

Якість життя й соціальні аспекти фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях суглобів

Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)

Постановка наукової проблеми та її значення. За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. За 10 років в Україні проведено важливі заходи стосовно людей з обмеженнями життєдіяльності (інвалідів), зі створення «доступного середовища життєдіяльності» (визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, ВООЗ). Безсумнівним досягненням є застосування в країні реабілітаційних центрів, великої кількості громадських організацій інвалідів, благодійних фондів, проектів і програм щодо соціального захисту й підтримки інвалідів. Ставлення до цієї соціальної групи людей, якими слід лише опікуватися та які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них як до повноправних членів суспільства. Однак проблема реабілітації інвалідів залишається актуальною.

Аналіз досліджень цієї проблеми. Патологія опорно-рухового апарату займає одне з провідних місць у загальній структурі захворюваності. В Україні у 2016 р., за даними Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України, первинна інвалідність унаслідок захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини зросла на 0,5 %, порівняно з 2015 р., і склала 4,9 на 10 000 доросли населення [8].

Із віком частота його збільшується [9, 13]. Так, серед осіб, старших від 50 років, остеоартроз трапляється в кожного четвертого (27 %), а у віці понад 60 років – практично у всіх (97 %) [5, 10, 17]. Жінки страждають на остеоартроз майже у 2 рази частіше, ніж чоловіки. Частота остеоартрозу в сім'ях хворих удвічі вища, порівняно з усією популяцією, причому ризик розвитку захворювання в осіб із вродженими дефектами опорно-рухової системи підвищено в 7,7 раза, а в осіб із надлишковою масою тіла – у 2,2 раза [3, 22, 13].

Кістково-хрящові й м'язово-зв'язкові тканини хребта та кінцівок мають тісні функціональні зв'язки, загальну ланку патогенезу (дистрофічний процес у структурних елементах міжхребцевого диска й суглобового хряща). Деформації суглобів призводять до порушення біомеханіки хребта, а статодинамічні порушення хребта можуть бути причиною вторинних нейродистрофічних порушень у м'язах і навколосуглобових тканинах [6, 12].

Мета дослідження – проаналізувати сучасну інформацію про якість життя хворих на дегенеративно-дистрофічними захворювання суглобів.

За зниженням якості життя хворих остеоартрози випереджають шлунково-кишкові, респіраторні й серцево-судинні захворювання. Разом з ішемічною хворобою серця, алкоголізмом, депресією та діабетом остеоартроз належить до тих факторів що, найбільш часто зумовлюють тривале порушення здоров'я. Остеоартроз негативно впливає на психологічний та економічний вплив на сім'ї осіб, які страждають на ОА, на їхніх близьких, а також на все суспільство в цілому. Особливо це актуально, якщо пацієнт перебуває в молодому й працездатному віці. Порушення статодинамічних функцій, зумовлене патологією опорно-рухового апарату, – це причина обмеження життєдіяльності [11, 1].

Серед інвалідів із хворобами кістково-м'язової системи ревматоїдний артрит і деформувальний артроз становить 13,2 %. У середньому з кожних 100 хворих, які страждають на захворювання кістково-м'язової системи, один стає інвалідом [2].

Нині застосовують поліетіологічний підхід до виникнення остеоартрозів, ураховуючи вплив факторів ризику. До таких належать похилий вік, надлишкова маса тіла, фізичні навантаження, пов'язані з трудовою діяльністю, гостра й хронічна травматизація суглобів, заняття спортом. Перебіг остеоартрозу має мінливий характер. Незважаючи на прогресування, стан хворих залишається стабільним протягом багатьох років. Обмеження рухів у суглобах тривалий час залишається незначним. У чоловіків, котрі володіють потужним м'язово-зв'язковим апаратом, перебіг захворювання легший, порівняно з жінками.

Найбільш поширеним дегенеративно-дистрофічним захворюванням є остеохондроз хребта (ОХХ). За статистичними даними, від 40 до 80 % мешканців земної кулі страждають на ОХХ. Питома вага клінічних неврологічних проявів ОХХ серед захворювань периферійної нервової системи складає 67–95 %. Щорічно близько 0,3 % пацієнтів із цією патологією оперуються, проте після операції 8–25 % із них стають інвалідами [16, 18, 4].

За матеріалами VIII Всесвітнього конгресу, біль у спині – це друга за частотою причина звернення до лікаря й третя – за частотою щодо госпіталізації після респіраторних захворювань, при цьому 60–80 % населення відчували її хоча б один раз. У структурі захворюваності дорослого населення нашої країни поперековий остеохондроз становить 48–52 %, посідаючи перше місце, у тому числі й за кількістю днів непрацездатності.

Тимчасова втрата працездатності при 40 % неврологічних захворювань зумовлена люмбоішалгічними синдромами [14, 15]. У загальній структурі інвалідності від захворювань кістково-суглобової системи дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта складають 20,4 %. Показник інвалідизації при дегенеративних захворюваннях хребта дорівнює 0,4 на 10 000 жителів. Серед інвалідів з іншими захворюваннями опорно-рухового апарату цей патологічний стан займає перше місце, причому у 2/3 хворих працездатність утрачається повністю [19].

Проблема дегенеративно-дистрофічної патології хребта продовжує привертати увагу фахівців із фізичної реабілітації. На жаль, питання стосовно причин низької ефективності від застосування методів фізичної реабілітації хворих на остеохондроз хребта залишаються нерозкритими.

У формуванні больового синдрому при дегенеративно-дистрофічній патології хребта істотну роль відіграють біомеханічні порушення опорно-рухової системи. Своєчасна корекція патобіомеханічних змін хребта, кісток кінцівок і таза, суглобів та м'язів дають змогу значно підвищити ефективність реабілітації цього контингенту хворих. Усе більш актуальною стає завдання попередження розвитку й прогресування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта з усуненням больового синдрому.

Потребує свого вирішення розробка програм фізичної реабілітації, доступних для всіх категорій населення. Багато фахівців вважають, що в значній кількості випадків болу в спині – це прояв міофасціального синдрому. Згідно з м'язовою теорією, причиною появи й розвитку дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта вважається постійна напруга мускулатури або гіпотонія м'язів, запалення м'язів і зв'язок. Ряд науковців стверджує, що в основу розвитку дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта покладено створення неправильного м'язового рухового стереотипу, який призводить до механічного перевантаження відповідних компонентів міжхребцевого сегменту та, у підсумку – до появи процесів дегенерації й інволюції. Незважаючи на наявність багатьох досліджень у цій сфері, актуальність проблеми фізичної реабілітації хворих на остеохондроз хребта не зменшується.

Завдання реабілітації при остеоартрозах зводять до запобігання прогресуванню дегенеративного процесу в суглобовому хрящі, застосовуючи лікарські препарати й немедикаментозні засоби: фізичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапію, дієтотерапію.

Науковці спостерігають тенденцію до збільшення захворюваності на остеоартрит (ОА) колінних суглобів серед осіб молодого працездатного віку, унаслідок чого знижується їхня фізична активність, погіршується стан кістково-м'язової системи. Значною мірою цьому сприяють перенесені травми суглобів, повторювані травми, запальні процеси, що призводять до прогресуючої дегенерації хрящової тканини, погіршення стану кістково-м'язової системи, зниження фізичної активності [23]. Ключову роль у патогенезі ОА, за сучасними уявленнями, відіграють розлади кісткового ремоделювання [24, 25]. Саме системна запальна відповідь, за результатами досліджень науковців, має суттєвий вплив на прогресування дегенеративних змін у тканинах суглобового хряща.

Актуальність проблеми підвищення ефективності профілактики й реабілітації хворих на остеоартроз пов'язана також із тим, що збільшується населення високорозвинених країн, а отже, зростає чисельність осіб, які страждають на остеоартроз.

Основним симптомом ОА є біль у суглобах при навантаженні, яка в міру прогресування хвороби посилюється. Поступово виникають і наростають обмеження рухів, що призводить до порушення різних видів діяльності [13, 21].

Важливим критерієм оцінки ефективності фізичної реабілітації при ДДЗ є дослідження якості життя (ЯЖ). Показник ЯЖ дає змогу отримати інформацію про фізичний, емоційний та психологічний стани, оцінити ефективність реабілітації. За даними фахівців, найбільшою мірою у хворих ОА знижені показники фізичного здоров'я: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування й інтенсивність болю. Дещо менше знижено загальний стан здоров'я та життєздатність.

Серед показників, які характеризують психологічне здоров'я хворих ОА, більшою мірою знижені рольове емоційне функціонування й психічне здоров'я. Соціальне функціонування було одним із найвищих показників, однак також виявилось достовірно нижчим.

Отже, хронічний процес у суглобах призводить, насамперед, до погіршення загального фізичного стану хворого. Показник соціального функціонування, що має на увазі задовільний рівень соціальної активності або спілкування, виявився найвищим серед усіх параметрів якості життя. Однак він був нижчим, ніж у здорових. Це свідчить те, що при ОА страждає як фізичний, так і психологічний стан хворих [21].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проблема поширеності дегенеративно-дистрофічних захворювань кістково-м'язової системи набуває актуальності у зв'язку з розповсюдженістю серед працездатного населення й збільшенням кількості населення похилого віку.

Важливим критерієм оцінки ефективності реабілітаційних заходів є вивчення динаміки якості життя.

Подальші дослідження стосуватимуться якості життя хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів.

Джерела та література

1. Абдуразаков У. А. О реабилитации инвалидов с опорно-двигательной системой / У. А. Абдуразаков, С. Д. Есенгараева, В. Р. Комник // Вестник АГИУВ. – 2013. – № 4. – С. 29–31.
2. Андреева Т. М. Ортопедическая заболеваемость и организация специализированной помощи при патологии костно-мышечной системы / Т. В. Андреева, В. В. Троценко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2006. – № 1. – С. 3–6.
3. Беленьгий А. Г. Препараты гиалероновой кислоты в лечении остеоартроза : учеб. пособие / А. Г. Беленьгий. – Москва : Рос. мед. академия последипломного образования, 2004. – 25 с.
4. Бобрик Ю. В. Клиническая морфология и патогенез остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями / Ю. В. Бобрик, Г. А. Мороз, В. А. Пономарев [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16, № 1. – Ч. 2 (61). – С. 238–244.
5. Волков А. И. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000–2001) в совершенствовании борьбы с наиболее распространёнными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России / А. И. Волков, Е. И. Гусев, А. Б. Зборовский, В. А. Насонова // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 2. – С. 4–8.
6. Жарков П. Л. Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2003. – № 2. – С. 44–45.
7. Жданов А. С. Физическая культура и профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата / А. С. Жданов, О. А. Сафонова // Символ науки. – 2016. – № 12–3. – С. 151–154.
8. Іпатов А. В. Аналіз роботи служби медико-соціальної експертизи та основних показників первинної інвалідності за 2016 рік / А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко // Довідник. – 2017. – Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних комісій України за 210 рік / за ред. заступника нач. упр. мед.-соц. допомоги населенню – начальника відділу експертизи тимчасової та стійкої втрати.
9. Клиническая ревматология : Руководство для практикующих врачей / под ред. чл.-кор. РАМН В. И. Мазурова. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2001. – 416 с.
10. Л. В. Артроз. Ранняя диагностическая и патогенетическая терапия / Л. В. Лучихина. – Москва : Мед. энцикл., 2001. – 139 с.
11. Мазуров В. И. Остеоартроз / В. И. Мазуров, И. А. Онущенко. – Санкт-Петербург : СПб МАПО, 1999. – 116 с.
12. Мирютова Н. Ф. Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК / Н. Ф. Мирютова, Н. Н. Бартфельд, А. М. Кожемякин. – 2006. – № 3. – С. 14–16.
13. Насонов Е. Л. Современные направления терапии Остеоартроза / Е. Л. Насонов // Consilium medicum. – 2001. – № 9. – С. 408–415.
14. Поздеева Н. А. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника (распространенность, клиника, профилактика) / Н. А. Поздеева, В. А. Сороковиков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 4 (50). – С. 265–267.
15. Практическая нейрохирургия : руководство для врачей / под. ред. Б. В. Гайдара. – Санкт-Петербург : Гиппократ, 2002. – 648 с.
16. Продан А. И. Дегенеративные заболевания позвоночника / А. И. Продан, В. А. Радченко, И. А. Корж. – Харьков : ИПП «Контраст», 2009. – 272 с.
17. Ребров А. П. Новые возможности лечения остеоартроза: симптоматические препараты медленного действия : информ. письмо / А. П. Ребров. – Саратов, 2005. – 9 с.
18. Черкасов А. Д. Пути предотвращения остеохондроза позвоночника. – Ч 1 : Локализация дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике / А. Д. Черкасов // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 7. – С. 32–36.
19. Чертков А. К. Хирургическое лечение больных остеохондрозом с нестабильностью в поясничных двигательных сегментах : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. К. Чертков. – Курган, 2002. – 45 с.
20. Щелокова Н. Б. Возможности немедикаментозной коррекции болевого синдрома и ортопедических нарушений при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника / Н. Б. Щелокова, А. Л. Таскаев // Пермский медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 25–31.
21. Цапина Т. Н. Качество жизни больных остеоартрозом / Т. Н. Цапина, Ш. Ф. Эрдес, К. Ш. Слизкова // Научно-практическая ревматология. – 2004. – № 2. – С. 20–22.
22. Цурко В. В. Остеоартроз и его лечение : учеб.-метод. рек. / В. В. Цурко, Н. А. Хитров, Н. В. Малышева. – Москва : Ниомед, Ньюдиамед-АО, 1999. – 22 с.
23. Bervoets D. C. Massage therapy has short-term benefits for people with common musculoskeletal disorders compared to no treatment: a systematic review / D. C. Bervoets, P. A. Luijsterburg [et al.] // J. Physiother. – 2015. – Vol. 61(3). – P. 106–116.
24. Caetano-Lopes J. Osteoimmunology – the hidden immune regulation of bone / J. Caetano-Lopes, H. Canhão, J. E. Fonseca // Autoimmun. Rev. – 2009. – Vol. 8(3). – P. 250–255.

Анотації

За останні 10 років в Україні вжито важливих заходів стосовно людей з обмеженнями життєдіяльності, зі створення «доступного середовища життєдіяльності». Патологія опорно-рухового апарату займає одне з провідних місць у загальній структурі захворюваності. В Україні у 2016 р., за даними Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України, зростає первинна інвалідність унаслідок захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Важливим критерієм оцінки ефективності фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях є дослідження якості життя (ЯЖ). Показник ЯЖ дає змогу отримати інформацію про стан фізичного, емоційного й психологічного стану, оцінити ефективність реабілітації. За даними фахівців, найбільше у хворих ОА знижено показники фізичного здоров'я: фізичне функціонування, роліве фізичне функціонування та інтенсивність болю. Деяко менше знижено загальний стан здоров'я та життєздатність.

Важливий критерій оцінки ефективності реабілітаційних заходів – це вивчення динаміки якості життя.

Ключові слова: остеоартрози, фізична реабілітація, якість життя.

Едуард Дорошенко. Качество жизни и социальные аспекты физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов. За последние 10 лет в Украине приняты серьезные меры в отношении людей с ограниченной жизнедеятельностью по созданию «доступной среды жизнедеятельности». Патология опорно-двигательного аппарата занимает одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости. В Украине в 2016 г., по данным Украинского государственного научно-исследовательского института медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины, выросла первичная инвалидность вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. Важным критерием оценки эффективности физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях является исследование качества жизни (КЖ). Показатель КЖ позволяет получить информацию о состоянии физического, эмоционального и психологического состояния, оценить эффективность реабилитации. По данным специалистов, в наибольшей степени у больных остеоартрозом снижены показатели физического здоровья: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование и интенсивность боли. Менше снижены общее состояние здоровья и жизнеспособность.

Важным критерием оценки эффективности реабилитационных мероприятий является изучение динамики качества жизни.

Ключевые слова: остеоартроз, физическая реабилитация, качество жизни.

Eduard Doroshenko. Life Quality and Social Aspects of Physical Rehabilitation in Case of Degenerative-Dystrophic Diseases of Joints. For the past 10 years in Ukraine serious measures have been taken towards people with disabilities, creating an «accessible environment for vital activity». The pathology of the musculoskeletal system occupies one of the leading places in the overall structure of morbidity. In Ukraine in 2016 according to the Ukrainian State Research Institute for Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine, primary disability due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue has grown. An important criterion for assessing the effectiveness of physical rehabilitation in cases of degenerative-dystrophic diseases is the study of the life quality (LQ). The LQ indicator allows getting information about the physical, emotional and psychological condition, evaluating the effectiveness of rehabilitation. According to experts, physical health indicators were reduced mostly among patients with osteoarthritis: physical functioning, role physical functioning and pain intensity. To a lesser extent, overall health condition and vitality were reduced.

An important criterion for evaluating the effectiveness of rehabilitation measures is the study of the dynamics of the lifequality.

Key words: osteoarthritis, physical rehabilitation, lifequality.