

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ЕЛЕМЕНТ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Савохіна М. В.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

В останні роки спостерігається підвищена увага науковців усього світу до проблеми ревматичних захворювань, на першому місці серед яких виступає ревматоїдний артрит (РА). РА вражає близько 1 % населення. Жінки страждають у 2-3 рази частіше, ніж чоловіки. РА реєструють в усіх регіонах світу без вираженого географічного або кліматичного впливу. Із віком поширеність РА зростає, найчастіше виявляється у віці 35-50 років. Щорічна захворюваність становить близько двох випадків на 10 тис. населення (0,02 %), хоча в різних регіонах вона коливається від одного до 40 %. В Україні в 2018 р. показник захворюваності серед працездатного населення становив 14,4 випадку на 100 тис. населення.

Метою дослідження є обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації при ревматоїдному артриті.

Матеріали та методи. РА – це аутоімунне захворювання невідомої етіології, що характеризується симетричним ерозивним артритом (синовіїтом), здебільшого захворювання має хронічний перебіг, що призводить до прогресування деструкції, деформації та порушення функції суглобів а також до позасуглобових (системних) уражень внутрішніх органів. При РА уражаються переважно дрібні суглоби, характерно запалення відразу декількох суглобів. Основними симптомами РА є: болючість при пальпації, припухлість, малорухливість, підвищення температури шкіри над суглобом, характерним є відчуття скутості в суглобах, переважно вранці, тривалістю більше однієї години. РА носить 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, до їх інвалідизації та істотного зниження якості життя.

За відсутності належного лікування протягом перших 5–6 років після встановлення діагнозу майже половина хворих стає інвалідами. 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.

Саме тому питання лікування та реабілітації РА є одним із найважливіших, адже зміни в суглобах, які відбуваються при цьому, призводять до обмеження функцій опорно-рухового апарату й подальшої інвалідизації, частих госпіталізацій пацієнтів, що обертаються значними фінансовими витратами для національних економік багатьох країн.

За сучасними уявленнями, поряд із медикаментозною терапією в системі відновлення здоров'я хворих на РА важлива роль належить фізичній реабілітації.

Ретельно підібрані фізичні вправи, фізіотерапевтичні процедури та інші засоби реабілітації сприяють призупиненню подальшого прогресування захворювання, відновленню функцій уражених суглобів, покращенню фізичного й психічного станів хворого.

У лікарняному періоді реабілітації застосовують такі засоби як: лікувальну фізичну культуру (ЛФК), лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію.

Одним із найважливіших компонентів відновного лікування хворих на РА є лікувальна фізична культура (ЛФК), яка показана на всіх стадіях захворювання після купірування гострого процесу.

Головним засобом ЛФК є фізичні вправи, які можуть використовуватись у вигляді трьох методів: індивідуального, групового й самостійного.

Обов'язковими умовами ЛФК є регулярність, систематичність і спадкоємність занять (стаціонар, поліклініка, завдання вдома). Об'єм фізичного навантаження при заняттях ЛФК залежить від безлічі різноманітних чинників, але він завжди повинен відповідати фізичним можливостям пацієнта, його віку, стану здоров'я та патологічного процесу.

Головні завдання ЛФК: запобігання деформаціям у суглобах; підтримування м'язової сили; покращення амплітуди рухів у суглобах.

Протипоказаннями до призначення ЛФК є: висока (III ступінь) активність процесу, із вираженим больовим синдромом і великими ексудативними явищами в суглобах; інфекції, лихоманка, гострі та підгострі захворювання внутрішніх органів; серцево-судинна недостатність II–III ступенів тощо.

Фізичні вправи при РА покращують загальне самопочуття, зменшують біль, підвищують рухливість, сприяють збереженню функціональної активності суглобів, позитивно впливають на роботу серця й загальний кровообіг. Окрім цього, вони допомагають контролювати нормальну вагу тіла.

У літературних джерелах ґрунтовно описано застосування фізичних вправ при РА таких видів: статичних, пасивних, активних із допомогою, активних з опором.

Статичні вправи застосовують у гострій стадії артриту, коли хворий лежить у ліжку, їх метою є попередження розвитку неактивної атрофії м'язів. Вони показані

найчастіше для посилення сідничних м'язів та розгиначів коліна. Ці вправи потрібно виконувати 6–12 разів на день.

Пасивні вправи призначають у гострій стадії захворювання з метою збереження об'єму рухів в ураженому суглобі. Ці вправи виконують за допомогою інструктора ЛФК або родичів хворого. Пасивні вправи потрібно виконувати до тих пір, поки не буде досягнута максимальна амплітуда руху за всіма осями руху суглобів – декілька разів на день.

Активні вправи з допомогою необхідні в тих випадках, коли хворий не може виконувати їх сам. Вони є переходом до виконання активних вправ без допомоги.

Активні вправи без зайвої допомоги призначають, коли амплітуда рухів у суглобах та м'язова сила достатні. Активні вправи за опором призначають, коли покращала амплітуда рухів.

Проведення ЛФК у хворих РА рекомендується після прийому анальгетиків і міорелаксантів, які зменшують уранішню скутість і больовий синдром.

Фізичні вправи звичайно виконуються без предметів і з предметами: палиці, скакалки, кеглі, м'ячі, кульки, конуси. Окрім цього, використовуються лавки й гімнастичні стінки. Останнім часом використовуються спеціальні установки, де виконання вправ проводиться за допомогою підвісів, блоків і вантажів.

У заняття ЛФК включають ускладнену ходьбу з переступанням через предмети різної висоти й об'єму, вправи на координацію рухів і вироблення м'язово-суглобового відчуття, елементи спортивних ігор. Тривалість заняття лікувальною гімнастикою складає 30-35 хвилин. Продовжують багаторазове повторення самостійних занять протягом дня.

Також важливими є вправи для кистей рук і пальців. До них відносяться наступні: у стані спокою потрібно тримати пальці ввипрямленому вигляді; виконувати вправи (еспандером); повільно здійснювати обертальні, згинально-розгинальні рухи; постукувати пальцями і переміщати їх уздовж валика (гімнастичної палиці); притиснути долоні до столу, піднімати-опускати пальці; по чергово торкатися великим пальцем з іншими пальцями руки.

Отже, ЛФК залишається одним із найбільш важливих методів фізичної реабілітації, який знаходить широке застосування при ревматоїдному артриті з багатьма вираженими клінічними синдромами.

Висновки. Порушення рухової активності хворого на РА належать до основних факторів, що обмежують нормальну життєдіяльність людини. Це захворювання супроводжується деформаціями та контрактурами і в подальшому призводить до тимчасової та стійкої втрати працездатності і також підвищує зростання виходу на інвалідність внаслідок ураження опорно-рухової системи.