

Ревматоїдний артрит – сучасний стан проблеми

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука (м. Рівне)

Постановка наукової проблеми та її значення. В останні роки спостерігається підвищена увага науковців усього світу до проблеми ревматичних захворювань. На сьогодні ревматичні хвороби залишаються найбільш поширеною патологією в усьому світі, і в Україні зокрема. На першому місці серед них виступає ревматоїдний артрит – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1 % населення (в Україні – 0,4 %, у Європі й Північній Америці – 1–2 %) [6].

Ревматоїдний артрит реєструють в усіх регіонах світу без вираженого географічного або кліматичного впливу. Із віком поширеність ревматоїдного артриту зростає. Щорічна захворюваність становить близько двох випадків на 10 тис. населення (0,02 %), хоча в різних регіонах вона коливається від одного до 40. Віковий пік хвороби припадає на п'яте десятиліття (для жінок – у середньому близько 41 року, для чоловіків – близько 45 років). Жінки хворіють на ревматоїдний артрит (РА) у 2–4 рази частіше, у середньому співвідношення жінок і чоловіків становить 3:1. В Україні загальна кількість хворих на РА – близько 125 тис. [7].

За відсутності належного лікування протягом перших 5–6 років після встановлення діагнозу майже половина хворих стає інвалідами, недуга призводить до погіршення загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів, зниження їхньої працездатності [6].

Саме тому питання лікування та реабілітації ревматоїдного артриту є одним із найважливіших, адже зміни в суглобах, які відбуваються при цьому, призводять до обмеження функцій опорно-рухового апарату й подальшої інвалідизації, частих госпіталізацій пацієнтів, що обертаються значними фінансовими витратами для національних економік багатьох країн.

Роботу виконано відповідно до Зведеного плану НДР у галузі фізичної культури й спорту на 2011–2015 рр. за темою 4.4 «Вдосконалення організаційних і методичних засад програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» (№ державної реєстрації – 0111U001737).

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. За сучасними уявленнями, поряд із медикаментозною терапією в системі відновлення здоров'я хворих на ревматоїдний артрит важлива роль належить фізичній реабілітації. Ретельно підібрані фізичні вправи, фізіотерапевтичні процедури та інші засоби реабілітації сприяють призупиненню подальшого прогресування захворювання, відновленню функцій уражених суглобів, покращенню фізичного й психічного станів хворого [4].

Провідні фахівці рекомендують використовувати фізичні вправи, що збільшують амплітуду рухів, м'язову силу, а також вправи аеробної спрямованості, ураховуючи індивідуальні можливості кожного хворого та забезпечуючи адекватний відпочинок [1].

Доцільність виконання вправ, які підвищують м'язову силу, обумовлена тим, що слабкість м'язів спостерігається приблизно у 80 % хворих, котрі страждають ревматоїдним артритом. Іншою причиною може бути навіть обмежений рівень рухової активності. У разі повної іммобілізації, наприклад при призначенні постільного режиму, рівень м'язової сили може знижуватися з інтенсивністю близько 3 % у день у перший тиждень.

Результати численних досліджень показали позитивний вплив фізичних вправ на стан здоров'я більшості хворих, які страждають РА, без посилювання больових відчуттів. Регулярні заняття знижують ступінь тяжкості захворювання, викликаючи ослаблення больових відчуттів, зменшуючи кількість хворобливих суглобів [1; 3].

Незважаючи на прогрес у вивченні питань етіології, патогенезу, ранньої діагностики та ефективних сучасних підходів до лікування хворих на РА, застосування засобів фізичної реабілітації в процесі відновного лікування в спеціалізованих закладах України перебуває на низькому рівні та є недосконало вивченим, що вказує на необхідність і важливість розробки й упровадження концепції фізичної реабілітації в лікувальний процес хворих на ревматоїдний артрит.

Завдання дослідження:

- вивчити та проаналізувати сучасні літературні джерела з проблеми фізичної реабілітації при ревматоїдному артриті;
- визначити основні причини розвитку й перебіг ревматоїдного артрити;
- охарактеризувати завдання, засоби та методики лікувальної фізичної культури при ревматоїдному артриті й розкрити механізми їхньої лікувальної дії.

Методи дослідження – теоретичний аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, методи аналізу, синтезу, узагальнення.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Ревматоїдний артрит – це хронічне системне захворювання сполучної тканини аутоімунної природи, при якому уражаються переважно дрібні суглоби – розвиваються артрити, що призводять до стійкої деформації суглобів і порушення їхньої функції.

Назва походить від (ін.-грец. $\rho\epsilon\upsilon\mu\alpha$), що означає «перебіг», суфікс – оїдний означає «подібний», $\acute{\alpha}\rho\theta\rho\omicron\nu$ перекладається як «суглоб» і суфікс – ит (грец. – *itis*) означає «стан запалення».

Причини ревматоїдного артрити до цього часу не встановлені. Відомо, що в основі патологічних змін лежить аутоімунне пошкодження сполучної тканини оболонки суглобів. Але те, що запускає імунну реакцію, поки залишається не відомим. Розвиток захворювання зумовлений багатьма патогенетичними механізмами, які взаємодіють у генетично схильному до виникнення ревматоїдного артрити організмі. Хвороба може виникати після травм, стресів, інфекційних захворювань, переохолодження, у період гормональної перебудови тощо, але це лише зовнішні чинники, що реалізують внутрішні глибинні механізми ревматоїдного артрити [5].

Найбільш характерним проявом є поліартрит, тобто запалення відразу декількох суглобів. Як правило, розвивається симетричне двостороннє ураження суглобів однієї або декількох груп – залучаються суглоби кистей, стоп, променево-зап'ясткові, колінні, міжхребетні суглоби ший.

Відзначається болочість при пальпації, припухлість, малорухливість, підвищення температури шкіри над суглобом. Характерне відчуття скутості в суглобах, більш виражене вранці. Уранішня скутість більше однієї години майже завжди свідчить про артрит. Захворювання характеризується хвилеподібною течією з періодами загострення й ремісії. У міру прогресування хвороби розвиваються деформації суглобів, пов'язані з частковим руйнуванням суглобового хряща, розтягуванням сухожиль і капсули суглоба [4].

Виділяють три ступені активності ревматоїдного процесу: I-й – мінімальний, II-й – середній і III-й – високий.

Ступінь I – мінімальна активність. Спостерігаються незначні болі в суглобах, помірна скутість уранці та невеликі ексудативні явища в суглобах. Температура шкіри над суглобами – у межах норми, ШОЕ злегка прискорене (у межах 20 мм), кількість лейкоцитів – у нормі; показники С-реактивного білка й фібриногену, сілової кислоти й Υ -глобулінів дещо підвищені.

Ступінь II – середня активність. Відзначаються болі в суглобах не тільки при русі, але й у стані спокою. Спостерігаються стабільні ексудативні явища в суглобах (припухлість, випіт, бурсит). Виражене больове обмеження рухливості в суглобах. Ураження внутрішніх органів виражене нечітко. Наявна субфебрильна температура, ШОЕ – 30–40 мм / год, лейкоцитів – 8–10–109 /л; помітне збільшення вмісту С-реактивного білка, фібриногену та сілової кислоти.

Ступінь III – висока активність. Спостерігаються виражена ранкова скутість, сильні болі в стані спокою, значні ексудативні явища в суглобах (припухлість, гіперемія й підвищення температури шкіри над суглобами). Помітне виражене обмеження рухливості та ознаки активного запального процесу у внутрішніх органах (плеврит, перикардит, міокардит). Відзначається висока температура тіла, значне прискорення ШОЕ (40–60 мм/год); лейкоцитоз – 15–20–109 /л; збільшення показників С-реактивного білка, фібриногену й сілової кислоти [7].

Функціональна здатність хворого визначається за такими критеріями:

I ступінь – професійна працездатність збережена;

II ступінь – професійна працездатність знижена;

III ступінь – утрачена здатність до самообслуговування [3].

Лікування цих хворих вимагає міждисциплінарного підходу, оскільки доводиться мати справу із різними проблемами пацієнтів – від їхньої участі в трудовому житті до психосоціальних питань.

Фізична реабілітація – невід'ємний складник успішного лікування ревматоїдного артрити. Одним із найважливіших компонентів відновного лікування хворих на ревматоїдний артрит є лікувальна фізична культура (ЛФК) [8].

ЛФК для хворих РА показана на всіх стадіях захворювання після купірування гострого процесу. Головним засобом ЛФК є фізичні вправи, які можуть використовуватись у вигляді трьох методів: індивідуального, групового й самостійного.

Обов'язковими умовами ЛФК є регулярність, систематичність і спадкоємність занять (стаціонар, поліклініка, санаторій, завдання вдома). Величина фізичного навантаження при заняттях ЛФК залежить від безлічі різноманітних чинників, але вона завжди повинна відповідати фізичним можливостям пацієнта, його віку, стану здоров'я та патологічного процесу.

ЛФК передбачає три головних завдання:

- 1) запобігання деформаціям у суглобах;
- 2) підтримування м'язової сили;
- 3) покращення амплітуди рухів у суглобах.

Початкове положення для хворих РА може бути таким: лежачи, сидячи, лежачи на боці, лежачи на животі.

Протипоказання до призначення ЛФК у хворих РА:

- висока (III ступінь) активність процесу, із вираженим больовим синдромом і великими ексудативними явищами в суглобах;
- при виражених ураженнях внутрішніх органів із достатністю їхніх функцій (плеврити, пневмонії, нефрит, васкуліти) й ін.;
- інфекції, лихоманка, гострі та підгострі захворювання внутрішніх органів, серцево-судинна недостатність II–III ступенів тощо [1; 2].

Низка вчених відзначає, що фізичні вправи при ревматоїдному артриті покращують загальне самопочуття, зменшують біль, підвищують рухливість, сприяють збереженню функціональної активності суглобів, позитивно впливають на роботу серця й загальний кровообіг. Окрім цього, вони допомагають контролювати нормальну вагу тіла [3].

У літературних джерелах ґрунтовно описано застосування фізичних вправ при РА таких видів: статичних, пасивних, активних із допомогою, активних з опором.

Статичні вправи застосовують у гострій стадії артриту, коли хворий лежить у ліжку, їх метою є попередження розвитку неактивної атрофії м'язів. Вони показані найчастіше для посилення сідничних м'язів та розгиблявачів (розгиначів) коліна. Ці вправи потрібно виконувати 6–12 разів на день.

Пасивні вправи призначають у гострій стадії захворювання. Їх мета – збереження об'єму рухів в ураженому суглобі. Ці вправи виконують за допомогою інструктора ЛФК або родичів хворого. Пасивні вправи потрібно виконувати до тих пір, поки не буде досягнута максимальна амплітуда руху за всіма осями руху суглобів – декілька разів на день.

Активні вправи з допомогою необхідні в тих випадках, коли хворий не може виконувати їх сам. Вони є переходом до виконання активних вправ без допомоги.

Активні вправи без зайвої допомоги призначають, коли амплітуда рухів у суглобах та м'язова сила достатні. Активні вправи за опором призначають, коли покращала амплітуда рухів [8].

Проведення ЛФК у хворих РА рекомендується після прийому анальгетиків і міорелаксантів, які зменшують уранішню скутість і больовий синдром.

Фізичні вправи звичайно виконуються без предметів і з предметами: палиці, скакалки, кеглі, м'ячі, кульки, конуси. Окрім цього, використовуються лавки й гімнастичні стінки.

Останнім часом використовуються спеціальні установки, де виконання вправ проводиться за допомогою підвісів, блоків і вантажів (УГУЛЬ – універсальний гімнастичний кабінет та РУП – реабілітаційна установка приліжкова). У нашу країну вони привезені з Польщі [2, 5].

Отже, ЛФК залишається одним із найбільш важливих методів фізичної реабілітації, який знаходить широке застосування при ревматоїдному артриті з багатьма вираженими клінічними синдромами.

Висновки. Порушення рухової активності й, відповідно, мобільності хворого на ревматоїдний артрит належать до основних факторів, що обмежують нормальну життєдіяльність. Захворювання призводить до тимчасової та стійкої втрати працездатності й зростання первинного виходу на інвалідність від цієї патології внаслідок ураження опорно-рухової системи, що супроводжується деформаціями та контрактурами.

У результаті аналізу науково-методичної та спеціальної літератури виявлено, що актуальність вивчення особливостей фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит зумовлена значним підвищенням рівня згаданої патології хворих останніми роками, зміщенням його початку на більш ранній вік, збільшенням кількості випадків тяжкого перебігу й швидкого розвитку інвалідизації.

На сучасному етапі в Україні відсутні комплексні дослідження та відповідні програми, присвячені фізичній реабілітації хворих на ревматоїдний артрит, немає чітких методичних указівок щодо реабілітаційного обстеження та підбору адекватних засобів і методів, які дадуть змогу стандартизувати обсяг призначуваних лікувально-реабілітаційних заходів при складанні довгострокових індивідуальних програм відновлення здоров'я в умовах стаціонару.

Перспективи подальших досліджень убачаємо в розробці й теоретичному обґрунтуванні концепції фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит в умовах стаціонарного лікування.

Список використаної літератури

1. Дорошенко Т. В. Лікувальна фізкультура в комплексній терапії хворих на ревматоїдний артрит / Т. В. Дорошенко, С. В. Ярцева, Е. Р. Линниченко // Український медичний альманах. – 2008. – Т. 11. – № 6 (додаток). – С. 28–29.
2. Лечебная физическая культура : справочник / под ред. проф. В. А. Епифанова. – М. : Медицина, 2004. – 592 с.
3. Мятіга Е. Н. Лечебная физическая культура при ревматоидном артрите на стационарном этапе / Е. Н. Мятіга, Д. С. Мятіга, Н. В. Гончарук // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 2. – С. 128–131.
4. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
5. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / (ред.) чл.-корр. РАМН проф. В. И. Мазуров. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. – 520 с.
6. Коваленко В. М. Ревматоїдний артрит. Діагностика та лікування / В. М. Коваленко, М. М. Шуба, Л. Б. Шолохова ; за ред. В. М. Коваленко. – К. : Моріон, 2001. – 272 с.
7. Ревматоїдний артрит: сучасний погляд на проблему / Є. М. Нейко, Р. І. Яцишин, О. В. Штефюк // Український ревматологічний журнал. – 2009. – № 2 (36). – С. 35–39.
8. Полулях М. В. Програма фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит при ендопротезуванні колінного суглоба / М. В. Полулях, С. І. Герасименко, І. В. Рой, Т. В. Заморський, І. А. Лазарев, В. П. Черняк // Ортопедія травматологія протезування. – 2007. – № 3. – С. 106–110.

Анотації

За даними аналізу літературних джерел висвітлено основні ланки патогенезу ревматоїдного артрити, показано, що гормональний фон має важливе значення в його перебігу. Описано основні клінічні симптоми, ступені активності ревматоїдного процесу та критерії визначення функціональної здатності хворого. Відзначено, що лікування хворих на ревматоїдний артрит вимагає міждисциплінарного підходу. У статті узагальнено й представлено сучасні погляди та тенденції щодо проведення фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит. Розглянуто основні підходи до призначення засобів лікувальної фізичної культури в системі фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит на стаціонарному етапі лікування. Ґрунтовно описано застосування фізичних вправ при ревматоїдному артриті таких видів: статичних, пасивних, активних із допомогою, активних з опором.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, фізичні вправи.

***Анжела Ногас. Ревматоидный артрит – современное состояние проблемы.** По данным анализа литературных источников освещены основные звенья патогенеза ревматоидного артрита, показано, что гормональный фон имеет важное значение в его течении. Описаны основные клинические симптомы, степени активности ревматоидного процесса и критерии определения функциональной способности больного. Отмечено, что лечение больных ревматоидным артритом требует междисциплинарного подхода. В статье обобщены и представлены современные взгляды и тенденции относительно проведения физической реабилитации больных ревматоидным артритом. Рассмотрены основные подходы к назначению средств лечебной физической культуры в системе физической реабилитации больных ревматоидным артритом на стационарном этапе лечения. Обстоятельно описано применение физических упражнений при ревматоидном артрите следующих видов: статических, пассивных, активных с помощью, активных с сопротивлением.*

Ключевые слова: ревматоидный артрит, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, физические упражнения.

***Andzhela Nogas. Rheumatoid Arthritis – Modern Condition of the Problem.** According to the analysis of literary resources we have highlighted the main sections of pathogenesis of rheumatoid arthritis. It was shown that hormone background has an important meaning in its flow. We have described main clinic symptoms, stages of activity of rheumatoid process and criteria of defining of functional abilities of an ill person. Treatment of an ill person with rheumatoid arthritis needs interdisciplinary approach. In the article we have generalized and presented modern views and tendencies concerning conducting of physical rehabilitation of the ill with rheumatoid arthritis. We have also studied approaches to prescription of means of exercise therapy in the system of physical rehabilitation of the ill with rheumatoid arthritis on stationary stage of treatment. We have also described applying of physical exercises in case of rheumatoid arthritis of the following types: statistical, passive, active with support, active with resistance.*

Key words: rheumatoid arthritis, physical rehabilitation, exercise therapy, physical exercises.