

PRINCIPII DE REABILITARE FUNCȚIONALĂ ÎN ARTRITA REUMATOIDĂ

Victoria Chihai – asist. univ.

Catedra de rehabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală,
IP USMF „Nicolae Testemițanu”

tel.: +373 22 733797, victoria.chihai@usmf.md

Rezumat

Artrita reumatoidă este o boală sistemică cronică inflamatorie. Procesul imunologic în țesutul conjunctiv contribuie la invaliditate progresivă. Procesul inflamator și deformări progresive reduc capacitatea funcțională a pacientului. Reabilitarea funcțională este un proces pe termen lung în funcție de gradul și tipul de deformare și activitatea bolii. Programele de exerciții de reabilitare funcțională activă, care întăresc musculatura și cresc mobilitatea articulațiilor s-au dovedit benefice. Intensitatea exercițiilor trebuie controlată în mod constant și ajustată la activitatea bolii. Aplicarea exercițiilor fizice în complexe de reabilitare funcțională respectă unele principii de bază care sporesc integral eficacitatea procesului de reabilitare. Programul de reabilitare funcțională reprezintă o componentă esențială în managementul tratamentului artritei reumatoide, trebuie strict individualizat și presupune o bună cooperare între pacient și echipa de tratament.

Cuvinte-cheie: reabilitare funcțională, artrita reumatoidă

Summary. Principles of functional rehabilitation for rheumatoid arthritis

Rheumatoid arthritis is a chronic systemic inflammatory disease. The immunological process in the connective tissue leads to a progressive disability. The inflammatory process and progressive deformities reduce the functional capacity of the patient. Functional rehabilitation is a long process, depending on the degree and type of deformation and disease activity. Programs of active functional rehabilitation exercises, which strengthen the muscles and increase the mobility of the joints, have proved to be useful. The intensity of physical activity is constantly monitored and adjusted depending on the activity of the disease. Subordination of complex functional rehabilitation programs to certain basic principles increases the overall effectiveness of rehabilitation. A functional rehabilitation program is an important component in the treatment of rheumatoid arthritis, must which to be strictly individualized and involves cooperation between the patient and the rehabilitation team.

Key words: functional rehabilitation, rheumatoid arthritis

Резюме. Принципы функциональной реабилитации при ревматоидном артрите

Ревматоидный артрит представляет собой хроническое системное воспалительное заболевание. Иммунологический процесс в соединительной ткани способствует прогрессивной инвалидности. Воспалительный процесс и прогрессивные деформации снижают функциональную способность пациента. Функциональная реабилитация представляет собой длительный процесс, в зависимости от степени и вида деформации и активности заболевания. Программы активных функциональных реабилитационных упражнений, которые укрепляют мышцы и повышают подвижность суставов, оказались полезными. Интенсивность физической нагрузки постоянно контролируется и корректируется в зависимости от активности заболевания. Подчинение комплексных функциональных реабилитационных программ некоторым основным принципам, увеличивает, в целом, эффективность реабилитации. Функциональная программа реабилитации является важным компонентом в лечении ревматоидного артрита, она должна быть строго индивидуализированной и предполагает сотрудничество между пациентом и реабилитационной командой.

Ключевые слова: функциональная реабилитация, ревматоидный артрит

Artrita reumatoidă (AR) este o afecțiune inflamatorie a țesutului conjunctiv cu predominanță sinovială, generând leziuni articulare severe, care sunt însoțite de numeroase anomalii imunitare și manifestări sistemice [1,2,13]. Deocamdată, etiologia AR rămâne necunoscută. Este stabilit, că în AR sunt afectate sistemele locomotor, cardiovascular, ocular, organele imunocompetente. Incidenta/ Prevalenta AR este de 0,3 - 2,1% [1,2,3,6]. Factorii de risc pentru evoluția nefastă a bolii sunt: factori genetici, factori imunologici, factori hormonal, factori psihologici, factori de mediu. AR este maladia persoanelor tinere, apte

de muncă. Severitatea bolii rezultă din faptul că peste 50% din pacienți își încetează activitatea profesională în primii 5 ani de boală, iar la 10% din cazuri apare o invaliditate gravă în primii 2 ani de evoluție. Apariția unor leziuni viscerale este responsabilă de scurtarea duratei medii de viață cu 5 până la 10 ani [1,13]. Datele statistice în lume denotă acum aproximativ 20 mii de bolnavi de AR. [2,3,4], 2/3 din acești bolnavi pierd abilitățile funcționale cotidiene și sunt excluși din câmpul muncii la 10-lea an de boală. Apogeul îmbolnăvirii de AR revine persoanelor în intervalul de vârstă de la 30 la 45 ani, acest interval coincide

cu perioada de cea mai înaltă activitate profesională. [8.] AR este asociată cu durere semnificativă în articulații, pierderea progresivă a mobilității articulare și a abilităților cotidiene. Durerea și dizabilitatea sînt două variabile, ce consistent duc la stres, depresie și oboseală. Nivelul ridicat de dizabilitate are impact negativ în viața socială și pentru starea psihologică a pacientului [3,4].

Tratamentul AR este o problemă clinică actuală, deoarece patologia se caracterizează printr-o progresie malignă, ce duce la o dizabilitate / invaliditate precoce și scăderea longivității vieții pacienților [3,4,12,15]. Raportul Mondial privind Dezabilitatea definește reabilitarea medicală drept "un set de măsuri care să asiste indivizi care se confruntă sau se pot confrunta cu dizabilități pentru a atinge și a menține o funcționare optimă în interacțiunea cu mediile lor". Reabilitarea medicală are drept scop îmbunătățirea funcționării individuale și include efectuarea unor schimbări în mediul individual. Raportul Mondial privind Dezabilitatea încearcă să ofere soluții care să faciliteze implementarea Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD). Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) aprobată de OMS în anul 2001 a adus progrese în ceea ce privește înțelegerea și măsurarea dizabilității, promovând modelul "bio- psiho-social" al funcționării, dizabilității și sănătății [4]. (Fig. 1)

Tratamentul de reabilitare funcțională reprezintă o abordare contemporană și promițătoare la pacienții cu artrita reumatoidă [9,10]. Reabilitarea medicală include metode pasive de tratament și metode active. Kinetoterapia este una din metodele active de reabilitare funcțională. Tratamentul kinetoterapeutic

urmărește amplificarea funcțiilor diminuate sau inițierea funcțiilor articulare pierdute de pacienții cu artrita reumatoidă. Astfel, primul principiu în reabilitarea funcțională a pacienților cu AR este stabilirea programei de reabilitare medicală individuală pentru fiecare persoană, în care se ține cont de gradul de ridoare, numărul articulațiilor afectate, durata bolii, comorbiditățile și terapia medicamentoasă administrată [5,6,10]. Exercițiul fizic este absolut necesar pacienților cu AR, pentru a ajuta la menținerea mobilității articulare, recîștigarea domeniului de mișcare sau a forței musculare pierdute. Totodată, programa individuală de kinetoterapie pentru pacientul cu AR va respecta obiectivele de baza ale kinetoterapiei generale [6].

Depășirea redorilor articulare matinale se poate face prin exerciții de gimnastică sau mișcări active executate înainte de ridicarea din pat a blonavului. Mișcările se vor executa pe toată amplitudinea și pe toate direcțiile de mișcare în ritm lent. Pentru menținerea sau creșterea forței musculare sunt bune exercițiile în regim de izometrie. Există patru tipuri de exerciții: mobilizare activă pentru menținerea mobilității articulare și a flexibilității țesuturilor moi; exerciții de tonifiere musculară pentru menținerea sau refacerea forței musculare; exerciții de condiționare pentru menținerea sau refacerea rezistenței și a capacității aerobice; tehnici pasive de mobilizare articulară [5,7,13]. Aceste exerciții sunt simple, de durată scurtă, fără implicarea articulației și nu necesită instalații deosebite, deci, pot fi executate oricînd și oriunde. [7,8,12]. Pentru pacienții cu AR kinetoterapia are efect secundar de diminuare a durerii. Durerea cauzată de procesul inflamator și inflamația sunt cauze directe care limitează mișcările din primele faze ale

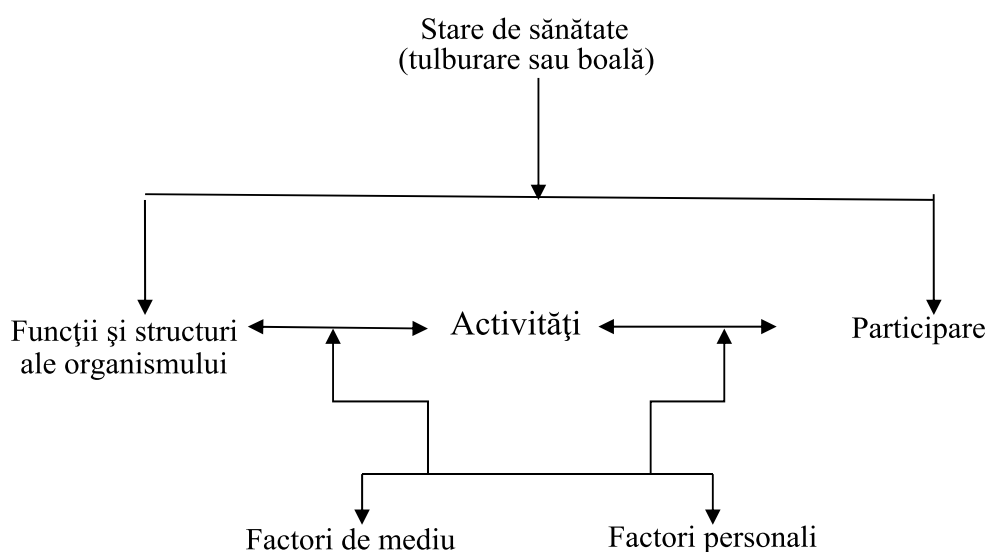


Fig. 1. Cadrul actual al funcționării și dizabilității - Clasificarea internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății OMS-CIF

bolii. Programa kinetoterapeutică se aplică în funcție de forma clinică, de gradul de activitate a procesului inflamator, de întinderea afectării axiale, de prinderea centurilor sau a articulațiilor periferice în cadrul procesului inflamator [7]. Pe parcursul ședințelor de kinetoterapie este refăcută total sau parțial mobilitatea articulară, este amplificată forța musculară, este reînțoarsă plasticitatea mișcărilor, este îmbunătățită trofica țesuturilor periarticulare și prin urmare, scade componenta durabilă a mișcărilor articulare [7,10].

Kinetoterapia intră în acțiune concomitent cu celelalte mijloace recuperatorii, în cadrul planului terapeutic general, fără a exclude alte terapii, astfel următorul principiu în reabilitarea funcțională a pacienților cu AR este interacțiunea productivă a metodei de tratament de reabilitare activă cu tratamentul medicamentos specific bolii [7,8,11].

Programa kinetoterapeutică de reabilitare activă este efectuată de pacient sub supravegherea specialistului. În cuplul pacient-kinetoterapeut se formează o relație strânsă, care necesită respectarea principiului non nocere, de a nu aplica un tratament decât cu siguranță. În acest scop este importantă evaluarea corectă a pacientului înainte și pe parcursul tratamentului de reabilitare funcțională, supravegherea riguroasă în timpul ședințelor de kinetoterapie pentru prevenirea apariției complicațiilor și stărilor, care pot fi luate în considerare ca contraindicații pentru tratamentul de reabilitare activă.

Principiul precocității al reabilitării funcționale în AR este la fel de important ca și tratamentul terapeutic. Aplicarea timpurie a programelor individuale de reabilitare funcțională permite micșorarea duratei tratamentului, stabilirea unor rezultate sigure în creșterea amplitudinii de mișcare și a forței musculare ale articulațiilor [5,11,12,15].

Reabilitarea funcțională este parte componentă a tratamentului complex al AR. Rolul principal al reabilitării funcționale este refacerea și amplificarea mobilității articulare, limitarea și prevenirea deformațiilor articulare, iar în stadiile avansate ale bolii asigurarea și adaptarea funcțională la handicap. Reabilitarea funcțională abordează tehnicile kinetoterapiei și ergoterapiei, care sunt asociate cu proceduri fizicale, masaj, balneoterapie. Reabilitarea funcțională pentru pacienții cu AR este indicată în funcție de activitatea

bolii și fiecare persoană bolnavă necesită o programă individuală de tratament activ.

Bibliografie

1. Melnes Ian B., Esla Vieira-Sausa, Joa Eurica Fonseca, EULAR, *Textbook of Rheumatic Diseases, first edition*; 2012; p. 229.
2. Vliet Vlieland T., *Rehabilitation of people with rheumatoid arthritis*. Best Practice & Research Clinical Rheumatology; 2005; vol. 17; Issue 5; p.847-861.
3. Raport Mondial privind Dizabilitatea, București 2012; 11-15; 24-28.
4. World Health Organization; *The Global Burden of Disease*, 2004 Update. Accessed 13 March 2012; 34-36; p.67-70.
5. Onose G., *Ghid de evaluare clinico-funcțională în RMFB*; București 2011; p.85-88.
6. Sbenge T. *Kineziologie. Știința mișcării.*, București 2008, p. 225-235.
7. Sinmarghitan G., *The management of the rehabilitation of the patients with rheumatoid arthritis*. Practica Medicală 2008; Vol. 3; Nr 2(10); p.172-175.
8. Huscher D, Merkesdal S, Thiele K, et al. *Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany*. Ann Rheum Dis 2006 Sep.; 65(9); p.1175-83.
9. Kobelt G, *Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis*. Ann Rheum Dis. 2007 Nov;6(3):iii35;p.34-39
10. Mc Innes I, Schett G. *The pathogenesis of rheumatoid arthritis*. New Engl J Med., 2012, N365, Vol. 23, p.205-19.
11. Girard F, Guillemin F, Novella JL, et al., *Health-care use by rheumatoid arthritis compared with non-arthritic subjects*. Rheumatology (Oxford). 2002 ;41(2);p.167-75.
12. Zinchuk I Yu, Amirdzhanova VN., *Social burden of rheumatoid arthritis*. Rheumatology Science and Practice. 2014;52(3);p.331-335.
13. Fedorenko E.V., Lukina G.V., Sigidin Ya.A., Luchikhina E.L., Karateev D.E., *Comparative efficiency and poleability of current therapies for early rheumatoid arthritis*, Научно-практическая ревматология. 2015;53(2);p.162-168.
14. Bongartz T., *Elective orthopedic surgery and perioperative DMARD management: many questions, fewer answers, and some opinions*. J Rheumatol. 2007; 34;p.653-655.
15. Smolen JS., Aletaha D., Bijlsma J W J et al., *Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force*. Ann Rheum Dis., 2010; 69(4); p.631-637.