

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З УРАЖЕННЯМ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА

Проведено аналіз історій хвороб та рентгенограм 117 хворих, які знаходились на лікуванні в клініці захворювань суглобів у дорослих ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» з приводу РА з ураженням ліктьового суглоба, яким виконано 119 оперативних втручань. Доведено, що функціональний метод, який включає ранні активні та пасивні рухи з навантаженнями, з поступовим збільшенням, масаж, фізіотерапевтичні методи, санаторно-курортне лікування та трудова терапія на фоні антиревматоїдної медикаментозної та загальнозміцнюючої терапії в значній мірі забезпечують позитивний результат оперативного лікування суглобів верхньої кінцівки.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, ліктьовий суглоб, реабілітація

Вступ

Ревматоїдний артрит (РА) – це системне аутоімунне захворювання сполучної тканини організму, що характеризується прогресуючим хронічним перебігом з переважним ураженням суглобів, розвитком тяжких незворотніх деформацій, значними порушеннями їх функції, які призводять до втрати працездатності та інвалідності [2].

Розповсюдженість на Україні РА складає від 0,8% до 5%. На ревматоїдний артрит хворіють частіше жінки, вікова група від 25 до 50 років [2,4].

Матеріал та методи

Нами проведений аналіз історій хвороб та рентгенограм 117 хворих, які знаходились на лікуванні в клініці захворювань суглобів у дорослих ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» з приводу РА з ураженням ліктьового суглоба, яким виконано 119 оперативних втручань.

Серед хворих переважали жінки (66% проти 34%) віком від 25 до 50 років.

Діагноз ревматоїдного артриту встановлювався за загальноприйнятими критеріями ВООЗ і хворі розподілялись по стадіям за класифікацією проф. Є.Т.Скляренка та проф. В.І.Стецули: I стадія – синовіт (гострий, підгострий, хронічний), II стадія – проліферативно-деструктивний панартрит – ділиться на 3 фази: I фаза – ексудативно-проліферативна, II фаза – проліферативно-деструктивна, III фаза – деструктивно-склеротична; III стадія – анкілоз (фіброзний, кістковий). Така класифікація відображає морфо-функціональну і рентгенологічну картину, зручна в виборі тактики лікування. Серед вказаної когорти хворих

переважали пацієнти з II стадією III фазою та III стадією захворювання, серед яких виконували 9% синовектомію, 80% артропластику, а 11% – тотальне ендопротезування ліктьового суглоба. В післяопераційному періоді усім хворим призначали відновне реабілітаційне лікування.

Результати та їх обговорення

Відновлення функції суглобів і всієї верхньої кінцівки в цілому в значній мірі залежить від раціональної реабілітації в післяопераційному періоді. Відновне лікування в цей період було комплексним з урахуванням як загального стану організму, так і стану суглоба. Воно включало в себе медикаментозну терапію, функціональні та фізичні методи.

Курс відновного функціонального лікування після операції, що включав лікувальну гімнастику і фізіотерапію, умовно розділений на три періоди.

На період постійної іммобілізації кінцівки основними завданнями були: усунення больового синдрому, покращення трофіки тканин, покращення лімфо- і кровообігу, ліквідація післяопераційного набряку, попередження атрофії м'язів, профілактика прогресування малорухомоті та розвитку деформацій у суглобах, які не були оперовані

Іммобілізацію здійснювалася за допомогою ортезу фіксованого при зігнутому під кутом 90° передпліччя. На другу добу після операції призначали активне згинання й розгинання кисті, розведення та зведення пальців, а також протиставлення першого пальця; вольове скорочення розгиначів і згиначів передпліччя, вправи для неоперованої верхньої кінцівки, м'язів тулуба й нижніх кінцівок, дихальну гімнастику, знеболюючу терапію. При наявності набряку застосовували спеціальні укладки, магнітотерапію.

На 5-7 день набряк значно зменшувався і суттєво не впливав на подальший процес реабілітації. Після зникнення больового синдрому знімали ортез та призначали на 15-30 хвилин заняття на апаратах пасивної розробки рухів.

З моменту зняття гіпсової іммобілізації починається постіммобілізаційний період. Це самий відповідальний період після операцій. Основне його завдання – максимальне відновлення амплітуди рухів в суглобі, що оперований.

В цьому періоді особливу увагу приділяли лікувальній гімнастиці, масажу м'язів оперованої кінцівки та фізіотерапії.

В перші дні після припинення іммобілізації вправи виконували обережно і повільно, без зусиль. Кінцівку укладали на пластикову поверхню внутрішньою стороною плеча так, щоб воно щільно прилягало до площини. Для полегшення ковзання під кисть підкладався вовняний або шовковий шматочок матерії. Хворого навчали активному згинанню передпліччя. Розгинання відбувалось пасивно, причому хворий повинен навчитися максимально розслабляти двоголовий м'яз плеча. Спочатку для полегшення руху площина повинна бути нахилена, а через 5-7 днів її встановлюють у горизонтальному положенні й хворому дозволяють робити не тільки активне згинання, але й розгинання. З відновленням амплітуди рухів і сили згиначів і розгиначів передпліччя пластикову поверхню забирають [5].

За нашими спостереженнями максимально ефективно відновлення рухів спостерігали при застосуванні комплексу вправ, що представлені в таблиці 1.

Поряд з активними самостійними вправами хворий щодня займається з методистом, який максимально відновлює амплітуду рухів у ліктьовому суглобі та веде контроль за правильним виконанням індивідуальних занять. При виконанні рухів слід стежити, щоб скорочувалася група м'язів, що здійснює той або інший руховий акт; антагоністи при цьому повинні зберігати розслаблений стан.

При навчанні супінаційно-пронаційним рухам передпліччя методист пропонує хворому привести плече до грудної клітки, потім бере його кисть у свою, як при рукостисканні, і поступово, без ривків, розвертає передпліччя хворого назовні. Хворий намагається допомагати методистові, викликаючи активну напругу супінаторів. Коли методист повертає передпліччя у вихідне положення, хворий повинен напружувати пронатори.

Заняття на апаратах пасивної розробки рухів при відсутності набряку доводять до 1 години на день.

З метою попередження утворення рубців, зменшення больового синдрому, набряку, покращення трофіки тканин застосовували магніт, магнітоквантову терапію на біорезонансній частоті (9,7 Гц), електрофорез лідокаїну, фонофорез гідрокортизону [8].

Для відновлення сили та працездатності м'язів призначали електростимуляцію в поєднанні з масажем. Електростимуляція була направлена в першу чергу на відновлення м'язів, що сприяло покращенню функції всієї верхньої кінцівки і могло попереджувати рецидив деформації. Враховуючи те, що у хворих на РА страждає функція м'язів усієї кінцівки, електростимуляція необхідна для всіх, або, в кращому випадку, кількох груп м'язів. З цією метою застосовували багатоканальний апарат по типу „АЕСТ-01” або „Міоритм”. Тривалість цього періоду складає 1,5–2 міс.

Пізній постіммобілізаційний період триває до стійкого відновлення максимально можливої функції оперованої кінцівки. Окрім ЛФК і фіз-

Таблиця 1.

Комплекс активних вправ, що застосовуються в постіммобілізаційний період післяопераційного відновлення ліктьового суглоба

№	Опис вправи	Дозування	Метод. рекомендації
1	В.п.: сидючи за столом, передпліччя на столі на пластиковій поверхні. 1. Згинання 2. Розгинання руки в ліктьовому суглобі.	4 підходи 10 разів	Темп середній
2	В.п.: сидючи за столом. Опіраючись плечем на стіл. 1. Згинання руки в ліктьовому суглобі. 2. Розгинання руки в ліктьовому суглобі.	4 підходи 10 разів	Рука в ортезі. Темп середній
3	В.п.: рука лежить на столі в нейтральному положенні. 1. Пронація в зап'ястному суглобі. 2. Супінація в зап'ястному суглобі.	4 підходи 10 разів	Темп середній
4	В.п.: здорова рука підтримує хвору під плече. 1-4. Згинання-розгинання в ліктьовому суглобі.	30 сек.	Темп середній
5	В.п.: здорова рука підтримує хвору під плече. 1. Максимально розігнути руку. 2. Затримати в цьому положенні.	4 рази	Рука в ортезі. Затримка на 5-7 сек. Якщо рука втомлюється, відпочивати.
6	В.п.: здорова рука підтримує хвору під плече. 1. Максимально зігнути руку в ліктьовому суглобі. 2. Затримати в цьому положенні.	4 рази	Рука в ортезі. Затримка на 5-7 сек. Якщо рука втомлюється, відпочивати.

Комплекс активних вправ, що застосовуються в пізній постімобілізаційний період післяопераційного відновлення ліктьового суглоба

№	Опис вправи	Дозування	Метод. рекомендації
1	В.п.: сидючи на стільці перед дзеркалом, гімнастична палиця на стегнах. 1-4 – катати палицю по стегнах.	20 сек	У швидкому темпі
2	В.п.: палиця у руках, лікті притиснуті до тулуба. 1. Зігнути руки в ліктях, палицю до грудей. 2. В.п.	6-8 разів	Пружинисто, ритмічно.
3	В.п.: нахилившись уперед з палицею в руках. 1 – 4. Згинання та розгинання рук у ліктьових суглобах.	20 сек.	Лікті при згинанні в сторони.
4	В.п.: палиця у руках над головою. 1-4. Зігнути та розігнути руки в ліктьових суглобах за голову (до шиї).	8-10 разів	Пружинисто, ритмічно.
5	В.п.: палиця одним кінцем стоїть на підлозі перед собою, хвора рука тримає її зверху (на рівні плеча). 1-2. Зігнути руку до плеча, лікоть спрямований убік. 3-4. В.п. 5-6. Зігнути руку, лікоть спрямований униз. 7-8. В.п.	3-4 рази	Пружинисто, ритмічно.
6	В.п.: здорова рука підтримує хвору під плече. 1-4. Згинання-розгинання в ліктьовому суглобі.	30 сек	Після вправи повністю розслабити руку.

методів важливе місце займає механо- і трудотерапія, ускладнюються вправи з предметами домашнього вжитку, закріплюються навички самообслуговування. Проведення міостимуляції в русі, або під час механо- і трудотерапії значно підвищує ефективність цих заходів, сприяє відновленню м'язової пропріорецепції, допомагає відновленню керованості оперованої кінцівки.

Комплекс активних вправ, які є ефективними у цьому періоді, представлений в таблиці 2.

Реабілітаційні заходи мають відбуватися на фоні проведення антиревматоїдної терапії.

Аналізуючи результати відновного лікування хворих на РА з ураженням ліктьового суглоба позитивні результати відмічені у 84,9% випадків: добрі – розгинання у суглобі 0°, згинання від 110° до 140° – у 54,6%, задовільні – розгинання 0°, згинання від 90° до 110° – у 30,3% і незадовільні – розгинання 0°, згинання > 90° – у 15,1% (табл.3).

Таблиця 3.

Результати відновного лікування хворих на РА з ураженням ліктьового суглоба

Вид операції	Кількість операцій	Віддалені результати		
		добрі	задовільні	незадовільні
Синовектомія	11	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)
Артропластика	95	49 (51,6%)	29 (30,5%)	17 (17,9%)
Тотальне ендопротезування	13	8 (61,5%)	5 (38,5%)	–
Всього	119	65 (54,6%)	36 (30,3%)	18 (15,1%)

Висновок

Таким чином, функціональний метод, що включає ранні активні та пасивні рухи з навантаженнями, які поступово збільшуються, масаж, фізіотерапевтичні методи, санаторно-курортне лікування та трудотерапія на фоні антиревматоїдної медикаментозної та загальнозміцнюючої терапії в значній мірі забезпечують позитивний результат оперативного лікування суглобів верхньої кінцівки.

Література

1. Лечебная физкультура и массаж : Учеб.-метод. пособие для мед. работников/ Н.А. Белая; Ассоц. специалистов кинезитерапии и спортив. медицины, Федер. центр лечеб. физкультуры и спортив. медицины. – М.: Сов. спорт, 2001. – 272 с. :ил. – Библиогр.: с. 271.
2. Насонова В.А. Ревматические болезни. – М.: Медицина, 1997.-517с.
3. Петровська Н.Г., Клубова А.Ф. Режими рухів у хворих на ревматоїдний артрит // Укр.. ревматол. журн. – 2000. – №2. – С. 29-30.
4. Ревматоїдний артрит. Диагностика и лечение/ Под ред. В.Н. Коваленко; В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба, Л.Б. Шолохова, О.П.Борткевич. – К.: Морион, 2001. – 270 с. :ил. – Библиогр.: С. 244-268.
5. Ревмоортопедия/ Е.Т. Скляренко, Л.Е. Зубко, В.Е. Скляренко. – К.: Морион, 2009.-317 с.
6. Скляренко Є.Т., Кваша В.П., Юнесі Кутанай Гаріб Реза. Обґрунтування системи відновного лікування у хворих з ураженням ліктьового суглоба при ревматоїдному артриті //

Актуал. пробл. діагностики та лікування ушкоджень та захворювань плечового та ліктьового суглоба. – К., 2005. – С. 92-94.

7. Справочник по массажу/ В.И. Васичкин. - СПб: Лань, 2000. – 256 с. :ил. -Библиогр.: с.254
8. Физиотерапевтический справочник/ И.Н. Сосин, А.Г. Буявых. – Симф., 2003. -749 с. :а-ил.

Резюме

*Герасименко С.И., Рой И.В., Бабко А.Н.,
Заморський Т.В., Гугушкин Д.Ю.*

Послеоперационная реабилитация больных с ревматоидным артритом локтевого сустава

Проведен анализ историй болезни и рентгенограмм 117 больных, находившихся на лечении в клинике заболеваний суставов у взрослых ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины» по поводу РА с поражением локтевого сустава, которым выполнено 119 оперативных вмешательств. Доказано, что функциональный метод, включающий ранние активные и пассивные движения с нагрузками, массаж, физиотерапевтические методы, санаторно-курортное лечение и трудотерапия на фоне антиревматоидной медикаментозной и общеукреп-

ляющей терапии в значительной степени обеспечивают положительный результат оперативного лечения суставов верхней конечности.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, локтевой сустав, реабилитация

Summary

*Gerasimenko S., Roy I., Babko A., Zamorskiy T.,
Gugushkin D.*

Postoperative rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis of elbow

The analysis of case histories and radiographs 117 patients treated at the hospital of joint diseases in adults Research Institute of Traumatology and Orthopedics NAMS Ukraine “concerning the RA with the defeat of the elbow, who underwent 119 surgical interventions. Proved that the functional method, which includes early passive and active motion exercise, massage, physical therapy techniques, spa treatments and occupational therapy on a background antirevmatoidnoi drug therapy and bracing to a large extent ensure a positive outcome of surgical treatment of upper extremity joints.

Key words: rheumatoid arthritis, elbow, rehabilitation