

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Херсонський державний університет

Медичний факультет

Кафедра медицини та фізичної терапії

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка IV курсу
спеціальності

227 Фізична реабілітація

Освітньо-професійна програма
«Фізична терапія, ерготерапія»

Мороз Дар'я Олександрівна

Керівник к.б.н., доцент Карпукіна Ю.В.

Рецензент к.б.н., доцент Гасюк О.М.

Херсон – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Характеристика ревматоїдного артрити	5
1.1. Поняття та клінічна картина ревматоїдного артрити	5
1.2. Етіологія та патогенез	8
1.3. Класифікація ревматоїдного артрити	10
1.4. Методи діагностики ревматоїдного артрити	13
РОЗДІЛ 2. Фізична терапія на лікарняному періоді реабілітації	16
2.1. Особливості застосування лікувальної фізичної культури	16
2.2. Технології реабілітаційного масажу	20
2.3. Фізіотерапевтичні методи в лікуванні ревматоїдного артрити	23
2.4. Дієтотерапія	26
РОЗДІЛ 3. Фізична терапії на післялікарняному періоді реабілітації	31
3.1. Методи фізичної терапії на санаторно-курортному етапі	31
3.2. Особливості фізичної терапії на диспансерному етапі	36
ВИСНОВКИ	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	40
ДОДАТКИ	
Додаток А	44

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогоднішній день ревматичні хвороби залишаються одними з найбільш поширених патологій у всьому світі. Найбільш розповсюдженою серед них являється ревматоїдний артрит – захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів. Це захворювання реєструється по всьому світу з частотою до 1,5%. Жінки хворіють частіше ніж чоловіки. Поширеність в Україні складає приблизно 350 випадків на 100 тисяч осіб, переважно працездатного віку[8].

Ревматоїдний артрит має дуже не передбачувальний перебіг, а також клінічні системні прояви. Найбільш швидкий розвиток ревматоїдних змін зазвичай діагностується протягом перших декількох років від початку захворювання. Ця хвороба має досить несприятливий перебіг і характеризується, поступовим залучанням нових суглобів та органів в патологічний процес.

Однією з найбільш частою проблемою при лікуванні та реабілітації хворих на це захворювання є його невідома етіологія, а тому будь-які профілактичні заходи, як правило не мають значення. При ревматоїдному артриті лікувальний вплив направлений на боротьбу зі симптомами цього захворювання, а не на його причину[10].

При відсутності своєчасного лікування значна частина хворих стає інвалідами, що призводить до зниження працездатності, зниження якості життя та загального погіршення здоров'я. Тому питання застосування засобів фізичної терапії у лікуванні хворих на ревматоїдний артрит стає досить актуальним.

Мета дослідження – розглянути методи фізичної терапії при ревматоїдному артриті.

Завдання:

1. Розглянути загальне поняття та клінічну картину ревматоїдного артрити.
2. З'ясувати етіологічні фактори виникнення захворювання, а також його патогенез.
3. Проаналізувати значення засобів фізичної терапії в лікуванні хворих на ревматоїдний артрит на лікарняному та післялікарняному періодах.

Об'єкт дослідження – фізична терапія в лікуванні ревматоїдного артрити .

Предмет дослідження – ЛФК, масаж, фізіотерапія в лікуванні хворих на ревматоїдний артрит на різних етапах реабілітації.

РОЗДІЛ 1

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

1.1. Поняття та клінічна картина ревматоїдного артриту

Ревматоїдний артрит – це хронічне аутоімунне захворювання, яке має прогресуючий перебіг та характеризується запаленням суглобів, а також ураженням систем організму[9].

Перші відомості про ревматоїдний артрит датуються ще в 4500 році до н.е. Їх було знайдено на залишках скелетів первісних індіців в США (Теннессі). Перший знайдений документ, який досить чітко описується клінічна картина, яка нагадує симптоматику саме ревматоїдного артриту, документ датується 123 роком н.е. Схожі клінічні симптоми можна побачити й на картинах деяких фламандських художників, такі як «Три грації» Рубенса. Перші трактування захворювання як вже самостійної нозологічної форми було здійснено близько 1800 році, а свою назву «Ревматоїдний артрит», в «Трактаті про природу і лікування подагри і ревматичної подагри» вченого А. Б. Гарро в 1859 році.

Для цієї хвороби досить характерне зазвичай симетричне запалення суглобів. Захворювання супроводжується зазвичай порушенням функцій дихальної системи, серцево-судинної та видільної, а перші симптоми досить часто з'являються у віці близько 30 – 40 років. Поява симптомів хвороби до 16 років характерно для ювенільної форми такого захворювання. У 2004 році на конгресі американські вчені визнали цей вид артриту однією з 4 невирішених медичних проблем, на рівні зі СНІДом, психічними та онкологічними хворобами [2].

Виходячи з статистичних даних захворюваності по Україні станом на 2017 рік абсолютні дані становлять 103 172 тисяч осіб, що становить 243 випадки на 1 тисяча осіб населення, а це 0,1% серед усіх зареєстрованих хвороб. На 2019 рік ці показники значно збільшилися, а також підвищилися випадки інвалідизації таких хворих.

Найчастіше ревматоїдний артрит вражає людей працездатного віку, а також може зустрічатися серед осіб всіх вікових груп, в тому числі й дітей. Це захворювання має повільний перебіг. Клінічні симптоми як правило розвиваються протягом місяців та навіть кількох років.

Лікування таких хворих повинно здійснюватися ревматологом та іншими медичними спеціалістами (фізичним терапевтом, ортопедом, а також кардіологом та психологом) і засновано на повній їхній взаємодії всіх фахівців та пацієнта.

Найбільш частими симптомами хвороби є гіпертермія, біль в області суглобів та скутість, зазвичай в ранковий час і триває близько 30 хвилин. Характерно зниження м'язової сили, хворим важко тримати предмет навіть невеликої маси. Над ураженим суглобом шкіра набрякла, стоншена, суха, яскраво рожевого кольору. Нігті ламкі, стоншені, поблизу ложа нігтя нерідко виявляються некротичні зміни. Також спостерігається збільшення лімфатичних вузлів, особливо в ділянці згинальної сторони передпліччя та в суглобах кисті, ліктя, коліна [28].

На ранньому періоді ревматоїдного артриту переважно вражаються дрібні суглоби кисті та стопи. В подальшому може також спостерігатися як правило запалення великих суглобів верхніх та нижніх кінцівок, суглоби верхніх кінцівок вражаються здебільшого частіше. Позасуглобові прояви ревматоїдного артриту:

1. Лихоманка. На початку захворювання характерним є підвищення температури здебільшого від 37°C до 40°C і тривалість може досягти навіть до декількох місяців.

2. Ураження м'язів – спостерігається міалгія, міозит, атрофія.

3. Ревматоїдний васкуліт – множинні крововиливи в шкірі, а також слизових оболонках, виникнення маткових кровотеч.

4. Анемічний синдром – слабкість, блідість слизових оболонок та шкіри, задишка, зниження працездатності.

5. Симптоми порушення функції серцево-судинної системи – аритмія, біль за грудиною, підвищення артеріального тиску, серцебиття, задишка та запалення серцевих оболонок. Ураження цієї системи є однією з головних причин смерті хворих на ревматоїдний артрит.

6. Порушення з боку дихальної системи проявляється кашлем, поява болю в грудній клітці при диханні, задишка і дихальна недостатність, що може бути викликано ревматоїдними вузликами в тканині легень.

7. Ураження видільної системи – поява болю та набряків в області нирок, підвищення артеріального тиску. Може також розвинутися хронічна ниркова недостатність, амілоїдоз та нефротичний синдром.

8. Порушення нервової системи – зазвичай турбують парестезії та знижується больова та тактильна чутливість, печія верхніх кінцівок та нижніх, рухові й чутливі розлади, інколи може розвиватися церебральний васкуліт.

9. Ураження органів зору – проявляється такі симптоми як чутливість до світла, почервоніння очей, слъозотеча, больові відчуття, відмічаються зміни кольору райдужної оболонки, вона набуває іржавого або зеленого кольору, можливе зниження зору[8].

Ревматоїдний артрит вважають майже невиліковною хворобою, а тому до кінця всього життя таким хворим необхідно проводити медикаментозну

терапію. Тривалість життя таких пацієнтів, як правило, зменшується близько на 5 – 10 років, тому що в таких хворих підвищується ризик смерті від серцево-судинних захворювань, інфекційних ускладнень, а також від виникнення внутрішніх кровотеч. До того ж у таких хворих досить часто розвиваються руйнування кісток (остеопороз), вторинний амілоїдоз або порушення в системі кровотворення. Крім того ускладнюється хвороба в наслідок дії препаратів, які призначені саме для лікування ревматоїдного артрити, вони являються досить токсичними для організму людини.

1.2. Етіологія та патогенез

Етіологія захворювання на ревматоїдний артрит до кінця не виявлена. Однак в результаті багаточислених наукових досліджень вчених по всьому світу було виявлено декілько пускових механізмів цієї хвороби. На думку дуже багатьох науковців ревматоїдний артрит виникає у результаті потрапляння в організм різних інфекційних агентів, які негативно впливають на роботу імунної системи та порушують її нормальне функціонування, внаслідок чого вона формує спеціальні імунні комплекси, які відкладаються в області суглобів та провокують їх запалення[21].

Також розвиток ревматоїдного артрити часто пов'язує зі спадковим фактором. Можна вважати, що у разі наявності в сім'ї пацієнта осіб з цією патологією, то він підпадає в групу ризику, оскільки дійсно ця хвороба може бути генетично детермінованою.

Хронічні інфекції ротової порожнини, а саме відсутність повністю вилікуваних зубів, а також часті різноманітні інфекції внутрішніх органів впливають на розвиток ревматоїдного артрити. Може призвести до появи запальних змін в суглобах різні респіраторні інфекції, такі як хронічна або гостра ангіна, риніти, тонзиліти, пневмонія.

Іноді передусе появи ревматологічних змін в суглобах інші фактори: травми різного генезу, переохолодження, гормональні зміни в організмі, перевтома, важкі фізичні навантаження, несприятливі фактори зовнішнього середовища, а особливо стреси. Дійсно важко сказати, що саме стрес може бути причиною появи такого виду артриту, але безсумнівно цей фактор має ключове значення в розвитку і прогресуванні багатьох хвороб, у тому числі й ревматоїдного артриту. До того ж більшість пацієнтів відмічали, що при виключенні з життя різних негативних емоцій та стресів, перебіг хвороби полегшувався, зменшувалися больові відчуття також покращувався стан всього організму, підвищувалася фізична працездатність[28].

Таким чином, основу патогенезу цієї хвороби складають аутоімунні реакції, які розвиваються у результаті дії різних етіологічних факторів. Ці реакції проявляються агресивною поведінкою клітин – лімфоцитів, вони атакують не чужорідні бактерії й віруси, а клітини власного організму. В основі патогенезу ревматоїдного артриту виявляються глибокі порушення імунної відповіді з дисбалансом імунних клітин та порушенням активності їх функцій.

Максимальні запальні зміни при цьому спостерігаються саме в синовіальній оболонці суглоба. Ці патологічні процеси призводять до її гіперплазії та збільшення об'єму синовіальної тканини. Будь-який суглоб складається з поверхонь, вони вкриті з усіх боків синовіальною оболонкою. Для того щоб була можливість здійснювати різні рухи в суглобах необхідна наявність певної щілини між цими поверхнями. Між цими поверхнями є синовіальна рідина, яка необхідна для рухів у всіх суглобах. При захворюванні зазвичай розвиваються патологічні запальні процеси в цій синовіальній оболонці суглобів. Такий запальний патологічний процес, як правило, призведе до набряку тканин навколо суглоба, а надалі і до пошкодження суглобової кістки та хряща. В наслідок такого постійного

запаленого процесу утворюються кісткові ерозії, а також відбувається звуження простору між суглобобами, аж до поки ці поверхні повністю не з'єднаються. Це може призвести до появи анкілозу, що призводить до повного знерухомлення в суглобі[10].

У випадку якщо такі запальні зміни в синовіальній оболонці не знижуються, то це може призвести до подальшого ушкодження суглоба у результаті виділення протеолітичних ферментів із клітин, які були запалені та до трансформації значної частини синовіальної оболонки на запалену тканину(панус), вона також здатна проникати в хрящ по краях суглоба. Прогресування даного ушкодження може бути пов'язано зі швидкістю та тривалістю запального процесу в суглобі та тканинах в ділянці цього суглоба. Такі ушкодження призводять до деформації, які прогресують, а також непрацездатності та інвалідизації хворого. Завдяки пригніченню такого запалення на початкових стадіях цього захворювання дійсно може відбуватися значне поліпшення стану суглобів, що зазнали змін й всіх інших систем організму, які постраждали в наслідок цієї хвороби [33].

При прогресуванні таких імунних змін формується клінічна картина та залучення в цей процес систем організму та органів. В усіх хворих виділяється значна концентрація білків, які можуть спричинити запальні процеси, що призводить до появи симптомів вираженої втоми з відчуттям деяких симптомів грипу та застуди, в тому числі й лихоманки, потіння та втрати ваги. Крім того, інші системи організму можуть уражатися цією хворобою.

1.3. Класифікації ревматоїдного артриту

При розгляді ревматоїдного артриту виокремлюють деякі варіанти його класифікації:

1. За клінічними та анатомічними характеристиками поділяють на:

- поліартрит, який характеризується ураженням дрібних суглобів рук та ніг. Являється найбільш частим, первинним проявом;
- поліартрит з алергічно-інфекційним типом перебігу;
- поліартрит без ознак ураження інших систем організму, але з наявною лихоманкою;
- моноартрит та олігоартрит з переважним ураженням великих суглобів (колінного, плечового, ліктьового та інших).

1.2. Наявність системних проявів: склерит, лімфаденопатія, синдром Фелті та Шегрена, синдром Рейно, хронічні виразки гомілок та інші.

1.3. Ювенільний ревматоїдний артрит – прояв хвороби, який діагностується в дитячому віці [9].

2. За клініко-імунологічними характеристиками:

- серонегативний;
- серопозитивний;

3. За перебігом ревматоїдного артрити:

- повільно прогресуючий – захворювання проявляється зазвичай поступово з періодами загострень та ремісій із залученням в патологічний процес нових суглобів зі швидкістю до 1 або 2 на рік. Довгий час зберігається працездатність. Хвороба досить добре піддається лікуванню.
- швидко прогресуючий – розпочинається досить гостро, нові суглоби у патологічний процес втягуються досить швидко. А стійкі деформації суглобів розвиваються ще в перший рік цієї хвороби. Лікування при такому перебігу є малоефективним.
- повільний перебіг без помітного прогресування – починається непомітно. Нові суглоби в патологічний процес втягуються як

правило дуже повільно. Деструктивні процеси розпочинаються неочікувано (через 8–10 років після початку хвороби)[2].

4. За ступенем активності патологічного процесу розподіляють на такі :

- стадія ремісії;
- низька активність – скутість в суглобах, яка проявляється зазвичай у ранковий час і триває 1,5 – 2 години. Ексудат в невеликій кількості, наявна легка гіпертермія шкіри. Швидкість осідання еритроцитів не вище 20 мм за годину. Лейкоцити в крові знаходяться в незначній кількості.
- помірна активність – скутість триває до обіднього часу, наявні болі як при фізичній активності так і в спокої. Кількість лейкоцитів в крові значно збільшена, а швидкість осідання еритроцитів значно вище норми близько 40 мм за годину.
- висока активність – дуже сильний біль, скутість в суглобах триває протягом всього дня. Також виникають запальні зміни деяких систем організму. Різко підвищено кількість лейкоцитів в крові. ШОЕ значно перевищує 40 мм за годину.

5. За рентгелогічними стадіями поділяють на такі:

- перша стадія – наявний навколо суглобовий остеопороз;
- друга стадія – також присутній остеопороз та початок невеликого звуження суглобової щілини;
- третя стадія – теж саме, що і в попередній, але наявні численні узури;
- четверта стадія – такі прояви як і в третій, але вони поєднуються кістковими анкілозами [8].

6. За наявністю функціональної неспроможності уражених суглобів:

- I. невелике обмеження суглобової рухливості та збережена професійна спроможність хворого;

- II. наявні досить стійкі контрактури суглобів та втрачена професійна спроможність, незначне забруднення при самообслуговуванні;
- III. присутня значна тугорухливість в суглобах, втрачена можливість до самообслуговування, потребує допомоги інших людей.

7. За тривалістю хвороби:

- досить ранній – близько 3 місяців;
- ранній – не більше 6 місяців;
- середньої тривалості – до 12 місяців;
- досить тривалий – понад 12 місяців.

1.4. Методи діагностики ревматоїдного артриту

Результати останніх наукових досліджень стосовно прогресування такого патологічного процесу як ревматоїдний артрит дали зрозуміти, що вирішальне значення має рання діагностика цієї хвороби. Оскільки завдяки об'єктивному та своєчасному виявленню хвороби можна запобігти дуже тяжких ускладнень, також пригальмувати патологічний процес. Майже у третини хворих на ревматоїдний артрит спостерігаються ознаки втрати працездатності зазвичай протягом перших декількох років від початку захворювання, а смертність у таких хворих, як правило, досить висока. В цьому випадку важливо диференціювати стадії захворювання відповідно до часу[20]:

- Дуже ранній ревматоїдний артрит діагностують у 1 рік від початку хвороби. На цьому етапі вже розглядають питання про застосування базисних протиревматичних медикаментів, які полегшують його перебіг.

- Ранній діагностується у пацієнтів, у яких клінічна картина наявна понад 12 місяців. На цій стадії вже необхідно застосовувати один із базисних антиревматичних засобів.
- Стабільна стадія ревматоїдного артриту встановлюється, якщо він триває значно більше як 1 рік.
- Резистентна стадія діагностується при відсутності полегшення цієї хвороби після застосування базисних антиревматичних препаратів.

При діагностиці ревматоїдного артриту використовують найбільш часто клінічний, лабораторний та рентгенологічний метод.

1.Клінічні критерії діагностики:

- 1)скутість суглобів в ранковий час;
- 2)запальні зміни значної кількості суглобових зон більше як 6 тижнів;
- 3)ураження суглобів кистей більше як 6 тижнів;
- 4)наявність під шкірою, в зоні розгинальної поверхні кінцівок або ж в зоні суглоба ревматоїдних вузликів;
- 5)виявлення згинальних контрактур або ж анкілозу суглобів:
 - так звана «лебедина шия» проявляється перерозгинанням суглобів міжфалангових, а також розгинальною контрактурою дистальних;
 - контрактура «бутоньєрка» – досить стійке розгинання дистальних між фалангових суглобів та згинання у проксимальних;
 - «ласти моржа» – відхилення у ліктьовий біг 1 та 5 пальців саме у п'ястко-фалангових суглобах кисті [11].

2.Критерії лабораторної діагностики:

- 1)підвищення швидкості осідання еритроцитів, лейкоцитоз, гіпохромна або ж нормохромна анемія;
- 2)зниження Т-лімфоцитів, підвищення вмісту в крові IgM, IgA та IgG.
- 3)присутнє збільшення антитіл, зокрема до циклічного цитрулінового пептиду;

4)збільшення альфа та гамма-глобулінів, а також вмісту фібриногену.

3.Критерії рентгенологічної діагностики:

- 1)перша стадія – присутність міжсуглобового остеопорозу, але відсутні деструктивні зміни;
- 2)друга стадія також характеризується міжсуглобовим остеопорозом та наявністю незначних деструктивних змін;
- 3)при третій стадії також є остеопороз та значні деструкційні зміни, як правило хряща та кістки, а також наявні узури, звуження суглобової щілини, підвивихи;
- 4)четверта стадія має такі ж характеристики, що і третя, тільки вже з анкілозом[3].

Всі ці вказані діагностичні критерії забезпечують дійсно раннє виявлення ревматоїдного артриту для запобігання ускладнень.

РОЗДІЛ 2

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НА ЛІКАРНЯНОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Особливості застосування лікувальної фізичної культури

Лікувальна фізична культура (ЛФК) є одним з головних елементів фізичної терапії при лікуванні ревматоїдного артриту.



Завдяки вправам відбувається ефективна корекція порушеного рухового стереотипу, а також здійснюється профілактика контрактур і атрофії м'язів. До того ж фізичні вправи попереджають утворення анкілозу і забезпечують тривалу ремісію. Оздоровча фізкультура перешкоджає прогресуванню небезпечного захворювання. Регулярні заняття ЛФК відновлюють рухомість суглобів, виключають розвиток ускладнень та інвалідності. Вправи призначаються фахівцем на різних стадіях захворювання[24].

Основні форми ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, дозована лікувальна ходьба.

Вправи виконуються у таких рухових режимах: постільному, напівпостільному та вільному [1].

Постільний режим. ЛФК застосовують у разі стихання гострих явищ: зменшення болю в ділянці саме уражених суглобів, а також при зниженні температури та поліпшення загального самопочуття. В такому режимі треба застосовують саме загальнорозвиваючі вправи для дрібних і середніх груп м'язів, дихальні вправи статичного та динамічного характеру, вправи на розслаблення м'язів в ділянці ураженого суглоба. Рухи в хворому суглобі виконуються спочатку пасивно з допомогою, далі активно але знову ж таки з допомогою фізичного терапевта [19].

Наприкінці рухового режиму хвори повинен виконувати вправи самостійно дозуючи при цьому навантаження. Рухи повинні виконуватися в повільному темпі з неповною амплітудою. Заняття лікувальною гімнастикою зазвичай проводяться 2 рази на день по 15 – 17 хвилин. Тривалість постільного режиму складає в середньому 5 – 7 днів[12].

Метод «лікувальня положенням» теж використовують в реабілітації при наслідках ревматоїдного артриту, коли хворий практично не може

самостійно пересуватися, а саме при контрактурах. Такий засіб зазвичай можна застосовувати навіть у фазі загострення хвороби.

Сутність цього методу полягає в тому, що хворобу необхідно бути в положенні лежачи на твердому, бажано на ортопедичному матраці. Стопи повинні знаходитися в опорі на спинку ліжка або ж можна використовувати для цього підставку. Кожну годину, за допомогою фізичного терапевта або іншого медичного працівника, необхідно змінювати позу. У разі появи таких контрактур, як правило, використовують лонгети, а також різні валики та вантажи.

Для попередження контрактур після застосування фізичних вправ використовують лікування положенням:

1. При ураженні шийного відділу хребтового стовпа.

Вихідне положення(В.п.) сидячі : голова відкинута назад підборіддя дещо підняте на 2,5 – 3см .

2. При ураженні суглобів верхніх кінцівок. В.п. лежачи чи сидячи: плечовий суглоб відведений на 30° , ліктьовий суглоб на $90^{\circ} - 105^{\circ}$, передпліччя у середньому положенні між пронацією і супінацією променевоzap'ясний суглоб зігнутий на 170° , відведення в сторону променевої кістки на 30° , п'ястно – фаланговий суглоб зігнутий до 135 градусів, між фалангові суглоби також зігнуті до 135 градусів.

3. При ураженні суглобів нижніх кінцівок. В.п. лежачи на спині:

кульшовий суглоб зігнутий до 180 градусів, відведений до $15 - 25$, ротація назовні близько $35 - 45^{\circ}$, коліний суглоб зігнутий на 180° , гомілковостопний – розігнутий на 90° [6].

Напівпостільний режим. Зазвичай в цьому руховому режимі виконуються вправи у вихідних положеннях лежачи і сидячи. Додаються вправи з предметами (гімнастичні палиці, м'ячи і т.д.), вправи з обтяженням, на розслаблення, співдружні вправи, які включають ураженні

суглоби і симетричні здорові, а також махові рухи. В палатному режимі рухи вже виконуються з більш повною амплітудою у повільному темпі. Повтори кожної вправи 5 – 7 разів. Час заняття лікувальною фізичною культурою 25 – 30 хвилин.

Тривалість цього режиму складає приблизно 3 – 4 дні.

Вільний режим. У цьому руховому режимі вправи виконуються загалом у всіх вихідних положеннях і для всіх м'язових груп. Використовують спеціальні вправи для пошкоджених суглобів з предметами, на апаратах. Обов'язковим являється застосування вправ побутового і трудового характеру. В заняття включають ускладнену ходьбу, яка включає переступання через предмети різного об'єму і висоти, а також вправи на координацію, елементи спортивних ігор. Також застосовують дозовану лікувальну ходьбу на відстань близько 200 – 250 метрів 2 рази на день, кожного дня відстань збільшується на 50 метрів у темпі в середньому 80 кроків на хвилину. Час занять лікувальною гімнастикою збільшується в середньому до 30 – 35 хвилин [16]. Тривалість рухового режиму 6 – 8 днів.

Дрібні суглоби кисті та стоп при такому ураженні сполучної тканини зазвичай дуже часто деформуються та порушується їх рухливість. Прості вправи та рекомендації при ревматоїдному артриті дають змогу зберегти рухливість в таких суглобах:

- почергово треба торкатися великим пальцем інших пальців руки;
- повільно виконувати згинально-розгинальні та ротаційні рухи;
- по черзі виконувати супінацію та пронацію кистей рук;
- за допомогою пальців виконувати переміщення в руці гімнастичну палицю чи будь-який інший довгий предмет;
- корисно також виконувати згинання пальців в кулаки;
- покливши долоні на стіл піднімати та опускати пальців рук;

- виконувати згинання пальців за допомогою експандера;
- у спокійному стані необхідно тримати пальці в випрямленому стані;
- писати слід спеціальною конусоподібною ручкою[36].

2.2. Технології реабілітаційного масажу

Масаж займає дуже важливе значення в системі комплексної фізичної терапії при ревматоїдному артриті. Під впливом лікувального масажу стихає біль, пришвидшується розсмоктування ексудату в зоні ураження, попереджається розвиток атрофії м'язів.



Його потрібно використовувати тільки після стихання гострих явищ і обов'язково у поєднанні з іншими методами фізичної терапії, такими як лікувальна фізична культура, фізіотерапія і дієтотерапія, оскільки

лікувальний масаж не здатен дати такого ефекту, як при використанні його спільно з іншими реабілітаційними заходами [18].

Застосовують такі основні прийоми масажу: прогладжування, ніжні розтирання, легке розминання, також стабільну ніжну вібрацію.

Після кожного прийому обов'язково треба робити прогладжування. Особливу увагу при масажі приділяють області навколо суглоба, а також в місці прикріплення сухожилля. Дуже важливе місце займає сегментарно-рефлекторний масаж, оскільки у наслідок цього виду масажу завжди здійснюється опосередкований вплив на інші органи і системи, які постраждали в наслідок розвитку хвороби.

Методика проведення масажу є така: хворий знаходиться в положенні сидячи чи лежачи, в залежності від того, які суглоби були ураженні. Спочатку проводять сегментарно-рефлекторний масаж в області спинно-мозкових сегментів на рівні Th2 – Th4(для суглобів верхніх кінцівок) та на рівні S4 – S1 (для суглобів нижніх кінцівок). Потім застосовують лікувальний масаж безпосередньо на уражений суглоб, далі масажують ділянку кінцівки трохи нижче суглоба. Також проводять масаж і на симетричному суглобі здорової кінцівки. При ревматоїдному артриті необхідно масажувати всі м'язи, які забезпечують функцію ураженого суглоба. У перші дні проводять масаж обминаючи місця, які мають болючі відчуття. До масажу в зоні ураження приступають безпосередньо після зменшення болю в місці ураженого суглоба та у разі стихання запальних процесів. До процесу масажу необхідно підходити диференційовано: якщо м'язовий тонус знижений треба застосовувати наприклад швидке розтирання шкіри, поверхневе інтенсивне розминання та лабільну вібрацію, а наприклад у випадку підвищеного тонусу необхідно навпаки застосовувати глибоке ніжне розтирання, повільне глибоке розминання та стабільну вібрацію [4].

При ревматоїдному артриті гіпотрофія частіше спостерігається у разі хронічного перебігу. У випадку ураження плечового суглоба частіше насамперед страждають дельтовидні м'язи, при запаленні ліктьового суглоба – триголовий м'яз, променево-зап'ясний суглоб – розгиначі передпліччя, суглоби пальців – міжкісткові м'язи. Якщо уражений кульшовий суглоб перш за все страждать сідничні м'язи, коліний – чотириголовий м'яз, гомілковостопний – м'язи розгиначі стопи та гомілки.

В кінці масажу проводять пасивні чи пасивно-активні рухи, які дозволяють збільшити рухливість хворого суглоба. При проведенні цих рухів амплітуда не має перевищувати фізіологічну норму суглоба.

Обов'язково необхідно до і після масажу застосовувати теплові процедури, оскільки м'язи розігріваються і стають більш піддатливими і ефект від масажу збільшується. Час процедури 15 – 20 хвилин. Курс лікування 10 – 15 сеансів, щодня або через день.

Поряд з сегментарно-рнфлекторним та класичним лікувальним масажем досить активно застосовують точковий, медовий масаж та самомасаж. Особливості точкового масажу виявляються у впливі на певні окремі точки нашого організму. В процесі точкового масажу в області патологічного процесу поліпшується кровообіг, зменшується напруга суглобів, нормалізується передача нервових імпульсів, також здійснюється позитивний вплив на ендокринну систему людини. Такий масаж повинен проводити тільки кваліфікований спеціаліст [22].

Медовий масаж при ревматоїдному артриті не є безболісною процедурою, проте здатен чинити позитивний вплив на хворі суглоби та тканини в ділянці патологічного процесу. Медовий масаж досить ефективний, але ним не можна зловживати, щоб уникнути подразнень на шкірі. Таку процедуру найкраще проводити 2 – 3 рази на тиждень.

Техніка виконання: на ділянку суглоба накладається шар меду, за допомогою прийому поглажування мед необхідно розмазати по шкірі над суглобом, потім долоню треба притиснути міцно поверхні шкіри, а далі різко відтягнути руку. Масаж триває поки мед повністю не вбереться, на шкірі повинен з'явитися білий наліт. В кінці курсів масажу фізичному терапевту необхідно навчити хворого елементами самомасажу, щоб він міг застосовувати в домашніх умовах в процесі подальшого відновлення.

Протипоказання до проведення масажу :

- незадовільне загальне самопочуття хворого;
- онкологічні захворювання та хвороби шкіри;
- захворювання печінки та нирки;
- психічні хвороби;
- хронічні захворювання у фазі загострення;
- трофічні виразки на шкірі;
- наявність крововиливів;
- вагітність та період лактації[37].

2.3. Фізіотерапевтичні методи в лікуванні ревматоїдного артрити

Фізіотерапія – це невід'ємна частина комплексної реабілітації при ревматоїдному артриті. Як і інші засоби фізичної терапії застосовується після стихання гострих явищ та на всіх етапах лікування хворих.

Фізіотерапевтичні методи застосовують при великій кількості різних захворювань організму, а також і при паталогіях опорно-рухового апарату.

При ревматоїдному артриті використовують, в загальному, такі основні засоби фізіотерапії: електричний струм низької частоти (електрофорез лікарськими речовинами, електросон, ампліпульстерапія), лікувальні електричні, а також магнітні поля (ультрависокочастотна терапія,

магнітотерапія), також дуже широко застосовують світлові лікувальні чинників, (ультрафіолетового опромінення та інфрачервоного світла), використання бальнеотерапії (перлинних, радонових та сірководневих ванн), а також теплолікувальних процедур з використанням пелоїдів, піску, озокериту та парафіну[24].



Електрофорез – це комплексне поєднання ліків та дії електричного струму. Зазвичай при ревматоїдному артриті застосовують знеболюючі протизапальні лікарські засоби. Найкраще в цьому методі це те що, завдяки дії електричного струму ліки проникають значно глибше, ніж могло бути при звичайній ін’єкції. Лікарські речовини під дією струму створюють депо в дермі, там вони будуть повільно розповсюджуватися рідинами організму.

Апліпульстерапія – це застосування модельованих струмі високої частота близько 5000 Гц., які модулюються низькими частотами від 10 до 150 Гц. Цей метод працює в чотирьох режимах, кожен з яких особливо діє на організм людини. Зазвичай їх дія має ефект знеболення, знижує набряк та запалення тканин[27].

Електросон – це сон, який близький до фізіологічного, але виникає під впливом імпульсних струмів малої сили та низької частоти. Цей засіб необхідний хворим на ревматоїдний артрит, оскільки позитивно впливає на функції нервової діяльності, а також поліпшує діяльність систем організму, підвищує настрій, знімає втому, заспокоює. Рекомендований електросон пацієнтам, які хворіють на ревматоїдний артрит з досить ослабленими нервовими процесами, а саме з підвищеною дратівливістю, зниженою розумовою працездатністю, а також порушенням сну. Електросонтерапія з частотою від 5 до 10 Гц та зазвичай тривалістю процесу 30 – 40 хвилин, але якщо людина заснула, то можна лишити на годину. Рекомендується поєднувати з сульфідними ваннами, які застосовують до такої процедури [30].

Ультрависокочастотна терапія (УФЧ-терапія) – це лікувальний вплив імпульсним електричним полем високої частоти. Високочастотні імпульси здатні проникати глибоко в м'які тканини і викликає в них тепловий ефект та осциляторний або іншими словами коливальний. Така осциляторна дія здатна викликати процеси в тканинах і клітинах, змінює їх збудливість та провідність, активність відновних функцій.

Магнітотерапія – вплив на організм людини постійним або ж зміним магнітним полем. Цей метод посилює регенеративні процеси в суглобах та тканинах навколо нього, знімає біль, набряки, зміцнює імунну системи, а також позитивно впливає на загальне самопочуття хворого.

З методів світлолікування частіше використовують ультрафіолетове опромінення. Взагалі ультрафіолетові випромінювання складаються з трьох різних за довжиною хвиль (коротко-, середньо-, довгохвильові), які чинять різних вплив на організм хворого. Довгохвильове випромінювання чинить значний вплив на метаболізм в тканинах, покращує засвоєння поживних речовин, утворення вітаміну Д.

Більш менші за довжиною хвилі впливають на трофічні процеси, мають антисептичну та бактерицидну дію, руйнують токсини та бактерії в місці впливу. Також вони сприяють загоєнню місця ураження тканин, посилення дії фагоцитів і утворення сполучної тканини. Процедура ультрафіолетового опромінення може проводитися як загальна так і місцева, при ревматоїдному артриті здебільшого проводять місцеву на ділянку ураженого суглоба [25].

Загальні протипоказання до застосування фізіотерапії:

- онкологічні захворювання;
- туберкульоз кісток;
- різноманітні захворювання шкіри;
- виявленні внутрішні крововиливи;
- хронічні захворювання у стадії загострення;
- друга половина вагітності;
- погане загальне самопочуття;
- епілептичні напади.

2.4. Дієтотерапія

Дієтотерапія при ревматоїдному артриті – це важливий компонент фізичної терапії таких хворих. Дієта може значно полегшити перебіг цієї хвороби, прискорити одужування. Треба пам'ятати, що така дієта повинна

бути раціональною і мати дробний характер. Харчування при цій хворобі повинне включати деякі принципи:

1. Виходячи з того ревматоїдний артрит є аутоімунною хворобою, а це означає, що імунна система бореться проти організму, а саме суглобів. У великої частини хворих виникнення алергічних реакцій сприяє погіршенню перебігу захворювання. Для цього хворим необхідно виключити так звані «проблемні продукти», які можуть викликати алергічні реакції. До таких продуктів відносяться: цитрусові, цільне молоко, свинина, кукурудзяна та пшенична крупа, вівсянка, какао, помідори [37].

2. На деякий час необхідно виключати з раціону їжу, яка багата на білок, особливо м'ясо та рибу.

3. Хворим треба щодня включати в свій раціону значну кількість фруктів та овочів (по 200 – 300 грамів кожних).

4. Харчування повинне мати щадний характер та виключати такі продукти, які подразнюють шлунок. Їжа повинна бути вареною, запеченою та тушкованою, приготованою на пару, виключаючи смажені страви.

5. Якщо в людини є зайва вага її треба нормалізувати, оскільки це додаткове навантаження на суглоби. Для цього хворий повинен виключити зі свого раціону продукти, які багаті складними жирами, а також простими вуглеводами.

6. Під час періоду лікування хворим необхідно приймати спеціальні медикаментозні засоби, які можуть вимивати кальцій з кісток, що провокує таке захворювання як остеопороз, тому пацієнтам необхідно вживати їжу багату на кальції та фосфор. До продуктів, які рекомендовано вживати таким хворим відносяться: зелень, кисломолочні продукти.

7. У хворих таке захворювання викликає негативні емоції та стреси, що провокує загострення. Таким пацієнтам треба вміти нейтралізувати

такі фактори, адже позитивні емоції та гарний настрій здатні провокувати в організмі вироблення речовин, які мають знеболювальні властивості [35].

При ревматоїдному артриті заборонені такі продукти як: жирне м'ясо та жирна риба, м'ясні бульйони, жирні сорти птиці, субпродукти, копчена їжа, кондитерські вироби та здоба, соління, прянощі, продукти, що мають у складі тваринні жири, міцна кава та міцний чорний чай, газовані напої та алкоголь.

Рекомендовано при цьому захворюванні такі продукти: морська риба та не жирні сорти м'яса, різноманітні овочі (окрім картоплі), фрукти, а також горіхи та сухофрукти, масло льону, оливкове та гарбузове, зелений чай та відвар шипшини, натуральні овочеві та фруктові соки, але не більше однієї склянки на день, а також з солодоців дозволяється натуральний мед.

При ревматоїдному артриті необхідно чітко дотримувати лікувальної дієти № 10 б. Ця дієта триває в середньому близько 10 тижнів. Така дієта вимагає виключення червоного м'яса. У невеликій кількості допускається не жирне м'ясо птиці. Також при ревматоїдному артриті застосовують такі різновиди дієт:

1. Дієта Мак-Дугалла

Пацієнти, які страждають на це захворювання, часто мають сидячий малорухливий спосіб життя, а це може призвести до накопичення ваги. Зайва вага тіла досить сильно перевантажує уражені суглоби, і тим самим погіршуючи перебіг захворювання. У результаті таких висновків, дієтолог Мак Дугалл створив програму відповідного харчування, яка покликана на нормалізацію маси тіла та зниження запального процесу в суглобах.

Така дієта, взагалом, складається з крохмальних продуктів, а саме картоплі та бобових, які дієтолог рекомендує вживати 2 рази на день, доповнюючи їх різними овочами у вареному чи в сирому вигляді. Завдяки

такому харчування вага знижується приблизно на 3 – 4 кг. на тиждень, що значно покращує загальний стан такого хворого.

2. Безбілкова дієта.

При цій дієті рекомендується відмовитися від продуктів харчування, які мають значну частку білка, а саме: м'ясо, риба, молочні продукти, різні сири, яйця.

Рекомендоване меню на 1 добу:

- На сніданок: вівсяна крупа, яка повинна бути зварена на воді, а також моркв'яні парові котлети, зелений або чорний не міцний чай;
- На другий сніданок: невелика кількість фруктів та овочей;
- На обід: овочевий суп так склянка соку чи компоту;
- На вечерю: овочевий салат, а також рис без м'яса.

3. Скандинавська дієта при ревматоїдному артриті.

Ця дієта вважається найбільш тривалою та розрахована приблизно на 3 – 5 місяців:

- До 10 дня необхідно вживати тільки їжу в рідкому вигляді: овочеві бульйони, різні соки та трав'яні чаї, не міцну каву, а також відвари з петрушки та картоплі;
- Наступні декілька місяців такого харчування включаємо страви з соєю, овочами, рисом, ягодами, фруктами і горіхами;
- В кінці такого курсу дієтотерапії доповнюється різними сирами та злаками, кисломолочними продуктами [34].

4. Дієтотерапія при ювенільному ревматоїдному артриті.

Запалені зміни в різних суглобів дітей мають назву – ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА). Ця патологія, яка невідомої етіології і як у дорослих людей може супроводжуватися сильним вираженим болем, набряками та гіпертермією сполучної тканини. У разі створення дитячого раціону фізичному терапевту необхідно також враховували індивідуальні

особливості кожної дитини, продукти треба обирати з досить високим вмістом мінералів й вітамінів та інших необхідних речовин. При складанні дитячого харчування можна використовувати приблизно такий варіант:

- Сніданок: вівсяна каша з медом та ягодами, твердий сир, яйця;
- Обід: суп з овочей, лосось та рисовий пудинг;
- Вечеря: салат з варених або сирих овочей, також можна фруктовий салат та варену або запечену яловичену чи курятину.
- Між прийомами їжі: горіхи, морси, кисломолочні продукти, ягоди та фрукти.

В період загострення хворий потребує суворої дієти, яка повинна виключати продукти-провокатори: жирне, гостре, смажене та солоне. По мірі стихання гострих явищ можна включати в дієту нецільне молоко та кисломолочні страви, м'ясо, рибу. Страви необхідно готувати на пару, варити чи запікати. У фазі ремісії дозволено багато тих страв, які мали виключатися при загостренні, але в невеликій кількості. Дозволяють такі продукти: телятину, сир, молочні супи, овочі, фрукти, ягоди, житній хліб, німецький чай та каву з додаванням молока. Дієта при ревматоїдному артриті дозволяє знизити застосування гормональних та інших препаратів та покращити стан хворого, нормалізувати рухливість в суглобах, трохи зняти больовий синдром [37].

РОЗДІЛ 3

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НА ПІСЛЯЛІКАРНЯНОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Методи фізичної терапії на санаторно-курортному етапі

Лікувальна фізична культура – як і на лікарняному періоді є ключовою у фізичній терапії хворих на ревматоїдний артрит. Застосовується у двох рухових режимах: щадно-тренуючому і тренуючому, при цьому особливе місце виділяється лікувальній дозованій ходьбі.



У щадно-тренуючому режимі вправи зазвичай виконуються для тих пацієнтів, які мають хронічні захворювання у фазі ремісії, також у яких задовільний стан серцево-судинної системи. Всі рухи виконуються у повільному темпі з повною амплітудою, кількість повторень вправ приблизно 8 – 12 разів. Застосовують вправи на апаратах та на різних тренажерах. Використовують різноманітні вправи з обтяженням, на координацію, вправи з опором, з різними предметами. Дуже корисно виконувати ці вправи у воді, оскільки вода розслабляє м'язи і знижує біль. Час лікувальної гімнастики 25 – 30 хвилин [7].

У тренуючому режимі передбачено застосування максимального фізичного навантаження. Цей руховий режим показан тим хворим, які не мають хронічних захворювання дихальної системи та захворювань серця та судин. Вправи виконують переважно у темпі ближче до середнього, інколи у швидкому. Використовують фізичні вправи на координацію, витривалість, з опором переважно аеробного характеру. Також широко застосовують праце- та механотерапію. Час лікувальної гімнастики складає 35 – 40 хвилин [14].

Також застосовують гідрокінезотерапію у вигляді вправ або ж вільного плавання, а також проводять у воді різноманітні рухливі ігри з предметами. Фізичні вправи у воді позитивно впливають на всі системи організму, зокрема поліпшують функціонування нервової системи та опорно-рухового апарату, знижують біль та поліпшують емоційний стан пацієнта, який погіршився в наслідок хвороби[29].

Дозована ходьба складає 4 кілометри на день в темпі 100 – 120 кроків на хвилину, така відстань долається зазвичай у два підходи з паузою 20 хвилин. Використовується також ходьба по сходах, здебільшого на третій поверх. Тривалість режиму складає 10 – 14 днів [13].

На цьому етапі також застосовують механотерапію.

Механотерапія — це застосування лікувальних фізичних вправ на спеціальних апаратах. Такі вправи, як правило, діляться на пасивні, а також пасивно-активні та активні.



До початку механотерапії пацієнту обов'язково необхідно пройти спеціальне обстеження, яке не має включати: вимірювання за допомогою спеціального кутоміра амплітуду руху в суглобах, які були уражені; за допомогою сантиметрової стрічки визначити ступінь зниження м'язового тону, визначити ступінь вираженості больових відчуттів при русі.

Головна мета цієї процедури – досягнення як найбільш максимально повної амплітуди в уражених суглобах. Зазвичай, процедуру починають зі

вправ на тренажерах маятникового типу із невеликим вантажем, в загалом, у повільному темпі, з не повною амплітудою, а також необхідно включити часті паузи та щадіння суглоба та тканин, які були уражені. Поява болю не являється показання для припинення вправ. Якщо больовий синдром дуже сильний потрібно припинити механотерапію і застосувати тепло лікувальні процедури. В подальших заняттях застосовують вправи з вантажем різної маси. Тривалість занять на апаратах триває не більше 10 хвилин, кожного дня тривалість збільшується і наприкінці курсу становить 25 хвилин[5].

На наступних етапах механотерапію застосовують на апаратах блочного типу. Вправи, зазвичай має активний характер і виконуються вже з повною амплітудою, вони ускладнюються за рахунок збільшення темпу та тривалості процедури. Заняття можна проводити 2 – 3 рази на день, але тільки за умови відсутності перевтоми

Протипоказана до механотерапії:

- рефлекторні контрактури;
- різке ослаблення сили м'язів,
- прогресуючий набряк;
- недостатня консолидація кісткової мозолі при переломах;
- наявності синергій, больовий синдром;
- підвищена рефлекторна збудливість м'язів [17].

Лікувальний масаж має, як правило, таку методику і техніку як і на лікарняному періоді, але з більшою інтенсивністю та з використанням різних технік виконання.

На цьому етапі одне з найбільш важливих значень відводиться саме методам фізіотерапії: бальнеотерапії, пелоїдотерапії, псамотерапії, також застосовують лікуванню парафіном та озокеритом.

Бальнеотерапія – це застосування з лікувальною метою мінеральних вод у вигляді ванн або компресів. Найбільше застосовують саме мінеральні

ванн. Вони бувають з різною мінералізацією та різною температурою, завдяки чому вони чинять на організм хімічний, механічний та термічний вплив. При ревматоїдному артриті використовують як загальні ванни, так і ножні.

Сульфідні ванни. Основна діюча речовина – сірководень. Вплив такої ванни взагалом хімічний. Сірководень впливає на шкіру та слизові оболонки і викликає значні зміни в організмі хворого, а саме чинить протизапальний та розсмоктуючий ефект, а також пришвидшує репаративні процеси.

Перлинні ванни. Діючий чинник такої ванни – бульбашки. На організмі здійснюється механічний вплив. Такі ванни зазвичай застосовують для нормалізації психічного та емоційного стану, підвищення працездатності та покращення самопочуття.

Азотні ванни. Вплив такої ванни здійснюється як механічним так термічним чинником за рахунок дії азотистих бульбашок, які вкривають шкіру густим шаром. Такі ванни діють седативно та чинять протизапальну та знеболюючу дію.

Соляні ванни нормалізують діяльність нервової системи, також знижують біль в суглобах, зміцнюють імунну систему, діють як протизапально так і гіпосенсибілізуюче[27].

Окрім мінеральних ванн використовують також ароматичні ванни такі як хвойні, шалфейні, скипидарні, їх основна дія полягає в нормалізації нервових процесів та поліпшення психо-емоційного стану. Мінеральні та ароматичні ванни застосовують переважно на санаторно-курортному етапі лікування. До того ж на цьому етапі також використовують теплолікувальні процедури: пелоїдотерапія, псамотерапія, а також лікувальне застосування озокериту та парафіну.

Пелоїдотерапія – це застосування з лікувальною метою різних грязей. Взагалом в грязелікуванні використовують мулові грязі, торф'яні, а також

сапропелі. Позитивний вплив на перебіг захворювання здійснюється через дію хімічного, механічного та термічного подразнень. При грязелікуванні можна використовувати досить високі температури (42–44°C, 46–50°C). Їх використовують у вигляді загальних ванн або місцевих аплікацій на різні ділянки тіла. Лікувальна дія цих грязей полягає в розсмоктуванні ексудату, зняття больового синдрому, активізації обмінних процесів та прискорює період загоювання [31].

Псаммотерапія (лікування піском) проводиться у вигляді загальних та місцевих ванн або грілок. Для загальних ванн використовують температуру 45–50° С а для місцевих ванн і грілок трохи вище – до 65 ° С. Лікування піском досить часто застосовують при лікуванні ревматоїдного артрити, тому що пісок має знеболюючий і протизапальний ефект. А парафін та озокерит зазвичай при цьому захворювання застосовують у вигляді аплікацій на зону ураженого суглоба [23].

3.2. Особливості фізичної терапії на диспансерному етапі

Люди, які хворіють на ревматоїдний артрит після санаторного етапу довгий час повинні спостерігатися в поліклініці у лікаря-ревматолога. В період загострення такі хворі повинні лікуватися в санаторіях.

На диспансерному етапі фізичної терапії такі основні завдання:

- контроль за станом здоров'я реабілітованого;
- підвищення резервних можливостей людини;
- запобігання прогресування захворювання;
- тренування серцево-судинної системи;
- підвищення захисних сил організму

На цьому етапі пацієнт продовжує застосовувати фізичні вправи, але вже здебільшого в домашніх умовах. До того ж необхідно регулювати режим праці та відпочинку. Продовжується застосування дозованої ходьби

на відстань приблизно 4 – 6 кілометрів в темпі 110 – 120 кроків за хвилину, у два підходи з паузою в 30 хвилин. Необхідні тривалі прогулянки близько 30 – 40 хвилин щоденно. Регулярне відвідування басейну, хоча б 2 рази на тиждень. Також необхідно виконувати всі рекомендації фізичного терапевта та раз в 3 – 4 місяці проходити профілактичні огляди [32].

Дієти такі хворі мають дотримуватися протягом всього життя. На цьому етапі використовують, зазвичай, дієту яка відповідає фазі ремісії та виключає продукти-провокатори.

Таким хворим у повсякденному житті необхідно дотримуватись певних принципів для захисту суглобів:

1. Не допускати таких положень тіла при, яких виникає великий тиск на уражені суглоби;
2. Необхідно виконувати тільки таку роботу, яка не викликає значної втоми: займатися улюбленими заняттями, прибирати в оселі, поратися на кухні, збирати ягоди та ін.;
3. Залишати суглоб в положенні якомога більшої стабільності. Під час підйому важкого предмета не треба спиратися на одну руку, тому що в такому разі, як правило погіршуються функції суглобів кисті, а тому необхідно притримувати одну руку іншою для стабільності.
4. Для носіння сумок краще не використовувати суглоби кисті, а краще до цього залучати плечовий та ліктювий суглоб. Якщо в наслідок хвороби було уражено більшість суглобів верхніх кінцівок, то краще користуватися наплічником.
- 5. Виключити повністю підймання дуже важких предметів.**

У побутовому житті дуже важливо вміти полегшувати фізичну працю, тому що майже у кожної людини, яка хворіє на ревматоїдний артрит, як правило, виявляється підвищена втомлюваність, зниження сил та відчуття втрати енергії.

Необхідно також вміти розподіляти енергію протягом дня, а саме планувати основну роботу на денний час; збалансовувати фізичну роботу протягом тижня. Якщо в один день було виконано досить багато роботи, то в інший день її має бути значно менше; додавати періодичні паузи та відпочинки. Потрібно вчасно зупинятися, а саме до того часу, коли почне з'являтися відчуття втоми. У побуті необхідно, щоб все що потрібно для роботи було розташовано зручно та знаходилося поруч [15].

ВИСНОВКИ

1. Ревматорідний артрит – це тяжке системне аутоімунне захворювання, яке характеризується ураженням сполучної тканини, а саме суглобів та може залучати в патологічний процес різні системи організму. Клінічна картина: скутість в суглобах; виражений больовий синдром; набряки шкіри та її гіпертермія; дистрофічні деформації нігтьової пластини; зниження фізичної та розумової працездатності.

2. Етіологія невідома. Можна виділити основні фактори (ревматологічна тріада): спадковість; інфекційні захворювання та пусковий фактор (переохолодження, інтоксикація, мутагенні медикаменти, стреси тощо).

3. В лікуванні ревматоїдного артриту велике значення має застосування засобів фізичної терапії. ЛФК застосовують на всіх періодах та всіх етапах лікування, у формі лікувальної гімнастики, ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять, а також у вигляді лікувальної дозованої ходьби. Масаж проводять у вигляді загального та місцевого, сегментарно-рефлекторного та медового і в формі самомасажу. З методів фізіотерапії, як правило, використовують лікувальні постійні та імпульсні струми різної частоти та сили, магнітотерапію, лікувальні загальні та місцеві ванни та теплолікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белая Н. А. Лечебная физкультура и массаж / Н. А. Белая. – М. : Советский спорт, 2001. – 272 с.
2. Борткевич О.П. Особливості перебігу ранньої стадії ревматоїдного артриту за даними 12-місячного проспективного спостереження / Борткевич О.П., Білявська Ю.В. // Український ревматологічний журнал. – 2009. – №1 (36). – С. 40 – 43.
3. Борткевич О.П., Терзов К.А. Ураження плечових суглобів у хворих на ревматоїдний артрит: клініко-інструментальне дослідження // Український ревматологічний журнал. - 2006. - № 2. - С. 61-65
4. Вакуленко Л.О. Лікувальний масаж. / В.О. Вакуленко – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 448 с.
5. Гарасева Т.С. Физическая реабилитация. Учебник для студентов высших учебных заведений, / Т.С. Гарасева, М. – 2004. – 608 с.
6. Герасименко С.І. Ортопедичне лікування ревматоїдного артриту при ураженнях нижніх кінцівок / С.І. Герасименко. – К. : Преса України, 2000. – 159 с.
7. Дорошенко Т.В. Лікувальна фізкультура в комплексній терапії хворих на ревматоїдний артрит / Т.В. Дорошенко, С.В. Ярцева, Е.Р. Линниченко // Український медичний альманах, 2008. – Т. 11. № 6 (додаток). – С. 28-29.
8. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / (ред.) чл.-корр. РАМН проф. В. И. Мазуров. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. – 520 с
9. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2006. – 288 с.

10. Коваленко В. М. Ревматоїдний артрит. Діагностика та лікування / В. М. Коваленко, М. М. Шуба, Л. Б. Шолохова; за ред. В. М. Коваленко. – К. : Моріон, 2001. – 272 с.
11. Коваленко В.М. Сучасні аспекти діагностики ревматоїдного артриту / Коваленко В.М., Борткевич О.П., Білявська Ю.В. // Здоров'я України. – 2010. – №1. – С. 74–77.
12. Лечебная физическая культура : справочник / под ред. проф. В. А. Епифанова. – М. : Медицина, 2004. – 592 с
13. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах. За ред. Л.І.Фісенко. – Київ. - 2005. – 402 с.
14. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. За ред. проф. В.В. Клапчука. - Київ. - 1995. – 312 с.
15. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. пос. / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів: ВМС, 2006. – 148
16. Макарова И. Н. Лечебная физкультура при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: ревматоидный артрит / И.Макарова // Медицинская реабилитация: руководство для врачей / под ред. В. А. Епифанова. – М. : Мед прес-информ, 2005. – С. 161–168.
17. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник.- К. : Олан гауо ;, 2004. - 559 с
18. Мухін В.М. Фізична реабілітація : [підруч. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту] / В.М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 424 с.
19. Мятыга Е. Н. Лечебная физическая культура при ревматоидном артрите на стационарном этапе / Е. Н. Мятыга, Д. С. Мятыга, Н. В. Гончарук // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 2. – С. 128-131.

20. Нейко Є.М. Методика клінічного обстеження суглобів при ревматичних захворюваннях : навч. посіб. / Нейко Є.М., Головач І.Ю. – Івано-Франківськ, 2001. – 69 с
21. Нетяженко В. З. Класифікації внутрішніх хвороб. Діагностичні заходи та алгоритми лікування. Ч. I. Кардіологія. Ревматологія / В. З. Нетяженко. – 3-е вид., доп. – Київ : Асоціація лікарів-інтернів України, 2006. – 456 с
22. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації: [навч. посіб.] / Гері Окамото; [пер. з англ. Ю. Кобіва та А. Добриніної]. – Львів : Галицька видавнича спілка, 2002. – 294 с.
23. Основи курортології: [посібник] / за ред. М.В. Лободи, Е.О. Колесника. – К.: Купріянова О.О., 2003. – 238 с.
24. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу / за ред. В.В. Клапчука, О.С. Полянської. – Чернівці : Прут, 2006. – 208 с.
25. Полулях М. В. Програма фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит при ендопротезуванні колінного суглоба / М. В. Полулях, С. І. Герасименко, І. В. Рой, Т. В. Заморський, І. А. Лазарев, В. П. Черняк // Ортопедія травматологія протезування. – 2007. – № 3. – С. 106–110.
26. Попов С.Н. Физическая реабилитация. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. 602 с.
27. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.
28. Ревматоїдний артрит: сучасний погляд на проблему / Є. М. Нейко, Р. І. Яцишин, О. В. Штефюк // № 2 (36). – С. 35 – 39. – Український ревматологічний журнал. – 2009.
29. Соколовський В.С. та ін. Лікувальна фізична культура: Підручник / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т. – 2005. – 234 с. – (Б-ка студентамедика).
30. Фізіотерапія : підручник / за ред. О.А. Владимірова, В.В. Єжова, Г.Н. Пономаренко. – К. : Формат, 2013. – 432 с.

31. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія : навч. посібник / В. Н. Фоменко. – Київ : Центр навчальної літератури, 2007. – 312 с
32. Шаповалова В. А. Спортивна медицина і фізична реабілітація : [навч.посібник] / [В. А. Шаповалова, В. М. Коршак, В. М. Халтагарова, І. В. Шимеліс, Л. І. Гончаренко]. – К. : Медицина, 2008. – 246 с.
- 33.Шуба Н.М. Ранній ревматоїдний артрит. Клініко-патофізіологічні аспекти // Мистецтво лікування. - 2004. - № 3. - С. 12-15.
34. Дієта при ревматоїдному артриті [Електроний ресурс] // vidpoviday.com – 2020 – Режим доступу до ресурсу: <http://vidpoviday.com/diyeta-pri-revmatoyidnomu-artriti>
35. Дієта при ревматоїдному артриті суглобів [Електроний ресурс] // pressuha.com.ua – 2012 – Режим доступу до ресурсу: <http://pressuha.com.ua/di-ti-pri-revmato-dnomu-artriti-suglobiv/>
36. Лфк при ревматоїдному артриті – гімнастика, комплекс вправ // [Електроний ресурс] w2w.com.ua – 2019 – Режим доступу до ресурсу: <https://w2w.com.ua/lfk-pri-revmatoidnomu-artritigimnastika-kompleks-vprav/>
37. Масаж при артриті – види, техніка виконання[Електроний ресурс] // w2w.com.ua – 2019 – Режим доступу до ресурсу: <https://w2w.com.ua/masaj-pri-artriti-vidi-tehnika-vikonannia/>

ДОДАТОК А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Мороз Дарія Олександрівна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна добродесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної добродесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної добродесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної добродесності.

14.04.2020
(дата)

Дарія Мороз
(підпис)

Дарія Мороз
(ім'я, прізвище)