

ИЗМЕНЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В ПРОЦЕССЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДСТВАМИ КАРАТЭ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мирная А.В.

Крымский инженерно-педагогический университет

Аннотация. Во время реабилитации больных ревматоидным артритом установлена необходимость применения упражнений оздоровительного каратэ, которые вместе со значительным увеличением амплитуды движений в коленных суставах способствовали сохранению ее на протяжении длительного времени после курса реабилитации, тогда как при применении лечебной физической культуры амплитуда движений быстро снижалась.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, амплитуда движений, реабилитация, лечебная физическая культура, оздоровительное каратэ.

Анотація. Мирна А.В. Зміни рухливості колінних суглобів у процесі курсу реабілітації засобами карате у хворих ревматоїдним артритом. Під час реабілітації хворих на ревматоїдний артрит встановлено доцільність застосування вправ оздоровчого карате, які разом зі значним збільшенням амплітуди рухів в колінних суглобах сприяли збереженню її амплітуди на протязі тривалого часу після курсу реабілітації, тоді як при застосуванні лікувальної фізичної культури рухливість швидко знижувалась.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, амплітуда рухів, реабілітація, лікувальна фізична культура, оздоровлююче карате.

Annotation. Mirnaya A.V. Changes of motility of knee joints during a course of an aftertreatment means karate at patients with a pseudorheumatism. In the course of rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis the expediency of application therapeutic karate exercises was determined as the together with considerable expansion of amplitude of movements in knee-joints favoured the preservation of mobility over a long period of time, while with application of therapeutic physical training the mobility lowered rapidly.

Key words: rheumatoid arthritis, amplitude of mobility, rehabilitation, therapeutic physical training, therapeutic karate.

Введение

Ревматоидный артрит – системное воспалительное заболевание, характеризующееся развитием неконтролируемого иммунного воспаления синовиальной оболочки, разрушением суставного хряща и эрозированием подлежащей кости, что в свою очередь приводит к нарушению функции суставов, ограничению двигательной активности и потере трудоспособности [1, 2]. Ревматоидный артрит является наиболее тяжелой формой из всех заболеваний суставов. Кроме поражения суставов у многих больных имеются внесуставные системные проявления ревматоидного артрита. Он занимает одно из ведущих мест в ряду ревматических заболеваний, а по “тяжести клинической картины и своим последствиям (анкилозирование и внесуставные проявления) не имеет себе равных среди других форм артритов”[3, 4].

Этиология ревматоидного артрита до настоящего времени остается не вполне установленной, что обуславливает необходимость патогенетической направленности лечения [5, 6, 7].

В изучении патогенеза достигнуты немалые успехи, показано ведущее значение иммунологических реакций, роли нейроэндокринной регуляции, микроциркуляторных нарушений, наследственных, возрастных и других факторов [6, 8].

Ревматоидный артрит регистрируется во всех странах и среди взрослого населения встречается с частотой от 0,6 до 1,3%. Высокая частота ревматоидного артрита выявлена у родственников больных первой степени родства, особенно у лиц женского пола [9].

Ревматоидный артрит представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, так как вследствие возрастающей распространенности, особенно среди лиц трудоспособного возраста, прогрессирующее течение болезни приводит к частой инвалидизации. По статистике уже через 12 месяцев 10% больных теряют трудоспособность, через 5 лет – количество нетрудоспособных возрастает до 27%, через 10 лет – до 40-60% [5, 7, 9, 10].

В последнее десятилетие наметились реальные перспективы улучшения прогноза при ревматоидном артрите, однако, лечение больных по-прежнему является актуальной проблемой современной ревматологии. Комплексное лечение ревматоидного артрита включает медикаментозные препараты, ортопедо-хирургические способы восстановления, гемосорбцию и лимфоцитоплазмозферез, физические факторы. Существующие методы терапии улучшают качество жизни больного ревматоидным артритом, но не способны полностью остановить прогрессирующее ревматоидное заболевание.

Работа выполнена по плану НИР Крымского инженерно-педагогического университета.

Формулирование целей работы.

Целью данной работы является изучение влияния комплекса упражнений оздоровительного каратэ на подвижность коленных суставов, а также отдаленных результатов реабилитации у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. С целью изучения эффективности комплексов упражнений оздоровительного каратэ на подвижность коленных суставов была набрана группа больных ревматоидным артритом без внесуставных проявлений с медленно прогрессирующим течением, активностью воспалительного процесса I

степени, I-II рентгенологической стадии, функциональной недостаточностью суставов I-II стадии. Всем больным диагноз устанавливали в соответствии с критериями Американской ревматологической Ассоциации (1990). Длительность заболевания $5,8 \pm 4,3$ г. Возраст больных – $30,1 \pm 0,96$. В исследовании приняли участие 22 женщины, которые в свою очередь были поделены на 2 группы – контрольную и экспериментальную. Больные экспериментальной группы выполняли упражнения оздоровительного каратэ, контрольной – общепринятый комплекс лечебной физической культуры. В обеих группах занятия проводились через день в течение 3 месяцев. Продолжительность занятий в обеих группах по длительности была одинаковой – от 20 до 30 минут.

Подвижность коленных суставов оценивалась по нейтральному 0-проходящему методу (по Молье). Измерялась экстензия, флексия, а из этих двух показателей вычислялась амплитуда движений в коленных суставах. Эти три показателя измерялись до, после и через 6 месяцев после курса реабилитации.

Результаты исследований и их обсуждение

Комплекс реабилитации больные переносили хорошо, отказов от выполнения упражнений или их непереносимости зарегистрировано не было. Кроме того, упражнения способствовали коррекции психоэмоционального статуса больного.

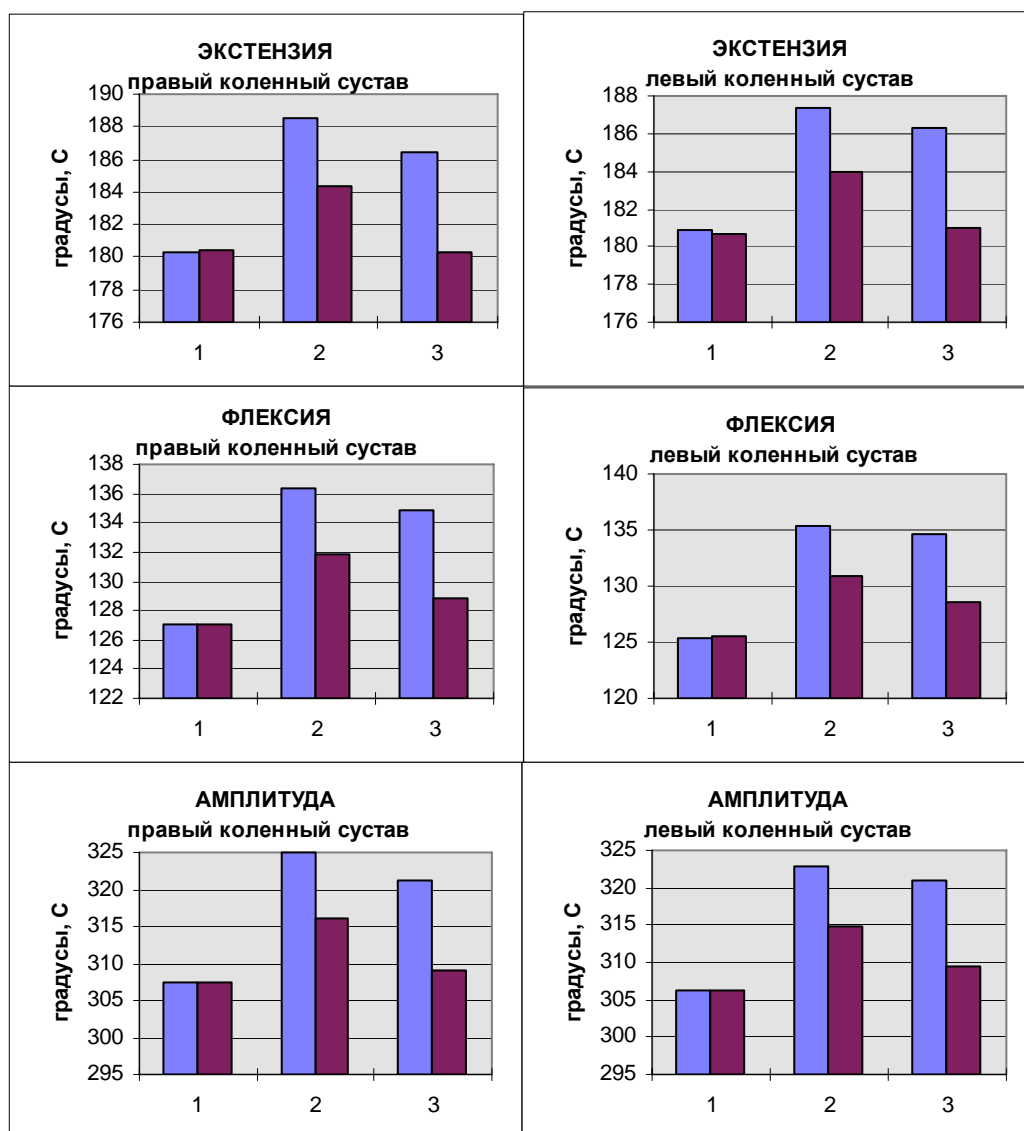


Рис. 1. Изменение экстензии, флексии и амплитуды движений в коленных суставах у больных ревматоидным артритом экспериментальной (светлая заливка) и контрольной (темная заливка) групп до курса реабилитации (1), после него (2) и через 6 месяцев (3) после курса реабилитации.

Результаты исследования показали, что положительный эффект наблюдался как в экспериментальной, так и в контрольной группах после проведения занятий ($P < 0,01$). Вместе с тем, эффективность занятий оздоровительным каратэ была в среднем в 2 раза выше по всем исследуемым показателям. Отдаленный реабилитационный эффект также в экспериментальной группе был выше, чем в контрольной. Однако снижение подвижности суставов через 6 месяцев после реабилитации наблюдалось в обеих группах ($P < 0,05$).

Как показано на рисунке 1, в правом коленном суставе у больных ревматоидным артритом происходили следующие изменения подвижности:

- экстензия в экспериментальной группе до реабилитации составила $180,3 \pm 1,03$, после $-188,5 \pm 0,94$, т.е. увеличилась на 4,5%, через 6 месяцев снизилась до $186,4 \pm 0,75$, т.е. - на 1,1%. В контрольной же группе увеличение экстензии после реабилитации зарегистрировано на 2,2%, через 6 месяцев снизилась на 2,2%, т.е. вернулась к прежнему уровню;

- флексия в экспериментальной группе составила $127,0 \pm 1,34$, после $-136,4 \pm 0,81$, т.е. увеличилась на 7,4%, через 6 месяцев снизилась до $134,8 \pm 1,98$, т.е. - на 1,2%. В контрольной группе увеличение флексии после курса реабилитации зарегистрировано на 3,9%, через 6 месяцев снизилась на 2,4%;

- амплитуда в экспериментальной группе составила $307,4 \pm 1,61$, после $-325,0 \pm 1,08$, т.е. увеличилась на 5,7%, через 6 месяцев снизилась до $321,2 \pm 1,65$, т.е. - на 1,2%. В контрольной группе увеличение амплитуды после курса реабилитации зарегистрировано на 2,8%, через 6 месяцев снизилась на 2,3%.

Аналогичная картина наблюдалась в левом суставе:

- экстензия в экспериментальной группе до реабилитации составила $180,9 \pm 1,16$, после $-187,4 \pm 0,94$, т.е. увеличилась на 3,6%, через 6 месяцев снизилась до $186,3 \pm 0,75$, т.е. - на 0,6%. В контрольной же группе увеличение экстензии после реабилитации зарегистрировано на 1,8%, через 6 месяцев снизилась на 1,6%;

- флексия в экспериментальной группе составила $125,3 \pm 2,04$, после $-135,4 \pm 1,28$, т.е. увеличилась на 8%, через 6 месяцев снизилась до $134,6 \pm 1,86$, т.е. - на 0,6%. В контрольной группе было зарегистрировано увеличение флексии после курса реабилитации на 4,3%, через 6 месяцев снизилась на 1,8%;

- амплитуда в экспериментальной группе составила $306,2 \pm 2,88$, после $-322,8 \pm 1,91$, т.е. увеличилась на 5,4%, через 6 месяцев снизилась до $320,9 \pm 2,14$, т.е. на 0,6%. В контрольной группе увеличение амплитуды после курса реабилитации зарегистрировано на 2,8%, через 6 месяцев снизилась на 1,7%.

Выводы.

1. Упражнения оздоровительного каратэ в процессе курса реабилитации по сравнению с лечебной физической культурой не только значительно увеличивали амплитуду движений в коленных суставах, но и позволяли сохранять ее в течение длительного времени, тогда как после курса лечебной физической культуры она быстро снижается.

2. Физическая активность такого рода не только не увеличивает повреждения суставов, но и препятствует дальнейшему разрушению суставного хряща и эрозированию подлежащей части кости (подтверждено рентгенологическими исследованиями).

3. Разработанный реабилитационный комплекс упражнений оздоровительного каратэ можно рекомендовать больным ревматоидным артритом с активностью воспалительного процесса I-II степени, I-II рентгенологической стадии, функциональной недостаточностью суставов I-II стадии, так как он является адекватным и эффективным.

Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения других проблем изменения подвижности коленных суставов в процессе курса реабилитации средствами каратэ у больных ревматоидным артритом.

Список литературы

1. Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит.- В кн. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. – М.: Медицина, 1997.- С. 257-294.
2. Callahan L.F. The burden of rheumatoid arthritis: facts and figures//J. Rheumatol.- 1998.- Vol.25 (Suppl.53). p.8-12.
3. Секреты ревматологии /Под ред.проф. В.Н.Хирманова. – М.: Бином. СПб: Невский диалект, 1999.- 767 с.
4. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани: Руководство для врачей /М.: Медицина, 1994.- 544 с.: ил.
5. Дормидонтов Е.Н. Ревматоидный артрит.– М.: Медицина, 1987.- 176 с.
6. Збродский А.Б. Ревматизм, ревматоидный артрит и проблемы гомеорезиса.- Саратов: Изд-во Сарат. Ун-та, 1989.- 336 с.
7. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение /Под ред. В.Н.Коваленко. – К.: МОРИОН, 2001.- 272 с.
8. Van der Heijde D., Kalden J., Scoott D. et al. Long-term evaluation of radiographic disease progression in patients with rheumatoid arthritis treated with leflunomide beyond 2 years//Ann.Rheum.Dis.- 2002.- Vol.61 (Suppl.1). – P. 169-170.
9. Ревматические болезни /Под ред. В.А.Насоновой.- М.: Медицина, 1997.-537 с.
10. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов.- М.: Медицина, 1990.- 340 с.: ил.
11. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина.- М.: Медицина, 1999.- 304 с.
12. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика.- Минск.: Наука и техника, 1978.-512 с.
13. Травматология и ортопедия /Руководство для врачей: В 3-х томах. Т.1. Под ред. Ю.Г.Шапошникова.- М.: Медицина, 1997.- 656 с.: ил.
14. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры /Под ред.проф. С.Н.Попова. - Ростов-на-Дону: Еникс, 1999.- 405 с.
15. Emery P. How to manage rheumatoid arthritis.- Searle, 2001.