

Н.Г. Петровська

Г.Ф. Клубова

Інститут кардіології, Київ

## РЕЖИМИ РУХІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

**Резюме.** Запропоновані клініко-фізіологічні критерії режимів рухів у хворих на ревматоїдний артрит на стаціонарному етапі відновлювального лікування.

**Ключові слова:** ревматичні захворювання, режими руху, фізична реабілітація, критерії режиму руху, форми і методи лікувальної фізкультури.

Фізична реабілітація є невід'ємною складовою успішного лікування хворих з будь-якою патологією. Біологічною основою фізичних вправ є м'язова діяльність (рух) — сильний стимулятор життєвих функцій.

Режим руху розглядається як засіб лікувальної фізкультури (ЛФК), оскільки при правильній організації можна впливати на всю фізичну активність хворого, спрямовуючи і контролюючи її для правильного лікування (Динейка К., 1976; Мошков В.Н., 1977). Під час лікування хворого стан спокою і руху не повинні протиставлятися, оскільки і рух, і спокій (організовані) є елементами функціональної терапії (Hautchel H., Otto W., 1992; Старлинг Дж. Вест, 1999).

Масаж також є засобом ЛФК і як різновидність пасивної гімнастики за характером фізіологічного впливу на організм схожий з нею. Разом з фізичними вправами масаж сприяє посиленню терапевтичної дії.

Режим руху повинен точно відповідати фізичним можливостям хворих з огляду на ураження вісцеральних органів при ревматизмі, а також вік та масу тіла хворого (Schmid F.P., 1989; Harris E.D., 1993).

В системі комплексного відновлювального лікування ЛФК є основним методом. Застосування засобів ЛФК у пацієнтів з хронічними ревматичними захворюваннями значно підвищує ефективність їх лікування, попереджає виникнення анкілозу при ураженні суглобів, порушення їх рухливості, зміни в хребті та м'язах.

Розробляючи критерії режимів руху у хворих з такою патологією, ми брали до уваги особливості клінічного перебігу захворювання: вираженість, стадію захворювання, стан серцево-судинної сис-

теми, органів дихання з метою диференційовано-го та адекватного призначення форм і засобів ЛФК.

В гостру фазу артриту для пригнічення болю при збереженій функції суглобів рекомендується правильне положення хворого, контрольований спокій (збалансована програма періоду спокою та активності), ізометричні (статичні) вправи в положенні лежачи та сидячи. Необхідно проводити не менше трьох максимальних скорочень м'язів кінцівок в день тривалістю 6 с з перервою 20 с для збереження тону м'язів. Крім ізометричних вправ в уражених суглобах, слід проводити кінезотерапію в неуражених суглобах з метою збереження обсягу рухів в них. Витягання і вправи з навантаженням в гостру, підгостру фази протипоказані (Zveiter N.J., 1994).

Перед переходом до збільшення амплітуди рухів в суглобах необхідно підготувати м'язовий апарат, тобто проводити вправи на розтягування м'язів-згиначів і укріплення розгиначів. Кінезотерапію потрібно проводити при температурі 30–35 °С. Для лікування хворих на хронічний артрит використовують більше методів ЛФК (активні, активно-допоміжні, пасивні рухи), а також з опором або з поступово збільшувальним вантажем (Harris E.D., 1993).

Дозування ЛФК індивідуальне, але критеріями є поява або збільшення больового синдрому, втомлюваності, скутості після виконання вправ протягом 1–2 год, що є підставою для зменшення навантаження (Zveiter N.J., 1994).

До вправ, які підтримують нормальну ресорну функцію стопи, належать: підшовне згинання, ротація і пронація стопи, кругові рухи, катання круглої палиці стопою.

Знаючи завдання призначеного режиму руху, його зміст, можна найбільш раціонально використати методики ЛФК для повноцінного відновлю-

Таблиця

Клініко-фізіологічні критерії визначення режиму руху при фізичній реабілітації хворих на ревматоїдний артрит на етапі стаціонарного лікування

Критерії	Назва режиму				
	Палатний		Вільний		
	Постільний	Напівпостільний	Щадний	Щадно-тренувальний	Тренувальний
Ступінь активності запалення суглобів	Високий (III)	Високий (III)	Високий (III)	Помірний (II)	Мінімальний (I)
Функціональне порушення суглобів	III ступінь	III–II ступінь	II ступінь	I ступінь	I ступінь
Рентгенологічні прояви у суглобах і хребті	Значні (III–IV стадія)	Значні (III–IV стадія)	Значні (III стадія)	Помірні (II–I стадія)	Відсутні
Ураження вісцеральних органів (серцево-судинної, дихальної систем, органів травлення, сечовивідної системи)	Значно виражені	Значно виражені	Помірно виражені	Незначно виражені або відсутні	Відсутні
Ураження м'язової системи (аміотрофія)	Значно виражені	Значно виражені	Виражені	Незначні	Відсутні
Остеопороз	Виражений	Наявний	Наявний	Відсутній	Відсутній

вального лікування і попередження ускладнень (Коваленко В.Н., 1999).

Клініко-фізіологічні критерії визначення режиму руху для здійснення фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит на етапі стаціонарного лікування наведені у таблиці.

### ЗМІСТ РЕЖИМІВ РУХУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1. Постільний: лікування положенням, пасивні, активно-пасивні рухи за участю методиста, масаж. Цим вирішуються такі завдання:

- покращання загального стану хворого;
- стимулювання серцево-судинної та дихальної систем;
- попередження виникнення контрактур, деформацій та корекція наявних;
- зменшення спазму м'язів і болю.

2. Напівпостільний: активно-пасивні, активні рухи під час ранкової (РГ) та лікувальної (ЛГ) гімнастики, самостійне виконання завдань, ходіння по палаті, масаж, лікування положенням (у пацієнтів з хворобою Бехтерева).

3. Щадний: РГ, ЛГ в залі (з предметами, на предметах), масаж, гімнастика у воді, лікування положенням при хворобі Бехтерева.

Вирішуються завдання:

- активізація серцево-судинної та дихальної систем;
- збільшення загальної рухливості;
- покращання функції органів опорно-рухового апарату;
- вироблення правильного функціонального стереотипу уражених суглобів.

4. Щадно-тренувальний: РГ, ЛГ, велотренування, розроблення, розминання уражених суглобів на тренажерах, плавання, ходіння на лижах, малорухливі і рухливі ігри, ізометричні вправи, масаж, лікування положенням при хворобі Бехтерева.

5. Тренувальний: РГ, ЛГ, тренування з використанням різних тренажерів, плавання, ходіння на лижах, ігри.

Завдання:

- збільшення фізичної працездатності;
- відновлення рухливості уражених суглобів;
- зміцнення м'язів опорно-рухового апарату;
- підвищення витривалості серцево-судинної системи.

### ЛІТЕРАТУРА

Динейка К. (1976) Роль физической культуры в реабилитации больных. Биологические, психологические и социальные аспекты реабилитации. Вильнюс, с. 437–443.

Коваленко В.Н. (ред.) (1999) Ревматические болезни: критерии диагностики и программы лечения. Киев, 209 с.

Мошков В.Н. (1977) Лечебная физкультура в клинике внутренних болезней. Медицина, Москва, 180 с.

Старлинг Дж. Вест (1999) Секреты ревматологии (Пер. с англ.) БИНОМ, Москва; Невский диалект, Санкт-Петербург, 632 с.

Harris E.D. (1993) Clinical features of RA — Textbook of Rheumatology. Ed. by W.N. Kelley, p. 833–874.

Hautchel H., Otto W. (1992) Rheumatoid Arthritis eine Erkrankung. Leipzig.

Schmid F.P. (1989) Principles diagnosis and treatment of bone and joint infections Arthritis and Allied conditions Ed. McCardi D.J. Lea and Fiber, p. 1863–1891.

Zveiter N.J. (1994) Pannus and pannocytes Alternative models of joint destruction in RA. Arthr. Rheum., 37: 783–789.

### РЕЖИМЫ ДВИЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.Г. Петровская, А.Ф. Клубова

**Резюме.** Предложены клинико-физиологические критерии режимов движения у больных с ревматоидным артритом на стационарном этапе восстановительного лечения.

**Ключевые слова:** ревматические заболевания, двигательные режимы, физическая реабилитация, критерии двигательного режима, формы и методы лечебной физкультуры.

### THE REGIMENT OF MOVEMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATIC ARTHRITIS

N.G. Petrovscaja, A.F. Klubova

**Summary.** There are proposed the clinic-physiological indices of the movement regimen in patients with RA at the hospital stage of rehabilitation.

**Key words:** rheumatic morbid, the regiment of movement, physical rehabilitation, criteria of the movement regimen, forms and methods medicinal physical culture.

### Адреса для листування:

Клубова Ганна Федорівна  
03151, Київ, вул. Народного ополчення, 5  
Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска  
АМН України, відділ некоронарогенних  
захворювань і клінічної ревматології

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Курение, ревматоидные факторы и ревматоидный артрит

Houssien D., Scott D.L., Jonsson Th. (1998) Smoking, rheumatoid factors, and rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Diseases, 3: 175–176.

Приведены результаты обследования 59 больных с ревматоидным артритом. Средняя продолжительность заболевания составила 12 лет. С помощью нефелометрии и иммуноферментного ана-

лиза определяли наличие ревматоидных факторов (РФ) классов IgA и IgM в крови у больных. В период обследования 12 больных продолжали курить. У курящих уровень РФ был выше, чем у некурящих. Так, уровень РФ IgA и IgM был повышен у 67% курильщиков и у 26% некурящих. Полученные данные подтверждают результаты более ранних исследований о взаимосвязи курения с развитием ревматоидного артрита.