

УДК 615.825:616.728.2-007

© Дорошенко Т.В., Ярцева С.В., 2013

РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ Дорошенко Т.В., Ярцева С.В.

ГЗ «Луганський державний медичний університет»

Дорошенко Т.В., Ярцева С.В. Реабілітація хворих на остеоартроз колінних суглобів // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 2. – С. 15-16.

Представлені результати використання лікувальної фізкультури в комплексі реабілітаційних заходів у 30 хворих на остеоартроз колінних суглобів. Доведено, що включення фізичних вправ до комплексного лікування пацієнтів на гонартроз сприяє скорішому зменшенню больового синдрому, відновленню двигальної функції, сьогоденної активності пацієнта, покращенню загального стану.

Ключові слова: остеоартроз колінних суглобів, лікувальна фізкультура.

Дорошенко Т.В., Ярцева С.В. Реабілітація больных с остеоартрозом коленных суставов // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 2. – С. 15-16.

Представлены результаты включения лечебной физкультуры в комплекс реабилитационных мероприятий у 30-ти больных с остеоартрозом коленных суставов. Доказано, что применение лечебной гимнастики в программе комплексного лечения гонартроза способствует более быстрому купированию болевого синдрома, восстановлению двигательной и повседневной активности пациентов, улучшению общего состояния.

Ключевые слова: остеоартроз коленных суставов, лечебная физкультура.

Дорошенко Т.В., Yartseva S.V. Rehabilitation of the patient with osteoarthritis of knee // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 2. – С. 15-16.

Including the exercise therapy in the program of rehabilitation of patients with osteoarthritis of knee joints promote to fast reduction of the painful syndrome, restoration of impellent and daily activity of patients, improvement of the general condition.

Key words: osteoarthritis, knee joint, exercise therapy.

Вступ. Остеоартроз — одна з найпоширеніших хвороб людини. За даними світової статистики 80% всієї суглобової патології випадає на остеоартроз [3,4]. Серед ревматичних захворювань ОА посідає перше місце у світі [9].

В Україні офіційно зареєстровано більше ніж 500 000 хворих на остеоартроз. Слід зазначити, що, за статистичними даними, в Україні зараз кожен третій мешканець страждає на остеоартроз певних суглобів [7,9].

Розвиток ОА є результатом взаємодії механічних та біологічних факторів, які дестабілізують нормальні взаємовідносини між деградацією та синтезом компонентів матрикса хондроцитами в суглобовому хрящі та субхондральній кістці. При цьому хрящ розмигчується, тканина його частково втрачається, розвивається склероз субхондральної кістці, а в подальшому відбувається руйнування суглобових поверхонь. В патологічний процес також волекаються синовіальна оболонка, фіброзна капсула, навколосні м'язи [3,4].

Серед факторів, які призводять до розвитку ОА: механічні фактори, надмірна маса тіла, похилий вік, наследственные фактори ризику. Основними клінічними симптоми ОА є біль в суглобах і, як наслідок, обмеження їх функції [3,4].

Найбільш часта локалізація остеоартрозу - периферичні суглоби (колінні, гомілковоступні, кистьові, кульшові). Разом з тим по важкості порушення функції опорно-рухового апарату перше місце займають кульшовий, потім - колінний, гомілковоступний та плечевий суглоби [8].

Хоча розвиток ОА не впливає на життєвий прогноз, саме це захворювання стає однією з найголовніших причин непрацездатності та інвалідності, поступаючись лише інземічній хворобі серця, а також є найчастішим показанням до ендопротезування суглобів. Так, саме ураження великих суглобів часто призводить до непрацездатності й інвалідності, потребує тривалого та складного лікування, до якого належать зміна способу життя, лікувально-відновлювальна гімнастика, використання адаптивних устроїв, медикаментозне лікування, внутрисуглобові ін'єкції, а в запущених випадках — хірургічного втручання. Тоді як зміни

способу життя та реабілітаційні справи в цілому позитивно впливають на стан організму, то використання медикаментозних засобів часто призводить до ускладнень та побічних ефектів [3,4].

Лікувальна фізкультура при остеоартрозі колінних суглобів спрямована на ліквідацію м'язового спазму, укріплення м'язів, які оточують кульшовий суглоб, збереження рухомості суглоба, покращання мікроциркуляції, активацію метаболічних процесів [1,2].

Тому **мета** нашого дослідження - оцінити клінічну ефективність лікувальної фізкультури в програмі реабілітації хворих на остеоартроз колінних суглобів.

Матеріали та методи обстеження. В дослідженні включено 30 хворих на ОА з переважним ураженням колінних суглобів. Діагноз ОА встановлено згідно з діагностичними критеріями остеоартрозу (Althman R.D., 1995). Серед обстежених було 18 (60%) жінок та 12 (40%) чоловіків. Середній вік хворих склав $52 \pm 8,5$ років. Середня тривалість захворювання - $8,24 \pm 1,76$ років. І стадія ОА колінних суглобів діагностовано у 9 хворих (30%), II - у 18 хворих (60%), III - у 3 пацієнтів (10%). Нормальне значення індексу маси тіла спостерігалась у 3 (10,7%) чоловіків та 2 (7,1%) жінок, тоді як у інших хворих він значно перевищував норму. Це свідчить про наявність цього фактору ризику у більшості (82,2%) пацієнтів. Основними скаргами у обстежених нами хворих були: біль у колінних суглобах — у 27 хворих (90%), ранкова скутість менш 30 хвилин — у 23 пацієнтів (76,67%), обмеження рухів в суглобах — у 100% хворих, порушення функції ходьби — у 21 обстеженого (70%).

Всі хворі на ОА колінних суглобів були розподілені на 2 групи: першу групу склали 15 хворих, які поряд з медикаментозним лікуванням виконували спеціально розроблену програму ЛФК, яка включала комплекс фізичних вправ для укріплення м'язів, що оточують колінний суглоб. Лікувальний комплекс починали виконувати у підгострий період. Всі вправи виконувалися в межах дозволеної амплітуди рухів і не визивали істотного болю, обов'язково повільно. При виникненні болю заняття припинялися. Лікувальний комплекс виконували двічі на день по 20 хвилин. Взагалі заняття займало 30-40 хвилин в день [1,2].

В другу (контрольну) групу увійшли 15 хворих, які отримували стандартну медикаментозну терапію: НПЗП (мелоксикам, диклоберл, нимесил), хондропротектори (мукокат+дона, артрон комплекс, зинак-син+глюкозамин), препарати, поліпшуючи мікроциркуляцію (пентоксифілін, актовегін), м'якорелаксанти (мидокалм, сирдалуд). Пацієнти I-ої і II-ої груп не відрізнялися між собою за статтю, віком, тривалістю захворювання, клініко-рентгенологічними показниками, застосовуваною медикаментозною терапією. Термін лікування склав 20 днів.

Всім хворим було проведене стандартне фізикальне, лабораторне, інструментальне обстеження. Інструментальне обстеження включало рентгенографію колінних суглобів. З метою визначення ефективності реабілітаційних заходів і кількісної оцінки больового синдрому до та після курсу лікування використовували візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ). Для більш точної кількісно-якісної оцінки болю, ранкової скрутості і функції суглобів в процесі лікування використовували функціональний індекс WOMAC та ін-

декс Лекена. Оцінка якості життя проводилася з використанням тесту САН [3, 4]. Статистичну обробку отриманих цифрових даних здійснювали на комп'ютері із застосуванням програмного забезпечення Microsoft Excel.

Результати дослідження. На тлі включення лікувальної фізкультури в програму реабілітації хворих на остеоартроз колінних суглобів в обидва групи порівняння спостерігалася суттєвий регрес больового синдрому за ВАШ: в основній групі з $6,5 \pm 0,5$ до $3,15 \pm 0,3$ см, в контрольній групі з $6,3 \pm 0,7$ до $3,3 \pm 0,5$ см, однак ці зміни були статистичне не достовірні ($p > 0,05$). Після закінчення лікування у хворих першої групи були виявлені статистичне достовірні зміни індекса Лекена, тоді як в контрольній групі цей показник істотно не змінився (таб. 1).

При порівнянні індексу WOMAC у хворих основної та контрольної групи до та після лікування зафіксовані наступні зміни: в I групі спостерігалася позитивна динаміка індекса, тоді як в II групі він достовірно не змінювався (таб. 2).

Таблиця 1. Оцінка стану хворих на гонартроз за індексом Лекена до лікування та після в балах

ІНДЕКС ЛЕКЕНА	Основная группа (n=15)	Контрольная группа (n=15)
До лікування	$11,5 \pm 1,7$	$10,1 \pm 0,7$
Після лікування	$7,1 \pm 1,7^*$	$9,3 \pm 0,7$

Примітка: * - достовірні зміни ($p < 0,05$)

Таблиця 2. Динаміка показників індексу WOMAC в балах

ІНДЕКС WOMAC	Основная группа (n=15)	Контрольная группа (n=15)
До лікування	$37,9 \pm 5,5$	$38,3 \pm 6,3$
Після лікування	$58,1 \pm 4,7^*$	$50,4 \pm 7,7$

Примітка: * - достовірні зміни ($p < 0,05$)

Оцінки пацієнтами основної групи результатів лікування були в цілому вище, ніж в контрольній групі: так, в 3 випадках пацієнти оцінили результат лікування як виражене покращення, в 10 – як значне покращення і в 2 випадках як незначне покращення. Хворі контрольної групи в 8 випадках визначили ефективність проведеної терапії як значне покращення та в 7 випадках – як незначне.

Оцінка лікарями отриманих результатів була більш стриманою. Але також в групі з лікувальною фізкультурою вона була вище. Так, в основній групі виражене покращення стану було визнане у 1 пацієнта, значне – у 13, незначне – 1. В групі контролю значне покращення лікарем виявлене у 5 хворих, незначне – у 10 хворих.

Позитивна динаміка клінічних показників супроводжувалася нормалізацією загального стану. У 73,3% (11) хворих I групи відзначалося значне поліпшення загального стану, тоді як у контрольній групі аналогічний показник склав 53,3% (8 пацієнтів).

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що включення лікувальної фізкультури в програму реабілітації хворих на остеоартроз колінних суглобів призводить до підвищення ефективності лікування: зменшуються больовий синдром та м'язовий тонус, покращуються рухливість та сьогоденна активність пацієнтів, як наслідок, поліпшуються якість життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Реабилитация после заболеваний: Механизмы действия; Виды, методы, программы; Самые эффективные способы: Физиотерапия; Массаж; Лечебная

физкультура и др.: Полный справочник / Гайдаров Л.Ф., Лазарева Г.Ю., Леонкин В.В. – М.: «Эксмо», 2008. – 460 с.

2. Орлова Л. Болезни суставов: методы лечебной физкультуры. – Харвест : АСТ, 2006. – 200с.

3. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб : ООО «Издательство Фоллиант», 2005. – 520 с.

4. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.

5. Берглезов М. А., Угнивенко В. И., Надгериев В. М. Комплексное лечение больных с тяжелыми нарушениями функции нижних конечностей в амбулаторных условиях. Пособие для врачей. — М.: ЦИТО, 1999. — 28 с.

6. WHO Disease and injury country estimates. World Health Organization (2009).

7. Коваленко В. Н., Борткевич О. П. Остеопороз. Практическое руководство. — К.: Морион, 2003. — 448 с.

8. Берглезов М. А., Угнивенко В. И., Надгериев В. М. Комплексное лечение больных с тяжелыми нарушениями функции нижних конечностей в амбулаторных условиях. Пособие для врачей. — М.: ЦИТО, 1999. — 28 с.

9. Iribarren C., Go A.S., Husson G. et al. Metabolic syndrome and early — onset coronary artery disease: is the whole greater than its parts? // J. Am. Coll. Cardiol. — 2006. — 48(9). — 1800-1807