

PROBLEM KONTRAKTURE ZGLOBOVA DONJIH EKSTREMITETA U REUMATOIDNOM ARTRITISU STARIH OSOBA S ASPEKTA REHABILITACIJE

Već niz godina reumatolozi zauzimaju zajednički stav o potrebi da se rano prepozna reumatoidni artritis. Samo ako se bolest rano dijagnostičira može se od adekvatne terapije očekivati povoljan uspjeh. Na žalost, danas još ne raspolažemo terapijskim sredstvima koja bi mogla izliječiti bolest, ali primjenom kombinirane medikamentne i fizikalne terapije možemo smanjiti upalnu aktivnost bolesti i sačuvati funkcionalnu sposobnost lokomotornog aparata. Iz tih razloga koncentriramo naše terapijske i rehabilitacione napore na bolesnike mlađe i srednje životne dobi, odnosno na što raniji stadij bolesti kad još nema fiksnih deformacija. Međutim, kako reumatološka služba kod nas postoji, uz neke iznimke, samo u velikim medicinskim centrima, u praksi se još uvijek susrećemo sa zapuštenim slučajevima. Najčešće su to stariji ljudi s teško promijenjenim i deformiranim zglobovima.

Među deformitetima posebno socijalno-medicinsko značenje imaju kontrakture zglobova donjih ekstremiteta, pogotovo kod starijih osoba. Kod mlađih ljudi možda nas više zaokupljaju deformacije šaka koje su za tu bolest karakteristične, rano dolaze do izražaja i važne su za radnu sposobnost; no za starije ljude, na koje se upravo želimo osvrnuti, mnogo je važnija funkcionalna sposobnost zglobova donjih ekstremiteta. Prvenstveni je razlog tome što u toj dobi bolesnici nisu više u radnom odnosu, pa su zahtjevi koji se postavljaju na gornje ekstremitete mnogo manji. S druge strane, kontrakture zglobova donjih ekstremiteta onemogućavaju bolesniku kretanje, čak i po kući, pa ga prave teškim invalidom koji je praktički u svim dnevnim aktivnostima vezan uz tuđu pomoć.

Najveće funkcionalne smetnje čine obično deformiteti u području kukova i koljena. Gotovo uvijek se radi o fleksionim deformitetima tih zglobova, a kod stanovitog broja bolesnika postoji izražena i komponenta unutarnje rotacije u kuku i valgositeta u koljenu. Patoanatomski nala-

zimo najčešće fibroznu kontrakturu, dok su prave koštane ankiloze rjeđe. I deformiteti skočnog zgloba, najčešće u ekvinus položaju s valgozitetom ili bez njega, otežavaju ili čak onemogućavaju hodanje. Destruktivne promjene na tuberu kalkaneusa uz kronični subahilni burzitis mogu isto tako smanjiti funkcionalnu sposobnost skočnog zgloba. Na malim zglobovima prstiju stopala može već relativno rano nastati fibularna devijacija u metatarzofalangealnim zglobovima.

U praksi se vrlo često susrećemo s bolesnicima kod kojih postoje kontrakture pojedinih zglobova donjih ekstremiteta i otežavaju im kretanje. Nerijetko, međutim, nailazimo i na bolesnike koji su iz raznih razloga, najčešće zbog neadekvatne terapije, postali posve nepokretni uslijed teških fleksionih kontraktura u kukovima i koljenima.

Rehabilitacija je u takvim slučajevima kod starijih osoba specijalno težak problem. Pri izradi programa rehabilitacionog postupka moramo ponajprije uzeti u obzir opće biološke uvjete starijih osoba iscrpljenih dugotrajnom bolešću, konkomitantnu anemiju, eventualno amiloidozu, dugotrajnu nepokretnost itd. S druge strane postoji teško lokalno oštećenje svih zglobnih struktura i njihove okoline, s jakom porozom kosti, patološki promijenjenom i retrahiranom čahurom i izrazito atrofičnim i dijelom kontraktnim mišićima. Iz svih tih razloga načelno je jasno da je u takvim slučajevima vrlo teško učiniti nešto efikasnije. Kod bolesnika u toj fazi bolesti kontrakture su obično tolikog razmjera da se od kineziterapije ne može očekivati zadovoljavajući rezultat. Pored toga, konzervativne mjere ispravljanja deformiteta, u smislu redresmana i sličnog, mogu dovesti do niza komplikacija — od poremećaja cirkulacije do eventualne frakture porotične kosti. Operativni se zahvat rijetko može preporučiti, ne samo zbog općih kontraindikacija, već i stoga jer bi se sam zahvat morao ograničiti na mekane zglobne dijelove. Iskustva su pokazala da osteotomije kod takvih bolesnika vrlo polagano zarastaju, a artrodeze se teško konsolidiraju.

Prema našem mišljenju treba pokušati konzervativnim mjerama umanjiti stupanj postojećih kontraktura, prvenstveno fleksionih u kukovima i koljenima. Te su kontrakture funkcionalno najopasnije, a ujedno su praktički najčešće kod bolesnika koji dugo leže u krevetu, a pogotovo ako sjede na stolcu. Od konzervativnog se postupka može nadati to većem uspjehu što je stupanj kontrakture manji, što kontraktura vremenski kraće traje i što je bolesnik mlađi.

Mislimo da nećemo pogriješiti ako na temelju našeg iskustva i podataka iz literature ustvrdimo da se konzervativnim mjerama može postići ispravljanje fleksionih kontraktura u kuku i koljenu, ako one nisu veće

od 30°. Kod fleksionih kontraktura kuka obično primjenjujemo opterećenje natkoljenice vrećicom pijeska. Kod toga treba naročito paziti da se kuk ne ekstendira samo prividno na račun povećanja lumbalne lordoze. Zato je ponekad potrebno fiksirati lumbalnu kralješnicu i zdjelicu u sadrenom korzetu ili koritu. Uz to treba, nakon lokalne aplikacije umjerene topline, primijeniti kineziterapiju u obliku aktivnih, asistiranih pa čak i opreznih pasivnih vježbi. Pasivne vježbe imaju ovdje svoje potpuno opravdanje i određenu svrhu, jer se jedino tim putem može postići veća ekstenzija od one koju bolesnik može aktivno sam izvesti. Naravno da je pasivne vježbe potrebno vrlo savjesno dozirati, s obzirom na osteoporozu koja je uvijek prisutna kod takvih bolesnika. Sve se vježbe izvode u maksimalno mogućoj amplitudi, a cilj im je, osim ispravljanja kontrakture, i jačanje mišićne snage koja je jednako važan faktor za funkciju zgloba.

Kod funkcionalnog osposobljavanja koljena neophodno je ojačati m. kvadriceps. To postizemo izometričkim i izotoničkim kontrakcijama, te vježbama protiv otpora, a služimo se i pasivnim vježbama bez upotrebe sile. Rezultat rehabilitacionog postupka kod kontrakture u koljenu ovisit će, osim o prije spomenutim faktorima, i o stanju femoropatelnog zgloba. Izgledi za postizanje potpune ekstenzije u koljenu postoje samo u onim slučajevima gdje je femoropatelni zglob slobodan, odnosno samo u manjoj mjeri adherentan. Iz toga razloga, u slučaju da je gibljivost patele smanjena, moramo pokušati da je poboljšamo pasivnim manipulacijama u latero-lateralnom i kranio-kaudalnom smjeru, i to nakon prethodne primjene toplinskih procedura. Ako se fibrozna ankiloza u femoropatelnom zglobu ne može pasivnim manipulacijama patele osloboditi, konzervativne mjere za ispravljanje kontrakture koljena nemaju praktički nikakvih izgleda za uspjeh. U slučajevima gdje ne postoji kontraindikacija za operativni zahvat može se patela kirurški osloboditi, a između tako oslobođene patele i femura umetne se fascija lata. Fleksioni deformiteti uz koštanu ankilozu između femura i patele mogu se riješiti samo kirurškim putem, tim više što u tim slučajevima često postoji i manje ili jače izražena ankiloza i u femorotibijalnom zglobu. Kompletna ankiloza u femorotibijalnom zglobu vrlo je rijetka, vjerojatno zato što su između zglobnih ploha umetnuti meniskusi. Kod kontraktura koljena — koje nisu komplicirane adhezijama u femoropatelnom zglobu — postizemo kineziterapijom izvrsne rezultate ako fleksija nije veća od 30° i ako se može pasivno ispraviti. Povremena upotreba vrećica pijeska i ekstenzor-nih udloga ubrzo će rehabilitacioni postupak. Ako fleksiona kontraktura iznosi između 30 i 75°, a pasivno se samo djelomično ispravlja, također možemo konzervativnom terapijom postići zadovoljavajući učinak. Reha-

bilitacioni postupak trajat će mnogo dulje, a upotreba je noćnih udloga neophodna. Kod takvih se bolesnika vrlo lijepi rezultati mogu postići i primjenom dvodjelnog sadrenog povoja s takozvanim »kvenglom«. Pri tom treba naročito paziti na osovinu donjeg ekstremiteta gdje se u toku ekstenzije obično pojačava valgozitet koljena. Neki puta tu komplikaciju nećemo moći izbjeći, ali će ona za bolesnika ipak predstavljati manju poteškoću nego fleksiona kontraktura.

Deformiteti skočnog zgloba, u smislu ekvinusa ili jakog valgusa, mogu se pokušati oprezno redresirati pomoću sadrenih zavoja ili longeta. Zbog velike opasnosti od oštećenja cirkulacije više smo skloni primjeni ortopedskih cipela u tim slučajevima, kao i kod deformiteta malih zglobova.

Pri postavljanju indikacije za primjenu redresmana i drugih, uključivo i operativnih zahvata, treba ocijeniti stupanj postojećih deformacija na oba donja ekstremiteta, jer one većinom i nisu posve simetrične. Ponekad ćemo se morati zadovoljiti i time što smo otklonili kontrakturu samo na jednoj nozi i preporučiti bolesniku da se služi štakama.

Operativni zahvati — kao tenotomije, miotomije, kapsulotomije itd. — ovisit će o integritetu i stupnju oštećenja zglobnih tijela, ali će rijetko kod starijih ljudi s reumatoidnim kontrakturama doći u obzir, zbog već prije spomenutih kontraindikacija.

Tako će, na žalost, ostati uvijek određeni broj bolesnika kojima unatoč svim raspoloživim sredstvima i metodama nećemo moći omogućiti samostalno kretanje, nego će se morati služiti invalidskim kolicima.

Po svaku cijenu treba ranom rehabilitacijom nastojati održati gibljivost zglobova. Kod bolesnika kod kojih su karakter i progresija bolesti izrazito teški, tako da prije ili poslije moramo računati s ukočenošću, treba na svaki način zadržati funkcionalni položaj kukova i koljena. Stupanj ekstenzije treba individualno prilagoditi životnim potrebama i navikama bolesnika.

Razumije se da smo u tom osvrtu na stare reumatoidne bolesnike stavili težište na one s dugotrajnom i uznapredovalom bolesti. Daleko je manji broj onih gdje bolest tek počne u starijoj dobi, pa i poslije šezdesete godine života. Ta »senilna varijanta reumatoidnog artritisa« obično je benignijeg karaktera i uz adekvatno liječenje obično neće izazvati tako teške ireparabilne deformitete.

Iz ovog kratkog razmatranja slijedi logički zaključak da su mogućnosti u nastojanjima oko starih reumatoidnih bolesnika s kontrakturama zglobova donjih ekstremiteta veoma ograničenog dometa i da su izgledi za

te bolesnike izrazito nepovoljni. Taj primjer ponovo ističe potrebu i opravdanost što ranijeg prepoznavanja bolesti i što intenzivnije terapije i rehabilitacije u njenoj početnoj fazi.

L I T E R A T U R A

- Chapchal, G.: Synovectomy and Arthroplasty in Rheumatoid Arthritis, Thieme, Stuttgart 1967.
- Hollander, J. L.: Arthritis and Allied Conditions, VII izd., Lea i Febiger, Philadelphia 1966.
- Hollinshead, W. H.: Functional Anatomy of the Limbs and Back, Saunders, Philadelphia-London 1951.
- Isemein, L. i A. M. Fournier: La polyarthrite chronique évolutive, Masson, Paris 1956.
- Lenoch, F., Kadlcová S. Popelka: Reumatizam, 13: 167, 1966.
- Polićević, M.: Povratak u život, 11:18, 1963.
- Rusk, H. A.: Rehabilitation Medicine, Mosby, St. Louis 1958.

Dr. Irena Pučar and Dr. Zvezdana Henneberg

PROBLEM OF CONTRACTION OF JOINTS OF INFERIOR EXTREMITIES IN RHEUMATIOD ARTHRITIS OF AGED PERSONS FROM THE ASPECT OF REHABILITATION

S U M M A R Y

In aged patients with rheumatiod arthritis of special importance is the functional capacity of the inferior extrimities. Flexional contractions of the knees and the hips hinder gait and require somebody's help. From the point of view of rehabilitation it is possible to influence the knee contraction in a favourable sense, only if it is not greater than 30° and if ankylosis of the patelo-femural joint did not occur. After thermal procedures correctional splint and medical gymnastics are applied. Foot deformities require mostly ahe application of orthopedic shoes. Operational interventions on the joints often are contraindicated. The need for early cure and rehabilitation have been pointed out, as well as the vicious position of the joints, because subsequent treatment with advanced joint contractions can satisfy only partially.