

Лечебная гимнастика в комплексной терапии больных ювенильным хроническим артритом

Т.А. Шелепина

ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. акад. В.А. Насоновой» РАМН, Москва

Анализируется роль лечебной физкультуры в терапии больных ювенильным хроническим артритом. В дискуссионном плане обсуждаются сроки ее проведения, показания и противопоказания к назначению, высказывается мнение о целесообразности назначения данного вида терапии врачом-ревматологом. Приводятся литературные и собственные данные о результативности такой терапии.

Ключевые слова: ювенильный артрит, контрактура, реабилитационное лечение.

Контакты: Татьяна Андреевна Шелепина shelepina209@mail.ru

Для ссылки: Шелепина Т.А. Лечебная гимнастика в комплексной терапии больных ювенильным хроническим артритом. Современная ревматология. 2013;(3):64–6.

[Shelepina T.A. Therapeutic exercises in the combination therapy of patients with juvenile chronic arthritis. Modern Rheumatology. 2013;(3):64–6.]

Therapeutic exercises in the combination therapy of patients with juvenile chronic arthritis

T.A. Shelepina

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper analyzes the role of therapeutic exercises in the therapy of patients with juvenile chronic arthritis. The author discusses the time of, indications for, and contraindications to their use and states her belief that it is advisable for a rheumatologist to prescribe this therapy option. The data available in the literature and the author's data on the efficiency of this therapy are given.

Key words: juvenile arthritis, contracture, rehabilitation treatment.

Contact: Tatyana Andreyevna Shelepina shelepina209@mail.ru

Основной целью лечения больных ювенильным хроническим артритом (ЮХА) является достижение ремиссии воспалительного процесса благодаря своевременной и адекватной медикаментозной терапии. Не менее важная задача – предотвращение инвалидизации пациентов, сохранение удовлетворительного качества жизни, позволяющего получить образование, овладеть специальностью, создать семью. Огромный прогресс в медикаментозной терапии, внедрение генно-инженерных биологических препаратов в широкую практику вселяют надежду на то, что эти задачи вполне выполнимы. При стойких выраженных деформациях суставов, являющихся причиной инвалидности, все более широкое распространение получает эндопротезирование суставов, выполняемое у пациентов с ювенильным артритом (ЮА) во взрослом возрасте. Такое вмешательство нередко коренным образом меняет качество жизни пациента, изолированного от общества из-за затруднений в передвижении. На этом фоне значительно падает интерес к консервативным методам реабилитации, основным из которых является лечебная гимнастика, или «терапия упражнениями», по определению, данному в зарубежной литературе.

Необходимость раннего реабилитационного лечения декларируется во всех крупных как отечественных, так и зарубежных монографиях. Развитие мышечного дисбаланса (меньшее поражение сгибательных групп по сравнению с разгибательными) в начальных стадиях заболевания требует ранней коррекции данных изменений [1, 2]. В руководстве М.Я. Студеникина и А.А. Яковлевой по детской артрологии [3], которое в прошлые годы было основным пособием педиатров-ревматологов, указывается на необходимость раннего реабилитационного лече-

ния с включением лечебной гимнастики, элементов консервативной ортопедии и подчеркивается необходимость этапности в проведении данного лечения. В руководстве по детской ревматологии под редакцией А.А. Баранова и Л.К. Баженовой [4] рекомендуются лечебная физкультура (ЛФК) и массаж для больных ювениальным ревматоидным артритом при снижении общей и местной активности.

Лечебную гимнастику детям с различными заболеваниями назначают в стационарах, поликлиниках, санаториях и реабилитационных центрах. В настоящей работе мы хотели обсудить вопросы, касающиеся показаний к использованию ЛФК в детском ревматологическом стационаре. ЛФК, относящаяся к разряду физиотерапевтических методов лечения, как правило, назначается или не назначается физиотерапевтом в зависимости от важнейшего показателя воспалительного процесса – СОЭ. Такой принцип представляется неоптимальным, так как исключает возможность раннего начала воздействия, направленного на профилактику мышечного дисбаланса, приводящего к формированию болевых контрактур. В частности, это наблюдается при олигоартикулярном варианте ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) с односторонним поражением коленного сустава у детей раннего возраста [2, 5]. Контрактура коленного сустава является наиболее частой причиной инвалидизации при этом варианте ЮИА. Раннее начало ЛФК необходимо при полиартикулярном варианте с быстропрогрессирующим течением и нарушением функции крупных и мелких суставов кистей. В раннем начале ЛФК нуждаются и пациенты с системным вариантом ЮИА при наличии вероятности последующего полиартикулярного поражения. Таким образом, назначение ЛФК только по ост-

РЕАБИЛИТАЦИЯ

рофазовому показателю не совсем правильно, так как при этом не выполняется одна из важнейших задач реабилитации — предотвращение инвалидизирующих деформаций и их коррекция в стадии установившейся боли. По нашим данным [6], при раннем начале реабилитационного лечения параллельно с медикаментозным улучшением функционального статуса удалось добиться у 57% пациентов, а при отсроченном — лишь у 33% (разница статистически достоверна).

Если согласиться с целесообразностью раннего начала ЛФК, то как при этом не допустить активизацию заболевания? По нашему мнению, необходимо соблюдать основной принцип реабилитации: активизация лечения на фоне снижения локальных признаков воспаления и улучшения самочувствия больного, т. е. постепенное увеличение нагрузок. При активном артрите лечение начинается с пассивной гимнастики. Врач ежедневно проверяет амплитуду движений и выраженность боли в суставе. Пассивную гимнастику выполняет инструктор, при этом амплитуда движений не должна вызывать боль. Это важнейшее условие лечения. Возможно выполнение пассивных упражнений на аппарате с заданной амплитудой и скоростью, но для маленького ребенка руки инструктора предпочтительнее. По мере стихания признаков локального воспаления целесообразно подключать активные движения в облегченном режиме: при снятии веса конечности и с использованием малой механотерапии. Завершающий этап — занятия ЛФК в группе.

Что можно сказать о результативности лечебной гимнастики? Кокрановский обзор 2008 г. [7], посвященный роли ЛФК при ЮИА, показал отсутствие клинически важных и статистически достоверных сведений о том, что такая терапия может улучшить качество жизни, функциональные способности, функцию внешнего дыхания или уменьшить боль. При этом подчеркивается, что ни в одном исследовании не получены данные о ее отрицательном влиянии на течение артрита, и отмечен кратковременный эффект терапии, продолжительность которого неясна. Об отсутствии отрицательной динамики при активном артрите на фоне терапии движением свидетельствует обзор литературы, посвященной роли физических упражнений при ЮА. ЛФК — дополнительный, вспомогательный метод лечения больного, решающий конкретные задачи одновременно с адекватным эффективным медикаментозным лечением. По нашим данным, *стационарное комплексное лечение, включающее лечебную гимнастику, позволяет расширить амплитуду движений в пораженных суставах в среднем на 17° и уменьшить контрактуру в суставе на 7° без коррекции медикаментозной терапии* [8]. В качестве примера можно привести исправление или уменьшение инвалидизирующей деформации. Результативность лечения зависит от его начала. При формировании сгибательной контрактуры у пациента с олигоартикулярным вариантом ЮИА коррекция достигается за время пребывания в стационаре (2–3 нед). К основными методикам лечения относятся регулярная фиксация в правильном положении, пассивная разработка движений в суставе, включая самостоятельные занятия по укреплению четырехглавой мышцы. Стойкая сгибательная контрактура, сохраняющаяся, несмотря на адекватное медикаментозное лечение в течение нескольких лет при сохранении амплитуды движений, требует, кроме ЛФК, применения различных методик консервативного реабилитацион-

ного лечения, в том числе этапной коррекции в гипсовой повязке. В данном случае лечение, предусматривающее стационарные и амбулаторные этапы, продолжается не менее 6 мес. При длительном сохранении сгибательной контрактуры коленного сустава и минимальном (10–20°) объеме движений возможность консервативного исправления деформации минимальна.

Реабилитационная терапия, основой которой является ЛФК, должна быть целенаправленной. Задача корригирующего комплекса состоит в исправлении или уменьшении выраженности контрактуры сустава, ограничивающей жизнедеятельность пациента. Речь идет о сгибательной контрактуре коленного сустава, ульнарной девиации кисти, сгибательных контрактурах в межфаланговых суставах кистей и т. д. Задачей мобилизационного комплекса является сохранение имеющегося объема движений в суставах, благодаря которому можно добиться низкой или средней степени ограничения жизнедеятельности.

Важно дифференцировать методики лечения в соответствии с локализацией сустава, при этом основой лечения является ЛФК, однако при выполнении корригирующего комплекса подключают методики консервативной ортопедической терапии: лечение положением, в том числе с использованием манжеточного вытяжения, этапную коррекцию в гипсовой повязке. Последнюю методику при наличии показаний можно использовать при поражении коленных суставов, но она недопустима при контрактуре локтевого сустава, требующей только щадящих методик. По нашим наблюдениям, при артрите локтевого сустава даже кратковременная фиксация в гипсовой повязке (в случае подозрения на травматическое повреждение) и тем более попытка единовременного исправления тугоподвижности в суставе, т. е. редрессация, приводили к анкилозированию в 1-й год заболевания, и все дальнейшие попытки восстановить хотя бы минимальный объем движений не дали результата.

ЛФК необходима и функционально сохранным пациентам. В настоящее время принципиально пересмотрен режим лечения больных ЮХА: если 20 лет назад назначали постельный режим [9], то сейчас снижение физической активности рассматривается как отрицательный фактор, ухудшающий качество жизни и негативно влияющий на психоэмоциональное состояние [10]. Большинство пациентов много времени проводят в постели, и только 22% выполняют предписанные им ежедневные физические упражнения [11]. Низкая физическая активность может привести к функциональным нарушениям, ограничению жизнедеятельности и социальным проблемам [10]. При этом пациенты имеют сниженные показатели минеральной плотности кости. Факторами, негативно влияющими на данный показатель, являются высокая активность заболевания и терапия глюкокортикоидами (ГК). Физическая активность, увеличение мышечной массы благоприятно влияют на минеральную плотность кости [12]. Следствие артрита — мышечная атрофия, наиболее выраженная при полиартикулярном поражении, сохраняющаяся и при ремиссии. Физические упражнения способствуют устранению мышечно-скелетных изменений [13]. Приведенные выше данные литературы свидетельствуют о том, что выполнение физических упражнений полезно для больных ЮИА.

В обзоре, посвященном роли физических упражнений в лечении больных ЮИА [14], необходимость регулярных

РЕАБИЛИТАЦИЯ

физических упражнений определяется низким уровнем физической активности больных хроническим артритом, приводящим к утрате функций, ограничению жизнедеятельности и десоциализации. Наиболее тяжелые функциональные нарушения отмечаются при полиартикулярном варианте. По мнению авторов, к самым неблагоприятным в прогностическом плане относятся поражения тазобедренных и плечевых суставов. Низкая физическая активность наряду с высокой активностью заболевания и терапией ГК является причиной снижения минеральной плотности кости. Увеличение мышечной и костной массы при регулярной дозированной физической нагрузке может предотвратить скелетные нарушения. Авторами выявлена четкая позитивная ассоциация между занятиями гимнастикой и ежедневной жизненной активностью. Указывается на благоприятное влияние регулярной физической активности на деятельность сердечно-сосудистой системы и психоэмоциональное состояние больных ЮА.

Для профилактики кардиоваскулярной патологии и укрепления мышечной силы рекомендуется кинезотерапия при всех стадиях воспалительных миопатий [15]. Показано выполнение физических упражнений при активном артрите без отрицательной динамики и рентгенологического прогрессирования [10].

По нашему мнению, ЛФК является необходимым дополнительным методом лечения и реабилитации больных ЮА. Улучшение функционального статуса достигается только при проведении лечебной гимнастики на фоне адекватной медикаментозной терапии. Показания к подключению данного вида терапии должен определять ревматолог на основании анализа течения артрита, его активности (локальной и по данным лабораторного и инструментального исследования), оценки выраженности боли, риска развития инвалидизирующей деформации. Лечение должно отвечать конкретной цели, при существовании риска развития инвалидизирующей деформации сустава необходимо сочетание ЛФК с методиками консервативной ортопедии (лечение положением, ортезирование).

Противопоказанием к проведению данного лечения является плохое самочувствие пациента: лихорадка, висцеральная патология, обострение сопутствующих заболеваний, выраженный болевой синдром, неуточненный диагноз, особенно при моноартрите.

Крайне важно стандартизировать методики консервативного реабилитационного лечения, применяемые в детских ревматологических отделениях, в зависимости от локализации очага поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cassidy JT, Petty RE, Laser RM. Textbook of pediatrics rheumatology. 2nd ed. New York, Edinburgh; 1991;175–86.
2. Truelsenbrodt H. Pain in juvenile chronic arthritis: consequences for the musculoskeleton system. Clin Exp Rheum (Suppl). 1993;559–63.
3. Руководство по детской артродологии. Под ред. МЯ Студеникина и АА Яковлевой. Л.: Медицина; 1987;42–67,77,80–88. [Rukovodstvo po detskoj artrologii. Under edition of Studenikina MYa and Yakovlevoy AA. Leningrad: Meditsina; 1987;42–67,77,80–88.]
4. Детская ревматология. Руководство для врачей. Под ред. АА Баранова, ЛК Баженовой. М.: Медицина; 2002;308. [Detskaya revmatologiya. Rukovodstvo dlya vrachej. Under edition of Baranova AA, Bazhenovoy LK. Moscow: Meditsina; 2002;308.]
5. Шелепина ТА. Функциональная недостаточность суставов у детей младшего возраста с олигоартикулярным вариантом ювенильного артрита. Научно-практическая ревматология. 2008;(5):81–6. [Shelepina TA. Joint functional disability in children of early age with oligoarticular juvenile arthritis. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2008;(5):81–6.]
6. Шелепина ТА, Кузьмина НН. Комплексное функциональное лечение больных хроническими ювенильными артритом в детском ревматологическом отделении. Научно-практическая ревматология. 2004;(1):74–7. [Shelepina TA, Kusmina NN. Complex functional treatment of juvenile arthritis in pediatric rheumatological department. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2004;(1):74–7.]
7. Takken T, van Brussel M, Engelbert RHH et al. Exercise therapy in juvenile idiopathic arthritis: a Cochrane Review. Eur J Rhys Rehabil Med. 2008;(44):287–97.
8. Шелепина ТА, Бородачева ОВ, Федоров ЕС. Эффективность реабилитационной терапии на стационарном этапе лечения больных ювенильным идиопатическим артритом. Научно-практическая ревматология. 2008;90–3. [Shelepina TA, Borodacheva OV, Fedorov ES. Efficacy of rehabilitation therapy on hospital stage of treatment of patients with juvenile idiopathic arthritis. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2008;90–3.]
9. Baum J. Treatment of juvenile arthritis. Am Fam Physician. 1983;(27):133–9.
10. De Jong Z, Vlieland TP. Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheum. 2005;2(17):177–82.
11. Lelieveld OT, Armbrust W, van Leeuwen MA et al. Physical activity in adolescent with juvenile idiopathic arthritis. Arthr Rheum. 2008;(59):1379–84.
12. Kotaniemi A, Savolainen A, Kroeger H et al. Weight-bearing physical activity, calcium intake, systemic glucocorticoids/chronic inflammation, and body constitution as determinants of lumbar and femoral bone mineral in juvenile chronic arthritis. Scand J Rheum. 1999;(28):19–26.
13. Roth J, Linge M, Tzaribachev N et al. Musculoskeletal abnormalities in juvenile idiopathic arthritis: a 4-year longitudinal study. Rheumatology. 2007;(46):1180–4.
14. Long AR, Rouster-Stevens KA. The role of exercise therapy in the management of juvenile idiopathic arthritis. Curr Opin Rheum. 2010;22(2):213–7.
15. Alexanderson H, Lundberg I. The role of exercise in the rehabilitation of idiopathic inflammatory myopathies. Curr Opin Rheum. 2005;(17):164–71.