

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ПОДАГРУ

Медична реабілітація хворих на хронічну подагру – це комплекс профілактичних, лікувальних і функціонально-відновлювальних заходів, які направлені на збереження і відновлення стану фізичного і психічного здоров'я, корекцію порушень гомеостатичних функцій організму та різних рівнів структурно-функціональної організації опорно-рухової системи, відновлення у хворих спроможності самообслуговування і працездатності. Після консервативного і різних видів оперативного лікування 86 хворих на хронічну подагру було сформульовано основні принципи реабілітації на різних етапах комплексного ортопедичного лікування.

Ключові слова: хронічна подагра, реабілітація, синовіт, тофуси.

Вступ

Подагра – хронічне, гетерогенне за походженням, метаболічне захворювання пов'язане з порушенням пуринового обміну та зменшенням екскреції сечової кислоти нирками, з розвитком гіперурикемії та відкладанням сечової кислоти і кристалів її солей (моноурат натрія) у тканинах різних органів, перебіг якого проходить з повторними приступами гострого артриту, кристаліндукованими синовітами, розвитком вторинного остеоартроза [1, 3, 6].

Захворювання відоме з давніх віків, проводилось багато досліджень з вдосконалення діагностики, лікування подагри та реабілітаційних заходів, але багато проблем є актуальними і на теперішній час.

За даними статистики в світі на подагру хворіють 0,3-4,2% населення, переважно чоловіки після 30 років. Жінки хворіють значно рідше 5 – 8% [1,3,4] від всіх випадків подагри. В Україні на подагру хворіє до 2% дорослого населення [1,3].

Реабілітація хворих на подагру є актуальним питанням сучасної медичної науки, оскільки проблема етіопатогенетичної терапії цього захворювання до кінця не вирішена. Захворювання має хронічний перебіг, тому з часом без адекватного лікування призводить до стійкої втрати працездатності та інвалідизації хворих працездатного віку [1, 5].

Медична реабілітація хворих на подагру – це комплекс профілактичних, лікувальних та функціонально-відновних заходів, направлених на збереження та відновлення стану фізичного та психічного здоров'я, корекцію порушених гомеостатичних функцій організму та різних рівнів структурно-функціональної організації опорно-

рухового апарату хворих, відновлення їх здатності до самообслуговування та працездатності.

Основними завданнями реабілітації є: попередження формування деформацій суглобів, збереження їх функції; застосування комплексного реабілітаційного лікування (медикаментозного, ортопедичного, фізіотерапевтичного, бальнеотерапія, ЛФК) з урахуванням стадії захворювання та активності процесу); створення оптимальних умов для розвитку компенсаторних механізмів і відновлення функції суглобів опорно – рухового апарату.

Мета роботи

Покращити результати реабілітаційного лікування хворих на хронічну подагру в залежності від проведеного лікування.

Матеріали та методи

На базі клініки захворювань суглобів у дорослих ДУ ІТО АМН України було проведено реабілітаційне лікування 86 хворих. Усі хворі були чоловічої статі, віком від 28 до 72 років, середній вік становив $49,12 \pm 11,67$ роки. З гострим подагричним артритом 1-го плюсне-фалангового суглоба було 36 хворих, яким проводились реабілітаційні заходи після консервативного лікування. Інші хворі проходили реабілітацію після оперативного лікування: після видалення тофусів різної локалізації на кисті – 24 хворих. Після видалення ліктьової бурси – 10 хворих. Після синовектомії під артроскопічним контролем – 12 хворим. Двом хворим після тотального ендопротезування кульшового суглоба, та двом хворим після тотального ендопротезування колінного суглоба.

До заходів медичної реабілітації відносяться:

- корекція медикаментозного лікування
- профілактика розвитку деформацій в суглобах
- лікувально-профілактичні та реконструктивно-відновні операції
- лікувальна фізкультура
- фізіотерапія
- бальнеотерапія
- загальноозміцнююче та санаторно-курортне лікування.

Крім медичної реабілітації для хворих на

подагру так само важлива соціальна і психологічна реабілітація, які нероздільні та впроваджуються послідовно, на всіх етапах лікування хворого.

Результати та їх обговорення

Реабілітаційні заходи розпочинаються одразу після встановлення діагнозу. На жаль, у більшості випадків діагноз встановлюється, тоді коли вже виникли зміни в суглобах. План реабілітаційних заходів формується залежно від стадії захворювання, активності і характеру перебігу патологічного процесу, локалізації та тяжкості ураження суглобів, ступеня порушення їх функції.

У гострому періоді захворювання, при високому ступені активності процесу, вираженому больовому синдромі – хворим показане стаціонарне лікування. Метою такого лікування є досягнення стійкої ремісії запального процесу, зняття больового синдрому, попередження розвитку контрактур суглоба при збереженні його функції. В цьому періоді призначають специфічну протиподагричну медикаментозну терапію, протiboldьову фізіотерапію, проводять пункцію суглоба з евакуацією ексудату і введенням протизапальних лікарських засобів, крапельниці за Скляренком.

З метою попередження розвитку хибних установок і створення спокою в суглобі при гострих і підгострих синовітах застосовували іммобілізацію гіпсовими шинами у функціонально вигідному положенні до зменшення больового синдрому, але не більше 5–7 діб, щоб не виникло контрактури в суглобі. Для зняття запального процесу у великих суглобах проводили пункцію суглоба з периартикулярним введенням розчину пролонгованого глюкокортикостероїда. Місцево на уражені суглоби призначали компреси. При зниженні проявів активності процесу, покращенні стану хворих розпочинали активну лікувальну фізкультуру з поступово наростаючою амплітудою і кількістю рухів, а для відновлення тону та сили м'язів застосовували електроміостимуляцію та ізометричну гімнастику.

У хворих з хронічним ексудативно-проліферативним синовітом колінного суглоба, після оперативного лікування (синовектомії під артроскопічним контролем) проводили: на 2–3 день після операції хворий розпочинав пасивні рухи у прооперованому суглобі, ізометричне скорочення м'язів стегна. На 3-5 день після операції % активні рухи в суглобі і згинання до 90°. Призначали курс лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичні процедури (електроміостимуляцію чотириголового м'яза стегна, фонофорез з про-

тизапальними гелями). Навантажувати прооперовану кінцівку хворому дозволяли через 2–4 тижні після операції, коли відновиться синовіальний шар суглобової капсули, кровопостачання прооперованого суглоба, живлення хряща, рекомендували продовжувати лікувальну фізкультуру, плавання у басейні, санаторно-курортне лікування.

У хворих після біологічної артропластики міжфалангових суглобів без використання прокладок: на 7–10 добу після операції і видалення фіксуєної спиці починали пасивні рухи у прооперованих суглобах з поступово наростаючою амплітудою. Через два тижні призначали активні рухи пальців та заняття з еспандером для поновлення сили м'язів та поновлення основних захватів кисті.

Після тотального ендопротезування кульшового суглоба протезом з без цементним типом фіксації ендопротеза хворому дозволяли ходити на милицях на другий день після операції з частковим дозованим навантаженням на прооперовану кінцівку. Призначали курс лікувальної фізкультури, ізометричне скорочення м'язів стегна, лікувального масажу прооперованої кінцівки, електроміостимуляцію чотириголового м'яза стегна, які були спрямовані на відновлення рухів у суглобі та сили м'язів прооперованої кінцівки. Через 2,5-3 місяці дозволяли повне навантаження на прооперовану кінцівку, санаторно-курортне лікування.

Після тотального ендопротезування колінного суглоба хворому дозволяли ходити на милицях на другий день після операції з повним навантаженням на прооперовану кінцівку. Активне згинання до кута 90° та активне розгинання прооперованої кінцівки. Призначали курс лікувальної фізкультури та лікувального масажу, електроміостимуляцію чотириголового м'яза стегна. Через два тижні рекомендували активно збільшувати амплітуду рухів до нормальних значень.

При виписці на амбулаторне лікування хворим рекомендували дотримуватися дієти, продовжувати курс специфічної протиподагричної терапії, прийом нестероїдних протизапальних препаратів, заняття ЛФК. Один або два рази на рік хворим рекомендували проходити санаторно-курортне лікування.

Висновки

Таким чином, розроблені нами принципи медичної реабілітації хворих на хронічну подагру є комплексом важливих заходів, які дозволяють запобігти виникненню або усунути деформації опорно-рухового апарату, відновити

функцію уражених суглобів та опороспроможності кінцівок в цілому, здатності до самообслуговування, поверненню до працездатності та виникненню стану психологічного комфорту.

Література

1. Синяченко О. В. Метаболический синдром у больных подагрой / О. В. Синяченко, Т. В. Мягкова, Г. А. Игнатенко // Врачебная практика. – 2006. – № 2. – С. 50–55.
2. Подагра: современный взгляд на этиопатогенез и новые перспективы в лечении / Н. А. Дидковский, В. В. Цурко, С. П. Железнов [и др.] // Клиническая геронтология. – 2005. – № 4. – С. 26–29.
3. Насонова В. А. Ранняя диагностика и лечение подагры – научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных / В. А. Насонова, В. Г. Барскова // Научно-практическая ревматология. – 2004. – № 1. – С. 5–7.
4. Подагра: от этиологии и патогенеза к диагностике и рациональной фармакотерапии / Л. Э. Атаханова, В. В. Цурко, И. М. Булеева [и др.] // Современная ревматология. – 2007. – № 1. – С. 13–18.
5. Лялина В. В. Лечебная санационная артротомия при подагрической артропатии коленного сустава / В. В. Лялина, Ф. Л. Лазко // Современная ревматология. – 2007. – № 1. – С. 47–50.
6. Li-Yu J, Clauburne G, Siek M, Beutler A, Rull M, Eisner E, et al. Treatment of chronic gout. Can we determine when urate stores are depleted enough to prevent attacks of gout? // Journal of Rheumatology. – 2001. – Vol. 28, №2. – P.577–580.
7. Neogi T, Hunter DJ, Chasson CE, Cunningham JA, Zhang YQ. Frequency of inappropriate management of acute gout attacks. // Journal of Rheumatology. – 2006. – V. 33, Vol. – P.104–109.
8. Frequency and predictors of inappropriate management of recurrent gout attacks in a longitudinal study / T. Neogi, D. J. Hunter, C. E.

Chasson, [et. al.] // Journal of Rheumatology. – 2006. – Vol. 33, № 1. – P. 104–109.

Резюме

С.И. Герасименко, М.В. Полулях, М.С. Дуда.

Принципы реабилитации больных хронической подагрой

Медицинская реабилитация больных хронической подагрой – это комплекс профилактических, лечебных и функционально-восстановительных мероприятий, которые направлены на сохранение и восстановление состояния физического и психического здоровья, коррекцию нарушений гомеостатических функций организма и различных уровней структурно-функциональной организации опорно-двигательной системы, восстановлению способности больных к самообслуживанию и работоспособности.

После консервативного и различных видов оперативного лечения 86 больных с хронической подагрой были сформулированы основные принципы реабилитации на разных этапах комплексного ортопедического лечения.

Ключевые слова: хроническая подагра, реабилитация, синовит, тофусы, реабилитация.

Resume

SI Gerasimenko, MV Polulyakh, MS Duda

Principles of rehabilitation of patients with chronic gout

Medical rehabilitation of patients with chronic gout – a range of preventive, curative and functional activities that are aimed at preserving and restoring the state of physical and mental health, correction of homeostatic bodily functions and different levels of structural and functional organization of the locomotor system, restore the ability of patients to self-care and efficiency.

After conservative and surgical treatment of various types of 86 patients with chronic gout were formulated the basic principles of rehabilitation at different stages of complex orthopedic treatment.

Key words: chronic gout, rehabilitation, synovitis, tophi, rehabilitation.