

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

©Р. М. Поник, З. І. Коритко

*Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського*

**РЕЗЮМЕ.** Ревматоїдний артрит (РА) – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, яка спостерігається у 1 % населення земної кулі. Віковий пік хвороби припадає на п'яте десятиліття (для жінок – у середньому близько 41 року, для чоловіків – близько 45 років). Жінки хворіють на ревматоїдний артрит у 2–4 рази частіше. Співвідношення жінок і чоловіків становить у середньому 3:1. Згідно з міжнародними даними, виживання пацієнтів із РА, які не досягають клініко-лабораторної ремісії, можна порівняти з виживанням при таких тяжких захворюваннях як цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, ішемічна хвороба серця. Порівняно з особами тієї ж статі й віку, що не страждають на РА, смертність у пацієнтів з цією патологією вища у 2,5 раза, а в цілому з різних причин РА скорочує тривалість життя пацієнтів на 5–10 років. Це захворювання є не лише великою медичною проблемою через прогресуючий характер, непередбачуваність та недостатню ефективність лікування, а й має велике соціальне значення через високу частоту втрати працездатності та зростання інвалідності.

Окрім того, РА дуже впливає на повсякденне життя пацієнтів, оскільки непередбачуване прогресування хвороби викликає у хворих страх перед майбутнім. Хворі на РА занепокоєні з приводу зростання обмеження рухливості та побічних ефектів лікування. У них з'являється страх втрати можливості обслуговувати себе, що змінює самосвідомість і негативно впливає на всі сфери життя таких пацієнтів: роботу, дозвілля, оточення, поведінку, сімейні стосунки, сексуальну активність.

Тому для ефективного лікування та реабілітації таких хворих доцільно створити команду фахівців (лікуючий лікар, фармаколог, психолог, дієтолог, фізичний терапевт і ерготерапевт), які будуть супроводжувати хворого на всіх етапах лікування (у стаціонарі, санаторії та у домашніх умовах).

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** ревматоїдний артрит; поширеність; захворюваність; летальність; особливості реабілітації.

**Вступ.** В останні роки спостерігається підвищена увага науковців усього світу до проблеми ревматичних захворювань. На сьогодні ревматичні хвороби залишаються найпоширенішою патологією в усьому світі, і в Україні зокрема. Перше місце серед них займає ревматоїдний артрит (РА) – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражає близько 1 % населення (в Україні – 0,4 %, у Європі й Північній Америці – 1–2 %) [1]. РА посідає друге місце після артрозів серед захворювань кістково-м'язової системи і є патологією, що призводить до розвитку остеопорозу. Це захворювання є не тільки великою медичною проблемою (через прогресуючий перебіг, недостатню ефективність лікування), а й має велике соціальне значення через відносно високу частоту захворюваності та високу частоту втрати працездатності (не менше 50 % хворих втрачають працездатність через 3–5 років після початку захворювання) [2]. Порівняно з особами тієї ж статі й віку, що не страждають РА, смертність у пацієнтів з цією патологією вища у 2,5 раза, а в цілому з різних причин РА скорочує тривалість життя пацієнтів на 5–10 років [3].

Ревматоїдний артрит (Rheumatoid arthritis) – хронічне системне захворювання сполучної тканини нез'ясованої етіології, що клінічно проявляється прогресуючим ураженням переважно периферійних (синовіальних) суглобів за типом прогресуючого симетричного ерозійно-деструк-

тивного поліартриту. Слід наголосити на двох важливих складових захворювання: системності ураження, що допускає можливість інших (екстраартикулярних) уражень, та деструктивному характері артрити, що характеризується розвитком на місці суглобового запалення грубої грануляційної тканини (панусу), яка заміщає нормальні структури суглоба, деформує його і призводить до порушення його функцій [4].

Ревматоїдний артрит реєструють в усіх регіонах світу без вираженого географічного або кліматичного впливу. Із віком поширеність ревматоїдного артрити зростає. Щорічна захворюваність становить близько двох випадків на 10 тис. населення (0,02 %), хоча в різних регіонах вона коливається від одного до 40 %. Віковий пік хвороби припадає на п'яте десятиліття (для жінок – у середньому близько 41 року, для чоловіків – близько 45 років). Жінки хворіють на ревматоїдний артрит у 2–4 рази частіше, ніж чоловіки. Співвідношення жінок і чоловіків складає у середньому 3:1. В Україні загальна кількість хворих на РА – близько 125 тис. [5].

Ревматоїдний артрит характеризується поширеністю, ураженням осіб різних вікових груп, прогресуючим характером перебігу зі схильністю до хронізації, що призводить до втрати працездатності та ранньої інвалідизації хворих [6]. Згідно з міжнародними даними, виживання пацієнтів із РА, які не досягають клініко-лабораторної ремі-

сії, можна порівняти з виживанням при таких тяжких захворюваннях як цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, ішемічна хвороба серця з трисудинним ураженням коронарних артерій [7]. У третини пацієнтів із РА ознаки втрати працездатності проявляються протягом перших 3 років від дебюту захворювання, а смертність у хворих на РА майже вдвічі вища, ніж у загальній популяції [2].

Останні досягнення продемонстрували, що перші роки (і навіть місяці) з моменту дебюту РА є вирішальними з погляду прогресування патологічного процесу та прогнозування його віддалених наслідків [7]. Так, Емеру і співавт. [8] обґрунтували та довели важливість диференціації декількох стадій РА відповідно до часового терміну:

- Дуже ранній – патологічний процес у перші 12 тижнів від дебюту. Згідно з останніми рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги, вже на цьому етапі доцільно розглядати питання про призначення базової антиревматичної терапії, яка модифікує перебіг захворювання;

- Ранній встановлений РА діагностують у хворих, у яких тривалість симптомів захворювання становить понад 12 тижнів. На цьому етапі пацієнти потребують призначення одного із «базових» антиревматичних препаратів (БАРП);

- Встановлений стабільний РА – патологічний процес, який триває понад 12 місяців. Пацієнти під час цього періоду мають стабільно отримувати один із БАРП;

- Резистентний РА – відсутнє зменшення запального процесу чи клінічних симптомів після лікування БАРП. При цьому рекомендоване призначення імунобіологічної терапії [9].

Деякі науковці вважають РА «ургентним» захворюванням, під час якого своєчасно встановлений діагноз і максимально раннє призначення адекватної терапії суттєво покращує перебіг захворювання та здатне викликати тривалу клінічну ремісію, а отже, є критичним моментом, що вирішує подальшу долю пацієнта [10].

В основі патогенезу раннього ревматоїдного артриту (рРА) лежить складне поєднання вроджених і набутих дефектів імунорегуляторних механізмів [11]. Симптоми рРА доволі неспецифічні й зумовлюють складність диференційної діагностики [9]. Основним проявом РА є суглобовий синдром, що має стійкий характер. Однак класичний варіант ураження суглобів, який характеризується симетричним поліартритом, розвивається лише у 50–80 % випадків і не становить труднощів для діагностики [5]. Однак, у 10–14 % випадків перебіг захворювання супроводжується симптоматикою ураження суглобів із подальшим швидким зворотним розвитком, який легко піддається ліку-

ванню нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) і характеризується тривалою відсутністю специфічних рентгенологічних змін [9]. Складним для діагностики вважають також варіант рРА з моно/олігоартритом із залученням великих суглобів (найчастіше колінних), підгострим перебігом, з частою відсутністю ревматоїдного фактора (РФ) та специфічних рентгенологічних змін [4].

Протягом останніх 30 років при встановленні діагнозу РА використовували класифікаційні критерії, розроблені Американською колегією ревматологів (АКР) і переглянуті в 1987 році [12]. У пацієнтів із встановленим стабільним РА чутливість класифікаційних критеріїв АКР (1987) становить 79 % (від 71 % до 85 %), специфічність – 90 % (від 84 % до 94 %), а у хворих на РА ранньої стадії чутливість і специфічність суттєво знижуються і становлять 77 % (від 68 % до 88 %) і 77 % (від 68 % до 88 %) відповідно.

Ревматоїдний фактор має меншу діагностичну цінність, оскільки РФ може бути виявлений і при інших захворюваннях, в основі яких лежить хронічне запалення, чи за умови наявності гострої інфекції, викликані вірусом гепатиту В, вірусами Епштейна–Барр, грипу тощо. Крім того, РФ визначають у сироватці крові у 3 % здорового населення та у 10–15 % осіб літнього віку (старші 60 років) [13].

Однією з найважливіших особливостей РА є його прогресуючий характер, який призводить до генералізації патологічного процесу з втягненням нових суглобів і несуглобових структур, формуванням незворотних змін, що призводить до утворення стійких дефектів опорно-рухового апарату і втрати працездатності хворих на РА [14].

Втрата працездатності та зростання інвалідності є найважливішим соціально-економічним наслідком РА. Вона може початися вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає довічною проблемою у 27 % хворих на РА протягом перших трьох років після початку хвороби, а через 8–11 років виникає приблизно у 85 % пацієнтів, які потребують постійного сучасного медикаментозного лікування, проведення реабілітаційних заходів, обов'язкової госпіталізації при загостренні хвороби, а нерідко й складних ортопедичних оперативних втручань [15].

Окрім того, РА дуже впливає на повсякденне життя пацієнтів. Оскільки прогресування хвороби є непередбачуваним, у хворих росте страх перед майбутнім, вони занепокоєні з приводу зростання обмеження рухливості та побічних ефектів лікування. У них з'являється страх втратити можливість до самообслуговування [16], що негативно впливає на самосвідомість і всі сфери життя таких пацієнтів: роботу, дозвілля, оточення, поведінку,

Огляди літератури, оригінальні дослідження, **погляд на проблему**, випадок з практики, короткі повідомлення сімейні стосунки, в тому числі і на сексуальну активність [17].

Дані наукової літератури стверджують, що найглибший вплив на зміни в особистості відбувається протягом першого року життя пацієнта з моменту встановлення діагнозу захворювання на РА. У такому випадку лише своєчасне втручання у лікування та реабілітацію хворих на РА мультидисциплінарної команди фахівців дозволить пацієнтам уникнути змін самосвідомості, що сприятиме зменшенню кількості негативних наслідків захворювання, які впливають на життя хворих з цією патологією [18].

Згідно з сучасними підходами до процесу лікування та реабілітації, у веденні пацієнта повинні одночасно брати участь фахівці різних компетентностей. У мультидисциплінарну команду ма-

ють входити, окрім лікуючого лікаря, ще психолог, фармаколог, дієтолог, фізичний терапевт та ерго-терапевт. Особливо це очевидно при лікуванні та реабілітації такого складного і важкого захворювання, як ревматоїдний артрит.

**Висновки.** Лише спільними зусиллями фахівців мультидисциплінарної команди можна створити індивідуальну програму лікування та реабілітації хворих на ревматоїдний артрит. Починаючи з першого етапу лікування та реабілітації, який проводиться ще у клініці, а потім у наступних етапах, які відбуваються у санаторно-курортних умовах та вдома, можна полегшити симптоматику, подовжити період ремісії у хворих на РА, зберегти працездатність, запобігти змінам особистості таких пацієнтів та покращити їхній побут і повсякденне життя.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Демографія і стан здоров'я народу України : аналітично-статистичний посібник / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – Київ, 2010. – 143 с.

2. Коваленко В. М. Ревматоїдний артрит. Діагностика та лікування / В. М. Коваленко, М. М. Шуба, Л. Б. Шолохова ; за ред. В. М. Коваленко. – К. : Моріон, 2001. – 272 с.

3. Насонов Е. Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема / Насонов Е. Л. // Терапевтический Архив. – 2004. – № 5. – С. 5–7.

4. Нейко Є. М. Ревматоїдний артрит: сучасний погляд на проблему / Є. М. Нейко, Р. І. Яцишин, О. В. Штефюк // Український ревматологічний журнал. – 2009. – № 2 (36). – С. 35–39.

5. Яременко О. Б. Діагностика ревматоїдного артриту на ранніх стадіях / О. Б. Яременко, А. М. Микитенко // Здоров'я України. – 2008. – № 5 (1). – С. 63–65.

6. Коваленко В. М. Сучасні аспекти діагностики ревматоїдного артриту / В. М. Коваленко, О. П. Борткевич, Ю. В. Білявська // Здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 74–77.

7. Борткевич О. П. Особливості перебігу ранньої стадії ревматоїдного артриту за даними 12-місячного проспективного спостереження / О. П. Борткевич, Ю. В. Білявська // Український ревматологічний журнал. – 2009. – № 1 (36). – С. 40–43.

8. Emery P. Rheumatoid arthritis / P. Emery, M. Suarez-Almazor // Clin Evidence. – 2003. – Vol. 10. – P. 1454–1476.

9. Каратеев Д. Е. Фармакотерапия раннего ревматоидного артрита / Д. Е. Каратеев // Фарматека. – 2006. – № 6. – С. 1–6.

10. De Vries-Bouwstra J. K. D. Biologics in early rheumatoid arthritis / J. K. D. de Vries-Bouwstra, B. A. C. Breed-

veld, C. Ferdinand // Rheum. Dis. Clin. North Am. – 2010. – Vol. 31. – P. 745–762.

11. Визначення ролі факторів аутоімунної та імунно-запальної реакції в патогенезі ревматоїдного артриту / В. М. Коваленко, Т. І. Гавриленко, О. П. Борткевич // Український ревматологічний журнал. – 2008. – № 4 (34). – С. 38–43.

12. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / F. C. Arnett, S. M. Edworthy, D. A. Bloch [et al.] // Arthritis Rheum. – 1988. – Vol. 31. – P. 315–324.

13. Rheumatoid factor on a daily basis / Y. Renaudineau, C. Jamin, A. Saraux, P. Youdionou // Autoimmunity. – 2005. – Vol. 38. – P. 11–16.

14. Dixon W. Does early rheumatoid arthritis exist? / W. Dixon, D. Symmons // Best Practice and Research Clinical Rheumatology. – 2005. – Vol. 19 (1). – P. 37–53.

15. Smolen J. S. Challenges of predicting treatment response in patients with rheumatoid arthritis / J. S. Smolen, D. Aletaha // Nat. Clin. Pract. Rheumatol. – 2005. – Vol. 1. – P. 62–63.

16. Worst-case future scenarios of patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study / L. Buitinga, L. M. Braakman-Jansen, E. Taal, M. A. van de Laar // Rheumatology (Oxford). – 2012. – Vol. 51 (11). – P. 2027–2033.

17. Sexual function in married women with rheumatoid arthritis / F. Frikha, F. Maazoun, S. R. Ben [et al.] // Presse Medicale. – 2011. – Vol. 40, No. 12. – P. 521.

18. Mojs E. Anxiety level and its determinants in rheumatoid arthritis patients / E. Mojs, M. Ziarko, L. Kaczmarek, W. Samborski // Chirurgia narzadow ruchu i ortopedia polska. – 2011. – Vol. 76, No. 4. – P. 219–224.

REFERENCES

1. Kovalenko, V.M., & Kornatskyi, V.M. (Eds.). (2010). *Demografiia i stan zdorovia narodu Ukrainy: analitychno-statystychnyi posibnyk [Demography and health of the people of Ukraine: analytical and statistical manual]*. Kyiv [in Ukrainian].
2. Kovalenko, V.M., Shuba, M.M., & Sholokhova, L.B. (2001). *Revmatoidnyi artryt. Diahnostyka ta likuvannia [Rheumatoid arthritis. Diagnosis and treatment]*. Kovalenko, V.M. (Ed.). Kyiv: Morion [in Ukrainian].
3. Nasonov, E.L. (2004). Revmatoidnyy artryt kak obshchemedytsynskaya problema [Rheumatoid arthritis as a general medical problem]. *Terapevtycheskyy Arkhiv – Therapeutic Archive*, 5, 5-7 [in Russian].
4. Neiko, Ye.M., Yatsyshyn, R.I., & Shtefiuk, O.V. (2009). Revmatoidnyi artryt: suchasnyi pohliad na problemu [Rheumatoid arthritis: a modern view of the problem]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal – Ukrainian Rheumatology Journal*, 2 (36), 35-39 [in Ukrainian].
5. Yaremenko, O.B., & Mykytenko, A.M. (2008). Diahnostyka revmatoyidnoho artrytu na rannikh stadiakh [Diagnosis of rheumatoid arthritis in the early stages]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 5 (1), 63-65 [in Ukrainian].
6. Kovalenko, V.M., Bortkevych, O.P., & Biliavska, Yu.V. (2010). Suchasni aspekty diahnostyky revmatoyidnoho artrytu [Modern aspects of diagnosis of rheumatoid arthritis]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 1, 74-77 [in Ukrainian].
7. Bortkevych, O.P., & Biliavska, Yu.V. (2009). Osoblyvosti perebihu rannioi stadii revmatoidnoho artrytu za danymy 12-misiachnoho prospektyvnoho sposterezhennia [Features of the course of the early stage of rheumatoid arthritis according to the 12-month prospective observation]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal – Ukrainian Rheumatology journal*, 1 (36), 40-43 [in Ukrainian].
8. Emery, P., & Suarez-Almazor, M. (2003). Rheumatoid arthritis. *Clin. Evidence*, 10, 1454-1476.
9. Karateyev, D.Ye. (2006). Farmakoterapiya rannego revmatoidnogo artrita [Pharmacotherapy of early rheumatoid arthritis]. *Farmateka – Farmateka*, 6, 1-6 [in Russian].
10. De Vries-Bouwstra, J.K.D., Breedveld, B.A.C., & Ferdinand, C. (2010). Biologics in early rheumatoid arthritis. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 31, 745-762.
11. Kovalenko, V.M., Havrylenko, T.I., Bortkevych, O.P., Ryzhkova, O.P., & Biliavska, Yu.V. (2008). Vyznachennia roli faktoriv autoimmunoї ta imunozapalnoi reaktsii v patogenezi revmatoidnoho artrytu [Determining the role of factors of autoimmune and immunoinflammatory response in the pathogenesis of rheumatoid arthritis]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal – Ukrainian Rheumatology Journal*, 4 (34), 38-43 [in Ukrainian].
12. Arnett, F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A., McShane, D.J., Fries, J.F., Cooper, N.S., ..., & Luthra, H.S. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 31, 315-324.
13. Renaudineau, Y., Jamin, C., Saraux, A., & Youdionou, P. (2005). Rheumatoid factor on a daily basis. *Autoimmunity*, 38, 11-16.
14. Dixon, W., & Symmons, D. (2005). Does early rheumatoid arthritis exist? *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 19 (1), 37-53.
15. Smolen, J.S., & Aletaha, D. (2005). Challenges of predicting treatment response in patients with rheumatoid arthritis. *Nat. Clin. Pract. Rheumatol.*, 1, 62-63.
16. Buitinga, L., Braakman-Jansen, L.M., Taal, E., & van de Laar, M.A. (2012). Worst-case future scenarios of patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Rheumatology (Oxford)*, 51 (11), 2027-2033.
17. van Berlo, W.T., van de Wiel, H.B., Taal, E., Rascher, J.J., Weijmar Schultz, W.C., & van Rijswijk, M.H. (2011). Sexual function in married women with rheumatoid arthritis. *Presse Medicale*, 40, 12, 521.
18. Mojs, E., Ziarko, M., Kaczmarek, L., & Samborski, W. (2011). Anxiety level and its determinants in rheumatoid arthritis patients. *Chirurgia narzadow ruchu i ortopedia polska*, 76, 4, 219-224.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

©Р. М. Поньк, З. И. Корытко

Львовский государственный университет физической культуры имени Ивана Боберского

**РЕЗЮМЕ.** Ревматоидный артрит (РА) – наиболее распространенная форма воспалительного заболевания суставов, которая наблюдается у 1 % населения земного шара. Возрастной пик болезни приходится на пятое десятилетие (для женщин – в среднем около 41 года, для мужчин – около 45 лет). Женщины болеют ревматоидным артритом в 2–4 раза чаще. Соотношение женщин и мужчин составляет в среднем 3:1. Согласно международным данным, выживаемость пациентов с РА, которые не достигают клинико-лабораторной ремиссии, можно сравнить с выживаемостью при таких тяжелых заболеваниях как сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца. По сравнению с лицами того же пола и возраста, не страдающими РА, смертность у пациентов с этой патологией выше в 2,5 раза, а в целом по разным причинам РА сокращает продолжительность жизни пациентов на 5–10 лет. Это заболевание является не только большой медицинской проблемой из-за прогрессирующего характера течения, непредсказуемости и недостаточной эффективности лечения, но и имеет большое социальное значение из-за высокой частоты потери трудоспособности и роста инвалидности.



*Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення*

Кроме того, РА влияет на повседневную жизнь пациентов, поскольку непредсказуемое прогрессирование болезни вызывает у больных страх перед будущим. Больные РА обеспокоены по поводу роста ограничения подвижности и побочных эффектов лечения. У них появляется страх потери способности к самообслуживанию, что меняет самосознание и негативно влияет на все сферы жизни таких пациентов: работу, досуг, окружение, поведение, семейные отношения, сексуальную активность.

Поэтому для эффективного лечения и реабилитации таких больных целесообразно создать команду специалистов (лечащий врач, фармаколог, психолог, диетолог, физический терапевт и эрготерапевт), которые будут сопровождать больного на всех этапах лечения (в стационаре, санатории и в домашних условиях).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ревматоидный артрит; распространенность; заболеваемость; летальность; особенности реабилитации.

## **DISEASE AND PECULIARITIES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN THE PRESENT TIME**

**©R. M. Ponyk, Z. I. Korytko**

*Ivan Boberskyi Lviv State University of Physical Culture*

**SUMMARY.** Rheumatoid arthritis (RA) is the most common form of inflammatory joint disease seen in 1 % of the world population. The age-span of the disease is five decades (women average 41 years, men 45 years). Women have rheumatoid arthritis 2–4 times more often. The ratio of women to men averages 3: 1. According to international data, the survival of patients with RA who do not reach clinical and laboratory remission can be compared with the survival of such serious illnesses as diabetes, acute cerebral circulation, coronary heart disease. Compared with persons of the same sex and age who do not suffer from RA, the mortality rate in patients with this pathology is 2.5 times higher, and in general, for various reasons, RA reduces the life expectancy of patients by 5–10 years. This disease is not only a major medical problem because of its progressive nature, unpredictability and lack of treatment efficiency, but it is also of great social importance due to the high incidence of disability and rising disability.

In addition, RA has a great impact on the daily lives of patients, since unpredictable disease progression causes patients to fear the future. RA patients are concerned about increasing mobility limitations and side effects of treatment. They have the fear of losing the opportunity to care for themselves, which affects self-awareness and adversely affects all areas of the lives of such patients: work, leisure, environment, behavior, family relationships, including sexual activity.

Therefore, for effective treatment and rehabilitation of such patients, it is advisable to create a team of specialists (physician, pharmacologist, psychologist, nutritionist, physical therapist and ergotherapist), who will accompany the patient at all stages of treatment (hospital, sanatorium and at home).

**KEY WORDS:** rheumatoid arthritis; prevalence; incidence; mortality; rehabilitation features.

Отримано 2.09.2019