

Aktualne odrednice u rehabilitacijskom postupku bolesnika s koksartrozom

Astrid MARČIĆ, Marija MEDVED i Ema LONČAR

KB "Sestre milosrdnice", Zagreb

Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb

Primljeno / Received: 1999-09-13; Prihvaćeno / Accepted: 1999-10-30

Degenerativne promjene zgloba kuka česta su pojava u fizijatrijskoj praksi sa svojim simptomima zbog upale, boli i kontraktura koje svojim polaganim i progresivnim tijekom mogu dovesti do trajne onesposobljenosti. Kirurške intervencije sve su učinkovitije, ali u zadnjoj fazi jednoga dugotrajnog procesa. Medicinska rehabilitacija uz farmakoterapiju i fizikalnu terapiju te ortotska pomagala i prevencija mogu ublažiti upalu i bol te unaprijediti kvalitetu života bolesnika i odgoditi eventualni operativni zahvat. U članku je prikazano nekoliko osnovnih vježbi koje se mogu provoditi u svim fazama koksartroze, što je prema mišljenju autorica najbolja terapija u cilju osiguravanja provođenja programa kod kuće.

Ključne riječi

koksartroza, rehabilitacija

Rehabilitation Programme in Coxarthrosis

Since a long time the medical and rehabilitative therapy are activated aiming to relieve pain and inflammation, to improve patient's life quality and to postpone operations in coxarthrosis. Several kinesitherapeutic exercises are proposed – in the author's opinion the best therapy for hip's arthrosis – according to a plan that follows the disease progression, in order to provide patients with a practical and simple manual to be used at home.

Key Words

coxarthrosis, rehabilitation programme

UVOD

Degenerativne promjene zgloba kuka predstavljaju u fizijatrijskoj praksi još uvijek veliki terapijski problem. Zglob kuka je zbog biomehaničke i anatomsko-funkcijske strukture podvrgnut stalnim i izraženim opterećenjima i naporima pri hodu. Stanja koja pridonose osjetljivosti zgloba kuka jesu morfološke, funkcijske i dismetaboličke anomalije koje smanjuju otpornost i autoreparativne sposobnosti hrskavice, pa mogu potencirati pojavu artroze ili njeno pogoršanje.

Degenerativni proces može biti primaran (15 %) ili sekundaran (85 %), te simetričan (u oko 20 % slučajeva) i pogađa oba spola maksimalnom incidencijom iza 50. godine života.

Tehnike ortopedsko-kirurških intervencija sve su učinkovitije. Međutim, zbog određenih apsolutnih i relativnih ograničenja opće i lokalne prirode, postupci fizikalne terapije i rehabilitacije zadržali su svoju nezamjenjivu ulogu u maksimalno mogućem odlaganju kirurške intervencije i poboljšanju prije i poslijeoperativne faze liječenja, omogućujući brži i potpuniji funkcijski oporavak kad je operativna intervencija neophodno potrebna. To potvrđuje i iskustvo autorica još od početka 1970-ih godina, kada su načinjeni prvi operativni zahvati implantacije TEP kuka u Kirurškoj klinici KB "Sestre milosrdnice", Zagreb.

Pravi problem ostaje upala zgloba i periartikularna kontraktura, tj. *circulus viciosus* između uzurirane hrskavice, upalnog procesa, boli, smanjenja pokretnosti i osteoporoze zbog mirovanja.

Farmakoterapija, adekvatna i pravilno dozirana, uz analgetike obuhvaća, prije svega, nesteroidne antiflogistike (NSA) koji su najučinkovitiji upravo kod upale i bola ali se preporučuju kroz kraća razdoblja.

Zadnja generacija NSA podnošljivija je i pogodnija za propisivanje kroz dulje vrijeme, postiže bolju prevenciju kroničnosti upalnog procesa, a samim time i kasniju pojavu nastanka degeneracije hrskavice. Ipak, nađeno je da NSA mogu imati veći ili manji tropizam za hrskavicu. Studije su potvrdile da neki od njih imaju kontraprotektivno djelovanje, tj. inhibiraju citochine koji su fenomeni katabolizma hrskavice.

Ostali lijekovi koji se uzimaju u početnoj fazi koksartroze jesu hondometabolički preparati, a u uznapredovaloj fazi i miorelaksansi. Koksartroza se dijeli u četiri faze: početnu, blagu, razvijenu i vrlo razvijenu.

Početna faza je karakterizirana bolom i umorom obično nakon većeg opterećenja, odnosno prolongiranog hoda – tegobe iščezavaju nakon odmaranja. Također može biti prisutna hipotonija mišića i neelastični položaj stopala koji u nekim

slučajevima i lagano odstoji. Ta faza može trajati i godinama i ovdje prevladavaju preventivni aspekti liječenja.

Blaga faza – bolesnik ima bolove pri ustajanju i hodu, uz hipotoniju mišića i lagano smanjenje pokretnosti zgloba. Tegobe se ublažavaju slično kao i u prethodnoj fazi, ispravnom adaptacijom stava pri radu, izbjegavanjem duljeg hodanja, naročito s teretom u ruci, te nošenjem mekane obuće. U toj fazi mogu se primijeniti kirurške tehnike osteotomije, ako je potrebno redistribuirati poremećene zglobne funkcije. Zbog stato-dinamičke neravnoteže bolesnik može zauzeti antalgičan stav s mogućom pojavom bolova stopala (talalgija, plantalgija, metatarsalgija), koljena (femoro – patelarna i femoro – tibijalna artroza uz entezopatije), kralješnice (lumbalgija, cervikalgija, antalgička skolioza, neuritisi, flebostaza).

Koristi adekvatna obuća (s eventualnim povišenjem), pri odmoru papuče, pomoćna sredstva za aktivnosti svakodnevnog života (eventualni štap, kolica za odlazak u kupovinu ili bicikl s prikolicom), prema potrebi i dinamički lumbalni steznik koji može pomoći u poboljšanju stava i kretanja.

Razvijena faza karakterizirana je bolom, vidljivim šepanjem pri hodu, skoliotičnim stavom kralješnice uz kontrakturu zgloba kuka, odnosno znatno reduciranim pokretima, osobito ekstenzije, abdukcije i unutarnje rotacije s hipotrofijom mišića. Za rasterećenje koristi se štap, povišene cipele, sjedalice i sl. Kod mlađih bolesnika savjet je izbjegavanje sportova kontakta i onih koji traže brze promjene položaja.

Vrlo razvijenu fazu karakteriziraju uporni bolovi s velikim poteškoćama pri hodu uz kontrakturu zgloba s položajem noge u vanjskoj rotaciji. Neophodno su potrebna ortotsko-ortopedska pomagala pri kretanju i aktivnostima dnevnog života pa je u toj fazi često indicirana kirurška zamjena zgloba kuka sa TEP-om.

REHABILITACIJSKI POSTUPAK

Temelji se ponajprije na postizanju optimalnih biomehaničkih uvjeta radi prevencije eventualnih pogoršanja.

Tretman izbora u svim fazama koksartroze ostaje kinezioterapija, važna za održavanje ili poboljšanje kontrole motorike – kretanja koja se ne postiže samo jačanjem i toniziranjem mišića već i posturalnom korekcijom, održavanjem opće ravnoteže (higijensko-dijetetske mjere radi rasterećenja zgloba kuka).

Program kinezioterapije: provode se vježbe zajedničke za sve faze koksartroze te druge vježbe i mjere fizikalne terapije adekvatne patološkom momentu. Prednost

se daje rasteretnim, odnosno vježbama u suspenziji, te vježbama u vodi uz adekvatne aktivne i pasivne vježbe prije nego se prijeđe na zahtjevniji program, npr. vježbe protiv otpora, manualnog ili mehaničkog (za jačanje mišića abduktora i ekstenzora natkoljenice). Treba podsjetiti da vježbe mišića mogu biti izometričke, izotoničke i izokinetičke – vrijedne za kontrarezistenciju prema apliciranoj snazi, ali uz visok rizik od egzacerbacije upale i bola.

Relaksacija bolesnika zadatak je u svakoj fazi bolesti. Da bi se to postiglo, koriste se vježbe relaksacije (naročito mišića adduktora i fleksora natkoljenice) s forsiranim ekspirijem tijekom terapijskih vježbi do vježbi autogenog treninga.

Važno je naglasiti da kinezioterapija obuhvaća individualiziran, doziran prema dobi bolesnika, općoj kondiciji i stanju zglobova odnosno fazi koksartroze, program vježbi kratkog trajanja ali uz ponavljanja tijekom dana.

Osobitu pozornost zaslužuje hidrokinezioterapija – za reedukaciju faza hoda i poboljšanje mehanike zglobova. Zahvaljujući specifičnim fizikalnim svojstvima vode, prema Arhimedovu zakonu, tj. sili uzgona i hidrostatskom tlaku, bolesnik može provoditi vježbe stojeći, sjedeći i plivanjem uz osjećaj najveće zaštite, te uz odgovarajuću ulogu temperature vode i hidrodinamičkog otpora vode pri plivanju postići i popuštanje emotivnih tenzija.

Trakcija zglobova kuka i medicinska masaža indicirane su kod koksartroze kod koje prevladava komponenta mišićne napetosti i boli. Masaža je osobito efikasna kod tendinitisa na razini hvatišta na trohanteru, bola mišića i lokalnih infiltrata.

Pri uznapredovaloj fazi primjenjuje se i postupna, oprezna mobilizacija kuka. Rehabilitacijski postupak obuhvaća, u okviru mjera fizikalne terapije, primjenu elektroterapije, prije svega dijadinamskih i interferentnih struja koje ujedinjuju analgetski i trofičko-metabolički učinak, dok se TENS pokazao učinkovitijim u kontroli boli poslijeoperativno.

Egzogena i endogena primjena termoterapije primjenjuje se u svrhu redukcije boli i relaksacije mišića, ali uz određeni rizik egzacerbacije.

Magnetoterapija normalizira oksigenaciju i trofizam, a time može prekinuti *circulus viciosus* između upale, boli, mišićne kontrakture i smanjenja funkcije zglobova. Osim toga koristi se i učinak rekalkifikacije kod inaktivitetne osteoporoze.

Terapijski ultrazvuk se primjenjuje zbog učinka duboke masaže i prevencije formiranja kalcifikacija i upalnih procesa na mjestima oštećenja kapsule.

Elektrostimulacija, npr. Kotzovim strujama može biti korisna za vrijeme i nakon duljih razdoblja imobilizacije.

Prkazat će se šest osnovnih vježbi koje se mogu provoditi u sve četiri faze

koksartroze, najprije pod kontrolom fizioterapeuta, a zatim redovito kod kuće uz povremene kontrole fizijatra.

Prva vježba

Izvodi se u ležećem položaju, koljena flektirana, stopala na podlozi, ruke uz tijelo, zdjelica u ravnini s toraksom (izravnanje fizioloških krivina).

Polagano kliziti petama po podlozi i ispružiti noge (slika 1).



Druga vježba

Izvodi se kao prva vježba, samo s jednom nogom (slika 2).



Treća vježba

Izvodi se u ležećem položaju, noge su flektirane (slika 3a). Snažno adducirati koljena, zadržati ih u tom položaju pa opustiti u položaj abdukcije (slika 3b).



Četvrta vježba

Izvodi se u stojećem stavu; zdrava noga postavljena je na povišenje oko 10 cm, a ruka iste strane je na ruko-hvatu; sa zahvaćenom nogom izvode se pokreti abdukcija/addukcija i unu-tarnja/vanjska rotacija (sli-ka 4).



Peta vježba

Zauzme se položaj kao u vježbi 4, opterećenje je na zahvaćenoj nozi. Izvode se pendularni pokreti izbjegavajući kompenzaciju s trupom.

Šesta vježba

To je vježba hoda uz posturalnu kontrolu; od bolesnika se traži da izvodi male oscilacije radi kontrole ravnoteže. Zatim se izvode serije malih koraka prema naprijed i natrag zbog kontrole stava pri dinamici hoda.

LITERATURA

1. Gigante G., Gentili S. *Attuali orientamenti di medicina riabilitativa sulla coxartrosi*. La Riabilitazione 1995; 28(1):21-41.
2. Jajčić I. *Reumatologija*. Medicinska knjiga, Zagreb: 1995.
3. Jajčić I. i sur. *Fizikalna medicina*. Medicinska knjiga, Zagreb: 1995.
4. Lapadula G. *Glicosaminoglicine e osteoartrosi*. Piccin, Padova: 1990.
5. Ruszkovski I., Krivec I. i Ružička A. *Rasteretne vježbe u konzervativnom liječenju koksartroze*. Reumatizam 1972; 4:133.