

РЕВМООРТОПЕДИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*В.П. Павлов, Т.М.Павленко, С.А.Макаров,
А.О. Арсеньев, М.А. Макаров, Л.Н. Денисов, В.А. Насонова
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва*

Резюме

В статье рассматриваются принципы реабилитационных мероприятий у больных ревматоидным артритом, остеоартрозом и системной красной волчанкой, характеризующихся широкой распространенностью, тяжестью течения и высоким процентом инвалидности в наиболее работоспособном возрасте. Подчеркнута роль этапности в использовании многофакторных лечебных мероприятий, направленных на снижение и стабилизацию активности заболевания, включая, наряду с методами ранней активной фармакотерапии больных ревматическими заболеваниями, усовершенствованные методы хирургии суставов, в частности эндопротезирование, ортезную технику, а также физиотерапию и диетотерапию.

Ключевые слова: *ревматические болезни, реабилитация*

Среди многих ревматических заболеваний (РЗ) воспалительного и дегенеративного характера было выделено три: ревматоидный артрит (РА), остеоартроз (ОА) и системная красная волчанка (СКВ), как особо сложные в отношении восстановительного (реабилитационного) лечения, чтобы и на их примере продемонстрировать особенности реабилитационных программ с учетом значительного прогресса в изучении патогенеза, разработке современных методов фармакотерапии и ревмохирургии РЗ за последние 45 лет, прошедшие со времени основания Института ревматологии РАМН.

РА - системное воспалительное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии с преимущественным поражением периферических суставов. РА отличается клиническим полиморфизмом, проявляющимся в форме различных клинико-иммунологических субтипов (вариантов) болезни: серопозитивный и серонегативный РА, "мужской" и "женский" вариант у взрослых и ЮРА детского возраста и др. В основе заболевания лежит хроническое аутоиммунное воспаление, определяющее неуклонное прогрессирование патологического процесса, приводящего к деструкции и анкилозированию суставов. Уже через 5 лет от начала заболевания поражение суставов, в том числе и функционально наиболее важных, становится настолько выраженным, что 60-70% больных инвалидизируется, особенно в случаях несвоевременного и неадекватного лечения [3].

Поскольку в России регистрируется около 300 тыс больных РА (0,26 % на 115 млн взрослого населения), становится очевидной медико-социальная значимость этой болезни.

В Институте ревматологии РАМН уже в течение 30-40 лет функционирует а 3-х этапная система медицинской реабилитации больных РА [3]: стационар-поликлиника- курорт (рис.1)

Многочисленные факторы, указанные в данной схеме, воздействуют на различные звенья патогенеза в цепи воспалительных реакций и направлены на снижение активности и стабилизацию ревматоидного воспаления. Это, прежде всего, раннее назначение и длительное применение болезнь-модифицирующих препаратов, обладающих собственно антиревматоидным эффектом. Дополнительно проводимое (при наличии показаний) локальное внутрисуставное введение глюкокортикоидных (ГК) препаратов, направленное на быстрое купирование проявлений

артрита в функционально важных суставах. Параллельно назначались современные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) для снижения боли и воспалительных реакций путем подавления синтеза простагландина и нейтрализации циклооксигеназы - сильнейшего провоспалительного фермента, обуславливающего болевой синдром при РА [5].

Комплексное лечение больных в условиях сниженной - в результате индивидуально подобранного медикаментозного лечения - активности РА подразумевает проведение лечебной физкультуры (ЛФК), массажа, трудотерапии, ортезирования, физиотерапевтических процедур (ФТЛ) как методов снижения боли и профилактики суставных деформаций. Оно оказывается достаточно успешным в плане сохранения (улучшения) функциональной способности опорно-двигательного аппарата пациента. Так, у больных РА с поражением кисти целенаправленные методы трудотерапии, выработка правильного функционального стереотипа, ЛФК, физиотерапия и ортезирование за 24 дня стационарного этапа повышали силу и функцию кисти на 28-35%. Однако следует подчеркнуть, что комплекс лечебно-восстановительных мероприятий наиболее эффективен в начальных стадиях РА.

Достигнутые результаты стационарного этапа лечения требуют обязательной преемственности и закрепления на последующих этапах медицинской терапии и реабилитации - в поликлинике и у многих больных - на курорте. Эта система в 60-80 гг прошлого столетия позволяла в 70% случаев сохранять профессиональную и бытовую активность больных РА на протяжении 5 и более лет от начала заболевания.

Приводим один из давних клинических примеров эффективного использования трехэтапной системы реабилитации при РА. Б-ой С., 1924 г, был впервые направлен в клинику Института (артрологический отдел на базе ГКБ №13) в 1966г с диагнозом РА, серопозитивный полиартрит, акт.3 ст., стадия-26,ФН- III. Длительность заболевания - 3 года. Состояние при поступлении оценивалось как тяжелое в связи с высокой клинической и лабораторной активностью. Большой испытывал сильные суставные боли, многочасовую скованность, отмечались припухлость и выраженная болезненность многих суставов, резкое снижение двигательной активности - пациент был практически прикован к постели. СОЭ -55-60 мм/час, Нв-80г/л, РФ 1/160. Больному были назначены адекватные дозы НПВП, в качестве базисной терапии получал вначале резохин, далагил или плаквенил. В по-

Схема 3-этапной реабилитации больных РА Институт ревматологии РАМН

Рисунок 1



следующем метотрексат по 7,5 мг/нед., который получал в течение 15 лет. В коленные и кистевые суставы вводился гидрокортизон по 125 мг /нед. №5. На фоне лечения состояние пациента значительно улучшилось, боли, припухлость в суставах, скованность существенно уменьшились, стал свободно передвигаться, СОЭ-30 мм/час, Нв-125 г/л. К выписке клинические и лабораторные показатели активности соответствовали 2-1ст., ФН-1. Через 4 мес после выписки - на фоне продолжающегося медикаментозного лечения - прошел курс бальнеотерапии и ЛФК на курорте в Пятигорске, состояние оставалось стабильным, самочувствие хорошим. Через 8 мес от начала лечения возобновил работу на авиазаводе в качестве зам. начальника цеха. В последующие 7 лет ежегодно получал курсы бальнеотерапии (радоновые, сероводородные ванны) в Пятигорске, продолжая рекомендованное медикаментозное лечение. Регулярно наблюдался в поликлинике Института. Периодически возникающие обострения воспалительного процесса в синовиальных влагалищах сухожилий сгибателей пальцев кистей и в коленных суставах купировались введением депо-медрола, в дальнейшем - дипроспана. Ухудшения функции суставов не отмечалось, Рг-изменения в суставах кистей и стоп не превышали IIб - III стадии, сохранял полную трудоспособность, вел активный образ жизни. Однако два года назад после сильного стресса (смерть жены) у больного отмечено быстрое прогрессирование полиартрита, развились стойкие деформации кистей по типу "главников моржа", сгибательные контрактуры коленных суставов, был вынужден оставить работу (в возрасте 76 лет, через 40 лет от начала РА).

Таким образом, данный пример демонстрирует эффективность адекватно подобранной и регулярно проводимой комплексной терапии РА, включавшей базисные, противовоспалительные и локальные (ГК)- препараты и повторное бальнеолечение. Продолжение многолетней профессиональной деятельности явилось важным фактором двигательной активности, также способствовавшей длительному сохранению функции опорно-двигательной системы.

К сожалению, в настоящее время система 3-х этапного лечения и реабилитации-стационар-поликлиника-курорт- редуцирована за счет потери курортного фактора, но, с другой стороны, дополнена достаточно эффективными методами лечения, такими как биологические агенты (например, ремикейд), пульс-терапия метипредом и метотрексатом, экстракорпоральные процедуры (плазмаферез) и др., а также ортопедической коррекцией пораженных суставов. Это позволяет значительно повысить общую эффективность лечения тяжелых больных РА.

Больные, у которых исчерпаны терапевтические возможности лечения, в первую очередь с необратимыми деформациями и нарушениями функции суставов, нуждаются в ортопедической коррекции. В этом случае взаимодействие ревматологов и ортопедов становится особенно актуальным. Методы профилактической, стабилизирующей и реконструктивной хирургии позволяют добиваться радикального улучшения функции отдельных элементов и опорно-двигательного аппарата в целом. Особенно ярко это проявляется при замене полностью разрушенных так называемых ключевых суставов (тазобедренный, коленный) на искусственные эндопротезы. В результате инвалидизированным больным возвращается способность к передвижению и самообслуживанию, а некоторым и профессиональная активность [7].

На фотографии представлена больная X., 37 лет, страдающая РА более 20 лет. Последние 7 лет пациентка не ходила из-за сформировавшихся сгибательных контрактур коленных суставов, амплитуда движений в которых находилась в пределах 90-140°. Больная была на руках внесена мужем в хирургическое отделение Института ревматологии, где ей с интервалом в 6 мес. было произведено тотальное эндопротезирование обоих коленных суставов. В результате амплитуда движений в оперированных суставах достигла 0-130°, полностью восстановилась опорная функция нижних конечностей. После второй операции больная могла ходить с помощью двух костылей, а в настоящее время она ходит самостоятельно, без ограничений и независима от окружающих.

Следует обратить внимание еще на две составляющие данной системы, получившие развитие за последние 5-7 лет. Это ор-

тезирование и диетотерапия, используемые при комплексном восстановительном лечении больных РА.

Исследования А.О. Арсеньева [1] показали, что ортезирование по своим анальгетическим свойствам приближается к действию НПВП и может с успехом применяться при лечении поражений кистей и стоп у больных РА. Рассматривался также вопрос о профилактическом влиянии ортезирования в отношении защиты суставов и предотвращения или, по меньшей мере, торможении типичных деформаций кисти и лучезапястных суставов у больных РА. Однако он остается пока открытым и требует дальнейшего изучения.

Наиболее отчетлива роль ортезирования в отношении деформаций стоп. Применение индивидуально изготовленных стелек позволяет разгрузить определенные участки стоп и равномерно перераспределить нагрузку на всю подошвенную область пациента. Тем самым увеличивается опороспособность деформированных стоп, уменьшается болевой синдром, в большинстве случаев достигается коррекция деформации, что улучшает рессорную функцию стоп и защищает другие суставы нижних конечностей и позвоночник от постоянной микротравматизации.

Другая составляющая системы - диетотерапия. Впервые в отечественной ревматологической практике был разработан вариант противовоспалительной, гипоаллергенной диеты, в которой выделен комплекс нутриентов [2]. Клинический эффект этой диеты, включенной в комплексное лечение больных РА, проявлялся в значительном уменьшении болей в суставах ($p < 0,05-0,001$), суставного индекса Ричи, длительности утренней скованности, нарастании силы сжатия кисти уже в первые две недели ее применения. Диетотерапия оказывала существенное влияние на иммунный статус больных: достоверно ($p < 0,05-0,001$) снижались уровни иммуноглобулинов G и M, ревматоидного фактора, компонентов комплемента C3 и C4, мембраноатакующего комплекса C5 и C9, а также острофазовых белков крови. Общая результативность комплексного медикаментозно-диетического лечения оказалась на 33% выше по сравнению с сопоставимой группой больных РА, не получавших специальной диеты [2].

Слабым звеном разработанной системы этапного лечения больных хроническими РЗ в течение ряда лет являлось отсутствие в ней социального звена. Роль социального работника представляется весьма существенной и необычайно полезной в этой реабилитационной программе. Пациенты с полностью или частично восстановленной способностью к труду могли быть трудоустроены на тех предприятиях, где созданы условия для их трудовой деятельности, или переориентированы к новой профессии.

ОА - одно из самых распространенных заболеваний человека, при котором в патологический процесс вовлекаются гиалиновый хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка и другие структуры сустава (внутрисуставные связки, капсула, прилегающие мышцы и сухожилия). В основе его развития могут лежать генетические факторы, физическое перенапряжение и микротравмы, гипермобильный синдром, избыточный вес и др. У ряда больных развитию ОА (особенно раннего) могут способствовать врожденные или приобретенные аномалии в строении опорно-двигательного аппарата, ведущие к формированию вторичного артроза тазобедренного и коленного суставов.

В Институте ревматологии РАМН также разработана система 3-х этапной медицинской реабилитации больных ОА (рис.2) Однако эта схема несколько отличается от рекомендованной при РА. В качестве "базисной" терапии ОА используются хондропротекторы - препараты, которые могут повлиять на патогенетические механизмы, лежащие в основе развития ОА, замедлить его прогрессирование и предотвратить (или отсрочить) инвалидизацию. Современное направление в терапии ОА-применение естественных компонентов хрящевого матрикса- гиалуроновой кислоты, хондроитин и глюкозамин сульфата. Полагают, что в результате длительного назначения хондропротекторов происходит торможение деструкции суставного хряща и даже его восстановление. Широкое применение при ОА имеют НПВП, преимущественно из группы селективных ингибиторов циклооксигеназы-2; в качестве дополнительных используются

Схема 3-этапной реабилитации больных ОА Институт ревматологии РАМН





Большая Х. До операции



Фото 2. Больная Х. После эндопротезирования левого коленного сустава



Фото 3. Больная Х после эндопротезирования левого коленного сустава и окончания стационарного этапа лечения

методы локальной терапии с введением различных лекарственных и симптоматических препаратов как внутрисуставно, так и в форме мазей, гелей, бальзамов и т.п. Существенную помощь больным ОА оказывают ФТЛ, ЛФК, курортное лечение. Важное условие профилактики и лечения ОА - коррекция веса пациента, ибо его избыток - фактор риска как развития, так и прогрессирования болезни.

Систематическое проведение современных реабилитационных мероприятий с использованием УГУЛЯ (универсального реабилитационного кабинета для индивидуальной лечебной гимнастики), РУПа (реабилитационной прикроватной установки), адекватного ФТЛ, иглорефлексотерапии, массажа у больных ОА, в том числе с дегенеративно-дистрофическими поражениями плеча, позволило в 92% случаев восстановить их трудоспособность. Совместное применение лечения холодом (криотерапии) и синусоидальных модулированных токов (СМТ) при гонартрозе с реактивным синовитом под контролем тепловизионной термодинамики дало более четкое снижение болевого синдрома, отека и улучшение функции, чем изолированные СМТ [6].

Нельзя не отметить значения ортезирования при ОА как неотъемлемого компонента вышеупомянутой системы. Данный метод значительно повышает функциональную способность и качество жизни пациентов, на 30% от исходного уровня уменьшает болевой синдром, повышает комфортность ходьбы и является важным фактором защиты патологически измененных суставов конечностей и позвоночника от прогрессирующей деформации [8].

Однако не всегда терапия ОА оказывается достаточно успешной. Хорошие и удовлетворительные результаты достигаются обычно на начальных стадиях болезни. Поздние стадии коксартроза и гонартроза нередко требуют оперативного лечения. Спектр оперативных вмешательств весьма широк. В последние годы все чаще применяется тотальное эндопротезирование суставов, выступающее как метод выбора больных ОА. Однако не утратили своего значения и другие методы хирургической коррекции артрозных суставов, такие как резекционная артропластика, корригирующие остеотомии и др. Эти вмешательства могут выполняться с использованием артроскопической техники, что предпочтительнее у пожилых больных ОА, имеющих противопоказания к "большим" открытым операциям на суставах. Подчеркнем, что каждая операция имеет свои строгие показания и противопоказания, которые должны строго учитываться..

СКВ - наиболее тяжелое системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии с поражением многих, в том числе жизненно важных органов (почки, ЦНС, легкие, сосуды и др.). Артриты при СКВ отличаются нестойкостью, не сопровождаются образованием эрозий и анкилозов и обычно не являются серьезной проблемой при этой болезни. Исключением являются случаи развития ревматоидоподобной деформации кисти (по типу синдрома Жакку) вследствие преимущественного поражения периартикулярных тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсенев А.О., Павлов В.П. Использование статических ортезов кисти в реабилитационной программе больных ревматоидным артритом. Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем. Тез.4-ой научно-практич. конф.. посвященной 10-летию МЦМР.23-24 декабря, 1999, 55.
2. Денисов Л.Н. Диетическая терапия при ревматоидном артрите. Автореф. д.м.н, М., 2000.
3. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., Медицина, 1989, 591 с.
4. Насонова В. А. Бунячук Н.В. Руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни. М., Медицина, 1997, 520 с.
5. Насонова В.А., Павленко Т.М., Павлов В.П. с соавт. Комплексная медицинская реабилитация больных ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом (ОА). Матер. III междунаро. конф. по восстановит. медицине (реабилитологии). М., 2001, 49.

До применения ГК, по данным М.М.Ивановой, 5-летняя выживаемость больных СКВ составляла 26%, 10-летняя - менее 16%. При адекватной ГК-терапии 10-летняя выживаемость увеличилась до 68%, при сочетании ГК с иммунодепрессантами - до 84%. Комбинированное лечение с применением экстракорпоральных методов (плазмаферез) в сочетании с пульс-терапией метилпреднизолоном и циклофосфаном повышает выживаемость тяжелых больных СКВ до 93% [9]. Однако 25% этих пациентов становятся инвалидами в результате поражения тазобедренных и коленных суставов, ибо у них развиваются так называемые аваскулярные деструктивные кокситы и гониты с асептическими некрозами головок бедренных костей и суставных поверхностей коленного сустава, приводящие к резкому нарушению их функции.

В процессе восстановительного лечения за последние 3 года в Институте ревматологии РАМН 13 больным СКВ была выполнена операция тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов. После операции все больные отметили значительное уменьшение болевого синдрома, у них появилась возможность свободного передвижения без дополнительной опоры, восстановилась способность к самообслуживанию и выполнению домашнего труда. Обследование этих больных до и после операции показало достоверное улучшение их качества жизни и функционального статуса. Так, степень функциональных нарушений по НАQ снизилась с $1,708 \pm 0,4$ до операции до $0,437 \pm 0,2$ баллов через 1 год после ($p < 0,001$). Оценка состояния тазобедренного сустава по шкале Харриса показала, что за год, прошедший после операции эндопротезирования, средний суммарный функциональный балл увеличился с $41,6 \pm 18,3$ до $90,0 \pm 6,7$ ($p < 0,001$), т.е. высокий эффект операций был несомненным.

Нельзя не отметить, что по инициативе Института ревматологии РАМН в 1978 г было открыто отделение реабилитации для ревматологических больных на базе 12 московской ГКБ, которое в 1985г было переведено ГКБ №10, где сформировался Московский центр медицинской реабилитации (МЦМР). В нем успешно применяются многие принципы и методы реабилитации, разработанные в Институте. В ревматологических отделениях МЦМР в среднем за год получают стационарно-восстановительное лечение 550-630 больных РА, ежегодно повторяют лечение 54-61%, 2 раза в году 4-16% пациентов. Там же ежегодно лечатся до 600 больных ОА. Из них ежегодные курсы реабилитации получают 60-75% пациентов, 2 раза в год- 10-25%. Эффективность реабилитации ревматологических больных весьма высокая: улучшение достигается в 96-98% случаев.

Таким образом, реабилитационные программы должны являться неотъемлемой частью комплексного лечения хронических РЗ, как доказавшие свою высокую эффективность в плане сохранения (восстановления) функций опорно-двигательной системы и улучшения качества жизни у этой обширной категории больных.

6. Павленко Т.М., Павлов В.П., Корнышев В.И. с соавт. Медицинская реабилитация ревматоидного артрита и остеоартроза. Науч.-практич. ревматол., 2000, 82-86.
7. Павлов В.П., Макаров С.А., Матушевский Г.А. и др. Реабилитация больных ревматическими заболеваниями (РЗ) после эндопротезирования крупных суставов. Актуальн. пробл. восстановит. мед. курортол. и физиотерапии. М., 2001, 49.
8. Павлов В.П. Принципы ортезирования больных ревматическими заболеваниями с поражением суставов. РМЖ, Ревматол., 1997, 13, 989-991.
9. Соловьев С.К., Чикликчи А.С. Современная программная интенсивная терапия у больных СКВ с неблагоприятным жизненным прогнозом. Актуальн. вопр. диагност.и лечен. сист.заболев. соединит. ткани. М., 1990, 433.