склярєнко та ін.]; під ред. О.О. Бур'янов.- «Ленвіт».- 2008.- 125 с.
2. Чебышева С.Н. Блокаторы фактора некроза опухоли-а при псоріатическом артрите у детей / С.Н. Чебышева, Е.С. Жолобова, И.Е. Шахбазян [и др.] // Врач.- 2010.- №1.- С.27-28
3. Hellivell P. Classification criteria for psoriatic arthritis: results from the CASPAR study / P. Hellivell, W. Taylor / 1th World Psoriasis and Psoriatic Arthritis Conference. Stockholm. – 2006. – №97.- P. 34.
4. Кубанова А. Роль иммунных воспалений в патогенезе псориаза: новые стратегии биологической терапии и значимость пути / А. Кубанова, Е. Ризова, Дж.Ф. Николас [и др.] // Вестн. дерматол., венерол.- 2009. – № 2. – С. 4-15.
5. Сизон О.О. Патогенетичні особливості псоріатичного артриту / О.О. Сизон, О.Ю. Туркевич // Український журнал дерматології, венерології, косметології.- 2009.-№2.- С. 46-54.
6. Hoes J.N. EULAR evidence based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases / J.N. Hoes, J.W.C. Jacobs, M. Boers [et al.] // Ann. Rheum. Dis.- 2007.- №66.- P. 1560-1567.

**Бурьянов А. А., Кваша В. П., Карнаух Ю. В., Майко Е. В.**

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца*

### **Современная система восстановительного лечения и реабилитации больных псоріатическим артритом**

*Псоріатический артрит является довольно частым заболеванием, которое приводит к длительной потере трудоспособности и инвалидизации пациентов. Проведенный научно-практический анализ диагностики, лечения и реабилитации пациентов данной категории вскрыл целый ряд существенных причин, которые отрицательно сказываются на результатах лечения. В работе предложена обоснованная система восстановительного лечения и реабилитации больных псоріатическим артритом, которая требует модернизации существующих и введение новых структурных подразделений, деятельность которых должна быть регламентирована соответствующими медицинскими законодательными актами.*  
**Ключевые слова:** псоріатический артрит, лечение, реабилитация.

**A. A. Burianov, V. P. Kvascha, Y. V. Karnauh, O. V. Maiko**

*National Medical University named after Bohomoletz O.O.*

### **The system of reduction treatment and rehabilitation of the patients with psoriatic arthritis**

*Psoriatic arthritis is a frequent disease, which results in a long-term disablement and invalidization of the patients. The conducted scientific and practical analysis of diagnostics, treatment and rehabilitation of this category of patients has revealed a number of essential causes which negatively effect on results of treatment. A substantiated system of recovery and rehabilitation of patients with psoriatic arthritis is offered for improving the existing and introduction of new structural subdivisions the activity of which should be regulated by corresponding medical acts.*  
**Key words:** psoriatic arthritis, treatment and rehabilitation.