

УДК 616

https://doi.org/10.33619/2414-2948/54/20

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

©*Утепбергенова Г. Т., Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Нукус, Узбекистан*

©*Календерова Г. К., Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Нукус, Узбекистан*

©*Турсынбекова Х. К., Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Нукус, Узбекистан*

VALUE OF PHYSICAL ACTIVITY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

©*Utepbergenova G., Tashkent Pediatric Medical Institute, Nukus, Uzbekistan*

©*Kalenderova G., Tashkent Pediatric Medical Institute, Nukus, Uzbekistan*

©*Tursynbekova H., Tashkent Pediatric Medical Institute, Nukus, Uzbekistan*

Аннотация. Представлен обзор литературы, посвященной прогнозу при ревматоидном артрите, физической активности детей, ее роли в развитии функциональных проблем, вызывающих ограничение жизнедеятельности и снижение качества жизни, а также эффективности физических упражнений (лечебной физкультуры — ЛФК) в лечении данной патологии. Особое внимание уделено хорошей переносимости ЛФК, которую ряд авторов называет дополнительным лечением больных ревматоидном артритом, улучшающим функциональное состояние, но не влияющим на течение и исход заболевания.

Abstract. A review of the literature on the prognosis of rheumatoid arthritis, physical activity of patients, its role in the development of functional problems that cause restriction of life and decrease in the quality of life, as well as the effectiveness of physical exercise (exercise therapy, physical therapy) in the treatment of this pathology. Particular attention is paid to the good tolerability of exercise therapy, which some authors call additional treatment of patients with rheumatoid arthritis, improving the functional state, but not affecting the course and outcome of the disease.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, физическая активность, лечебная физкультура, реабилитация.

Keywords: rheumatoid arthritis, physical activity, physical therapy, rehabilitation.

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое воспалительное заболевание неясной этиологии, для которого характерно поражение периферических синовиальных суставов и периартикулярных тканей, сопровождающееся аутоиммунными нарушениями и способное приводить к деструкции суставного хряща и кости, а также к системным воспалительным изменениям [1]. Терапия ревматоидного артрита по-прежнему остается одной из наиболее актуальных проблем в современной ревматологии. Прогрессирующее течение заболевания, высокая частота поражения лиц трудоспособного возраста, рано возникающее снижение функциональных способностей, потеря профессиональных и социальных навыков, значительная инвалидизация больных представляют серьезную общемедицинскую и



социальную проблему, приводя к огромным экономическим потерям. Через 20 лет от начала заболевания 60–90% пациентов теряют трудоспособность, а 1/3 — становятся полными инвалидами [2].

В настоящее время, наряду с разработкой новых фармакологических подходов и схем, существенное внимание уделяется проблеме медицинской, профессиональной и социальной реабилитации больных РА.

Реабилитация — это комбинированное и координированное применение медицинских, педагогических, социальных и профессиональных мероприятий с целью сведения к минимуму функциональных нарушений и их негативных влияний на жизнь больного, достижения оптимума трудоспособности, увеличения степени самостоятельности во всех сферах жизнедеятельности и социальной адаптации [3–4].

Физическая активность рассматривается как важная часть лечения больных. Цель терапии — сохранить (или восстановить) адекватный уровень физической активности, снижение которой связано с заболеванием. В терапии РА профилактика нарушения функции сустава и обучение физиологическим движениям является важным условием сохранения физической активности.

Регулярные, длительно выполняемые упражнения улучшают кровоснабжение тканей кислородом, повышают силу мышц на 27–57%, улучшают подвижность суставов, функциональные возможности и настроение у 57% пациентов. Подчеркивается необходимость проведения дальнейших исследований, чтобы выделить параметры дифференцированного назначения физических упражнений в определенных подгруппах пациентов для сопоставления результатов [5].

Интересен анализ трех исследований эффективности интенсивных физических тренировок у детей пациентов с РА и их влияния на активность заболевания [6]. Так, в рандомизированном исследовании изучался эффект интенсивных тренировок и традиционного курса ЛФК у больных с активным артритом.

Регулярное выполнение физических упражнений средней интенсивности не оказывает отрицательного влияния на активность болезни и прогрессирование деструкции суставов по данным инструментальных методов исследования. Отмечается, что даже при выполнении упражнений с нагрузкой в активной фазе заболевания не выявлено прогрессирования деструкции мелких суставов [6].

Лечебная физкультура с использованием парафиновых шариков с применялась на занятиях по трудотерапии для больных склеродермией. Комплекс физических упражнений, в основном для пациентов с РА, был разработан Т. М. Павленко [7–8].

А. К. Long и К. А. Rouster–Stevens [9], освещают вопросы физической активности, особенностей развития пациентов РА, их влияния на качество жизни и роли регулярных физических нагрузок. Пациенты с ЮИА менее активны, быстрее утомляются, чем их сверстники. Подростки, страдающие артритом, имеют низкий уровень физической активности, менее энергичны, больше времени проводят в постели и только 22% ежедневно выполняют рекомендации, связанные с физической активностью [9–13].

Из осложнений развития больных РА выделяют задержку роста. Следствием недостаточной физической активности детей с РА является снижение минеральной плотности кости. Этот фактор сочетается с активностью заболевания и использованием глюкокортикоидов. Подчеркивается, что данные изменения наиболее выражены при полиартикулярном поражении, причем они развиваются и у пациентов, находящихся в ремиссии. Низкая физическая активность приводит к функциональным нарушениям, наиболее выраженным при полиартикулярном варианте заболевания у дошкольников и

младших школьников. Фактором риска развития тяжелых функциональных нарушений является ограничение движений в плечевых и тазобедренных суставах [14]. У детей с РА выявлено снижение аэробных и анаэробных возможностей и потребления кислорода. Это снижение коррелирует с давностью заболевания и сочетается с мышечной атрофией и физической неактивностью [15]. Существует корреляция физической неактивности с низким уровнем жизни не только в физической, но и в психосоциальной сфере [9]. Низкая физическая активность приводит к ограничению жизнедеятельности и снижению социальной активности. Показано, что регулярные упражнения оказывают положительный эффект на развитие скелета. Увеличение мышечной массы и соответственно увеличение костной массы при регулярных упражнениях помогают предотвратить скелетные изменения [16].

ЛФК является важной частью лечения больных РА, но необходимо учитывать активность заболевания и степень деструктивных изменений суставов и не допускать появления боли при выполнении упражнений. В этом случае степень нагрузок должна быть пересмотрена. В заключение авторы обзора утверждают, что [9].

Подчеркивается важность домашних занятий, улучшающих взаимоотношения между родителями и детьми и способствующих развитию здорового образа жизни в семье.

ЛФК у больных РА является основным элементом реабилитационного комплекса на всех этапах. Физические упражнения, направленные на увеличение диапазона движений, силы мышц и улучшение общего физического состояния, должны обязательно включаться в комплексное лечение ревматологических больных. В двигательной реабилитации пациентов с РА применились групповые и индивидуальные занятия ЛФК, комплексы упражнений для кистей с элементами трудотерапии, обучения лечебным положениям и формированию правильного функционального стереотипа и силовые тренировки.

Основные задачи ЛФК при РА следующие:

1. предупреждение и коррекция функциональных нарушений;
2. уменьшение болевого синдрома путем приспособления суставов к дозированной нагрузке;
3. укрепление мышечной системы, борьба с гипотрофией и атрофией мышц;
4. повышение общего тонуса и трудоспособности.

Таким образом, предложенные программы силовых и аэробных физических тренировок высокой длительности и интенсивности, упражнений для кистей улучшают функциональный статус, аэробные возможности, увеличивают мышечную силу и объем движений в суставах и снижают активность болезни у больных РА.

Проведенный анализ литературы позволяет нам сделать следующее заключение: дети с РА отстают от сверстников в физическом развитии, что может являться причиной психологических и социальных проблем. Основным методом предотвращения физической неполноценности является своевременная и адекватная медикаментозная терапия. Одной из причин отставания в физическом развитии у пациентов с РА, наряду с признаками заболевания (болью и функциональными нарушениями), является низкая физическая активность. Дополнительным методом лечения служит физическая активность — индивидуально подобранная для решения конкретных задач ЛФК. Адекватно подобранная программа ЛФК не вызывает обострения заболевания и прогрессирования деструктивных изменений в суставах. В стадии ремиссии возможно подключение таких элементов физкультуры, как плавание, катание на велосипеде (при исключении перегрузок и резких движений). ЛФК улучшает функциональное и эмоциональное состояние пациента, но не влияет на течение и исход заболевания. Рекомендации по ЛФК пациенты с РА должны получать на всех этапах наблюдения (стационар, поликлиника, реабилитационный центр).

Список литературы:

1. Каратеев Д. Е. Современная медикаментозная терапия ревматоидного артрита // Лечащий врач. 2007. №2. <https://www.lvrach.ru/2007/02/4534789/>
2. Орлова Е. В., Каратеев Д. Е., Кочетков А. В., Арсеньев А. О., Сурнов А. В. Восстановительное лечение и реабилитация больных ревматоидным артритом: современное состояние проблемы. Часть I - двигательная реабилитация, ортезирование, образовательные программы // Научно-практическая ревматология. 2011. №6. 78-89.
3. Григорьева В. Д. Медицинская реабилитация больных с воспалительными заболеваниями суставов // Медицинская реабилитация: рук-во в 3-х т. / под ред. В. М. Боголюбова. М.-Смоленск, 2007. Т. 2. С. 207-276.
4. Медицинская реабилитация / под ред. В. А. Епифанова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 328 с.
5. Iversen M. D. Moving the research agenda in rehabilitative rheumatology: where are we going now and how will we get there? // Curr Opin Rheum. 2005. V. 17. P. 157-159. <https://doi.org/10.1097/01.bor.0000152667.18623.93>
6. De Long Z. U., Viet T. P., Vlieland M. Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis // Curr Opin Rheumatol. 2005. V. 17. P. 177-182. <https://doi.org/10.1097/01.bor.0000151400.33899.88>
7. Павленко Т. М., Муар М. М., Лебедева Т. И., Трофимова М. Г. Методы исследования функции кисти у больных ревматоидным артритом // Вопросы ревматологии. 1980. №4. С. 10-4.
8. Павленко Т. М. Реабилитация ревматологических больных - основные задачи и принципы научных исследований // Вопросы ревматологии. 1981. №4. С. 8-11.
9. Long A. R., Rouster-Stevens K. A. The role of exercise therapy in the management of juvenile idiopathic arthritis // Current opinion in rheumatology. 2010. V. 22. №2. P. 213-217. <https://doi.org/10.1097/BOR.0b013e328335d1a2>
10. Henderson C. J., Lovel L. D. J., Specker B. L. Physical activity in children with rheumatoid arthritis: quantifications and evaluations // Arthir Care Res. 1995. V. 8. P. 114-9. <https://doi.org/10.1002/art.1790080210>.
11. Takken T., van der Net J., Kuis W., Helders P. J. Physical activity and health related physical fitness in children with juvenile idiopathic arthritis // Annals of the rheumatic diseases. 2003. V. 62. №9. P. 885-889. <https://doi.org/10.1136/ard.62.9.885>
12. Ringold S., Wallace C. A., Rivara F. P. Health-related quality of life, physical function, fatigue, and disease activity in children with established polyarticular juvenile idiopathic arthritis // The Journal of rheumatology. 2009. V. 36. №6. P. 1330-1336. <https://doi.org/10.3899/jrheum.081028>
13. Lelieveld O. T., Armbrust W., Van Leeuwen M. A., Duppen N., Geertzen J. H., Sauer P. J., Van Weert E. Physical activity in adolescents with juvenile idiopathic arthritis // Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology. 2008. V. 59. №10. P. 1379-1384. <https://doi.org/10.1002/art.24102>
14. Van der Net J., van der Torre P., Engelbert R. H., et al. Motor performance and functional ability in preschool-and early school-aged children with Juvenile Idiopathic Arthritis: a cross-sectional study // Pediatric Rheumatology. 2008. V. 6. №1. P. 2. <https://doi.org/10.1186/1546-0096-6-2>

15. Van Brussel M., Lelieveld O. T., van der Net J., Engelbert R. H., Helders P. J., Takken T. Aerobic and anaerobic exercise capacity in children with juvenile idiopathic arthritis // *Arthritis Care & Research*. 2007. V. 57. №6. P. 891-897. <https://doi.org/10.1002/art.22893>

16. Fuchs R. K., Snow C. M. Gains in hip bone mass from high-impact training are maintained: a randomized controlled trial in children // *The Journal of pediatrics*. 2002. V. 141. №3. P. 357-362. <https://doi.org/10.1067/mpd.2002.127275>

References:

1. Karateev, D. E. (2007). Sovremennaya medikamentoznaya terapiya revmatoidnogo artrita. *Lechashchii vrach*, (2). <https://www.lvrach.ru/2007/02/4534789/>

2. Orlova, E. V., Karateev, D. E., Kochetkov, A. V., Arsenev, A. O., & Surnov, A. V. (2011). Vosstanovitel'noe lechenie i reabilitatsiya bol'nykh revmatoidnym artritom: sovremennoe sostoyanie problemy. Chast' I - dvigatel'naya reabilitatsiya, ortezirovanie, obrazovatel'nye programmy. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*, (6), 78-89.

3. Grigoreva, V. D. (2007). Meditsinskaya reabilitatsiya bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevaniyami sustavov. In *Meditsinskaya reabilitatsiya: ruk-vo v 3-kh t.*, by ed. V. M. Bogolyubova. Moscow-Smolensk, v. 2, 207-276.

4. Epifanov, V. A. (ed.). (2008). Meditsinskaya reabilitatsiya. Moscow, MEDpress-inform, 328.

5. Iversen, M. D. (2005). Moving the research agenda in rehabilitative rheumatology: where are we going now and how will we get there? *Curr Opin Rheum.*, 17, 157-159. <https://doi.org/10.1097/01.bor.0000152667.18623.93>

6. De Long, Z. U., Viet, T. P., & Vlieland, M. (2005). Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.*, 17, 177-182. <https://doi.org/10.1097/01.bor.0000151400.33899.88>

7. Pavlenko, T. M., Muar, M. M., Lebedeva, T. I., & Trofimova, M. G. (1980). Metody issledovaniya funktsii kisti u bol'nykh revmatoidnym artritom. *Voprosy revmatologii*, (4), 10-4.

8. Pavlenko, T. M. (1981). Reabilitatsiya revmatologicheskikh bol'nykh - osnovnye zadachi i printsipy nauchnykh issledovaniy. *Voprosy revmatologii*, (4), 8-11.

9. Long, A. R., & Rouster-Stevens, K. A. (2010) The role of exercise therapy in the management of juvenile idiopathic arthritis. *Current opinion in rheumatology*, 22(2), 213-217. <https://doi.org/10.1097/BOR.0b013e328335d1a2>

10. Henderson, C. J., Lovel, L. D. J., & Specker, B. L. (1995). Physical activity in children with rheumatoid arthritis: quantifications and evaluations. *Arthir Care Res.*, 8, 114-119. <https://doi.org/10.1002/art.1790080210>.

11. Takken, T., van der Net, J., Kuis, W., & Helders, P. J. (2003). Physical activity and health related physical fitness in children with juvenile idiopathic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 62(9), 885-889. <https://doi.org/10.1136/ard.62.9.885>

12. Ringold, S., Wallace, C. A., & Rivara, F. P. (2009). Health-related quality of life, physical function, fatigue, and disease activity in children with established polyarticular juvenile idiopathic arthritis. *The Journal of rheumatology*, 36(6), 1330-1336. <https://doi.org/10.3899/jrheum.081028>

13. Lelieveld, O. T., Armbrust, W., van Leeuwen, M. A., Duppen, N., Geertzen, J. H., Sauer, P. J., van Weert, E. (2008). Physical activity in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 59(10), 1379-1384. <https://doi.org/10.1002/art.24102>

14. Van der Net, J., van der Torre, P., Engelbert, R. H., & al. (2008). Motor performance and functional ability in preschool-and early school-aged children with Juvenile Idiopathic Arthritis: a cross-sectional study. *Pediatric Rheumatology*, 6(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1546-0096-6-2>
15. Van Brussel, M., Lelieveld, O. T., van der Net, J., Engelbert, R. H., Helders, P. J., & Takken, T. (2007). Aerobic and anaerobic exercise capacity in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care & Research*, 57(6), 891-897. <https://doi.org/10.1002/art.22893>
16. Fuchs, R. K., & Snow, C. M. (2002). Gains in hip bone mass from high-impact training are maintained: a randomized controlled trial in children. *The Journal of pediatrics*, 141(3), 357-362. <https://doi.org/10.1067/mpd.2002.127275>

Работа поступила
в редакцию 22.03.2020 г.

Принята к публикации
28.03.2020 г.

Ссылка для цитирования:

Утепбергенова Г. Т., Календерова Г. К., Турсынбекова Х. К. Значение физической активности при реабилитации больных ревматоидным артритом // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №5. С. 157-162. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/54/20>

Cite as (APA):

Utepbergenova, G., Kalenderova, G., & Tursynbekova, H. (2020). Value of Physical Activity in Rehabilitation of Patients With Rheumatoid Arthritis. *Bulletin of Science and Practice*, 6(5), 157-162. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/54/20>