

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

УДК: 616.72-002.77-053.3-08

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИНОВИТОМ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ.

Т.А.Шелепина, О.В.Бородачева.

Институт ревматологии (дир.- академик РАМН В.А.Насонова) РАМН, Москва

Резюме

Обоснован двигательный режим больных ЮХА с поражением тазобедренных суставов. Обследовано 20 больных ЮХА, в клинической картине которых преобладало поражение тазобедренных суставов. Использовались клинические, лабораторные, антропометрические методы и УЗИ. Акцентирована необходимость соблюдения разгрузочного режима на всех этапах лечения, подчеркнута необходимость его строгого соблюдения в начальных стадиях заболевания, когда генез суставного синдрома не уточнен, и при констатации острого коксита. Предлагается методика функционального лечения, включающая лечение положением, ЛФК в сочетании с постепенно расширяющимся режимом двигательных нагрузок, оценивается ее эффективность.

Ключевые слова: ЮХА, реабилитация.

Одной из актуальных проблем детской ревматологии является лечение ювенильного хронического артрита (ЮХА) - ревматического заболевания суставов длительностью более 3 месяцев у пациентов до 16 летнего возраста. Основу терапии данного контингента больных составляют медикаментозные средства, однако, важное значение имеет своевременное выполнение методик, направленных на профилактику и коррекцию деформации суставов. Частой причиной развития ранней инвалидизации этой группы больных является поражение тазобедренных суставов, которое, по данным отечественных и зарубежных авторов [1, 2, 3, 8, 10], составляет от 47% до 62%.

Ограничение подвижности в тазобедренных суставах на начальных стадиях заболевания связано с мышечным напряжением вследствие болевого компонента. Боль в тазобедренном суставе ведет к фиксации в положении «комфорта», т.е. сгибания с последующим формированием порочной установки, в результате чего развивается мышечный дисбаланс: повышение мышечного тонуса сгибателей (подвздошно-поясничной мышцы и приводящей мышцы бедра) и ослабление тонуса разгибателей. Длительная фиксация в этом положении приводит к структурным изменениям в мышцах и связках и развитию стойких сгибатель-

ных контрактур [1, 5, 6, 9].

Клинические проявления поражения тазобедренных суставов характеризуются нарушением походки, артралгиями, ограничением функции вплоть до развития стойких контрактур. Наибольшие сложности возникают при постановке нозологического диагноза у больных с моноартритом тазобедренного сустава. В этих случаях необходимо исключение септического и специфического артрита (туберкулез, бруцеллез), костной (остеоид, остеомы) и ортопедической патологии, в частности, юношеского эпифизеолиза 1 стадии, болезни Пертеса. Для этого проводится комплексное клинколабораторное, ультразвуковое обследование, рентгенологическое, а также иногда, в особенно сложных случаях, выполняется компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Наиболее простым, объективным и информативным методом для оценки выраженности воспаления в тазобедренном суставе и обоснования двигательного режима является ультразвуковая томография (УЗТ) [4, 5, 7]. УЗТ является безопасным методом для пациента и может использоваться без ограничения, что важно для динамического наблюдения.

В терапии больных ювенильным хроническим артритом с поражением тазобедренных суставов, наряду с медикаментами, существен-

ную роль играют методики функционального лечения. Крайне важным является обоснование двигательного режима больных с поражением тазобедренного сустава.

Целью настоящего исследования является обоснование двигательного режима детей, страдающих ЮХА с поражением тазобедренного сустава, на основе сопоставления данных клиники и УЗ сканирования этих суставов.

В группу вошли 20 больных ЮХА, у которых заболевание началось с поражения тазобедренного сустава. Количество мальчиков и девочек было одинаковым. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 3-х до 6 лет-3 пациента; от 7 до 10 лет-11 пациентов; от 11 до 15 лет-6 пациентов. У 5 больных был выявлен реактивный артрит, у остальных – ЮХА неуточненной нозологической принадлежности, среди них с моноартикулярной формой – 10 человек, олигоартикулярной-8 человек, полиартикулярной-2 человека. Провоцирующим заболеванием фактором у половины больных явилась инфекция (ОРВИ-35%, пневмония-10%, йерсиниоз-5%), у четверти больных – травма; у остальных причина не была установлена, у всех больных последней группы выявляется гипермобильный синдром. 18 больных до поступления в клинику получали НПВП, несмотря на это у них сохранялись признаки активного артрита тазобедренного сустава. Длительность поражения тазобедренного сустава до начала реабилитационного лечения у большинства больных составила около года. Для оценки эффективности проведенного комплексного медикаментозного и функционального лечения мы использовали общепринятые в детской ревматологии клинические данные (изменение походки, чувствительность при пальпации, болезненность при пассивных движениях в суставе); лабораторные тесты (серомукоид, СОЭ, СРБ); антропометрические показатели, которые включали измерение объема пассивных и активных движений в тазобедренном суставе в положении больного лежа на спине при помощи угломера; тест на скрытую сгибательную контрактуру в тазобедренном суставе (признак Томаса), измерение анатомической и функциональной длины нижних конечностей. Для оценки выраженности воспалительного процесса в тазобедренном суставе и для обоснования двигательного режима всем больным, включенным в исследование, осуществлялась УЗТ тазобедренных суставов в продоль-

ной и поперечной проекциях линейным датчиком 7,5МГ на аппарате "ALOKA-SSD-680". Оценивались пери- и интраартикулярные структуры тазобедренных суставов, проводилась количественная и качественная оценка следующих ультразвуковых признаков: наличие жидкости в полости сустава (по шеечно-капсулярному промежутку), состояние периапартулярных тканей и толщины капсулы сустава. Всем больным проводилась нестероидная противовоспалительная терапия – индометацин, диклофенак из расчета 3мг /кг сутки, местно-крем «Долгит» на область пораженного сустава 3-4 раза в день. Задачей местного противовоспалительного лечения являлось снижение мышечного напряжения и боли.

Функциональное лечение проводилось по этапам.

Целью первого этапа являлось снятие мышечного напряжения, уменьшение давления на капсулу сустава, профилактика формирования сгибательной контрактуры в тазобедренном суставе. Для этого назначался постельный режим, манжеточное вытяжение за бедро в положении небольшого отведения, с грузом 1,5 кг, осуществляемое постоянно. При появлении болей в области тазобедренного сустава проводилось дробное вытяжение – 3 раза в день по 40 минут-1 час. Назначалась пассивная лечебная физкультура, выполняемая инструктором ЛФК 1-2 раза в день. Длительность 1-го этапа обычно составляла около 1 нед.

Целью второго этапа являлось восстановление амплитуды движения, укрепление мышечного тонуса, нормализация походки. В этот период осуществлялось расширение режима, разрешалась ходьба при помощи дополнительной опоры, продолжалось дробное манжеточное вытяжение за бедро, рекомендовался систематический отдых в положении лежа 2 раза в день по 40 минут, регулярно проводилась пассивная и активная ЛФК (выполняемая пациентом под контролем инструктора ЛФК и самостоятельно в палате после обучения методике), подключались упражнения с отягощением. При ограничении отведения в обоих тазобедренных суставах назначались кинезотерапия в облегченном положении на специальной установке типа УГУЛЬ. Подключался массаж мышц спины и нижних конечностей. Данный этап длился в среднем 3 недели.

На 3 этапе больной переводился на амбулаторное лечение с рекомендациями продол-

жения соблюдения разгрузочного режима (ходьбы с помощью костылей около 1 месяца), занятий ЛФК, в том числе с отягощением, и плаванием. Желательно проведение данного этапа в условиях санатория, при невозможности последнего - соблюдение режима с обучением школьников на дому. Длительность данного этапа около месяца.

4-ый этап предусматривал обучение в школе с освобождением от уроков физкультуры. Рекомендовался систематический отдых в положении лежа, занятия плаванием, ЛФК, работа на тренажерах (VELO-гребной, велосипед); периодически (3-4 раза в год) - массаж мышц спины и нижних конечностей. Запрещалась длительная ходьба, бег, прыжки. Длительность данного этапа составляла 1 год.

Результаты.

При первичном осмотре у всех больных отмечались клинические проявления коксита: нарушение походки - хромота - у 90% больных; боли и ограничение движений в тазобедренном суставе у 100% больных. Боли возникали после физической нагрузки, иногда иррадиировали в коленный сустав. Имело место ограничение всех видов движения, в большей степени, сгибания и внутренней ротации; в среднем степень ограничения движений составляла 10-15 градусов.

По данным УЗ томографии при активном коксите у половины больных определялся отек периапартулярных тканей, наличие жидкости в полости сустава - среднее расстояние между шейкой и капсулой сустава составило до 9мм при норме до 5мм (90%), утолщение синовиальной оболочки - 3мм и более (62%).

На фоне комплексного медикаментозного и первого этапа функционального лечения отмечалась положительная клиническая динамика в виде расширения объема движений в пораженном суставе, улучшения походки, уменьшения болевого компонента и положительной ультразвуковой динамики - отсутствие жидкости в полости сустава, исчезновение отека периапартулярных тканей у 95%, что позволяло переходить ко второму этапу функционального лечения. В период второго этапа практически у всех больных отмечалось купирование болевого синдрома, нормализация походки. Восстановление полного объема движений в тазобедренных суставах достигнуто у 90 % больных. При ультразвуковом исследовании признаки активности воспалитель-

ного процесса отсутствовали (капсула сустава не утолщена, жидкость в полости сустава и отек периапартулярных тканей отсутствовали). Длительность наблюдения за больными составила в среднем около года. В процессе динамического наблюдения в течение 1 года у двух из 20 больных отмечено обострение суставного синдрома, которое было связано с нарушением разгрузочного режима (бег, спортивные игры). Назначение соответствующего режима купировало болевой синдром.

Наиболее благоприятный исход определялся у половины больных с давностью заболевания до двух месяцев, у которых восстановление объема движений, нормализация походки, купирование болевого синдрома отмечались в среднем через 2-3 недели после начала комплексного медикаментозного и реабилитационного лечения. По данным ультразвукового исследования у этих больных исчезновение жидкости из полости сустава и отека периапартулярных тканей отмечалось в среднем через неделю наблюдения.

Наиболее длительное восстановление функции тазобедренного сустава требовалось у больных с давностью заболевания около года при отсутствии медикаментозного и функционального лечения до обращения в Институт ревматологии. Купирование болевого синдрома в данной группе больных отмечалось в среднем в течение 2-3 недель, практически полное восстановление объема движений у большинства больных наблюдалось в среднем через 2 месяца, нормализация походки - через месяц. По данным ультразвукового исследования более длительно сохранялась жидкость в полости суставов и утолщение синовиальной оболочки (в среднем в течение 2-3 недель).

Обсуждение.

Поражение тазобедренного сустава является частой причиной инвалидизации больных с ЮХА. При моноарткулярных поражениях тазобедренного сустава на период обследования, когда генез суставного синдрома не ясен, а также при выявлении активного коксита пациент нуждается в соблюдении разгрузочного режима, который достигается либо назначением постельного режима, либо ходьбой с костылями. Социальный статус ребенка резко меняется при назначении режима разгрузки тазобедренного сустава, поэтому необходима четкая его мотивация. Постельный режим осуществляется при признаках активного артрита тазо-

бедренного сустава, подтвержденного данными УЗТ (наличие жидкости в полости сустава, утолщение капсулы, отек периапартулярных тканей). Расширение режима - ходьба с дополнительной опорой, активная ЛФК - возможно при купировании болевого синдрома, уменьшении степени активности воспалительного процесса в т/з суставе по данным УЗТ (отсутствие жидкости в полости сустава, исчезновение отека периапартулярных тканей). Соблюдение домашнего режима в течении месяца после выписки из стационара обусловлено необходимостью сохранения разгрузочного режима, т.е. ходьбы с костылями. Хотя к этому периоду у 90% больных отмечался полный объем движений, отсутствовал болевой синдром и не выявлялись признаки активного коксита по данным УЗТ, по нашему мнению, был необходим промежуточный период около 1 месяца между режимом строгой разгрузки и общим режимом, так как на этот период рекомендовалась ходьба с дополнительной опорой, желательно санаторно-курортное лечение, при невозможности последнего - организация обучения на дому. В дальнейшем разрешалось посещение школы с исключением занятий физкультурой, рекомендовалось проведение ЛФК, курсы массажа, занятия плаванием. Данный режим назначался на год. По нашему мнению, при отсутствии рецидивирования суставного синдрома (по данным клинического и ультразвукового исследования) через год можно рекомендовать возобновление школьных занятий физкультурой при условии исключения бега и сдачи зачетов. Мы считаем, что соблюдение столь длительного режима, исключающего физические перегрузки, является в какой-то мере профилактикой развития вторичного артроза. Следует подчеркнуть, что психологически наиболее травми-

рующим фактором для пациента и его родителей при лечении данной группы больных является назначение ходьбы с костылями. В связи с этим необходимо разъяснение родителям и детям важности данного назначения как единственного способа временной разгрузки тазобедренных суставов в вертикальном положении.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При ювенильном артрите, начинающемся с поражения тазобедренного сустава, когда генез суставного синдрома остается неясным и нельзя исключить патологию, приводящую к быстрому деструктивному процессу, необходимо на период обследования назначения разгрузочного режима - хождение с дополнительной опорой с целью разгрузки тазобедренного сустава.

2. При активном коксите (по данным клиники и ультразвукового исследования) необходимо соблюдение строгого режима статической разгрузки тазобедренного сустава (постельный режим, ходьба с дополнительной опорой) до полного купирования синовита с последующим этапным расширением физических нагрузок: освобождение от уроков физкультуры в школе, занятия физкультурой без сдачи зачетов, исключение занятий спортом. На всех этапах лечения необходимо проведение ЛФК, курсов массажа (после купирования явлений активного артрита).

3. В качестве объективной оценки степени выраженности воспалительного процесса в тазобедренном суставе и для обоснования двигательного режима целесообразно использование ультразвукового исследования сустава в динамике.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Шелепина Т.А. Функциональное лечение детей с ювенильным ревматоидным артритом с доминирующим поражением тазобедренных суставов. Детс. ревматол., 1996, 4, 16-19.
2. Шахбазян И.Е., Улыбина О.В., Розвадовская О.С. Поражение крупных суставов при системных формах ЮРА. Педиатрия, 1990, 11, 63-69.
3. Яковлева А. А. Руководство по детской артрологии. Ленинград. Медицина, 1987.
4. Мач Э.С., Пушкова О.В., Шастина В.Р. Возможности артрозографии в ревматологии. Клинич. ревматол., 1993, 2, 14-19.
5. Махадиинова З.Т., Мач Э.С., Алябьева А.П. Оценка лазеротерапии асептического некроза головки бедренной кости у больных с ревматическими болезнями по данным артрозографии. Росс. ревматол., 1998, 4, 32-35.
6. Шелепина Т.А., Бородачева О.В., Илларионова О.Н. Реабилитационная терапия в комплексном лечении больных ювенильным хроническим артритом. Педиатрия, 1999, 4, 19-21.
7. Chan-Y.L., Cheng J.S., Metreweli-C. Sonographic evaluation of hip effusion in children. Acta-Radiol, 1997, 38(5), 867-869.
8. Helen M. Emery V.L., Suzanne L. Bowye. Rehabilitation of the child with a rheumatoid disease. Pediat. Clin. North Amer., 1995, 42 5, 1263-1275.
9. Spamer M. Conservative treatment of the hip in juvenile chronic arthritis. Rev Rhum., 1997, 15, 64(10suppl), S179-182.
10. Hayem F., Calde C., Hayem G., Kahn M.F. Involvement of the hip in systemic-onset forms of juvenile chronic arthritis. Rev. rhumat., 1994, 16, 516-522.

Summary

The aim of the study is the substantiation of movement regimen for children with JCA and damage of hip joints. 20 patients with prevalent hip joints damages in clinical picture were examined. Clinical, laboratory, anthropometric methods and U-sound diagnostics were used. Basing on the analysis of anamnestic, clinical data and U-sound examination the regimen of loads for patients with hip joints damage was substantiated. Method of functional treatment was suggested including the treatment by position, exercise therapy in combination with gradually increasing regimen of locomotive loads, its efficacy was assessed.

Key words: *JCA, rehabilitation.*

Поступила 22.05.2000 г.

РЕВМООРТОПЕДИЯ И ХИРУРГИЯ

УДК: (616.72-002.77-08)+(617-089.23):471

РЕВМООРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

И.И.Жадёнов, В.А.Митрофанов, Н.В.Артёмова

Республиканский артрологический центр
при Саратовском НИИ травматологии и ортопедии

Резюме

Приведен анализ работы Республиканского артрологического центра при Саратовском НИИ травматологии и ортопедии. Оценены причины отсутствия своевременной и достаточно квалифицированной ревмоортопедической помощи в России. Выдвинуты задачи по дальнейшему совершенствованию ревмоортопедической службы.

Ключевые слова: *ревмоортопедия.*

В последние годы в Российской Федерации (РФ) отмечен отчетливый рост заболеваний костно-мышечной системы, диффузных болезней соединительной ткани, а также временной и стойкой нетрудоспособности от этих причин. В частности, за последние 8 лет указанные показатели по заболеваниям суставов возросли на 1/3.

Наряду с этим, в РФ растет число ревматологических приёмов в поликлиниках (1613), ревматологических коек для взрослых (7072), размещенных, в основном, в ревматологических отделениях республиканских, краевых, областных и городских многопрофильных больницах. В 60 субъектах РФ имеются ревматологические центры.

Однако, несмотря на положительную динамику развития ревматологической службы в РФ, отмечается рост числа запущенных форм

суставных заболеваний и, следовательно, инвалидности.

Одной из причин этого является отсутствие своевременной и достаточно квалифицированной ревмоортопедической помощи. В частности, по нашему мнению (Жадёнов И.И. с соавт., 1991; 1993), одной из ведущих причин недостаточно эффективного лечения можно считать отсутствие до настоящего времени должного взаимодействия в лечебном процессе между ревматологами и ортопедами-травматологами.

Крайне необходимы взаимные текущие и внеплановые консультации больных с целью назначения мероприятий «малой ортопедии» или решения вопроса о необходимости оперативного вмешательства. Кроме того, отсутствует полноценная система подготовки ревматологов, а также специалистов по амбулаторной и стационарной ревмоортопедии.

Все виды хирургических ортопедических вмешательств подразделяются на ранние, пре-

*Доложено на Всероссийской научно-практической конференции по ревматологии. М., октябрь 2000 г.