

УДК 615.825 : 616.72–002”465”

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ II ЗРІЛОГО ВІКУ З АНКІЛОЗУЮЧИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ У ПІСЛЯЛІКАРНЯНИЙ ПЕРІОД

Оксана ГУЗІЙ, Віра БУДЗИН, Наталя ЖАРСЬКА, Ольга РЯБУХА

*Львівський державний університет фізичної культури*

**Анотація.** В статті розглядаються основні проблеми щодо рухливості хребта у осіб з анкілозуючим спондилоартритом, а також подано методику фізичної реабілітації для цього контингенту осіб у післялікарняний період, яка розроблена шляхом синтезу спеціальних фізичних вправ і масажу. Запропонована методика сприяє сповільненню прогресування такої патології і збереження рухливості у всіх відділах хребетного стовпа.

**Ключові слова:** анкілозуючий спондилоартрит, фізична реабілітація, хребет, пацієнти.

**Постановка проблеми.** Впродовж життя практично кожній людині доводиться відчувати біль шиї, спини та крижі. Найважчою формою патологічного процесу в хребті є анкілозуючий спондилоартрит. На цей час це захворювання виявлено у 2,6% усього населення світу [3, 6].

Поширеність захворювання в Україні становить понад 18 осіб на 100 тис. населення (коливання від 32,2 на 100 тис. в Івано-Франківській області до 5,6 на 100 тис. – в Миколаївській) [1, 2].

Збільшенню кількості хворих анкілозуючим спондилоартритом на сьогодні сприяє те, що захворювання розпізнається лише через 6–7 років, тобто коли стає занадто пізно [3].

Характерне для даного захворювання анкілозування суглобів хребта призводить до порушення функції опорно-рухового апарату, втрати працездатності та важкої інвалідизації хворих [4]. Якщо врахувати, що захворювання трапляється в осіб молодого й найбільш працездатного віку, актуальність його реабілітації стає очевидною. При тривалому комплексному лікуванні вдається зменшити больовий синдром і поліпшити загальний стан хворого [2].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Більшість авторів [1, 4, 5] відзначають, що основною умовою лікування анкілозуючого спондилоартриту є фізична активність особи. Різні фізіотерапевтичні й бальнеологічні методи лікування, хоча і дуже популярні, та зазвичай мають лише допоміжне значення, причому тільки в пацієнтів зі стійкою низькою активністю хвороби. Саме через це в комплексному лікуванні цього захворювання фізична реабілітація, зокрема ЛФК, займає вагоме місце. Адже основним правилом при лікуванні анкілозуючого спондилоартриту є безперервна підтримка рухливості суглобів і оптимальне застосування всіх лікувальних методів для зниження активності запального процесу для запобігання утворення анкілозів.

**Об'єкт дослідження:** фізична реабілітація осіб з порушенням діяльності опорно-рухового апарату.

**Предмет дослідження:** засоби та методи фізичної реабілітації осіб II зрілого віку з анкілозуючим спондилоартритом.

**Мета дослідження** – удосконалити методику фізичної реабілітації осіб II зрілого віку з анкілозуючим спондилоартритом.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити досвід використання засобів фізичної реабілітації осіб з анкілозуючим спондилоартритом.
2. Визначити рухливість хребта в осіб з анкілозуючим спондилоартритом.
3. Удосконалити і впровадити у практику методику фізичної реабілітації для осіб II зрілого віку з анкілозуючим спондилоартритом.
4. Вивчити вплив удосконаленої методики на функціональний стан хребта у осіб з анкілозуючим спондилоартритом.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз науково-методичної літератури, медико-біологічні методи дослідження (огляд, опитування, вимірювання амплітуди руху в шийному, грудному та поперековому відділі хребта; гоніометрія), методи математичної статистики.

**Організація дослідження.** Дослідження проводилося на базі ревматологічного відділення 4- комунальної клінічної лікарні м. Львова.

До дослідження було залучено 20 осіб другого зрілого віку з анкілозуючим спондилоартритом.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ми оглянули 20 хворих з анкілозуючим спондилоартритом, яким провели функціональну пробу рухливості поперекового відділу хребта.

При первинному обстеженні обох груп було виявлено, що в цих хворих був чітко виражений поперековий кіфоз і грудний лордоз, що є відхиленням від норми. При дослідженні симптому Форестье у всіх пацієнтів обох груп з анкілозуючим спондилоартритом цей тест виявився позитивним, що свідчить про наявність патологічних змін у хребетному стовпі.

Провівши виміри амплітуди рухів у всіх відділах хребетного стовпа (табл. 1) можна зазначити, що згинання шиї в пацієнтів обох груп є вищим за норму на 7–8 см, а розгинання й бокові згинання шиї є нижчі за норму у осіб обох груп. Екскурсія грудної клітки в обох групах є нижчою за норму на 4–6 см, рухливість хребта в поперековому відділі є також обмежена. Вимірявши гоніометром розгинання і згинання стегна, що характеризує рухливість хребта у крижовому відділі, ми виявили обмеженість рухів у пацієнтів обох груп на 17°-19°; 25°-30° відповідно.

Таблиця 1

## Показники амплітуди рухів у хребті (вихідні дані)

Група	M±Sm	t	P
<i>Згинання шиї (см)</i>			
ЕГ	12,29 ± 0,40	1,464	> 0,05
ГП	12,71 ± 0,24		
<i>Розгинання шиї (см)</i>			
ЕГ	13 ± 0,47	1,637	> 0,05
ГП	13 ± 0,28		
<i>згин. шиї вліво (см)</i>			
ЕГ	18,43 ± 0,36	0,483	> 0,05
ГП	18,29 ± 0,30		
<i>згин. шиї вправо (см)</i>			
ЕГ	18,43 ± 0,25	0,751	> 0,05
ГП	18,57 ± 0,17		
<i>Згинання хребта в поперековому відділі (см)</i>			
ЕГ	4,3 ± 0,3	0,546	> 0,05
ГП	4,1 ± 0,3		
<i>Розгинання хребта в поперековому відділі (см)</i>			
ЕГ	8,86 ± 0,43	1,157	> 0,05
ГП	8,43 ± 0,40		
<i>Екскурсія грудної клітки (см)</i>			
ЕГ	5,14 ± 0,3	1,637	> 0,05
ГП	4,71 ± 0,2		
<i>Згинання стегна (°)</i>			
ЕГ	89,9 ± 1,54	0,122	> 0,05
ГП	89,9 ± 1,06		
<i>Розгинання стегна (°)</i>			
ЕГ	10,4 ± 0,40	1,184	> 0,05
ГП	10,8 ± 0,26		

Розбіжності в показниках, які характеризують рухливість хребта, між результатами основної групи і групи порівняння до початку реабілітації були статистично незначущі – імовірність похибки  $p > 0,05$ , що підтвердило однорідність складу осіб в обох групах.

Вказані показники були враховані при удосконаленні методики фізичної реабілітації, яку ми рекомендували пацієнтам основної групи.

Особливістю методики ЛФК при анкілозуючому спондилоартриті було врахування вихідного положення при виконанні фізичних вправ. Положення сидячи, фіксуючи таз, дозволяє активніше впливати на рухливість хребта, а також на зміцнення м'язів тулуба та попереку. У той самий час положення сидячи знижує загальне статичне навантаження. Рухи тулубом чергуються з рухами кінцівок. Обов'язковою була дихальна гімнастика і вправи для зміцнення м'язів спини й сідниць (індивідуальні комплекси вправ виконуються двічі на день по 30 хвилин). Фізична реабілітація осіб з анкілозуючим спондилоартритом проводилася тривало й комплексно.

Для уникнення утворення анкілозів і деформацій суглобів, основним правилом при лікуванні осіб з такою патологією є безперервна підтримка рухливості суглобів і оптимальне використання всіх лікувальних методів для зниження активності запального процесу.

При неактивній фазі рекомендовано застосовувати такі лікувально-реабілітаційні комплекси: кліматотерапія й лікувальна фізкультура (з механотерапією) виконуються за режимом помірно-інтенсивної дії, масаж поєднується з сульфідними загальними ваннами; радоновими ваннами; гідрокінезотерапією в басейні з радоною водою.

При нижчому ступені активності – кліматотерапевтичні процедури й лікувальна фізкультура (з включенням механотерапією); проводяться також у режимі помірно-інтенсивної дії разом із масажем. Їх доцільно застосовувати в таких лікувально-реабілітаційних комплексах:

- 1) загальні сульфідні ванни в поєднанні з ультразвуковою терапією;
- 2) сульфідні ванни в поєднанні з сантиметровохвильовою терапією;
- 3) загальні сульфідні ванни в поєднанні з дециметровохвильовою терапією;
- 4) гідрокінезотерапія в басейні з радоною водою в поєднанні з індуктотермією.

При середньому ступені активності кліматотерапія й лікувальна фізкультура проводяться за режимом слабкої дії і разом з масажем. Їх рекомендовано застосовувати в таких лікувально-реабілітаційних комплексах:

- 1) загальні сульфідні ванни з ультрафонофарезом;
- 2) загальні сульфідні ванни в поєднанні з протизапальною медикаментозною терапією;
- 3) загальні сульфідні ванни в поєднанні з ультразвуком і медикаментозним лікуванням.

Після курсу реабілітації, який тривав 2 місяці, ми провели повторне обстеження осіб з анкілозуючим спондилоартритом.

При повторному обстеженні були отримані такі результати: (табл. 2).

Згинання й розгинання шиї в основній групі після курсу реабілітації в порівняно з початковими даними не змінилося, у групі порівняння після реабілітації показник згинання шиї збільшився і становить  $12,86 \pm 0,43$  см, а показник розгинання зменшився і дорівнює  $12,92 \pm 0,52$  см, що свідчить про погіршення рухливості в шийному відділі хребта в осіб групи порівняння.

Середнє значення результатів бокового згинання шиї вліво і вправо в основній групі до початку й після курсу реабілітації не змінилося, а в осіб групи порівняння після реабілітації ці показники зменшилися.

Середнє значення результатів екскурсії грудної клітки в основній групі до початку реабілітації становило  $5,14 \pm 0,3$  см, після реабілітації цей показник не змінився.

У групі порівняння до початку реабілітації цей показник становить  $4,71 \pm 0,2$  см, після реабілітації –  $4,85 \pm 0,3$  см. Що свідчить про погіршення рухливості у грудному та відділі хребта в осіб групи порівняння.

Середнє значення результатів згинання хребта в поперековому відділі у основній групі до початку реабілітації становило  $4,3 \pm 0,3$  см, після реабілітації цей показник не змінився ( $4,4 \pm 0,2$  см).

У групі порівняння до початку реабілітації  $4,1 \pm 0,3$  см, після реабілітації цей показник складає  $4,0 \pm 0,2$  см, що свідчить про погіршення рухливості у поперековому відділі хребта у осіб групи порівняння.

Таблиця 2

Показники амплітуди рухів у хребті в осіб з анкілозуючим спондилоартритом  
(кінцеві дані)

Група	M±Sm	t	P
<i>Згинання шиї (см)</i>			
ОГ	12,28 ± 0,40	1,554	> 0,05
ГП	12,86 ± 0,24		
<i>Розгинання шиї (см)</i>			
ОГ	13,5 ± 0,47	1,701	> 0,05
ГП	12,92 ± 0,28		
<i>згин. шиї вліво (см)</i>			
ОГ	18,43 ± 0,36	2,25	< 0,05
ГП	17,79 ± 0,30		
<i>згин. шиї вправо (см)</i>			
ОГ	18,43 ± 0,25	1,89	> 0,05
ГП	18,00 ± 0,17		
<i>Згинання хребта в поперековому відділі (см)</i>			
ОГ	4,4 ± 0,3	2,29	< 0,05
ГП	4,0 ± 0,3		
<i>Розгинання хребта в поперековому відділі (см)</i>			
ОГ	8,86 ± 0,43	0,187	> 0,05
ГП	8,79 ± 0,40		
<i>Екскурсія грудної клітки (см)</i>			
ОГ	5,14 ± 0,3	0,963	> 0,05
ГП	4,71 ± 0,2		
<i>Згинання стегна (°)</i>			
ОГ	89,9 ± 1,54	1,03	> 0,05
ГП	89,4 ± 1,06		
<i>Розгинання стегна (°)</i>			
ОГ	10,4 ± 0,36		
ГП	10,6 ± 0,24		

Середнє значення результатів розгинання хребта в поперековому відділі в основній групі до початку реабілітації становило  $8,86 \pm 0,43$  см, після реабілітації цей показник не змінився ( $8,86 \pm 0,43$  см).

У групі порівняння до початку реабілітації цей показник становить  $8,43 \pm 0,40$  см, після реабілітації –  $8,79 \pm 0,43$  см, що свідчить про погіршення рухливості в поперековому відділі хребта в осіб групи порівняння.

Середнє значення результатів згинання стегна в основній групі до початку реабілітації становило  $90^\circ \pm 1,54$ , після реабілітації цей показник –  $89,9^\circ \pm 1,54$ .

У групі порівняння до початку реабілітації  $89,9^\circ \pm 1,06$ , після реабілітації цей показник складає –  $89,4^\circ \pm 0,98$ , що свідчить про погіршення рухливості у крижовому відділі хребта в осіб групи порівняння.

Середнє значення результатів розгинання стегна в основній групі після реабілітації не змінилося порівняно з початковими даними.

У групі порівняння до початку реабілітації цей показник складає  $10,8^\circ \pm 0,26$ , після реабілітації –  $10,6^\circ \pm 0,24$ , що свідчить про погіршення рухливості у крижовому відділі хребта а осіб групи порівняння.

**Висновок.** Встановлено, що після проведеного курсу реабілітаційних заходів показники рухливості хребта в шийному, грудному й поперековому відділах, згинання й розгинання стегна в осіб основної групи не змінились, а в осіб групи порівняння ці показники стали менши-

ми. Середній показник згинання стегна у групі порівняння до початку реабілітації становив  $89,9^\circ$ , а після –  $89,4^\circ$ , що свідчить про подальше прогресування запального процесу в осіб групи порівняння і сповільнення прогресування процесу в осіб основної групи.

**Перспективи подальших досліджень.** Пошук нових підходів у використанні засобів фізичної реабілітації, які змогли б уповільнити прогресування анкілозуючого спондилоартрити, та сприяли б відновленню рухливості хребта.

### Список літератури

1. Современные подходы к развитию физической реабилитации / [Башкир И. Н., Мухин В. Н., Сорокин В. А., Сложинский Я.] // Олімпійський спорт і спорт для всіх : тези доп. IX Міжн. наук. конф. – К., 2005. – 763 с.
2. Коваленко В. М. Травматологія і ортопедія : підручник / Коваленко В. М. – К. : Здоров'я, 2002. – 234 с.
3. Масик О. М. Про ранню діагностику анкілозуючого спондилоартрити // Український ревматологічний журнал. – 2005. – № 4. – С. 42–53.
4. Мерецька І. В. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування амінозу у комплексному лікуванні анкілозуючого спондилоартрити : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К. 2004. – 17 с.
5. Хабиров Ф. А. Некоторые аспекты терапии спондилоартрозоз / Хабиров Ф. А. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 11. – С. 57–58.
6. Ditunno J. Predinting recovery after spinal cord injury: rehabilitation imperative / J. Ditunno // Arch. Phys. Med. Rehab. – 1999. – Vol.80, №4. – P. 361-364.

### ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ II ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ В ПОСЛЕБОЛЬНИЧНЫЙ ПЕРИОД

Оксана ГУЗИЙ, Вера БУДЗИН, Наталья ЖАРСКИЙ, Ольга РЯБУХА

*Львовский государственный университет физической культуры*

**Аннотация.** В статье рассматриваются основные проблемы, по подвижности позвоночника у лиц с анкилозирующим спондилоартритом, а также представлена методика физической реабилитации для данного контингента лиц в после больничный период, разработанная путем синтеза специальных физических упражнений и массажа. Предложенная методика способствует замедлению прогрессирования данной патологии и сохранения подвижности во всех отделах позвоночного столба.

**Ключевые слова:** анкилозирующий спондилоартрит, физическая реабилитация, позвоночник, пациенты.

### PHYSICAL RHEABILITACION FOR PEOPLE OF II NATURE AGE WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS IN FOLLOW – UP PERIOD

Oksana GUZY, Vera BUDZYN Natalia ZHARSKYJ, Olga RYABUKHA

*Lviv State University of Physical Culture*

**Annotation.** The article reviews the main problems of mobility of the spine in patients with ankylosing spondylitis, and also provides methods of physical rehabilitation for the contingent of persons in follow-up period, developed by synthesis of physical exercise and massage. The introduced methodology contributes to slowing the progress disease and preserve mobility in all parts of the vertebral column.

**Key words:** ankylosing spondylitis, physical rehabilitation, spine, patients.