

С.І. Герасименко, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст з ортопедії та травматології МОЗ України, заступник директора з науково-лікувальної роботи, керівник клініки захворювань суглобів у дорослих ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

Ортопедичне лікування хворих на ревматоїдний артрит

Ревматоїдний артрит (РА) у наш час розглядають як загальне захворювання організму, в основі якого лежить системна прогресуюча дезорганізація сполучної тканини з вираженими місцевими та загальними аутоімунними змінами, при цьому відбувається запально-деструктивне ураження суглобів, яке веде до порушення їх функції та анкілозування. Для РА характерним є прогресуючий перебіг і розвиток контрактур суглобів, стійких деформацій кінцівок (рис. 1), що стає причиною порушення функції, втрати працездатності та важкої інвалідності хворих. Поширеність РА серед дорослого населення в різних країнах коливається від 0,6 до 1,5%. Прогресуючий характер перебігу РА, відсутність ефективної патогенетичної терапії, несприятливий прогноз і висока інвалідність через ураження опорно-рухового апарату особливо у працездатному віці зумовлюють актуальність раннього ортопедичного лікування хворих на РА.

Лікування хворих, які страждають на РА, до цього часу становить одну з досить складних і не зовсім вирішених проблем. Це зумовлено у першу чергу різноманітністю форм перебігу захворювання, яке постійно прогресує та дуже рано призводить до інвалідності.

Сучасні методи лікування в деякій мірі при їх етапності, при диспансерному нагляді дають можливість досягти більш-менш стійких ремісій. Разом з тим попередження розвитку контрактур, тугоухості, деформації в суглобах не знаходить застосування на всіх етапах лікування. Включення ортопедичного лікування на початку захворювання і на всіх його етапах дозволяє у більшості випадків попередити тяжку інвалідність, зберегти або відновити активність хворих, хоча б у побутових умовах.

Комплексне ортопедичне лікування хворих на РА має свої принципові особливості. По-перше, воно має починатися з перших днів захворювання, по-друге, необхідна його безперервність на всіх стадіях патологічного процесу з урахуванням індивідуальностей хвороби і характеру перебігу захворювання.

Для клінічної оцінки стану хворих на РА ми користуємося клініко-рентгено-морфологічною класифікацією Є.Т. Склярєнка і В.І. Стецули, яка повністю задовольняє як ортопедів, так і ревматологів.



Рис. 1. Хвора на РА II ст. з характерними деформаціями суглобів

Ця класифікація чітко характеризує патологічний процес, відображаючи динаміку патологічних змін у суглобах за стадіями та фазами:

I стадія – синовіт (гострий, підгострий, хронічний);

II стадія – продуктивно-деструктивний панартрит;

1 фаза – ексудативно-проліферативна;

2 фаза – проліферативно-деструктивна;

3 фаза – деструктивно-склеротична;

III стадія – анкілозування;

1 фаза – фіброзний анкілоз;

2 фаза – кістковий анкілоз.

Виходячи зі стадії захворювання, активності й характеру перебігу патологічного процесу, функціональної

недостатності суглобів і кінцівки в цілому, а також з урахуванням вольових якостей пацієнта і його психологічного стану, розроблено схеми комплексного ортопедичного лікування хворих на РА.

Принципи консервативного ортопедичного лікування хворих на РА:

- нестероїдні протизапальні препарати, пульс-терапія метилпреднізолоном (за високого ступеня активності);
- базисна терапія РА;
- пункції суглоба з видаленням ексудату;
- профілактика розвитку контрактур у суглобах (ортези, лонгети у фізіологічному положенні для суглоба на період сну);
- лікувальна фізкультура, електроміостимуляція;
- фізіотерапевтичні процедури (фонофорез гідрокортизону, іонофорез анестетиків);
- редресації уражених суглобів під наркозом;



Рис. 2. Хвора на РА I ст. з синовітом колінного суглоба (а) до операції, (б) через 6 міс після оперативного лікування

- усунення контрактур за допомогою апаратів типу Волкова-Оганєсяна й етапних гіпсових пов'язок.

Зокрема, у гострому періоді I стадії і в I фазі II стадії або під час загострення з високою активністю (III ступінь) процесу, вираженого більшового синдрому, хибних установок у суглобах показано стаціонарне лікування, метою якого є досягнення стійкої ремісії, зняття більшового синдрому, усунення хибних установок, попередження розвитку контрактур при збереженні функції суглобів з евакуацією ексудату та введенням медикаментозних препаратів, параартикулярне введення гормональних препаратів, зокрема метилпреднізолону або бетаметазону, з анестетиками.

При гострих і підгострих синовітах з метою усунення хибних установок і створення спокою в суглобі застосовують іммобілізацію гіпсовими шинами у функціонально вигідному положенні, яку зберігають до зниження більшового

синдрому, але не більше 5-7 діб, щоб не виникло тугоухості в суглобі.

При покращенні загального стану, зниженні загальних і місцевих проявів активності процесу гіпсову іммобілізацію знімають, залишаючи її тільки на період сну, і розпочинають активну лікувальну фізкультуру з поступово наростаючою амплітудою і кількістю рухів, а для попередження гіпотрофії м'язів застосовують міостимуляцію, імпульсну гімнастику.

Якщо хворим з I стадією або у I фазі II стадії захворювання проведено комплексне лікування не дало ефекту, явища гострого або підгострого артриту не зменшилися, при ультразвуковому дослідженні суглоба спостерігалось стійке потовщення синовіальної оболонки понад 4-5 мм, то рекомендують лікувальну-профілактичну операцію – синовектомію з наступним раннім відновним лікуванням (рис. 2а, б).

У 2 фазі II стадії виконують синовкапсулектомію та синовкапсулейектомію, які передбачають видалення патологічно зміненої синовіальної оболонки, усунення контрактур, відновлення функції ураженого суглоба. При 3 фазі II стадії у зв'язку з руйнуванням суглобового хряща і деструкцією суглобової поверхні виконують тотальне ендопротезування.

Поряд з хірургічними методами лікування в II стадії захворювання за наявності невеликих обмежень амплітуди рухів в уражених суглобах і відсутності високої активності патологічного процесу застосовують метод редресації під наркозом і редресації за допомогою етапних гіпсових пов'язок. Крім того, для відновлення функції суглобів, а також з метою зменшення тяжкості або усунення контрактур у перед- або післяопераційний період застосовують функціональні дистракційні апарати Волкова-Оганєсяна (рис. 3).



Рис. 3. Лікування контрактур колінних суглобів апаратом Волкова-Оганєсяна й етапними гіпсовими пов'язками

У III стадії захворювання (при фіброзному або кістковому анкілозі) рекомендують тільки реконструктивно-відновну операцію – тотальне ендопротезування (рис. 4) або артродез у функціонально вигідному положенні. Артродезуючі операції застосовують зазвичай при деформаціях стоп.

Для зменшення проявів остеопорозу хворим призначають осейн-гідроксиапатитний комплекс, препарати кальцію і вітаміну D.

Послідовність оперативних втручань на суглобах нижніх кінцівок визначають залежно від функціональної значимості суглобів і тяжкості деформації, а також з урахуванням статико-біомеханічного стану кінцівки в цілому.



С.І. Герасименко

Так, наприклад, коли є ураження декількох суглобів кінцівки, а саме кульшового, колінного й інших, реконструктивно-відновні операції розпочинають з кульшового суглоба, що є так званім біомеханічним «ключем» усієї кінцівки, а вже потім проводять втручання на колінному й інших суглобах.

При іншому варіанті, коли відсутні або є незначні обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі й поряд із цим уражений колінний та інші суглоби кінцівки, реконструктивно-відновні операції розпочинають з колінного суглоба, а потім переходять на гомілково-ступеневий суглоб і стопу у разі її ураження та деформації.



Рис. 4. Хвора на РА III ст. з кістковими анкілозами в кульшових і колінних суглобах (а) до операції, (б) після тотального ендопротезування обох кульшових і колінних суглобів, (в) віддалений результат через 7 років

Коли є тільки ураження гомілково-ступеневого суглоба і стопи, реконструктивно-відновні операції виконують при її деформаціях і порушеннях функції.

Таким чином, правильно спланована терапевтична тактика й ортопедичне лікування хворих на РА з урахуванням стадії та характеру перебігу захворювання, функціональної недостатності суглобів і кінцівки в цілому – надійні засоби профілактики інвалідності.

Комплексне лікування і реабілітація тяжких інвалідів дозволяють спростити і зробити не таким дорогим їх утримання в домашніх умовах або спеціальних закладах, а багатьох з них повернути до активної громадсько-корисної діяльності.