



ХРОНИЧНИТЕ ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ поставят съвременната медицина пред сериозни предизвикателства, тъй като водят до значителна инвалидност и влошено качество на живот. Наред с използването на фармакологични средства за лечение на пациенти с възпалителни ставни заболявания се препоръчва прилагането и на нефармакологични интервенции. Доказано е, че в терапията на тези пациенти трябва да участват и специалисти по физикална и рехабилитационна медицина. Процесът на рехабилитация включва оценка, определяне на целите и задачите на физикалното лечение, прилагане на интервенции от страна на физикалната и рехабилитационна медицина и проследяване на резултатите. Основната цел на физиотерапевтичната медицина при пациентите с хронични възпалителни ставни заболявания е поддържане на оптимално функционално състояние и подобряване качеството на живот. Задачите включват редуциране на болката и възпалението, поддържане на гъвкавостта на структурите на опорно-двигателната система, поддържане на обема на движение на ставите и мускулната трофика, сила и издръжливост, подобряване на кардио-пулмоналния капацитет и обучение за промяна на начина на живот. Средствата за изпълнение на тези задачи при разглежданата патология са разнообразни и включват обучение на пациента, кинезитерапия, балнео-, водо-, термотерапия, редица преформирани физикални фактори, както и използване на ортези и други устройства и помощни средства.



д-р Александра
Илиева², доц. д-р М.
Генева-Полова¹, гм

¹МУ-Пловдив,
Катедра по
пропедевтика на
вътрешни болести,
Клиника по ревмато-
логия, УМБАЛ „Свети
Георги“, гр. Пловдив

²МУ-Пловдив,
Катедра по физикална
и рехабилитационна
медицина

РОЛЯТА НА ФИЗИКАЛНАТА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА В КОМПЛЕКСНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С **ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Ключови думи:
физикална
терапия, ставни
заболявания

Хроничните възпалителни ставни заболявания поставят съвременната медицина пред сериозни предизвикателства, тъй като водят до значителна инвалидност и влошено качество на живот. Сред най-разпространените възпалителни ставни заболявания се на-

реждат ревматоидният артрит (РА), анкилозиращият спондилит (АС) и псориатичният артрит (ПсА).

Ревматоидният артрит е най-честата аутоимунна възпалителна артропатия – в развитите страни засяга от 0.5 до 1% от възрастното население, като новодиагностици-

раните случаи са от 5 до 50 на 100 000 души всяка година^[1]. При РА се ангажират основно периферните стави на крайниците под формата на симетричен полиартрит с първично засягане на синовиалната тъкан. Анкилозиращият спондилит е аутоимунно полиорганно възпали-

телно заболяване, протичащо класически със засягане на сакроилиачните стави и аксиалния скелет^[2]. Според различните източници честотата му варира от 0.1% до 1.4%^[3].

Псориатичният артрит е най-разпространената серонегативна възпалителна артропатия, поразяваща основно дистално разположените стави на тялото^[4]. Той се среща при 5-30% от пациентите с псориазис^[5].

Високата честота на тези заболявания и фактът, че представляват голям икономически товар за обществото не само заради директните разходи по лечението, но и заради инвалидизацията, която причиняват, дават основание те да се определят като социалнозначими. Голяма част от диагностицираните с хронични възпалителни артрити страдат от редица ограничения. Проучване на *Verstappen и сътр.* установява, че 49% от пациентите с РА, 41% от тези с АС и 39% от пациентите с псориатичен артрит изпитват затруднение в изпълнение на трудовете си задължения^[6].

Съвременната медицина разполага с редица фармакологични средства, сред които т.нар. конвенционални синтетични болесто-модифициращи лекарства и по-новите биологични и таргетни специфични болесто-модифициращи агенти. Основната цел на терапията е постигането на ремисия или ниска болестна активност – както клинична, така и лабораторна^[7]. Установено е, че включването на болестно модифицираща терапия и биологични медикаменти при пациенти с РА например, води до понижена активност на заболяването, забавяне на увреждането на ставите, инвалидизацията и дава възможност за упражняване на професия, но независимо от това през

първите 3 години 15% от пациентите имат средна и висока болестна активност^[8].

Всичко това обуславя необходимостта от приложение на мултидисциплинарен подход при лечението на тези пациенти. Наред с използването на фармакологични средства гайдлайните за лечение на пациенти с възпалителни ставни заболявания препоръчват прилагането и на нефармакологични интервенции^[9,10]. Доказано е, че в терапията на тези пациенти трябва да участват и специалисти по физикална и рехабилитационна медицина (ФРМ). Процесът на рехабилитация включва оценка, определяне на целите и задачите на физикалното лечение, прилагане на интервенции от страна на физикалната и рехабилитационна медицина и проследяване на резултатите^[11].

Основната цел на ФРМ при пациентите с хронични възпалителни ставни заболявания е поддържане на оптимално функционално състояние и подобряване качеството на живот.

Задачите включват редуциране на болката и възпалението, поддържане на гъвкавостта на структурите на опорно-двигателната система, поддържане на обема на движение на ставите и мускулната трофика, сила и издръжливост, подобряване на кардио-пулмоналния капацитет и обучение за промяна на начина на живот.

Средствата за изпълнение на тези задачи при разглежданата патология са разнообразни и включват обучение на пациента, кинезитерапия, балнео-, водог-, термотерапия, редица преформирани физикални фактори, както и използване на ортези и други устройства и помощни средства.

Обучението на пациентите, страдащи от хронични заболявания, към които се отнасят гореспоменатите възпалителни артропатии, е изключително важно, тъй като това им позволява да се адаптират и справят с последиците от болестта. Обучителната програма би следвало да е съобразена с възрастта, културните особености, коморбидитета, професията, активността и давността на заболяването, т.е. да бъде индивидуална и максимално достъпна и изчерпателна по отношение не само на самото заболяване, но и на различните терапевтични средства за неговото повлияване. Гайдлайните за лечение на РА препоръчват промяна в начина на живот с цел избягване на факторите, които могат да провокират изостряне на болестта – стрес, инфекции, тютюнопушене, затлъстяване^[10]. Систематичен обзор в Кохрейн база данни от 2019 г. заключава, че промените в начина на живот (диета и физическа активност) при пациенти с псориазис променят хода на болестта^[12].

Особено полезно за пациентите е обучението в дейности от ежедневието, в техники за предпазване на ставите, както и правилната употреба на ортези и помощни средства, които могат да повлияят благоприятно симптоматиката. На пациентите трябва да бъде разяснена ролята на кинезитерапията за предотвратяване на усложненията и избягване на инвалидизацията, както и възможностите на останалите физикални фактори за повлияване на болката и възпалението. Редица проучвания, като това на *Senara и сътр.* от 2019 г., доказват значително подобрене по отношение на болка и инвалидност при пациенти с РА, преминали обучение в сравнение

с такива, останали без обучение^[13]. Такова би следвало да се проведе на възможно най-ранен етап. Гайдлайните за лечение на пациенти с РА препоръчват обучението да започне още при поставяне на диагнозата^[14].

Ключова роля в рехабилитацията на пациентите с възпалителни ставни заболявания играе кинезитерапията. Кинезитерапевтичната програма трябва да бъде индивидуална за всеки пациент и назначена от лекар специалист по ФРМ, който периодично прави оценка на резултатите от нея и я адаптира съгласно рехабилитационния потенциал на пациента към дадения момент. Ползите от физическото натоварване върху организма при здрави хора са безспорни. При пациенти с хронични системни възпалителни ставни заболявания и полиорганно засягане то може да предотврати или най-малкото да забави инвалидизацията и благодарение на него да се избегнат редица усложнения.

Редица проучвания доказват ефекта на кинезитерапията при пациенти с хронични възпалителни ставни заболявания. Кохрейн обзор заключава, че при пациентите с АС, изпълняващи физически упражнения, се наблюдава значимо подобрене на движенията и функционирането, на базата на данни със сребърно ниво на значимост на доказателствата^[15]. Достъпни са различни терапевтични протоколи^[16]. Систематичен обзор от 2021 г., обхващащ 13 проучвания, показва добър ефект на кинезитерапията при пациенти с псориатичен артрит по отношение активност на заболяването, редуциране на сърдечно-съдовия риск и подобряване на цялостното здравословно състояние^[17].

Добър ефект от кинезитерапия се наблюдава и при пациентите с РА, при които също е изключително важно да се поддържа добра функция на

ставите и да бъде съхранена силата на периставната мускулатура и обемът на движение. За целта съществуват множество разработени кинезитерапевтични програми. Рандомизирано контролирано проучване на *Williamson и сътр.* от 2017 г. установява подобрена функция на ръцете при пациенти с РА, изпълняващи т. нар. програма SARAH, включваща стречинг и упражнения за мускулна сила в сравнение с пациенти, при които не се прилага кинезитерапия^[18].

Популярни още от древността методи на лечение на ставни заболявания са балнео- и водолечението. Мета-анализ на 7 рандомизирани клинични проучвания намира, че при 5 до 93% от пациентите с РА балнеотерапията води до подобрене по отношение на болката, чувствителността и подуването на ставите и цялостното функциониране^[19]. Комбинирането на балнеолечение и съвременна медикаментозна терапия при пациенти с АС показва по-добър ефект по отношение на болка и функция в сравнение с пациенти, лекувани само с фармакологични средства според рандомизирано контролирано проучване от 2013 г.^[20]. Систематичен обзор и мета-анализ от 2019 г. за ефекта на водолечението при пациенти с АС показва, че то може да намали болестната активност и болката, но не и да подобри функционалния капацитет и подвижността на гръбначния стълб. Водолечението може да се разглежда като алтернатива при пациенти, при които упражненията извън водна среда не са добре толерирани^[21].

В комплексното физикално лечение на пациентите с възпалителни ставни заболявания, освен обучение на пациентите, кинезитерапия, балнео- и водолечение, се използват и редица други физикални фактори. С доказано добър симптома-

тичен ефект са термотрапията, електротерапията, ултразвуковата терапия, магнитотерапията.

Относително нов физикален фактор, който се използва с цел облекчаване на болката и възпалението е лазеротерапията. Рандомизирано контролирано проучване на *Stasinopoulos и сътр.* потвърждава позитивния ефект върху болката на нискоинтензивното лазерно лъчение при пациенти с АС в сравнение с плацебо апликация^[22]. Благоприятните ефекти на нискоинтензивната лазерна терапия при пациенти с РА са доказани с редица рандомизирани контролирани проучвания. Систематичен обзор и мета-анализ, публикуван през 2021 г. от *Chia и сътрудници*, заключава, че този метод осигурява значително и бързо обезболяване и подобрене на функцията при пациенти с ревматоиден артрит^[23].

През последното десетилетие екстракорпоралната ударно-вълнова терапия (УВТ) се налага като средство на избор при пациенти със заболявания на опорно-двигателния апарат. Проучва се нейният ефект при артропатии с възпалителна генеза. В проучване на *Liu и сътр.* от 2018 г. се установява, че УВТ облекчава ставната болка при пациенти с РА^[24].

Заключение

Физикалното лечение и рехабилитацията са важна част от комплексното лечение на пациенти с хронични възпалителни ставни заболявания, което се подкрепя от сериозни научни доказателства за тяхната роля в повлияване на симптоматиката, подобряване на качеството на живот и предотвратяване на инвалидизацията. За да бъде успешна рехабилитационната

програма тя трябва да бъде индивидуално изготвена за всеки пациент, съобразно активността и стадия на заболяването и коморбидитета. ■

книгопис:

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010 Sep 25;376(9746):1094-108. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60826-4. PMID: 20870100.
2. Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. *N Engl J Med*. 2016 Jun 30. 374 (26):2563-74.
3. Akkoc N. Are spondyloarthropathies as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review. *Curr Rheumatol Rep*. 2008 Oct;10(5):371-8. doi: 10.1007/s11926-008-0060-3. PMID: 18817640.
4. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017 Mar 9. 376 (10):957-970.
5. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009 Feb 15. 61(2):233-9.
6. Working status in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Verstappen SM, Watson KD, Lunt M, McGrother K, Symmons DP, Hyrich KL. *BSR Biologics Register Rheumatology (Oxford)*. 2010 Aug; 49(8):1570-7.
7. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWW, et al EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update *Annals of the Rheumatic Diseases* 2020;79:685-699.
8. E. Hallert, M. Husberg, T. Skogh, Costs and course of disease and function in early rheumatoid arthritis: a 3-year follow-up (the Swedish TIRA project), *Rheumatology*, Volume 45, Issue 3, March 2006, Pages 325–331, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kei157>
9. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, et al. American College of Rheumatology/ Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(2):282-298. doi: 10.1002/art.39298.
10. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, Bakkers M, Brodin N, Burmester GR, Codreanu C, Conway R, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Fonseca J, Raza K, Silva-Fernández L, Smolen JS, Skingle D, Szekancz Z, Kvien TK, van der Helm-van Mil A, van Vollenhoven R. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun;76(6):948-959. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210602. Epub 2016 Dec 15. PMID: 27979873
11. Wade DT. Describing rehabilitation interventions. *Clin Rehabil*. 2005 Dec;19(8):811-8. doi: 10.1191/0269215505cr923ed. PMID: 16323380.
12. Ko SH, Chi CC, Yeh ML, Wang SH, Tsai YS, Hsu MY. Lifestyle changes for treating psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD011972. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011972.pub2>.
13. Senara, S.H., Abdel Wahed, W.Y. & Mabrouk, S.E. Importance of patient education in management of patients with rheumatoid arthritis: an intervention study. *Egypt Rheumatol Rehabil*46, 42–47 (2019). https://doi.org/10.4103/err.err_31_18.
14. Ndosi M, Adebajo A. Patient education in rheumatoid arthritis: is the needs-based approach the way forward? *Clin Rheumatol* 2015; 34:1827–1829.
15. Daglinrud H, Hagen KB, Kvien TK. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD002822. DOI: 10.1002/14651858.CD002822.pub3.
16. Sharan D, Rajkumar JS. Physiotherapy for Ankylosing Spondylitis: Systematic Review and a Proposed Rehabilitation Protocol. *Curr Rheumatol Rev*. 2017;13(2):121-125. doi: 10.2174/1573397112666161025112750. PMID: 27784233.
17. Kessler J, Chouk M, Ruban T, Prati C, Wendling D, Verhoeven F. Psoriatic arthritis and physical activity: a systematic review. *Clin Rheumatol*. 2021 Apr 29. doi: 10.1007/s10067-021-05739-y. Epub ahead of print. PMID: 33913069.
18. Williamson E, McConkey C, Heine P, et al Hand exercises for patients with rheumatoid arthritis: an extended follow-up of the SARAH randomised controlled trial *BMJ Open* 2017;7:e013121. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013121 .
19. Lucie Brosseau, Vivian Robinson, Guillaume Léonard, Lynn Casimiro, Lucie Pelland, George Wells & Peter Tugwell(2002)Efficacy Of Balneotherapy For Rheumatoid Arthritis: A Meta-analysis, *Physical Therapy Reviews*,7:2,67-87,DOI: 10.1179/108331902125001879
20. Ciprian L, Alessandro Lo Nigro A, Rizzo M et al. . The effects of combined spa therapy and rehabilitation on patients with ankylosing spondylitis being treated with TNF inhibitors *Rheumatol Int* (2013) 33:241–245.
21. Liang Z, Fu C, Zhang Q, Xiong F, Peng L, Chen L, He C, Wei Q. Effects of water therapy on disease activity, functional capacity, spinal mobility and severity of pain in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil*. 2021 Apr;43(7):895-902. doi: 10.1080/09638288.2019.1645218. Epub 2019 Jun 29. PMID: 31355676.
22. Stasinopoulos D, Papadopoulos K, Laminis D, Stergioulas A. LLLT for the management of patients with ankylosing spondylitis. *Lasers Med Sci*. 2016 Apr;31(3):459-69. doi: 10.1007/s10103-016-1874-2. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26796709.
23. Chia WC, Chang CH, Hou WH; Wen-Chun Chia and Ching-Hsiang Chang contributed equally to this paper.. Effects of laser therapy on rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2021 Feb 1. doi: 10.1097/PHM.0000000000001711. Epub ahead of print. PMID: 33538487.
24. Liu Y, Zhang T, Feng Y. Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy for Relief of Arthralgia in Rheumatoid Arthritis. *Pain Pract*. 2018 Mar;18(3):380-387. doi: 10.1111/papr.12608. Epub 2017 Nov 23. PMID: 28665531.