

## ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН 45–55 ЛЕТ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

**Вера Приходько, Илона Титова**

*Учреждение образования «Белорусский государственный  
университет физической культуры»*

Болезни костно-мышечной системы рассматриваются во всем мире как одни из наиболее распространенных патологий современного общества. В настоящее время многие люди страдают заболеваниями суставов. Одним из наиболее распространенных среди них является остеоартроз. Частота встречаемости остеоартроза коррелирует с возрастом, резко увеличиваясь после 45 лет, при этом у лиц старше 50 лет регистрируется у 1/3, а в возрасте старше 60 лет – у 80–97 % [1]. Однако отдельные случаи остеоартроза встречаются даже в возрасте 16–25 лет. Эти заболевания снижают качество жизни, так как ограничивают движения. Среди причин инвалидности с высоким уровнем утраты трудоспособности остеоартроз занимает третье место и по уровню временной нетрудоспособности – пятое место.

Среди дистрофических поражений крупных суставов одним из наиболее часто встречающихся является гонартроз, при этом в группе лиц трудоспособного возраста встречается у 19%, у лиц старше 70 лет – у 40%. Частота заболевания среди женщин примерно в два раза выше, чем у мужчин [2].

Вследствие этого заболевания нарушается кровообращение, обмен веществ, межмышечная координация, биомеханика коленного сустава и развивается дегенеративно-дистрофический процесс в суставном хряще и окружающих мягких тканях, в связи с этим ухудшается качество жизни больного [3]. Со временем гонартроз прогрессирует и зачастую требует оперативного вмешательства. Назначаемые фармакологические препараты применяются длительно и это может приводить к побочным эффектам. В связи с указанным большую актуальность приобретают немедикаментозные методы лечения, которые способствуют восстановлению функций коленного сустава и профилактике развития патологического процесса. Поэтому разработка и экспериментальное обоснова-

ние комплексных программ восстановления остается необходимым и оправданным.

**Цель:** разработать, апробировать и изучить эффективность программы восстановления женщин 45–55 лет, страдающих гонартрозом.

Настоящее исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии». Под наблюдением находились 20 женщин, страдающих гонартрозом, средний возраст которых составил  $53 \pm 0,6$  года.

Применялись следующие методы исследования: анкетирование, антропометрия (рост, масса тела, индекс массы тела) изучение функционального состояния ССС (пульс, АД в покое), педагогическое тестирование (оценка силовой выносливости мышц задней поверхности бедра, четырёхглавой мышцы бедра и подвздошно-поясничной мышцы, гибкости коленного и тазобедренного суставов).

В начале исследования по результатам теста «Суммарный индекс Лекена» установлено, что у 15 % женщин средняя тяжесть гонартроза (5–7 баллов), у 70 % выраженная (8–10 баллов), у 10 % – значительно выраженная (11 баллов), у 5 % – резко выраженная (13 баллов). При этом установлено, что слабая боль встречается у 20 % (3–4 балла) исследуемых, боль средней интенсивности у 40 % (5–6 баллов), значительно выраженная у 40 % (7–9 баллов). Уровень физического развития всех женщин по показателю массы тела выше среднего (индекс массы тела выше нормативных величин). У обследуемых снижено функциональное состояние ССС, о чём свидетельствует повышенное АД в покое практически у всех женщин. При анализе результатов тестов, характеризующих гибкость коленного и тазобедренного суставов установлено, что угол их сгибания снижен на 40 % и 10 % соответственно по сравнению с физиологической нормой. Нами изучена силовая выносливость мышц задней поверхности бедра, четырёхглавой мышцы, прямой мышцы бедра и подвздошно-поясничной мышцы, которые оценивались в динамике.

В ГУ «РНПЦТО» программа лечения больных с гонартрозом включала: лечебную гимнастику – 5 раз в неделю по 45 мин, массаж – 5 раз в неделю по 10 мин, физиопроцедуры – 5 раз в неделю, механотерапию (велотренажер) – 5 раз в неделю по 10 мин.

Учитывая полученные результаты обследования, разработана программа восстановления, которая заключалась в:

- – коррекции основной части занятия ЛГ с введением упражнений с постизометрической релаксацией для снижения болевого синдрома, уменьшения напряжения мышц, восстановления более полного объема движений в суставе и специальных упражнений для развития силовых способностей мышц, окружающих коленный сустав;
- – изменении занятий механотерапией – 5 раз в неделю по 10 мин. На первой и второй неделе применялись нагрузки на велотренажере, на третьей неделе – на степпере. Цель – восстановление мышечной силы, мобильности коленного сустава и профилактика контрактур.

Дополнительно введены:

- – гидрокинезотерапия 5 раз в неделю по 45 мин. Цель – оказать болеутоляющее действие на сустав, улучшить кровообращение, расслабить напряженные мышцы, увеличить амплитуду движений в суставе, улучшить функции мышц, стабилизирующих пораженный сустав;
- – самостоятельные занятия 2 раза в неделю по 15 мин. для укрепления мышц ног;
- – криотерапия области коленного сустава через день по 5 мин, которая направлена на снижение воспаления, обезболивание.

Все женщины разделены на две группы экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ), по 10 человек в каждой. Больные экспериментальной группы занимались в течении трёх недель по разработанной программе. После применения разработанной программы восстановления пациенты вновь обследованы по ранее описанным методам. Оказалось, что число женщин со слабой интенсивностью боли (3–4 балла) увеличилось на 50% в ЭГ, а в КГ на лишь 30%, со средней интенсивностью боли снизилось на 10% в ЭГ, а в КГ увеличилось на 10%. Очевидно, что более выраженное снижение болевого синдрома характерно для женщин ЭГ.

Масса тела почти не изменилась в связи с тем, что исследование длилось небольшой промежуток времени. Оценивая функциональное состояние ССС, необходимо отметить, что показатели пульса, САД и ДАД снизились как в ЭГ так и в КГ, но у лиц ЭГ эти изменения более

значимы и свидетельствуют о более выраженной экономизации у них деятельности ССС (рис. 1).

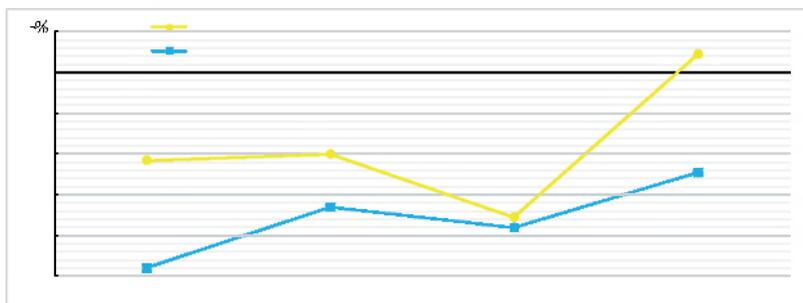


Рис. 1. Динамика показателей деятельности сердечно-сосудистой системы после проведения комплексной программы восстановления

После проведения программы восстановления в ЭГ и КГ повысились все изучаемые показатели физической подготовленности, однако более выраженная динамика характерна для представителей ЭГ. Так, гибкость коленного и тазобедренного суставов увеличилась на 5% больше в ЭГ по сравнению с КГ. Показатели силовой выносливости мышц задней поверхности бедра, четырёхглавой мышцы и подвздошно-поясничной мышц улучшились в ЭГ на 10–70 %, а в КГ – на 15–45 %, причём разность в приросте этих показателей составила от 7 до 30 % (рис. 2).

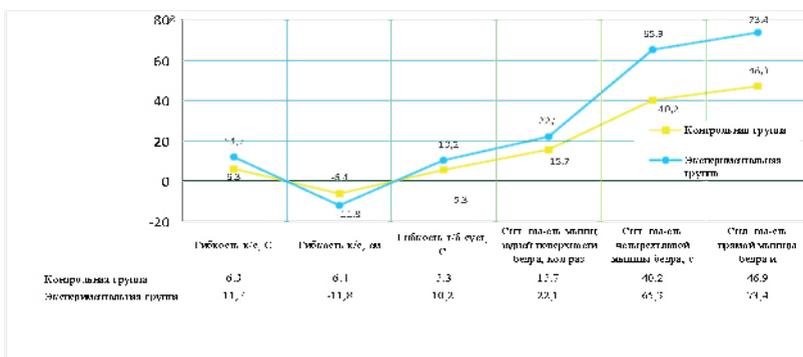


Рис. 2. Динамика показателей физической подготовленности после проведения комплексной программы восстановления

**Заключення.** Результати приведенного дослідження показали, що розроблена програма відновлення привела к більш значимому удосконаленню функцій колінного сугава і може бути рекомендована для відновлення пацієнтів с гонартрозом на стаціонарному етапі лічення.

*Література:*

1. Епифанов В.А. Средства физической реабилитации в терапии остеоартроза / В.А. Епифанов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2008. – № 1(49). – С. 3–12.
2. Лесняк О.М. Диагностика, лечение остеоартроза и реабилитации больных в условиях общей врачебной практики: Учеб. пособие для врачей-курсантов, клинических ординаторов и интернов кафедры семейной медицины / О.М. Лесняк. – М., 2005 – 38 с.
3. Сазонова Н.В. Динамометрические показатели мышц нижних конечностей у больных остеоартрозом / Н.В. Сазонова, В. А. Щур // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова: научно-практ. журнал. – 2008. – № 4 – С. 40–43.

## ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ

**Тетяна Цюпак, Юрій Цюпак, Віктор Драченко**

*Східноєвропейський національний університет  
імені Лесі Українки, м. Луцьк*

**Постановка проблеми.** Варикозна хвороба (ВХ) – розширення поверхневих вен нижніх кінцівок із неспроможністю клапанів і порушенням кровотоку. Вона може бути самостійним захворюванням або симптомом іншої хвороби [1].

“Українською особливістю” хронічних захворювань вен нижніх кінцівок є висока (45%) частота розвитку венозних виразок у віці 40–60 років. В той час, як у світі це ускладнення розвивається найчастіше після 80-ти років. Одним з факторів, що призводить до розширення вен нижніх кінцівок може бути особливості професійної діяльності –