



ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ
„НЕОФИТ РИЛСКИ”
Факултет „Обществено здраве и спорт”
Катедра „Кинезитерация”

НАТАЛИЯ ПЕТРОВА ПЕТРОВА

АВТОРЕФЕРАТ

**„РОЛЯ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ
КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ”**

за присъждане на образователната и научна степен
„ДОКТОР”

Област на висше образование: *1. Педагогически науки*

Професионално направление: *1.2. Педагогика*

Научна специалност:

*„Теория и методика на физическото възпитание и спортната
тренировка*

(вкл. Методика на лечебната физкултура)“

Научен ръководител:
проф. д-р Иван Топузов, д.п.н.

БЛАГОЕВГРАД, 2015

Дисертационният труд съдържа 49 страници и е онагледен с графики, фигури и таблици. Библиографията обхваща източници, от които чуждестранни и български.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на
2015 г. от 15.00 часа в зала №1412 в УК №1 на
ЮЗУ „Неофит Рилски, гр.Благоевград.

Използвани съкращения

ДИФ	Дистални интерфалангиални стави
ДЕЖ	Дейности от ежедневиия живот
ЕУЛАР	Европейската лига за борба с ревматизма
ЕГ	Експериментална група
КГ	Контролна група
КТ	Кинезитерапия
КАТ	Компютърна аксиална томография
ММТ	Мануално мускулно тестване
МКБ	Международна класификация на болестите
КФО	Комплексна функционална оценка
НЧТ	Нискочестотни токове
НИМП	Нискочестотно импулсно магнитно поле
ОДА	Опорно-двигателен апарат
ПИФ	Проксимални интерфалангиални стави
РА	Ревматоиден артрит
ФМР	Физикална медицина и рехабилитация
ФФ	Физикален фактор
СЗО	Световната здравна организация
ЯМР	Ядрено магнитен резонанс
ACR	American College of Rheumatology
QoL(КЖ)	Качеството на живота
Physical Functioning - PF	Физическо функциониране
Role-Physical Functioning - RP	Ролево функциониране, обусловено от физическото състояние
Bodily pain - BP	Интензивност на болката
General Health - GH	Общо здравно състояние
Vitality - VT	Жизнеспособност
Social Functioning - SF	Социално функциониране
Role-Emotional - RE	Ролево функциониране, обусловено от емоционалното състояние
Mental Health - MH	Психическо здраве
SF-36	Многоцелеви, стандартизиран тест за качество на живот

УВОД

През последните години ревматологичните заболявания бележат значително нарастване в световен мащаб. Статистиката показва от 0,5-1.1% в Северна Европа и Северна Америка, 0,3-0.7% в Южна Европа, 0,1-0,5% в развиващите се страни (Y.Alamanos and A.A.Drosos, *Autoimmunity Rev* 2005;4:130–136).

По данни на Асоциацията на пациентите с ревматоиден артрит артритните заболявания са най-голямата група хронични заболявания. Само в Европа от тях страдат 120 млн. души, като могат да засегнат мъже, жени и дори деца. За социалните и здравни разноси на тези пациенти се отделят 240 млрд. евро годишно. У нас официална статистика за броя на хората, страдащи от тези заболявания няма. Епидемиологични проучвания не са правени. По неофициални данни от болест на Бехтерев в България страдат около 30 000, от ревматоиден артрит около 70 000 души. За повече от 100 000 болни се грижат около 80-90 ревматолога, които са концентрирани предимно в големите градове.

С всяка година се увеличава броя на пациентите с диагнозата *ревматоиден артрит* и десетки от тях са инвалидизирани от болестта. Специалистите предупреждават, че ако не бъдат предприети съответни действия, през следващото десетилетие над няколко милиона души ще страдат от ревматологични заболявания. В Европейския съюз (ЕС) ревматологичните заболявания са втората по честота причина за инвалидизация след сърдечно-съдовите заболявания.

От ревматоиден артрит страдат около 1-1.5% от българите, а той може да доведе до инвалидизиране, ако не се лекува адекватно, агресивно и веднага. В България има недостатъчно на брой ревматолози, но те са добре обучени, за да могат да лекуват тези пациенти¹.

Статистиката показва, че заболяемостта от ревматоиден артрит при жените е два пъти по-честа, отколкото при мъжете. С увеличаването на продължителността на живота и възрастта на населението се очаква и увеличаване на броя на пациентите с ревматоиден артрит, особено сред възрастните хора.

Диагнозата „ревматоиден артрит” е основа на различни проблеми, за които преди не се е мислило – скъпи лекарства, специални диети, физиотерапия, кинезитерапевтични процедури и др. Това е времето, когато болните се чувстват най-раними и лабилни и имат най-голяма нужда от

¹ Сп. МЕДИНФО, бр.4, 2009, medinfo-bg.com/spisanie/2009

подкрепа. Този проблем навлиза и в кинезитерапевтичната практика във връзка с правото на пациента на избор на лечение и рехабилитация, както и във връзка с удължаване на продължителността и качеството на живота.

Понятието "качество на живот" е използвано за първи път от икономиста Артур Сесил Пигу, в неговата книга "Политическая экономия благосостояния" (1920), в която той описва необходимостта от правителствена подкрепа за бедните хора. Терминът губи своя смисъл и не се използва до времето след Втората световна война, когато със задоволяването на основните потребности (пехрана, подслон и т.н.) в развитите общества, на преден план излиза въпросът за качеството на живот. Този въпрос се поставя след задоволяването на тези потребности, защото има по-ниска в йерархично отношение стойност (А. Maslow, 1954). В САЩ през 1964 г., по време на избирателната си кампания, Линдън Джонсън² казва: „Не можем да постигнем целите си, като се позоваваме само на финансовото ни състояние, те трябва да отчитат и качеството на живота, който нашият народ води“. В политически смисъл понятието *качество на живот* отразява правото на индивида да има собствено мнение относно утвърдения социален ред.

Още през 1947 г. Световната здравна организация (СЗО) описва здравето като “състояние на пълно физическо, умствено и социално благосъстояние, а не просто отсъствие на болест или слабост”. В миналото, обаче, повечето здравни услуги се концентрираха върху лечението на дадена болест и нейните симптоми, отколкото върху човека като цяло.

От 1977 терминът „качество на живот“ е ключова дума, по която се извличат материали от компютърната система на MEDLINE. От тогава броят на публикации с този израз в заглавието непрекъснато расте. Непрекъснато се увеличава разбирането за това какво точно представлява то, усъвършенстват се инструментите за неговата оценка и се подобрява интерпретирането на резултатите. В световен мащаб вече е препоръчително всяко изследване в областта на медицината да завършва с оценка за качеството на живот.

Основни понятия за качество на живот:

Понастоящем е налице консенсус, че *качество на живот* е:

Първо – мултикомпонентна концепция, включваща минимум три области - *физическо, психологическо* и *социално* функциониране. *Физическата* област се определя от функционалния статус (самообслужване, подвижност и други ежедневни дейности) и от свързаните с болестта

² 36-ти Президент на САЩ (22 Ноември, 1963 – 20 Януари, 1969)

симптоми и странични действия на лечението (като болка, умора и гадене). *Психологическото* функциониране може да се раздели на психологически дистрес или благополучие и когнитивно функциониране (като концентрация и памет). *Социалната* област обхваща социалните дейности и качеството на социалната мрежа на болния. Всяка една от тези области могат да се измерват едновременно или поотделно в зависимост от специфичната цел на изследването.

Второ – качество на живот е свързано с оценка на живота на болния като цяло. Такава глобална оценка може да бъде направена, като се зададе общ въпрос за КЖ или като се обобщат резултатите от всички изследвани области. Ако проучваният въпрос е по-специфичен, то ще се наложи и по-детайлна оценка на определена област.

Трето – болният се приема като първи източник на информация за собственото си качество на живот. (В.Василева, 2013)

Качество на живот днес е една концепция, която успява да обхване и оцени преживяванията на пациента и да включи собствената оценка за качеството му на живот в клиничната практика. Тази концепция обхваща и всички нефизиологични аспекти на болестта, които досега се описваха частично и несполучливо от други концепции.

При направения преглед на медицинска литература открихме, че проблемът за качеството на живота е застъпен широко при медикаментозното лечение. По отношение на кинезитерапията, обаче, не е разработен в областта на ревматологията. Все още недостатъчно се прави за пациентите с ревматологични заболявания във връзка с рехабилитацията и ерготерапията. Поради факта, че лекарствата са безплатни за пациентите (платени от държавата), то заниманията с кинезитерапия се подценяват и negliжират от повечето от тях. Липсва мотивация за социална реадaptация – хората да продължават да се реализират пълноценно в живота. Нужен е нов подход към тези пациенти за положително възприемане на кинезитерапевтичната програма по отношение на техния здравен статус.

МЕТОДОЛОГИЧНА РАМКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

В съдържателен аспект тук са представени методологическите параметри на изследването, неговите организационни етапи и предложените изследователски методи.

Концептуална рамка и научна теза на изследването

Съхраняването на здравния статус – психика, емоция, движения, заема важно място в ежедневието и самообслужването на пациентите. Двигателната активност позволява на пациента да работи и самостоятелно да комуникира с околната среда. Светът и заобикалящата ни среда са едно трудно бреме за пациентите с двигателен дефицит. Ако не се намери начин за улесняване и поддържане на статуса на тези пациенти, то те остават изолирани от околния свят (И.Топузов, 2006).

Именно за поддържане на здравния статус (психика, емоция правилното двигателно и моторно състояние) на пациентите, ние решихме наред с методиката на кинезитерапия да включим и програма за ерготерапия.

Всичко казаното до тук ни дава категоричното основание да издигнем **ТЕЗАТА**, *че целенасочената кинезитерапевтична методика в съчетание с ерготерапия, реализирана под формата на системни КТ занимания е решаващ здравословен фактор повлияващ статуса на пациентите с ревматоиден артрит в съвременните условия на живот и е един по-добър начин за справяне с предизвикателствата на околния свят*

Хипотеза, цел и задачи на дисертационния труд

Комплексното лечение на пациентите изисква познаването на двигателния модел, а улесняването и коригирането му би довело до щадене на пациентите с ревматоиден артрит. Всички известни кинезитерапевтични техники въздействат по определен начин, ерготерапията също е унифицирана методика за въздействие. Всяка една от тях има предимства и недостатъци.

В този ред на мисли решихме да предложим и нашия скромнен опит, при който комбинираме известните ни кинезитерапевтични методики, обогатявайки ги с програмата за ерготерапия като част от комплексното лечение.

Обширното оформление на предстоящите изследователски задачи, както и технологията на тяхната реализация ни насочиха към формулирането на следната работна **ХИПОТЕЗА**:

Нашето предположение е, че при системно и ранно прилагане на разработената от нас специфична кинезитерапевтична програма, която включва наред с медикаментозното лечение, естествените преформирани физикални фактори, кинезитерапия и ерготерапия ще допринесе за подобряване на здравния статус по отношение на подобряване качеството на живот на пациентите с ревматоиден артрит.

ЦЕЛТА на проучването е подобряване качеството на живот на пациентите чрез специфична авторска методика на кинезитерапия и ерготерапия.

Описаната по-горе цел на изследването определи необходимостта да **проверим на практика възможностите на системното, целенасочено провеждане на специфична кинезитерапия и ерготерапия за положителното повлияване върху здравния статус (качество на живот).**

За постигането на така поставената цел са определени следните **задачи**:

1. Проучване състоянието на проблема чрез анализ на специализирани литературни източници, вкл. интернет пространството, на кинезитерапевтичната практика. Да се разкрие състоянието на проблема по отношение на здравен статус на пациентите с ревматоиден артрит.
2. Да се разработи специфична методика на кинезитерапия включваща и ерготерапия.
3. Да се проведе експеримент в рамките на тригодишен период с прилагане на специфична кинезитерапевтична програма с ерготерапевтични дейности при пациенти с ревматоиден артрит в експерименталната група.

4. Да се проследи и отчете ефекта от специфичната методика върху здравният статус.
5. Установяване на факторите за разликата в състоянията (доколко са случайни и доколко те се дължат на въздействието чрез средствата на кинезитерапия и ерготерапия). Да се очертаят насоките за по-ефективното повлияване на здравния статус на пациентите с ревматоиден артрит.

Обект, предмет и контингент на изследването

Обект на настоящето изследване *е здравният статус на пациентите с ревматоиден артрит по отношение на качеството на живот.*

Така определения обект на изследването и заявените от нас научни намерения, широко отразени в концептуалната рамка и тезата на изследването, ни позволиха да конкретизираме и ***предметната област*** на изследователските ни интереси, а именно – разкриване ***възможностите за положително повлияване върху здравния статус на пациенти с ревматоиден артрит, чрез създаване и апробиране на специфична кинезитерапевтична методика.***

Настоящото изследване се проведе в три годишен период. По време на експеримента наблюдаваните и изследвани лица са включени в контролна и експериментална група.

Експериментът се проведе във ФТЦ „ВЯРА, НАДЕЖДА, ЛЮБОВ” гр. Благоевград в периода от 2011 до 2014 година.

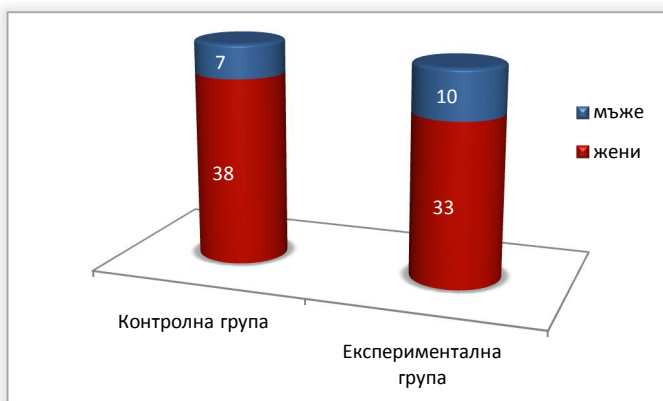
Процедурите се провеждаха ежедневно 4 курса по 7 дни.

Изследванията се правеха в началото и в края на процедурите. Експерименталната методика за кинезитерапевтична програма проведохме с конкретни задачи и продължителност. Броят на процедурите беше 7 пъти във ФТЦ „ВЯРА, НАДЕЖДА и ЛЮБОВ” и четири пъти самостоятелно у дома. Времетраенето на отделните процедури бе от 45 до 50 мин.

Кинезитерапевтичната програма бе съобразена с патобиомеханичния и патокинезиологичния анализ на деформитета на изследваните лица, както и със степента на деформация и дееспособност. За установяване на ефективността на приложената от нас методика и при двете групи изследванията бяха направени повторно в началото и в края на периода.

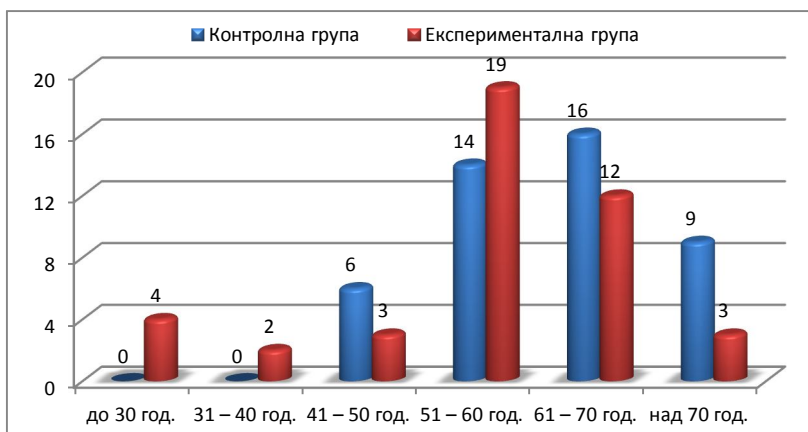
➤ **Разпределение на пациентите по възраст**

Проучените пациенти са на възраст от 25 до 80 години, разпределени в две групи – ЕГ и КГ (таблица № 2). Сравнително малък е дялът на пациентите до 50 годишна възраст – 6 в КГ и 9 в ЕГ, а над 50 годишна възраст са 85% от всички пациенти.



Графика № 1 Разпределение на пациентите по брой

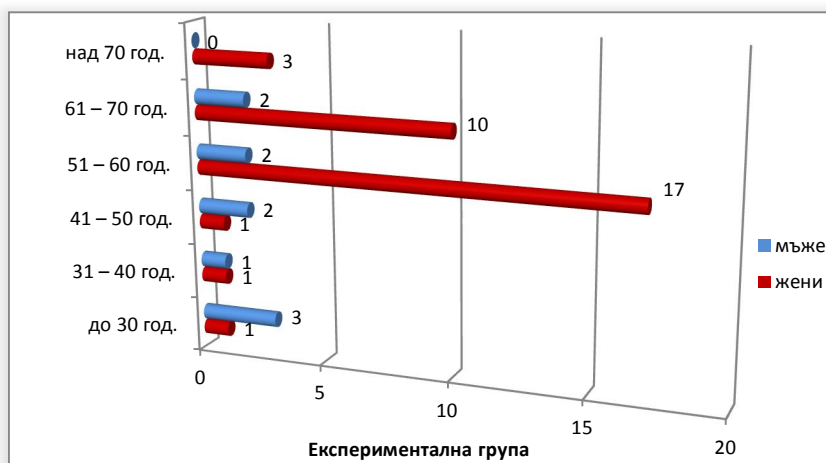
Според разпределението по възраст при стартиране на проучването почти половината от пациентите в ЕГ са до 60 годишна възраст, а в КГ те са, което е 2/3 от групата (Графика № 1). По-голяма разлика в броя на пациентите от двете групи наблюдаваме при възрастта над 70 години, което се обяснява с желанието им за активно участие в лечебния процес, наличието на достатъчно свободно време и ограничени битови задължения.



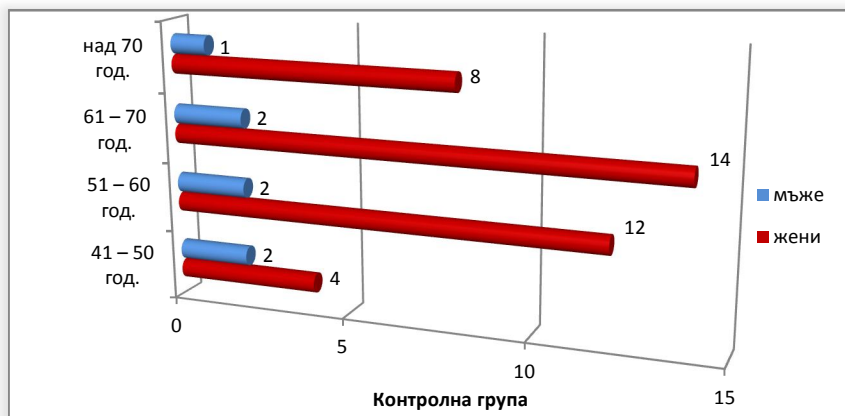
Графика № 2. Разпределение на проучените пациенти от контролната група и експерименталната група по възраст

➤ **Разпределение на пациентите по пол**

Сред рехабилитираните пациенти (Графика № 3 и 4) преобладават жените, предимно във възрастта над 50 години, което потвърждава мнението, че факторът на постменопаузалната остеопороза оказва голямо значение.



Графика № 3. Разпределение на пациентите по пол (ЕГ)



Графика № 4. Разпределение на пациентите по пол (КГ)

Организация, методи и етапи на изследването

Настоящото изследване се провежда в **три етапа**:

Първи етап – планиране и организация на проучването (2010 година), проучване на достъпната литература от наши и чужди автори, които засягат изследвания проблем:

1. Разработване на необходимата документация – индивидуални карти за всеки пациент и създаване на досие за база данни от изследванията, където са изложени наличните формуляри.

2. Участие в конгреси и конференции по ревматология и ерготерапия, пряко свързани с разработваната тема.

3. Уточняване и апробиране на специфична кинезитерапевтична методика, включваща ерготерапия, за изследване на здравния статус на пациентите, прилагани главно в експерименталната група.

4. Подбор и подготовка на специфични тестове за изследване на здравния статус (качеството на живот) на пациентите с ревматоиден артрит.

5. Уточняване на математико-статистически методи за обработка на емпиричните данни.

Втори етап - обхваща периода от месец август 2011 до август 2014г. в него се проведе тригодишен експеримент в гр. Благоевград във ФТЦ „Вяра, Надежда и Любов“ и снемане на данни от пациентите за здравният им статус . Елементи от изследването са публикувани в списания за лекари по ФМР и кинезитерапевти и изнесени на първия национален конгрес по ерготерапия в Боровец .

1. Разработване и приложение в практиката на ерготерапевтични елементи като част от специфичната методика на кинезитерапия.

2. Наблюдение на ефекта от прилаганата методика на КГ и ЕГ, контрол и събиране на данни от изследваните лица.

3. Работа с пациентите, обучение как да прилагат в домашни условия ерготерапията и кинезитерапията.

Трети етап – включва обработка на събрания емпиричен материал от проведените тестове и оформяне на дисертационния труд - реализиран от 2013 г. до месец декември 2014 г.

1. Събиране на крайните резултати от изследванията, групиране по показатели за Експериментална група и Контролна група.

2. Осъществяване на математико-статистически анализ на резултатите.

Извеждане на необходимите за практиката изводи, заключения, обобщения и препоръки.

Методи на изследване

За събиране на повече данни използвахме различни клинични, параклинични, статистически и други методи за изследване, препоръчвани от много автори за практиката при научни изследвания и тестове.

Теоретичен анализ

Той е използван при обзора и анализа на литературните източници и има за цел да ни предостави информацията за основните проблеми от теорията и практиката на комплексната кинезитерапевтична програма и в частност на ерготерапията, като неделима част от нея.

Формулиране на хипотезата, целта, задачите на изследването, при анализа на количествената информация, обобщенията и изводите.

Данните за основното проучване са:

- теории, класификации, научни източници касаещи проблема от страната и чужбина;
- дисертационни трудове, учебници и учебни помагала, научни статии и доклади.
-

Методи за диагностика на ревматоиден артрит

Социологически методи

Анамнеза/интервю – интервюто е форма на разпитване, основаваща се на пряка словесна комуникация между две или повече лица чрез устно поставяне на въпроси и устно даване на отговори за набиране на първична емпирична социологическа информация.

Локален статус/наблюдение – наблюдението е регистрация на първична информация относно целенасочено възприятие на определени явления и процеси от обективната действителност в реално време и пространство (поведението на изучаваните обекти) в съответствие с програмата на изследването. То се извършва по конкретна методика с цел да се отговори на следните въпроси: *кой; какво; как; къде; кога; защо; при какви условия.*

Документален метод

Процедура по набиране на първична емпирична информация от документи, отразена преди всичко по други поводи.

Документ(фиш) е всеки веществен носител на информация (писмен или не писмен – оръдие на производство, снимка, художествено произведение, филм и т.н.), отразяваща определени обществени явления и процеси или участието на определени хора в тях. Документите могат да бъдат:

- Писмени или не писмени;
- Официални – лични или обществени
- Спонтанно възникнали / изработени по поръчка;
- Първични или вторични.

Методи и тестове за изследване на пациентите с ревматоиден артрит

А. Клинични методи на изследване

Пациентите бяха наблюдавани и изследвани съгласно наложените в клиничната практика измервания и тестове, включени в разработен индивидуален фиш включващ:

- *паспортна част* – име, пол, възраст, професия, адрес, дата на проява;
- *специална част* – с регистрирани данни от всички направени тестове, измервания и оценки.
- ✓ *Тестуване на захвати*

Б. Статистически методи

- ✓ *Вариационен анализ*
- ✓ *T-критерий на Стюдънт*

В. Експертна оценка

Г. Стандартизиран тест SF-36

SF-36 е многоцелеви, стандартизиран тест за установяване на здравно състояние, включващ в себе си 36 въпроса. Той има 8-скален профил на функционалните резултати за здравето и общото благосъстояние, психометрично базирано обобщено измерване на физическото и душевно здраве, както и преференциално базиран индекс на здравната полезност.

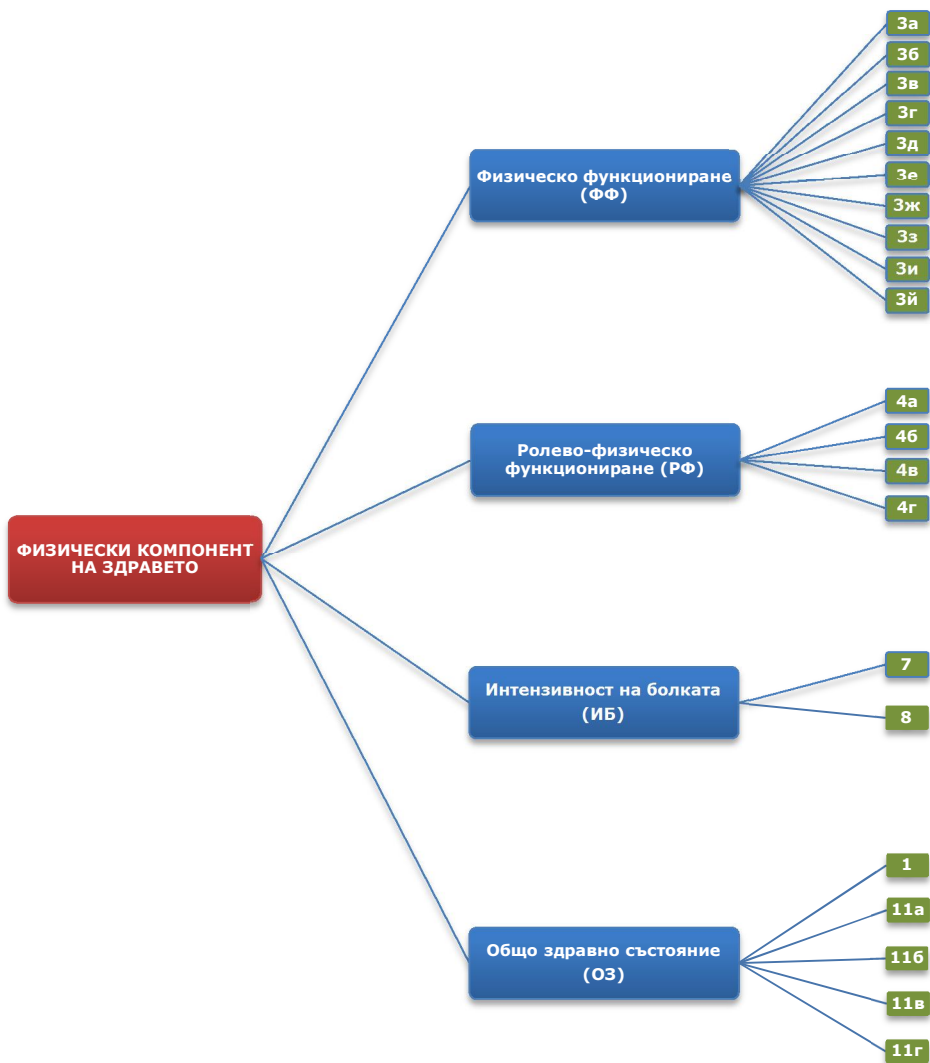
36-те пункта на въпросника са групирани в осем скали: физическо функциониране, ролева дейност, физическа (телесна) болка, общо здраве, жизнеспособност, социално функциониране, емоционално състояние и психическо здраве. Показателите на всяка скала варират между 0 и 100, където 100 представлява пълно здраве, а всички скали формират двата основни показателя: душевно и физическо благополучие (психологически и физически компонент на здравето).

Таблица № 6

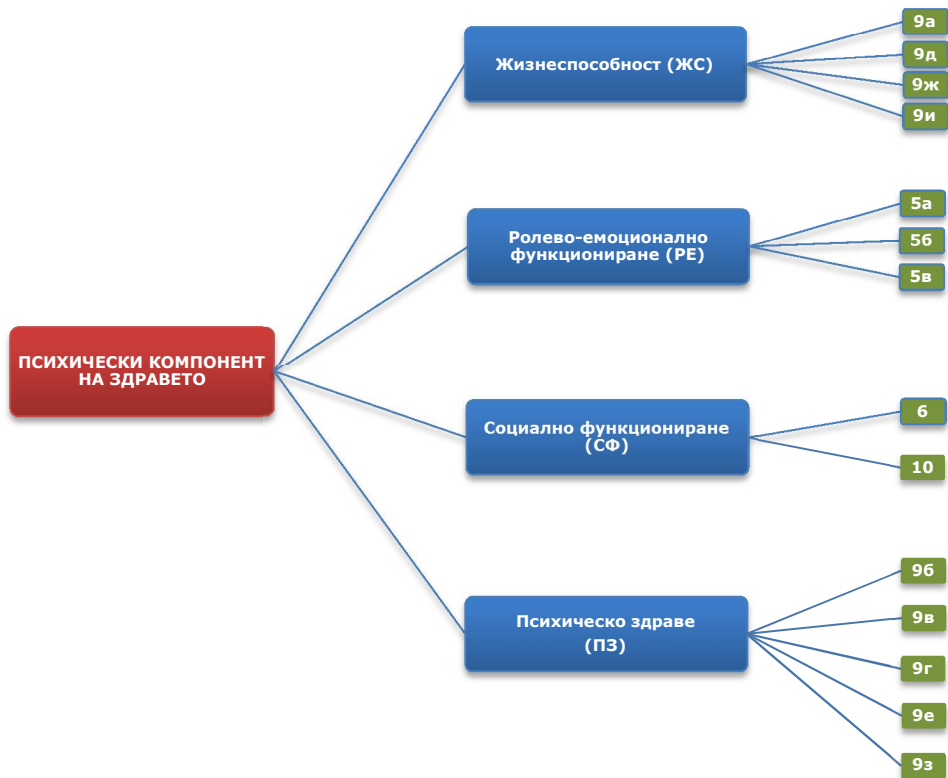
Пунктове	Промяна на оригиналната категория на отговора	Рекодиране на стойностите:
1, 2, 20, 22, 34, 36	1 →	100
	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 →	0
	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
21, 23, 26, 27, 30	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
24, 25, 28, 29, 31	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100
32, 33, 35	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

Въпросника е групиран на 3 нива – 36 пункта, 8 скали и 2 обобщени мерки (компонента):

Фигура № 10



Фигура № 11



Количествено се оценяват следните показатели:

1. **Физическо функциониране (Physical Functioning - PF)**, отразяващо степента, в която физическото състояние ограничава изпълнението на физически натоварвания. Ниските показатели по тази скала свидетелстват за това, че двигателната активност на пациента значително се ограничава от състоянието на неговото здраве.
2. **Ролево функциониране, обусловено от физическото състояние (Role-Physical Functioning - RP)** - влияние на физическото състояние върху ежедневната ролева дейност. Ниските показатели по тази скала свидетелстват за това, че ежедневната дейност е значително ограничена от физическото състояние на пациента.
3. **Интензивност на болката (Bodily pain - BP)** и нейното влияние на способността за занимания с ежедневните дейности, включително работа в къщи и извън дома. Ниските показатели на тази скала свидетелстват за това, че болката значително ограничава активността на пациента.
4. **Общо здравно състояние (General Health - GH)** – оценка на болните за своето здравно състояние в настоящия момент и перспективите за лечение. Колкото по-нисък е балът по тази скала, толкова по-ниска е оценката за състоянието на здравето.
5. **Жизнеспособност (Vitality - VT)** подразбира се чувството за изпълване със сили и енергия или, обратно, усещане за слабост. Ниският бал свидетелства за лесна уморяемост на пациента и понижаване на жизнената му активност.
6. **Социално функциониране (Social Functioning - SF)**, определя степента, в която физическото или емоционално състояние ограничават социалната активност. Ниските балове свидетелстват за значително ограничаване в социалните контакти, понижение нивото на общуване свързано с влошаване на физическото и емоционално състояние.
7. **Ролево функциониране, обусловено от емоционалното състояние (Role-Emotional - RE)** предполага оценка на степента, в която емоционалното състояние пречи на изпълнението на работните

задължения или друга ежедневна дейност. Ниските показатели по тази скала се интерпретират като ограничение в изпълнението на ежедневна работа, обусловено от влошаване на емоционалното състояние.

8. **Психическо здраве (Mental Health - МН)**, характеризира се с наличието на депресивно настроение, тревога, общият процент на положителни емоции. Ниските показатели свидетелстват за наличието на депресивни, тревожни преживявания, психическо неблагополучие.

ЛЕЧЕБНО-ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ (авторска методика) РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

Съхраняването на движенията заема важно място в ежедневието и самообслужването на пациентите. Двигателната активност позволява на пациента да работи и самостоятелно да комуникира с околната среда. Един от начините за повлияване на двигателната активност се осъществява от приспособления за преодоляване на двигателен дефицит. Ако не се намери начин за улесняване и поддържане на движенията, то човек остава изолиран от околния свят.

Именно за поддържане на правилното двигателно и моторно състояние на пациентите, ние решихме наред с кинезитерапия да включим и програма за ерготерапия.

Методика на лечение при контролната група

Методика на кинезитерапевтична програма при контролна група

За започване кинезитерапията на пациентите е необходимо насочване от лекуващия ревматолог, контролна рентгенография и назначена **комплексна рехабилитационна програма** след преглед при лекар специалист по физикална и рехабилитационна медицина, която включва, **нискочестотно импулсно магнитно поле (НИМП), интерферентни токове (ИТ), фонофореза с нестероидни противовъзпалителни средства – ежедневно, 7 – 10 процедури кинезитерапия.**

Методика на провежданата кинезитерапия

Целта на провежданата кинезитерапевтична програма при пациенти с ревматоиден артрит е възможно функционално повлияване съобразено с рехабилитационният потенциал.

Първи стадий на ревматоиден артрит

Методика на кинезитерапия в хроничен период

Задачи през хроничен период:

1. Общо укрепване на организма и подобряване на психо-емоционалния тонус;
2. Повишаване на съпротивителните сили и предпазване от рецидиви;
3. Укрепване на мускулите около ставите, засилване на слабите и хипотрофирани мускули и мускулни групи, а от там и силата на захвати; подобряване координацията на фините движения на пръстите (прецизни захвати) и включване в ежедневните битови и трудови дейности;
4. Подобряване на трофиката на мускулите;
5. Подобряване обема на движение в ставите ;
6. Намаляване на болката;
7. Преодоляване на мускулният дисбаланс и предпазване от деформитети;

Средства на кинезитерапията:

1. Пасивни упражнения за китка и ръката.

Движенията се извършват внимателно и контролирано като се изпълняват пасивни упражнения във физиологичните оси на трите равнини на движение. Изпълняват се упражнения за флексия, екстензия, абдукция, аддукция и циркумдукция на гревенна става. Интер-фалангиалните стави и метакарпо-фалангиалните се упражняват в сагиталната равнина. Метакарпо-фалангиалните стави на пръстите и карпо-метакарпалната става на палеца се упражнява във фронталната равнина, като се осъществява и циркомдукция. Ставите на пръстите се упражняват поотделно или комбинирано заедно с китката. В голямата част от литературните източници се споменава за положително повлияване на болковия синдром и подобряване на функционалния обем на движение, което съвпада и с нашите наблюдения.

2. Аналитични упражнения

Тези упражнения се включват след прилагане на пасивните движения, спазвайки принципите на постепенност и разсеяност. Включените в програмата активни аналитични упражнения се изпълняват при елиминирана гравитация, като изпълнението им се осъществява в обем на движение до болка, а темпото е бавно с малки повторения.

3. Теренкур – обучение в изпълнение на различни видове ходене, поради тенденцията към поява на плоскостъпие при пациентите с ревматоиден артрит. Изпълнението на тези занимания се извършва в специални зони с подходящи пътеки за изкачване и слизане и определни места за почивки. Темпът е бавен до умерен. Изпълняват се 60-80 крачки в минута, отчитат се с крачкомер.

4. Подводна гимнастика - изпълвахме частична вана за изпълнение на упражнения във водна среда за горни крайници. Водната среда се характеризира със следните свойства: термичен и механичен дразнител. Подводната гимнастика има редица преимущества. Тя дава възможност за постигане на определени физиологични въздействия върху организма, които не можем да получим във въздушна среда. Ефектът се дължи на физическите свойства на водната среда: температура, подемна сила, съпротивление на водата.

Проведените упражнения във водната среда се изпълняват до 10 пъти по – лесно, което улеснява правилното им и безболезнено изпълнение. Значително се повлиява и оттока на ставите. Околоствните тъкани стават по меки и еластични, има изразен болкоуспокояващ ефект.

5. **Упражнения за изграждане на мускулен корсет** – изпълняват се упражнения за релаксиране на статичните мускули и за засилване на динамичните мускули с движения срещу съпротивление. Изпълнението им цели да постигнем пълно равновесие - баланс на статични и динамични мускули и да повлияем мускулния дисбаланс.
6. **Резистивни упражнения** – изпълняват се упражнения за комплексни движения на пръстите срещу съпротивление осъществявано от еластична лента, силиконово топче и силиконов пластелин. При изпълнението се съобразяваме движенията да не са с висока интензивност, по- бавен темп и дозирани почивки.
7. **Активни упражнения с и на уреди** – прилагат се упражнения за финна моторика на горни крайници с подходящо избрани помощни уреди като дървени пъзели с различни размери на захвата, рингчета, гумени и силиконови топчета.
8. **Мануална мобилизация на периферни стави**

Използваме ставно – мобилизационни техники за намаляване ставната скованост и поддржане наличната подвижност в ставите.

Интерфалангиални стави – мобилизацията се изпълнява в латеролатерална, дорзовентрална посока като тракцията се прилага в двете посоки. Фиксирането е на проксималната фаланга, а мобилизацията се извършва с движение в дисталната фаланга. За латеролатералната посока палците и показалците се поставят странично, а за дорзална посока – отдолу и отгоре на фалангите.

Мобилизацията на метакарпо- фалангиални стави и главичките на метакарпалните кости се изпълнява в латеролатерална, дорзовентрална посока след тракция, тук се прилага и ротация. Фиксирането и извършването на мобилизацията става с палеца и показалеца на фиксиращата и мобилизиращата ръка, поставени напречно на посоката на плъзгане.

Карпалните стави. При ограничена палмарна флексия изпълняваме мобилизация на проксимален ред на карпалните стави спрямо радиуса и улната. Извършваме манипулация като с единия и другия палец се фиксира срещу бодилковите израстъци на радиуса и улната, а показалците са поставени палмарно върху горния ред. След тракция се

провежда мобилизация на горния ред в дорзална посока. При ограничена дорзална флексия се мобилизира дисталният ред карпални костици спрямо проксималния ред в палмарна посока. С равноименната ръка обхващаме горният ред на карпалните кости, дорзално, непосредствено подлъбевата и лакетната кост. Другата ръка обхваща дорзално долния ред. След изпълнение на тракция мобилизацията се изпълнява дорзо-палмарно.

9. **Изометрични упражнения** - Прилагат се внимателно, с подходяща дозировка от облекчено изходно положение за съответната ставата. Тези упражнения са подходящи в бавен темп и без болка и в острия стадии. Изометрични контракции на мускули се прилагат и при незасегнати стави, с цел поддържане мускулната сила и тонус.
10. **ПНМУ**- използва се феномена на сукцесивна индукция целяща засилване на активните движения чрез релаксиране мускули участващи в други движения. По този начин се повлиява постепенното и правилно вграждане на засегнатата става в модела на движение на крайника.
11. **Механотерапия** – използваме уреди за улесняване и подпомагане на движенията в гривнена става, пръстите, изпълнение на захватите; движения в радио-улнарна става - супинация и пронация; флексия и екстензия в лакетна става; абдукция, аддукция и вътрешна и външна ротация в раменна става. Използват се и уреди за комбинирано извършване на движенията в повече от една стави на горен крайник. В началото движенията се извършват с асистирание и помощ от кинезитерапевта до подобряване на болковия синдром и повлияване на функционалната подвижност на ставите.

12. **Лечение с положение**

Прилага се както в острия, подострия и хроничния стадии. В острия и подострия стадии лечението с положение има за цел да повлияе главно болката и поставяйки засегнатата става във физиологична позиция да предотврати отпускането на слабите (динамични) мускули с цел превенция на мускулния дисбаланс. В хроничния стадий лечението с положение се прилага в заключителната част на комплекса с цел подобряване и по-бързо възстановяване чрез релаксиране на мускулите около засегнатата става.

Дозировката на натоварването се увеличава постепенно. Времетраенето на процедурата по кинезитерапия е 45 -50 минути, упражненията се изпълняват в умерен темп с по-малко на брой и по-кратки почивки. За засилване на дадени мускули и мускулни групи

използваме преодоляване на съпротивление. Изпълнение от отбременено изходно положение за засегнатите стави в обем на движение до болка, съчетани с дишането.

На таблица № 7 и № 8 са представени примерна схема и комплекс за кинезитерапевтична процедура, като прилагаме индивидуален подход на избор на упражненията за рехабилитация.

Примерна схема на кинезитерапевтичен комплекс

Таблица № 7

1	2	3	4	5
част на заниманието	съдържание	дозировка	методически указания	задачи
Подг от-вителна	Общоразвиващи упражнения за всички незасегнати части на тялото, активни и срещу мануално съпротивление, редувани с дихателни упражнения и упражнения за релаксация;	10мин.	Изпълнение от отбременено изходно положение за засегнатите стави в пълен обем, съчетани с дишането. Бавен темп.	Общото тонизиращо въздействие върху всички органи и системи, подобряване на трофичните процеси, укрепване на мускулатурата и подържане на нормалния обем на движение в незасегнатите стави, релаксация.
Основна част	Специални упражнения за всички стави на горните, долните крайници и гръбначния стълб; активни; срещу мануално съпротивление; изотонични;		От изходни положения, отбременяващи засегнатите стави, в бавен	Подобряване на кръвообръщението и трофиката на засегнатите стави и околоставните тъкани, засилване на

			темп и амплитуда	и околотавната мускулатура, увеличаване обема на движение.
	Упражнения с уреди – топка, тояжка и специално конструирани уреди за дисталните отдели на крайниците, мобилизация и пасивно раздвижване на засегнатите стави, масаж.	30мин.	И.п. седеж; движенията да са съчетани с дишането, бавен темп.	Подобряване на мускулния тонус и увеличаване обема на движение.
	Упражнения в ходене; дихателни упражнения; релаксиращи упражнения Упражненията се изпълняват от отбременено изходно положение за засегнатите стави в пълен обем, съчетани с дишането. Бавен темп.		Мобилизацията се изпълнява в границата на ставното движение пасивно раздвижване без насилие; коригиране на походката.	Подобряване на функцията на засегнатите стави, преодоляване на контрактурите. Подобряване на обменно-трофичните процеси в организма; възстановяване на опорно-двигателната функция.
Заклучителна част	Дихателни упражнения; упражнения за релаксация, лечение чрез положение;	10мин.	Дават се указания след процедурата по кинезитерпия крайниците да се поставят в положение за 1 час.	Емоционално въздействие и успокояване на пациента

Таблица № 8 Примерен комплекс за кинезитерапия при ревматоиден артрит

N	Примерен комплекс за кинезитерапия при ревматоиден артрит	дозировка
1	И.п. тилен лег. На 1 - повдигане на главата напред, издишва; на 2 - връщане в и.п., вдишване. Бавен темп.	Дозировка 3-4 пъти.
2	И.п. тилен лег. Описване на кръгове с главата в двете посоки. Бавен темп.	Дозировка 3-4 пъти
3	И.п. тилен лег. Едновременно сгъване и разгъване на пръстите. Бавен темп.	Дозировка 20 - 30 сек.
4	И.п. тилен лег, ръцете са встрани. На 1 - повдигане на левия крак и пляскане с ръцете под него, издишване; на 2 - връщане в и.п., вдишване; на 3 - 4 - противоравно. Бавен темп.	Дозировка 3-4 пъти
5	И.п. тилен лег, ръцете са горе. На 1 - снемане на лява ръка през страни до долу с наклон на торакса, вляво, издишване на 2 връщане и.п., вдишване; на 3 - 4 - противоравно. Бавен темп. Упражнението се изпълнява противоравно.	Дозировка 3-4 пъти
6	И.п. тилен лег. На 1 - сгъване на лява ръка в лакътната става на 2 - връщане в и.п.; на 3 - 4 - противоравно. Дишане по указание. Предмишницата се отбременява от терапевта. Бавен темп. Обем на движение - безболезнен.	Дозировка 3-4 пъти
7	И.п. същото. На 1 - сгъване на левия крак към гърдите, издишване; на 2 - връщане в и.п., вдишване; на 3 - 4 - противоравно. Крайникът се отбременява от терапевта. Бавен темп. Обемът на движение е безболезнен.	Дозировка 3-4 пъти
8	И.п. същото. На 1- придвижване на дланите нагоре до подмишниците с плъзгане отстрани на гърдния кош, вдишване; на 2 - връщане в и.п., издишване. Бавен темп.	Дозировка 3-4 пъти
9	И.п. тилен лег, ръцете са сгънати в лакътните стави, дланите	Дозировка

	допрени. Изпълнява се сгъване и разгъване, радиално и улнарно отвеждане и привеждане в гървнените стави. Бавен темп.	3-4 пъти
10	И.п. тилен лег. На 1 - сгъване на левия крак с плъзгане на стъпалото по постелката и повдигане на торакса към него, издишване; връщане в и.п., вдишване на 3 - 4 - противоравно. Бавен темп.	Дозировка 3-4 пъти
11	И.п. тилен лег. Изпълняват се изометрични контракции на мускулатурата на горните крайници.	Дозировка 5-6 пъти
12	И.п. тилен лег. Последователно изтегляне на горните крайници по надлъжната им ос.	Дозировка 5-6 пъти
13	И.п. тилен лег. Изпълняват се изометрични контракции на мускулатурата на долните крайници.	Дозировка 5-6 пъти
14	И.п. тилен лег. Последователно изтегляне на долните крайници по надлъжната им ос.	Дозировка 5-6 пъти
15	И.п. ляв страничен лег. Изпълнява се сгъване и разгъване в дясна колянна става. Бавен темп. Изпълнението е махово.	Дозировка 5-6 пъти
16	И.п. същото. Отвеждане и привеждане на дясно бедро срещу мануално съпротивление. Забележка: Упр. 16 и 17 се изпълняват и от десен страничен лег.	Дозировка 5-6 пъти.
17	И.п. лег. Изпълняване на разнопосочни махове на подбедриците	Дозировка 10 - 15 сек.
18	И.п. лег, подбедриците са сгънати на 90 градуса. Извършва се ритмична стабилизация.	Дозировка 3-4 пъти
19	И.п. същото. Повдигане на бедрото назад срещу мануално съпротивление.	Дозировка 7 - 8 пъти
20	И.п. лег, подбедриците са сгънати на 90 градуса. Извършва се ритмична стабилизация.	
21	И.п. лег, подбедриците са сгънати на 90. Сгъване и разгъване в	Дозировка

	глезенните стави.	7-8 пъти.
22	И.п. лег, подбедриците са сгънати на 90. Сгъване и разгъване в глезенните стави , но срещу мануално съпротивление.	
23	И.п. лег, подбедриците са сгънати на 90. Разхлабване на мускулатурата на подбедриците чрез разтърсване.	Дозировка 10 - 15 сек.
24	И.п. лег, горните крайници са сгънати под брадата. На 1 - повдигане на торакса с ръцете; на 2 - разгъване на ръцете напред; на 3 - описване на полукръг във фронталната равнина и сгъване на ръце на 4 - и.п. (имитиране на плуване в стил бруст). Бавен темп.	Дозировка 4 - 5 пъти
25	И.п. тилен лег. Размачкване на малка топка.	Дозировка 15 -10 сек.
26	И.п. тилен лег с тояжка в ръце. Описване на горен напречен кръг с тояжката. Бавен темп. Дишане по указание.	Дозировка 5-6 пъти.
27	И.п. тилен лег, долните крайници са леко отведени. Вътрешна и външна ротация в тазобедрените стави. Бавен темп.	Дозировка 5-6 пъти.
28	И.п. тилен лег. Пронация и супинация на предмишниците. Бавен темп.	Дозировка 5-6 пъти.
29	И.п, тилен лег на 1 - описване на горен лицев кръг с ръцете, на 2 - и.п., издишване. Бавен темп.	Дозировка 5-6 пъти.

Методика на лечение при експерименталната група

Методика на кинезитерапевтична програма при експерименталната група

Методиката на провежданата кинезитерапия в експерименталната група е идентична с тази в контролната група, като е обогатена с методика на ерготерапия.

Методика на ерготерапия при ревматоиден артрит

Методиката на ерготерапия използва възможностите на трудотерапията, която е дял от физикалната и рехабилитационна медицина, който поради своята специфика се е обособил, като самостоятелен лечебен метод (Банков Ст., 1979).

Таблица № 9 *Примерен комплекс по ерготерапия*

	Комплекс за ерготерапия при ревматоиден артрит	
Вид ерготерапия	Дейности	Дозировка
Общоукрепваща	самообслужване – лична хигиена, обличане, хранене използване на миеш препарат, четка за зъби, посещение на тоалетна, ресане, миене и изтриване на лице и ръце, обличане и закопчаване на копчета с различна големина, обуване на обувки, връзване на връзки, боравене с водопроводен кран или електрически уреди, приготвяне на храна и хранене, пране, простиране, почистване на дома, отключване и отваряне на врата, прозорец, боравене с телефон, монети, банкноти, разлистване на вестник, книга, писане и др.	Дозировка 3-4 пъти
функционална или т.н. възстановителна	изработване на пликове за писма, торбички от цветна хартия за подаръци, картонени кутии за подаръци, сгъване на хартия (оригами), техника “папие-маше”, изрязване и апликиране, преплитане на цветна хартия, изработване на картички, плетене на макраме, плетене на една или две игли на различни изделия, бродиране на гергеф, работа с прежда – разплитане на стари плетива, навиване прежда на кълбо, намотаване на мотавилка, пресукване с вретено, изработване на традиционните български мартеници, , шиене на шевна машина, замесване на тестото от обикновено брашно за разточване на баница или питка, но може да се използва солено тесто за изработване на бижута или сладко тесто за изработване на фигурки за украса на сладкарски изделия. Достъпен и лесен за работа, особено с деца е пластелин, парафин, силикон. При подходящи условия може да се работи с глина за	Дозировка 20 - 30 мин.

	изработване на керамични изделия селскостопански дейности, градинарство, рязане и цепене на дърва	
занимателна или отвличаща ерготерапия	работа с конструктор или изработване на мини модели от заготвени части; подреждане на пъзел; игра на карти, табла, шах, дама; решаване на кръстословици, sudoku, игрословици; занимание с различни изобразителни дейности – рисуване, моделиране, литография, бижутерия, бродиране на гоблени	Дозировка 10-20 мин.
трудо- професионалната ерготерапия	Индивидуални в зависимост от професията	Дозировка 3-4 пъти

Резултати и анализ

Таблица № 14 Данни за физическо функциониране (PF)

	PF							
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	31,90	36,40	28,14	47,67	31,90	28,14	36,40	47,67
S	8,41	8,43	7,15	11,51	8,41	7,15	8,43	11,51
V	26,38	23,14	25,43	24,15	26,38	25,43	23,15	24,15
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		1,99		1,99	
t_{emp}	5,00		12,25		2,25		5,20	

На табл.№14 са представени данните от статистическата обработка на компонента „Физическо функциониране“ (Physical Function - PF). Физическото функциониране се подобрява и в двете групи, тъй като кинезитерапията е еднаква и в контролната и в експерименталната група. Според нас принос за подобренията възможности има цялостния кинезитерапевтичен комплекс, но тъй като се касае за горни крайници

особена важност отдаваме на упражненията за захватите и на изометричните контракции на мускулатурата на горни крайници. От така получените резултати се вижда, че още в началото на експеримента в двете групи се наблюдава известна вариация. Това се дължи донякъде на факта, че е невъзможно да бъдат подбрани пациенти с еднакви показатели по отношение на клинична патология и качество на живот и в тази връзка нашата задача беше да намерим различията в прираста между групите. Прираст се наблюдава и в двете групи по отношение на физическото функциониране, но то е статистически значимо по-високо в ЕГ ($p < 0,05$). Според нас по-добрият резултат при ЕГ се дължи на по-голямата комплексност на заниманията в експерименталната група, включващи и ерготерапия.

Таблица № 15

Данни за ролево функциониране (RP)

RP								
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	46,11	57,22	33,72	61,05	46,11	33,72	57,22	61,05
S	23,20	24,78	12,06	23,33	23,21	12,06	24,78	23,34
V	50,32	43,31	35,75	38,23	50,33	35,75	43,31	38,23
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		1,99		1,99	
$t_{стр}$	3,54		7,57		3,16		0,74	

Ролево функциониране (таблица № 15), обусловено от физическото състояние (работа, изпълняване на ежедневните задължения), не показва статистически достоверни различия между двете изследвани групи.

Получените сравнително ниски показатели по тази скала свидетелстват за това, че ежедневната дейност е значително ограничена от физическото състояние на пациентите, приблизително еднакво и за двете групи ($p > 0,05$).

Таблица № 16

Данни за интензивност на болката (BP)

BP								
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	46,89	51,00	28,33	48,98	46,89	28,33	51,00	48,98
S	11,10	8,91	11,88	9,89	11,10	11,88	8,91	9,89
V	23,68	17,46	41,93	20,20	23,68	41,93	17,46	20,20
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		1,99		1,99	
t_{emp}	3,37		9,53		7,56		1,00	

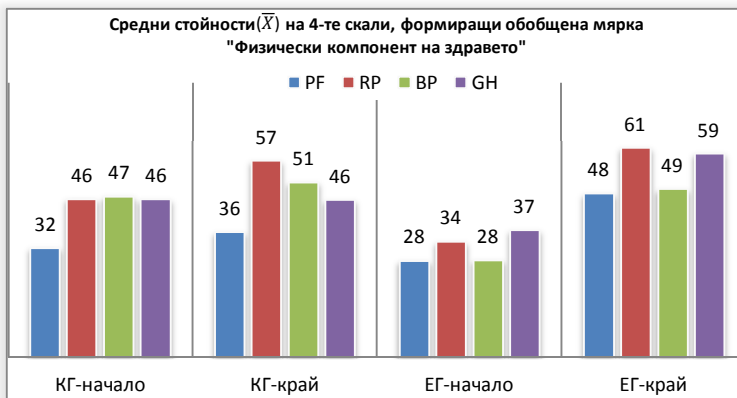
Интензивността на болката в ЕГ на таблица № 17 в началния етап показва значима редукция ($p < 0,05$). В края обаче резултатите и в двете групи са близки, но все пак интензивността на болката в ЕГ остава значимо по-ниска, отколкото в началото на провеждания курс. Т.е. болката при пациентите в самата експериментална група се редуцира.

Таблица № 17 *Данни за общото здравословно състояние (GH)*

GH								
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	46,09	45,87	37,12	59,39	46,09	37,12	45,87	59,39
S	8,20	7,58	10,67	8,51	8,20	10,67	7,58	8,51
V	17,79	16,53	28,76	14,33	17,79	28,76	16,53	14,33
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		1,99		1,99	
t_{emp}	0,16		10,32		4,40		7,87	

Общото здравословно състояние (таблица № 17) се повлиява значително от проведената терапия, като вариативността и отклонението в началото и в двете групи са по-големи в сравнение с края. В ЕГ вариативността и стандартното отклонение се понижават почти двойно,

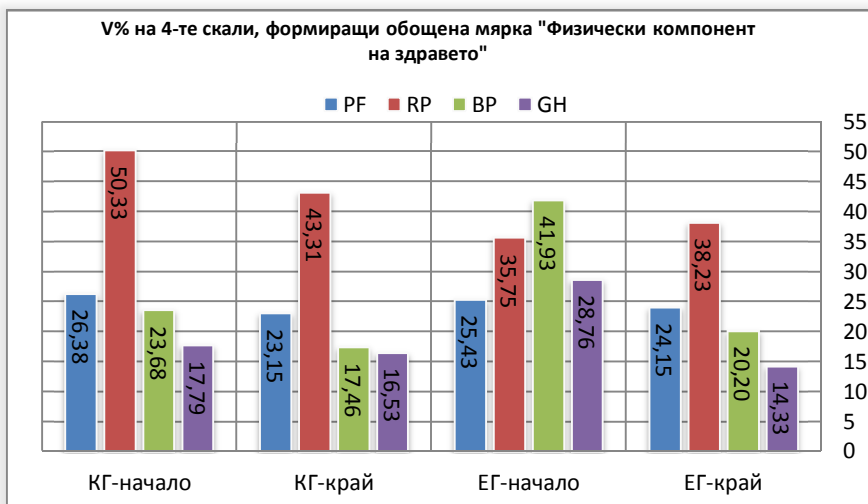
което ни дава основание да приемем, че прилаганата от нас методика на терапия в ЕГ е по-ефективна и общото здравословно състояние на пациентите се повлиява статистически значимо ($p < 0,05$). Въпреки, че отделните показатели (PF, RP, BP) не показват винаги убедителни позитивни резултати, то все пак общото здравословно състояние се повлиява благоприятно.



Фигура № 20 Физически компонент на здравето

Показателя „средни стойности“ (\bar{X}) за 4-те скали, формиращи обобщена мярка „Физически компонент на здравето“ ни дава основание да направим следните заключения:

- Физическо функциониране (PF)** в началото и в края на контролната група не бележи почти никакъв прираст на средните балове (Фигура № 20), докато при ЕГ ръстът е почти двоен. Сами по себе си тези данни ни дават основание да заключим, че нашата методика влияе значително на тези компоненти и то в положителна посока. Същата е тенденцията и по отношение на останалите 3 показателя – Ролево функциониране (RP), Интензивност на болката (BP) и Общо здравословно състояние (GH). Прирастът на всички тях е значителен в ЕГ (начало-край на експеримента).



Фигура № 21 *Вариативност на 4-те скали, формиращи обобщена мярка "Физически компонент на здравето"*

По отношение на показателя „вариативност“ може да се отбележи, че още в началото групите са сравнително разнородни, като в края на експеримента се наблюдава тенденция към чувствително снижаване на вариацията в ЕГ и по-конкретно на компонентите ВР и ГН. (Фигура № 21).

Това е признак за стабилизиране на резултатите, специално тези за болка и общо здравословно състояние.

Таблица № 18 *Данни за жизнеспособност (VT)*

	VT							
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	41,67	51,78	46,51	51,39	41,67	46,51	51,78	51,39
S	7,23	8,06	7,76	9,02	7,23	7,76	8,06	9,02
V	17,35	15,56	16,68	17,55	17,35	16,68	15,56	17,55
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		1,99		1,99	
t_{emp}	9,23		3,02		3,03		0,21	

В началото има отчетлива положителна разлика и в двете изследвани групи. В края на наблюдавания период не се наблюдава значимо различие между групите ($p > 0,05$). Може да се смята, че този нисък бал свидетелства за умора на пациентите и понижаване на жизнената им активност въпреки провежданата терапия.

Таблица № 19 Данни за социално функциониране (SF)

SF								
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	43,22	52,80	40,74	58,65	43,22	40,74	52,80	58,65
S	12,01	14,39	16,38	13,66	12,01	16,38	14,39	13,66
V	27,78	27,26	40,21	23,29	27,78	40,21	27,26	23,29
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		1,99		1,99	
t_{emp}	5,46		5,40		0,81		1,96	

При социалното функциониране (определящо степента, в която физическото или емоционално състояние ограничават социалната активност, общуването) се наблюдава положително развитие и при двете групи, но в експерименталната е по-високо, статистически значимо ($p < 0,05$).

Таблица № 20 Данни за ролево функциониране (RE)

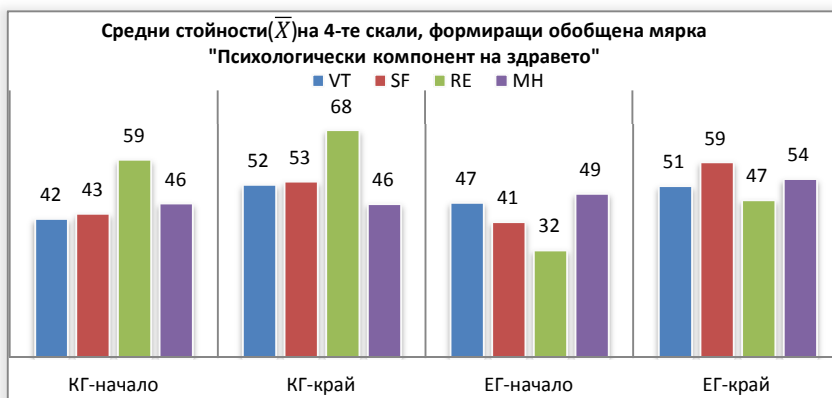
RE								
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{x}	59,29	68,16	32,28	47,30	59,29	32,28	68,15	47,30
S	27,57	32,62	11,50	25,63	27,57	11,50	32,62	25,63
V	46,50	47,86	35,63	54,18	46,50	35,63	47,86	54,18
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,01		2,01		2		1,99	
t_{emp}	2		3,32		6,04		3,34	

Ролевото функциониране, обусловено от емоционалното състояние, което пречи на изпълнението на работните задължения или друга ежедневна дейност, показва по-добър прираст в ЕГ, но в края на изследването не се намира достоверна разлика между двете групи ($p > 0,05$).

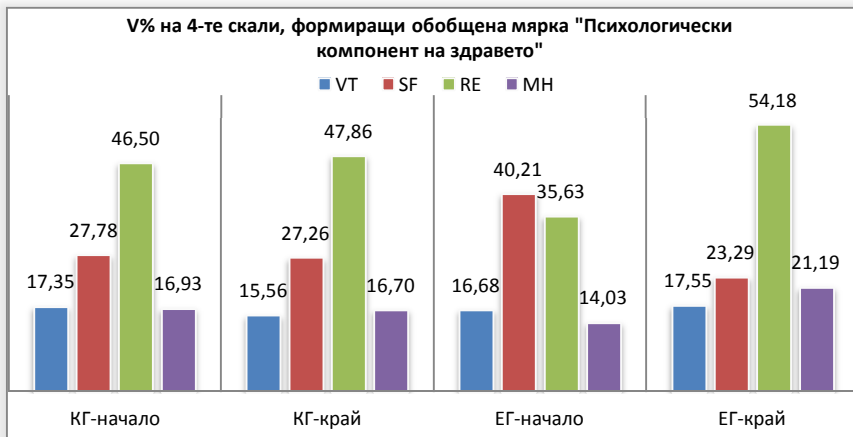
Таблица № 21 Данни за психично здраве (МН)

МН								
	КГ-начало	КГ-край	ЕГ-начало	ЕГ-край	КГ-начало	ЕГ-начало	КГ-край	ЕГ-край
\bar{X}	46,31	46,13	49,21	53,58	46,31	49,21	46,13	53,58
S	7,84	7,70	6,90	11,35	7,84	6,90	7,70	11,35
V	16,93	16,70	14,03	21,19	16,93	14,03	16,70	21,19
n	45		43		45	43	45	43
t_t	2,015		2,01		1,99		1,99	
t_{emp}	1		1,94		1,84		3,58	

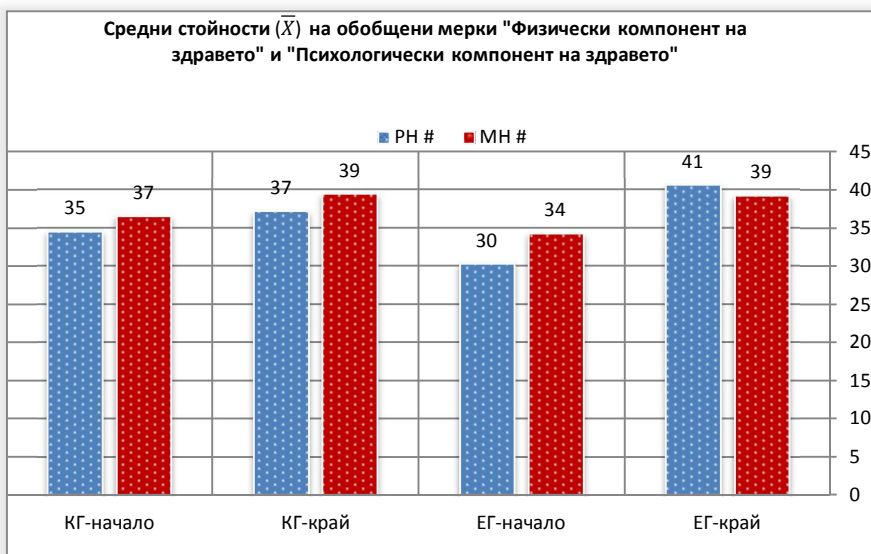
Психическото здраве, характеризиращо се с наличието на депресивно настроение, тревога и процента на положителните емоции показва значителни разлики в полза на пациентите от ЕГ. Вероятно това се дължи на по-разнообразната и занимателна терапевтична програма, повишаваща психо-емоционалния тонус на пациентите ($p < 0,05$).



Фигура № 12 Средни стойности (\bar{X}) на 4-те скали, формиращи обобщена мярка "Психологически компонент на здравето"

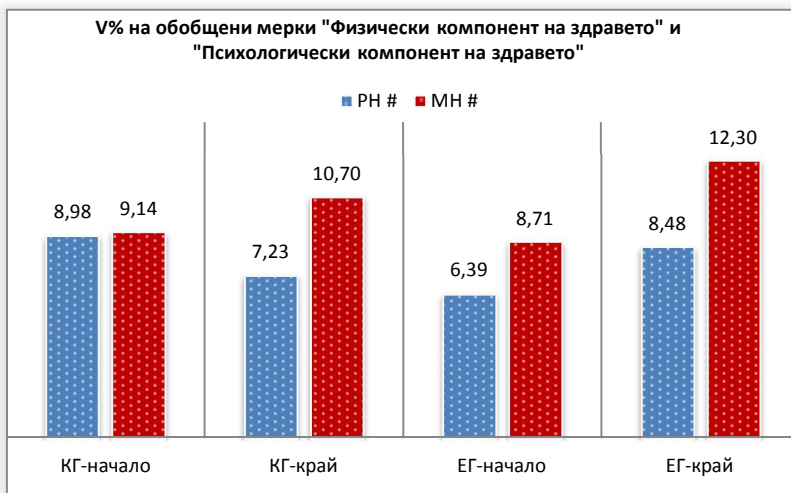


Фигура № 23 Вариативност на 4-те скали, формиращи обобщена мярка "Психологически компонент на здравето"

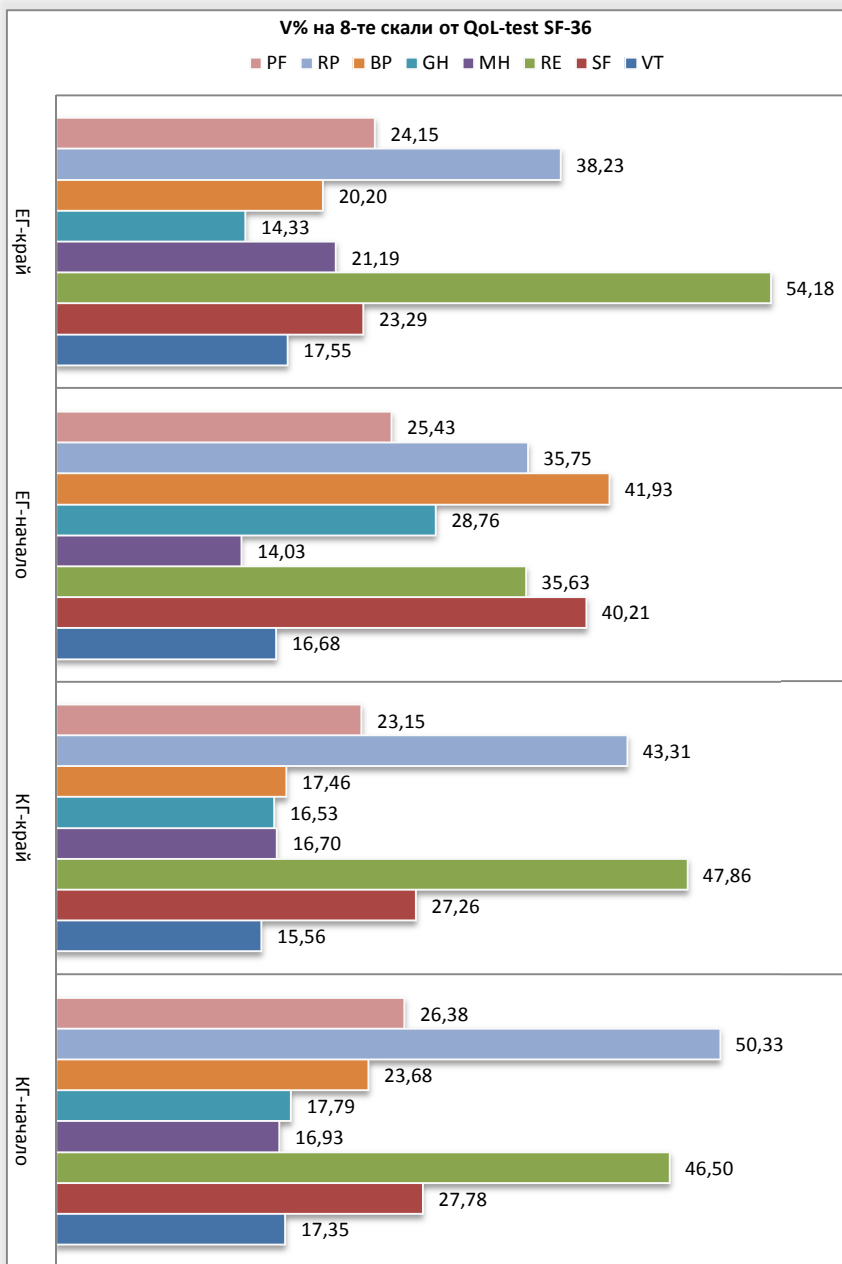


Фигура № 24 Средни стойности (\bar{x}) на обобщени мерки "Физически компонент на здравето" и "Психологически компонент на здравето"

На фигура № 14 и № 15 са дадени обобщените резултати за Физически и Психически компонент на здравето. От фигура № 9 прави впечатление увеличението на двата показателя \bar{X} в експерименталната група. За физическия компонент на здравето стойността от 30 се увеличава на 41, което е статистически значимо ($p < 0,05$), докато за психическия компонент се увеличава от 34 на 39, което не е статистически значимо ($p > 0,05$). При контролната група промените на \bar{X} са незначителни и при двата компонента на здравето – Физически и Психически. От фигура №10 става ясно, че вариативността на физическия и психическия компонент на здравето се променя значимо в експерименталната група, като това се отнася най-вече за обобщената мярка на психичния компонент – от 8,71% в началото до 12,30% в края на експеримента ($p < 0,05$). Следователно получените данни за обобщените мерки на Физически и Психически компонент на здравето показват по-добри положителни изменения в експерименталната група, което според нас се дължи на добавената в прилаганата за тази група методика ерготерапия.



Фигура № 25 Вариативност на обобщени мерки "Физически компонент на здравето" и "Психологически компонент на здравето"



Фигура № 26

На фигура № 26 са показани всички получени от нас данни за осемте показателя на SF-36 при двете групи ЕГ и КГ- начало и край. Тези данни вече бяха коментирани и анализирани. Големите очевидни флуктуации подчертават още веднъж пристъпния характер на заболяването, ревматоидният артрит, неговата непредсказуемост и трудна до невъзможност предвидимост. Нашето проучване потвърждава, че наред с медикаментозното и физикалното апаратно лечение, кинезитерапия, съчетана или по-скоро допълнена с ерготерапия може да промени някой от показателите на SF-36 теста за качеството на живот на пациентите с ревматоиден артрит в положителна насока, въпреки непредвидимия характер в протичането му и постоянно поднасяните изненади за терапевта и пациента.

Подобно становище по отношение качеството на живота на пациентите споделят и редица други автори, използвали ерготерапия при своята работа с пациенти с ревматоиден артрит (Тр. Троев, Е. Конакчиева, 2007; Я. Симонова, 2009). Те смятат, че шансът за успех при рехабилитацията на ревматоидния артрит е значителен, ако процесът се открие в ранен стадий и се започне с кинезитерапия и ерготерапия, с оглед превенция на последствията от заболяването. За съжаление, повечето автори съобщават, че диагнозата ревматоиден артрит много често се поставя твърде късно, което води до навлизане на болестта в трудни за лечение стадии. В тези фази на протичането, нерядко за провеждането на ефикасна терапия възникват допълнителни социално-икономически трудности (цената на медикаментите е висока), а също психологически и етични проблеми (В. Василева, 2013).

Самото качество на живота е многофакторно, съставено от различни физически и психически компоненти и според изследователите му, в напредналите му фази то се повлиява все по-трудно, тъй-като деформациите на засегнатите стави напредват, което се отразява и на психиката на болните. Нещо повече, качеството на живота не е отражение само на здравното състояние (по СЗО “физическо, психическо и социално благополучие”), то включва в себе си и други страни на живота, в т.ч. икономически, трудови и битови) Науру (1991). Качество на живота, към което съвременните хора се стремят изисква, освен всичко казано по-горе, също и вътрешна хармония на самия човек със себе си и хармония със заобикалящия го свят, а всичко това се постига трудно при едно прогресиращо заболяване, като ревматоидния артрит. В този сложен аспект разглеждат качеството на живота и J. R.

Elkinton et al. (1966), едни от първите изследователи на качеството на живота, разглеждащи проблема научно.

Очевидно, в качеството на живота като категория се влягат и чисто субективни аспекти. Според К.С. Calman (1984), колкото по-малка е разликата между личните очаквания на човека и реалността наоколо, толкова качеството на живота е по-добро. А според Н. Mill (1987), някои от тези субективни потребности са по-желани и по-ценени от индивида от други, които изглеждат по-обективни и важни от околните хора. Не случайно, автори като С. R. Ferrans (1990), смятат, че качеството на живота е до голяма степен субективно усещане за благополучие, което се дължи на удовлетвореността на онези области от живота, които са важни за индивида. По този начин качеството на живота попада в самостоятелна, но много сложна за диференциране категория, различна от клиничните симптоми, функционирането и стандарта на живота, като обаче отчита тяхното отражение върху живота на индивида (Guyatt et. al. 1993; Ив. Топузов, 1996).

В нашето изследване на качеството на живота при пациентите с диагноза ревматоиден артрит се спряхме преди всичко на физическите и психическите компоненти, включени в общоприетия тест SF - 36. Както се вижда от използваните методики и резултатите, при изследване физическите параметри на теста сме използвали, освен самия въпросник, също и няколко известни на специалистите и общоприети скали (за изследване на захватите, за оценка на болката, за определяне степента на ДЕЖ) и освен това модифицирания от Д. Вачева (2010) тест за комплексна функционална оценка на ръката. Всички те са показани на таблиците №№ 2, 3, 4 и 5. По този начин, успяхме да обективизираме изследваните и отчетени физически параметри на теста SF- 36. Тези параметри, според нас се повлияха сполучливо от съчетанието на кинезитерапия с ерготерапия и особено от последната.

Подобно е становището и на други автори, използвали ерготерапия при рехабилитацията на ревматоиден артрит. В своя публикация от 2014 година, Pedro de Almeida оценява ролята на ерготерапията като решаваща при рехабилитацията на пациенти с това заболяване. Според него, тя може да помогне за предотвратяване на напредващите функционални ограничения в

горните крайници, да промени стила на живот на пациентите и да повлияе благотворно психичното им здраве – нещо, което с нашата методика и ние

получихме като резултат. На таблици 19 и 21 е демонстрирано статистически достоверното подобряване на психичното здраве и социалното функциониране при пациентите ни от експерименталната група.

Наблюденията ни през тези три години показаха, че пациентите остават видимо доволни от допълващите технически средства, с които те се обучават на самообслужване, дейности от ежедневието и различни социални активности. На Приложение № 2 сме показали някои от допълнително-използваните от нас средства. Част от тях заимствани от школата на Н. Ottenthal (2013), а други, показани във втора глава на дисертацията са разработени от нас в процеса на работата ни с пациентите. M.J. Esther сътр. (2002) от Холандия също смятат, че използването на ерготерапия е решаващо за подобряване физическото и психическото състояние на пациентите с ревматоиден артрит и като цяло и качеството на живота им, което беше нашата основна цел.

ИЗВОДИ

Приложената от нас програма за комплексна кинезитерапия и ерготерапия, оказва подчертан положителен ефект върху пациенти с ревматоиден артрит, което ни дава основание да направим следните изводи:

1. Физическото функциониране се подобрява и в двете групи, но в експерименталната е достоверно по-високо.
2. Ролевото функциониране, свързано с необходимост от по-голяма двигателна активност не показва достоверна разлика и в двете групи, което се дължи на оставащото ограничение в двигателните възможности на пациентите.
3. Интензивността на болката се мени по време на лечебния курс и в двете групи, но при пациентите в ЕГ в края на лечебния курс, тя е достоверно по-ниска.
4. Общото здравословно състояние на пациентите от ЕГ се повлиява статистически значимо по-добре.
5. Показателите от психическия компонент на SF-36, жизнеспособността и ролевото функциониране не показват значими положителни промени и в двете групи.
6. Социалното функциониране и психичното здраве на пациента показват положително повлияване и по двата показателя в ЕГ има статистическа значима разлика.

ПРЕПОРЪКИ ЗА ПРАКТИКАТА

1. Предложената в дисертационния труд авторска методика за рехабилитация на пациенти с ревматоиден артрит, включваща едновременно кинезитерапия и ерготерапия, може да се използва рутинно в практическата работа на специалистите (кинезитерапевти, рехабилитатори и ерготерапевти).

2. Авторската методика използва наред с традиционно прилаганата у нас при пациентите с ревматоиден артрит кинезитерапия и ерготерапията, която е естествено продължение и финален етап на цялостния рехабилитационен процес.

3. При използването на ерготерапия е уместно включването на допълнителни приспособления и уреди, подпомагащи обучението на болните с ревматоиден артрит при изпълнение на дейностите от ежедневиия им живот.

4. Тестът SF-36 е международно утвърден, стандартизиран и подходящ за изследване качеството на живота на пациентите с ревматоиден артрит и може да бъде използван от специалистите за оценяване на резултатите от провежданото комплексно лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ревматоидният артрит е хронично прогресиращо заболяване, чието протичане продължава с години и влошава качеството на живот на пациентите. Приложената от нас методика на кинезитерапия, комбинирана с ерготерапия и получените резултати, ни дават основание да смятаме, че е подходяща, лесно приложима в ежедневната практика, което ни позволява да я предложим като рутинна в амбулаторни условия.

Проведеното експериментално проучване върху 88 пациенти с ревматоиден артрит в продължение на три години ни позволи да получим информация относно възможностите за повишаване качеството на живот на тези пациенти, повлияни със средствата на кинезитерапията и ерготерапията.

Смятаме, че с постигнатите резултати от проведеното изследване изпълнихме основната цел, а именно **проучване възможностите за подобряване качеството на живот на пациентите чрез специфична авторска методика на кинезитерапия и ерготерапия при пациенти с ревматоиден артрит.**

**СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ,
СВЪРЗАНИ С ТЕМАТИКАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА**

1. Петрова, Н. (2010г.) Проучвания при лечението на ревматоиден артрит със средствата на кинезитерапията. Спорт и наука , бр. 2 , стр. 283- 285
2. Петрова, Н. (2010г.) Проучвания при лечение на ревматоиден артрит с физиотерапия и със средствата на кинезитерапията.
Юбилейна конференция с международно участие
Здравеопазването през 21 век. 30.09.2010г. сборник с доклади.стр.654-656.
3. Петрова, Н., Е.Николова ,Б. Михов , В. Столинчева ,
Проучвания при лечение на ревматоиден артрит със средствата на КТ, Физическото възпитание и спорта в образователната система, Научна конференция с международно участие, 8-9.11.2007 г., Благоевград(2007)
4. Петрова, Н., В.Столинчева , А.Цветков . Приложение на ерготерапия при пациенти с ревматоиден артрит.- участие с доклад на Първи национален конгрес по медицинска рехабилитация и ерготерапия, Боровец, 4-6 .11.2010г.