

Медицинская реабилитация в ревматологии: наши возможности

«Приближенные утверждают, что это ревматизм, – говорил Воланд, не спуская глаз с Маргариты [...] – Лет через триста это пройдет. Мне посоветовали множество лекарств, но я по старинке придерживаюсь бабушкиных средств».

М.А. Булгаков, Мастер и Маргарита

Медицинская реабилитация – важный аспект ведения пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которому в реальной клинической практике уделяется незаслуженно мало внимания. Рассказать о роли ре-



главного ревматолога г. Киева, главного врача МЦ «Клиника современной ревматологии», кандидата медицинских наук Семена Христофоровича Тер-Вартаньяна.

? Каково современное понимание термина «медицинская реабилитация»?

– Медицинская реабилитация является начальным звеном системы общей реабилитации. Она состоит из комплекса мер, направленных на восстановление утраченных или компенсацию нарушенных функций, приостановление прогрессирования заболевания. Медицинская реабилитация включает три фазы восстановительного лечения: лечебно-щадящую, функционально-тренирующую и фазу активного восстановления функций. Каждая фаза определяется степенью нарушения функций больного, профилем лечебного учреждения, показаниями к применению этиотропной терапии и лечебных физических факторов. Для пациентов с ревматическими заболеваниями медицинская реабилитация – важнейший момент, поскольку она позволяет поддерживать качество жизни на приемлемом уровне. Даже сегодня, когда появились иммунобиологические препараты и лечение ревматических заболеваний вышло на совершенно новый уровень, значение реабилитации не уменьшилось. Важно понимать, что подходы к реабилитации у пациентов с остеоартрозом (ОА) и ревматическими заболеваниями, в патогенезе которых ведущую роль играет воспалительный компонент (например, с ревматоидным артритом – РА), отличаются. Кроме того, важен и индивидуализированный подход в зависимости от возможностей пациента, возраста, сопутствующих заболеваний и так далее.

? В чем отличие в подходах к реабилитации пациентов с ОА и другими заболеваниями суставов?

– У пациентов с ОА проведение физической реабилитации возможно в большинстве случаев, за исключением тех, когда имеются выраженные дегенеративные изменения в суставе или тяжелые сопутствующие заболевания. Реабилитация при ОА может быть активной (физкультура, ходьба) либо более или менее пассивной (массаж, физиотерапевтические методы, разработка суставов методистом). Что касается РА или псориатического артрита, то у таких пациентов реабилитация ограничена выраженностью воспалительного процесса, что в большинстве случаев является противопоказанием для проведения физиотерапевтического лечения и активной разработки суставов. Тем не менее и для этих ситуаций существует определенный алгоритм, который позволяет постепенно перейти к пассивной реабилитации сустава. Важная роль при этом отводится внутрисуставному введению глюкокортикоидов, позволяющему быстро уменьшить выраженность воспаления.

Большой интерес для нас представляет анкилозирующий спондилоартрит (АС), который развивается в трудоспособном возрасте.

Анкилозирование суставов позвоночника прогрессирует в течение всей жизни и приводит к потере подвижности у пациентов и их тяжелой инвалидизации. Прервать прогрессирование заболевания может биологическая терапия, эффективная в лечении данного заболевания, однако она недоступна для большинства украинских пациентов. Поэтому на фоне традиционной терапии в нашей клинике мы делаем серьезный акцент именно на физическую реабилитацию этих больных. Согласно нашим наблюдениям у пациентов с АС, выполняющих рекомендации по физической реабилитации, качество жизни намного выше.

Следует помнить, что у пациентов с заболеваниями суставов даже при активной реабилитации не следует допускать слишком больших нагрузок, движения должны быть разминочными. Важными моментами являются обучение пациентов приемам физической реабилитации, разработка и внедрение реабилитационных программ в поликлиниках, стационарах – это делается в развитых странах.

? Какие ошибки при ведении пациентов с заболеваниями суставов врачи допускают чаще всего?

– Врачам следует делать все возможное, чтобы пациент не уменьшал двигательную активность или не прекращал ее полностью. Если же выраженность болевого синдрома не позволяет этого, необходимо максимально сократить период, когда пациент ведет малоподвижный образ жизни. Главный принцип, на основе которого мы разрабатываем программы реабилитации для наших пациентов, – движение. К сожалению, еще и сегодня некоторые врачи-ортопеды придерживаются тактики, направленной на обездвиживание воспаленного сустава. Данная мера действительно способствует уменьшению боли, но при этом ухудшается состояние связочного аппарата и возникают контрактуры, что в последующем требует более сложной работы с суставом для восстановления его функций.

На мой взгляд, ошибочным также является направление усилий только на разработку пораженного сустава. Наш опыт реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата свидетельствует о том, что необходимо обеспечивать нагрузку и на здоровые суставы,

поскольку малоподвижный образ жизни отрицательно сказывается на них, а также на общем состоянии больных. Кроме того, недостаточно внимания уделяется поддержанию мышечного тонуса, который обеспечивает стабильность сустава. Об этом необходимо помнить в периоды не только ремиссии, но и обострений, а также при подготовке к эндопротезированию суставов. Для поддержания тонуса мышц существуют различные методики: напряжение мышц в состоянии покоя, массаж, электромиостимуляция – все это можно делать при неработающем воспаленном суставе: это позволяет избежать потери мышечной массы. Перед вмешательством на суставе необходимо увеличить мышечную массу вокруг него – это будет способствовать сокращению сроков послеоперационного восстановления.

? Необходима ли медикаментозная поддержка в период реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями?

– Реабилитацию таких больных трудно представить без медикаментозной поддержки. Например, у пациентов с ОА на первых этапах мы должны как минимум обеспечить эффективное купирование болевого синдрома. После этого – назначить препараты для восстановления хрящевой ткани (хондропротекторы) на длительный прием до 6 мес. Адекватная медикаментозная терапия должна сочетаться с физическими упражнениями и аппаратными методиками, массажем, которые следует начинать выполнять сразу после купирования болевого синдрома; физические нагрузки необходимо наращивать постепенно и крайне осторожно.

? Какие методы реабилитации при ревматических заболеваниях используются, на Ваш взгляд, недостаточно?

– В схемах реабилитации на первых ее этапах следовало бы более широко использовать кинезиотейпирование – метод, обеспечивающий постоянную поддержку мышц и сухожилий, способствующий уменьшению отека и боли, усиливающий лимфодренаж и не ограничивающий свободу движения. Кроме того, существует такой метод, как локальное введение препаратов в сустав в зону воспаления под контролем УЗИ. Например, при ОА очень эффективно

внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты при условии 100% попадания препарата в сустав. После этой процедуры пациент начинает двигаться значительно лучше. В МЦ «Клиника современной ревматологии» мы активно применяем эти методы.

Несмотря на попытки остановить патологический процесс, изменения в суставах все же постепенно прогрессируют. Особенно это относится к заболеваниям с ярко выраженным воспалительным компонентом, тогда как при ОА сочетание физических, физиотерапевтических и медикаментозных подходов (применение хондропротекторов) в реабилитации позволяют существенно замедлить дегенеративный процесс.

Поэтому на определенном этапе развития заболеваний суставов, приведших к нарушению функции последних, большое значение имеет использование ортезов – ортопедических аппаратов, способствующих ограничению развития деформаций, уменьшению боли. Они разработаны для всех суставов и используются на различных стадиях их заболеваний – как для профилактики деформации, так и для разгрузки больных суставов. В настоящее время существуют ортезы, которые фактически заменяют эндопротезы, полностью разгружая разрушенный сустав. К сожалению, особенности менталитета наших пациентов и особенности восприятия в нашем обществе людей с утраченными физическими функциями таковы, что они предпочитают не пользоваться внешними ортезами или палочками. Это приводит к снижению физической и социальной активности, увеличению медикаментозной нагрузки. Задача врачей и государства – изменить данную ситуацию, принять меры к тому, чтобы пациенты с ограниченными возможностями чувствовали себя полноправными членами общества, сохраняли возможность не только работать, но и приобщаться к развлечениям и культурным мероприятиям. Это кардинальным образом изменит их жизнь, избавит от чувства неполноценности, ненужности, изолированности от общества.

И, конечно же, необходимо сделать эндопротезирование доступным для пациентов с разрушенными суставами. В тяжелых случаях эндопротезирование – единственный способ вернуть пациенту возможность вести активный образ жизни и работать, а затраты на эндопротезы намного меньше потерь, связанных с инвалидизацией пациентов.

? Вы являетесь руководителем городского ревматологического центра, функционирующего на базе Александровской клинической больницы г. Киева. Применяются ли в этом центре методы физической реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями?

– В условиях нашего центра можно подобрать индивидуальную программу реабилитации пациентов при каждом конкретном ревматологическом заболевании. В центре работает врач лечебной физкультуры, который каждый день проводит занятия с пациентами. Перед тем как начать физическую реабилитацию, мы устраняем болевой синдром. С этой целью применяем различные медикаментозные и немедикаментозные методики. Для этого пациента необходимо обучить определенным движениям, самомассажу, убедить носить ортез или использовать трость.

Еще в 1990-х годах мы закупили отечественные реабилитационные тренажеры, оборудование для разработки суставов, и до сегодняшнего дня на них продолжают заниматься пациенты. Конечно, за это время медицинские технологии ушли очень далеко вперед, в развитых странах появились современные тренажеры для пассивной разработки суставов – это направление крайне перспективное, и очень хочется надеяться, что



Занятия лечебной физкультурой в городском ревматологическом центре

такое оборудование в обозримом будущем станет доступным и для наших клинических центров.

Однако даже сегодня, используя имеющиеся возможности, мы добиваемся хороших результатов. Главное при этом – активная работа с пациентами, умение убедить в необходимости активных реабилитационных мероприятий.

Подводя итоги, хотелось бы еще раз напомнить практическим врачам, что результаты реализации реабилитационных мероприятий – это снижение частоты развития временной и стойкой утраты трудоспособности, сокращение не прямых экономических потерь общества, улучшение психосоциальной адаптации, повышение профессиональной пригодности и качества жизни наших пациентов.

Сегодня перед практической медициной стоит задача создать высокоэффективную комплексную систему оказания реабилитационной помощи пациентам с ревматическими заболеваниями путем комплексного решения медицинских, психологических, педагогических и социальных проблем.

Описать клинический пример реабилитации пациентки с ОА мы попросили **доктора медицинских наук Дмитрия Геннадьевича Рекалова** (Запорожская областная клиническая больница).



Проблема лечения ОА связана в первую очередь с отсутствием в настоящий момент единственно верной медицинской модели, способной кардинально изменить неуклонно прогрессирующее течение заболевания. Это связано как с различиями

в интерпретации данных клинических исследований ведущими всемирными научно-исследовательскими сообществами, так и с локальными подходами в национальных ассоциациях. Кроме того, если проанализировать возможные сочетания у пациентов с ОА возрастных и гендерных особенностей, коморбидных состояний, локализации и стадийности процесса, можно получить огромное количество различных вариантов течения ОА. В этой связи представляется несомненно информативным и полезным опыт, полученный при ведении пациентов в рутинной клинической практике.

В нашу клинику обратилась пациентка в возрасте 67 лет, страдающая болями в коленных и тазобедренных суставах около двух лет. Из анамнеза стало известно, что, по совету соседки, принимала гомеопатические средства с позитивным эффектом, однако действие данного лечения было непродолжительным. В связи с беспокоящими симптомами неоднократно принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), что позволяло ненадолго купировать болевой синдром в пораженных суставах, но не решало в целом проблему. По совету родственников, однократно приняла опиоидный анальгетик (трамадол) – появились тошнота, гипотония, запор, головокружение. Самостоятельно использовала локальную терапию (НПВП, димексид), «народные средства». В связи с отсутствием значимой позитивной клинической динамики, а также появлением новых патогномичных симптомов (синовит коленного сустава), ночной артралгии обратилась за консультацией в специализированный ревматологический центр. При осмотре: ожирение (вес – 88 кг, рост – 163 см, индекс массы тела – 33,5), в анамнезе – ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия (принимает атенолол, периндоприл, аспирин) с сопутствующей гиперхолестеринемией (розувастатин), гипотиреоз (принимает L-тироксин), а также депрессия (лечение венлафаксином), нарушение толерантности к глюкозе.

Для нормализации состояния пациентки с диагнозом ОА, III стадия по Kellgren-Lawrence, был разработан план лечебно-физиотерапевтического воздействия, стартовавший с купирования явлений синовита в пораженных суставах с помощью введения глюкокортикоидного препарата

(бетаметазона дипропионат). Позитивный эффект был достигнут, однако это сопровождалось транзиторным повышением уровня глюкозы в крови (до 7,8 ммоль/л) и естественной в таком случае эмоциональной лабильностью пациентки. Из методик, влияющих на боль при ОА, были предложены: лечебная физкультура, ультразвуковое воздействие, диадинамические токи, электромагнитная и лазеротерапия, согласно данным, полученным в практических клинических наблюдениях (С. Overman, 2016).

И, безусловно, важнейшее место в нашей лекарственной пирамиде заняла комбинация НПВП и медленно действующего структурно-модифицирующего препарата (SYSADOA). При этом выбор был основан как на предыдущих анамнестических данных (частота развития побочных явлений, сопутствующая патология), так и на стадийности процесса и ожидаемых эффектах. Несмотря на целый ряд разногласий в современной литературе, которые имеются и на сегодняшний день, комплексное лечение

ОА, по нашему мнению, трудно представить без препаратов группы SYSADOA. Нами был выбран хондроитина сульфат (ХС) как средство с достоверной эффективностью при лечении начальных и умеренных проявлений ОА, значимым анальгетическим и доказанным структурно-модифицирующим эффектами. Применение схемы лечения с использованием НПВП, хондропротектора и физической реабилитации обеспечило быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома и увеличение двигательной активности.

При повторном обращении, спустя 3 мес лечения, пациентка обратила внимание на возобновление (хотя и не в полном объеме) болевых ощущений и увеличение крепитации в пораженных суставах. С учетом длительности заболевания, сопутствующей патологии и возможных ятрогенных эффектов было принято решение о совместном использовании глюкозамина сульфата (ГС) и ХС на протяжении длительного периода применения у пациентов с гонартрозом (М. Franssen и др., 2014). Целесообразность такого подхода

подтверждена в клинических исследованиях. Так, в двухлетнем исследовании по изучению использования комбинации ГС и ХС было показано статистически достоверное улучшение структурных показателей с замедлением сужения суставной щели в сравнении с группами пациентов, принимавших монотерапию (ХС или ГС), а также плацебо.

К настоящему времени, спустя 6 мес после коррекции лечения, пациентка использует комбинированную терапию двух наиболее изученных представителей SYSADOA, или хондропротекторов, – ГС + ХС и НПВП. Именно такая схема, имеющая в своей основе научное обоснование, в сочетании с курсовым физиотерапевтическим воздействием представляется нам современным, наиболее целесообразным и безопасным подходом в лечении пациентов с полиостеоартрозом, отягощенным значимыми коморбидными состояниями.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



ТЕРАФЛЕКС®

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ




ПОСИЛЕНА ЗНЕБОЛЮЮЧА ДІЯ*



**2-й КРОК
БАЗИСНА ТЕРАПІЯ
І ПРОФІЛАКТИКА
ЗАГОСТРЕНЬ
(2-6 місяців та більше)**

- Терафлекс® по 3 капсули на добу

**1-й КРОК
ВПРОДОВЖ
ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ**

- Терафлекс Адванс® по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі



Science For A Better Life

theraflex.com.ua

Реклама лікарського засобу. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Повна інформація про лікарський засіб наведена в інструкції для медичного застосування. РП № UA/7749/01/01 від 29.12.2012, № UA/4142/01/01 від 04.12.2015. ТОВ «Байер» 04071, вул. Верхній Вал 4-Б. LUK-MKT.CC.02.2017.0226