

κεφάλαιο

3



**ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ
ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

3.1 Εισαγωγή

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι η πιο συχνή από τις χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του αρθρικού υμένα. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Προσβάλλει το 3% του πληθυσμού συνήθως στην τέταρτη δεκαετία. Η εμφάνισή της είναι πιο συχνή στις γυναίκες.

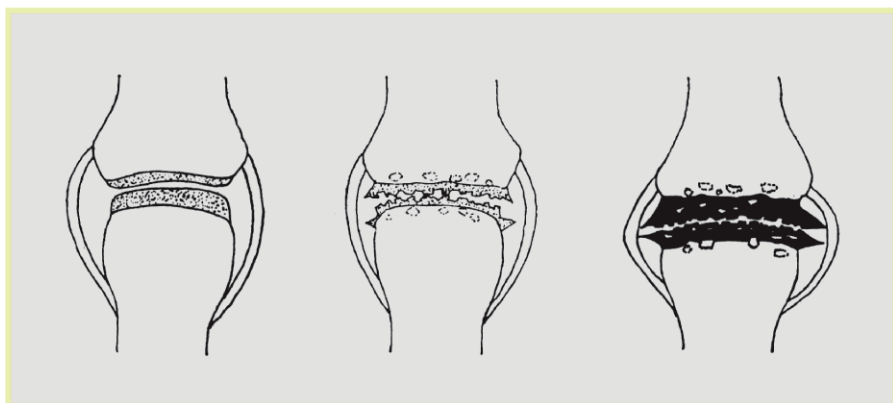
Πιο συχνά προσβάλλει συμμετρικά τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών, αλλά μπορεί να βλάψει και οποιαδήποτε άλλη άρθρωση. Μερικές φορές μπορεί να εντοπιστεί και σε άλλα όργανα εκτός από τις αρθρώσεις, όπως το δέρμα και τα μάτια.

3.1 α. Παθολογία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Η πάθηση αρχίζει από τον υμένα (υμενίτιδα), που φλεγμαίνει και προκαλεί διόγκωση της άρθρωσης λόγω της παραγωγής παθολογικού υγρού.

Στο δεύτερο στάδιο η νόσος προσβάλλει τον χόνδρο και το υποχόνδριο οστό και σιγά σιγά το καταστρέφει. Επίσης, δημιουργείται τενοντοελυτρίτιδα και ενδεχομένως μερική ή και πλήρης ρήξη των τενόντων. Οι αρθρώσεις είναι οιδηματώδεις με άφθονη ποσότητα υγρού.

Το τρίτο στάδιο είναι το στάδιο της παραμόρφωσης, κατά το οποίο στις αρθρώσεις παρατηρούνται αστάθεια – λόγω της διάτασης του θυλάκου – και παραμόρφωση. Ο χόνδρος έχει καταστραφεί τελείως (εικ. 3.1).

**Εικόνα 3.1**

*Εικόνα καταστροφής του χόνδρου
στην ρευματοειδή αρθρίτιδα*

3.1 β. Κλινική εικόνα

Η πάθηση είναι σχεδόν πάντα συμμετρική. Αρχίζει από τις περιφερικές αρθρώσεις, όπως χέρια, πόδια, γόνατα. Σπανιότερα προσβάλλει τα ισχία και τη σπονδυλική στήλη.

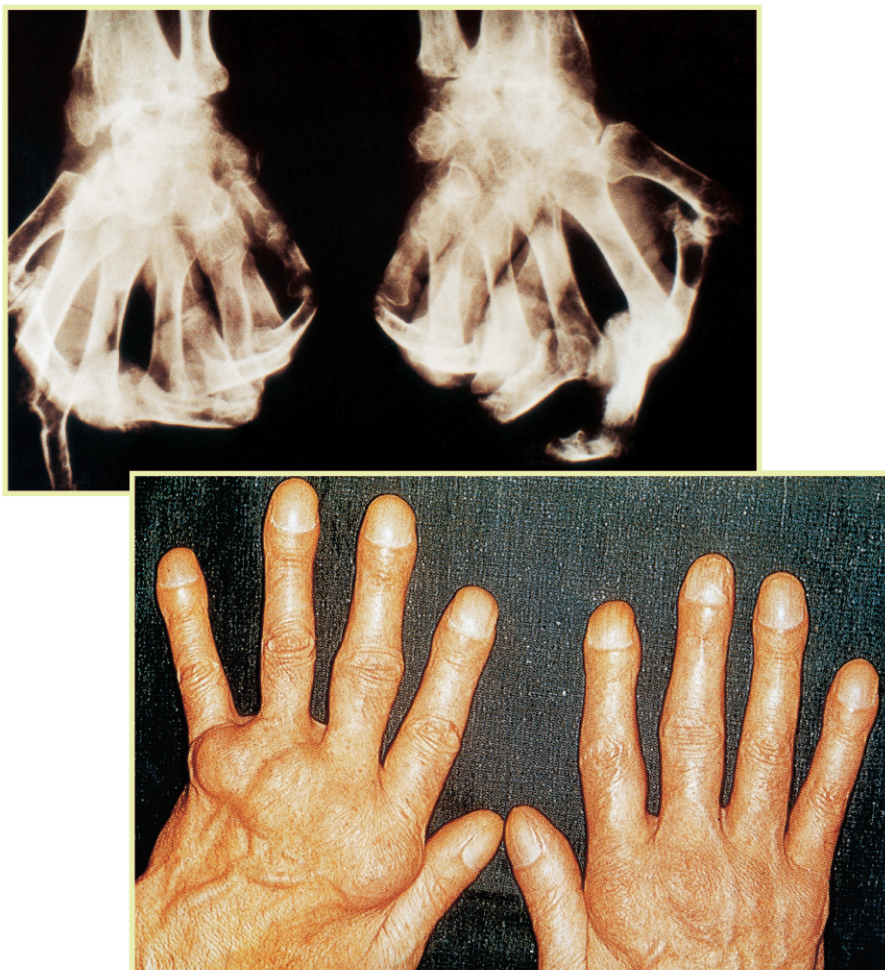
Στη σπονδυλική στήλη, πιο συχνά προσβάλλεται η ατλαντοϊνιακή άρθρωση, δηλαδή η άρθρωση μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου αυχενικού σπονδύλου.

Στο χέρι, πιο συχνά προσβάλλονται οι μετακαρπιοφαλαγγικές αρθρώσεις και οι πρώτες φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις, σε αντίθεση με την εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα στην οποία προσβάλλονται οι τελικές φαλαγγικές αρθρώσεις.

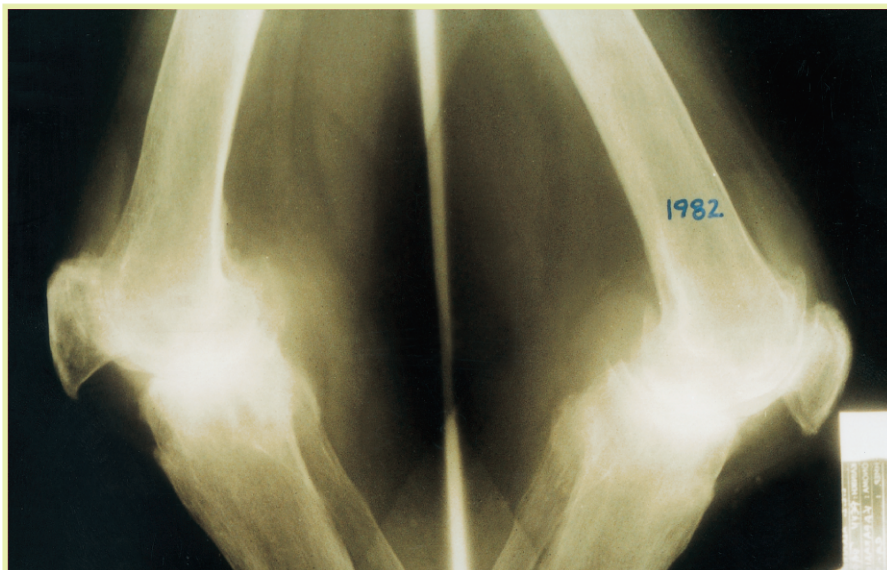
Τα πρώτα κλινικά ευρήματα είναι πόνος, οίδημα και δυσκαμψία, κυρίως των μικρών αρθρώσεων του χεριού, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Τα συμπτώματα είναι συμμετρικά. Στο ιστορικό του ασθενούς μπορεί να αναφέρονται αδυναμία, εύκολη κόπωση, κακοδιαθεσία. Η δυσκαμψία είναι πρωινή (μετά το ξύπνημα) και, όσο περνά η μέρα, αρχίζει να ελαττώνεται. Πολύ συχνά υπάρχει τενοντοελυτρίτιδα των εκτεινόντων στον καρπό και των καμπτήρων τενόντων στην παλάμη. Στην ψηλάφηση θα διαπιστώσουμε πάχυνση των ελύτρων και των τενόντων και ευαισθησία στην πίεση. Εάν έχουν προσβληθεί οι μεγάλες αρθρώσεις, τότε θα έχουμε συλλογή υγρού (ύδραρθρο), περιορισμό της κίνησης και θερμότητα.

Σε προχωρημένα στάδια, παρατηρούμε παραμορφώσεις των αρθρώ-

σεων. Τότε ο πόνος γίνεται πιο βύθιος και συνεχής. Χαρακτηριστική είναι η παραμόρφωση των χεριών, που παίρνουν θέση κάμψης με ωλένια απόκλιση στις μετακαρπιοφαλαγγικές αρθρώσεις και έκταση στις πρώτες φαλαγγοφαλαγγικές (εικ. 3.2). Τα γόνατα, οι αγκώνες και τα ισχία παρουσιάζουν μόνιμη σύγκαμψη (εικ. 3.3). Η δραστηριότητα του ασθενούς μειώνεται σημαντικά και στα τελικά στάδια μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα ακόμα και στην αυτοεξυπηρέτησή του (δεν μπορεί εύκολα να ντυθεί) (εικ. 3.4).

**Εικόνα 3.2**

Η παραμόρφωση των χεριών

**Εικόνα 3.3**

*Η παραμόρφωση των γονάτων,
στην ρευματοειδή αρθρίτιδα*

**Εικόνα 3.4**

Αδυναμία του ασθενή να αυτοεξυπηρετηθεί

Η εξέλιξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι μακροχρόνια και έχει εξάρσεις και υφέσεις.

Σε ασθενείς με βαριά ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να εμφανιστούν και εξωαρθρικές εντοπίσεις. Πιο χαρακτηριστικοί είναι οι ρευματοειδείς όζοι, οι οποίοι είναι υποδόρια ογκίδια και συνήθως εντοπίζονται στη ραχιαία επιφάνεια του αγκώνα. Εμφανίζονται στο 25% των ασθενών.

3.1 γ. Ακτινολογικός έλεγχος

Στο αρχικό στάδιο της ρευματοειδούς αρθρίτιδας δεν υπάρχουν ακτινολογικά ευρήματα. Αργότερα εμφανίζονται διαβρώσεις στα σημεία, όπου ο αρθρικός υμένας ενώνεται με το οστό, και στένωση του μεσάρθριου διαστήματος (εικ. 3.5) λόγω της καταστροφής του χόνδρου.

Στα προχωρημένα στάδια οι παραμορφώσεις είναι μεγάλες, όπως και η αποδιοργάνωση των αρθρώσεων με υπεξαρθρήματα.



Εικόνα 3.5

Η ακτινολογική εικόνα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Στένωση μεσαρθρίου διαστήματος.

3.1 δ. Εργαστηριακός έλεγχος

Η Τ.Κ.Ε. (ταχύτητα καθίζησης του αίματος) είναι αυξημένη. Υπάρχει ήπια αναιμία. Η C αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) είναι θετική.

Ο ρευματοειδής παράγοντας (Ra-test) βρίσκεται στο αίμα των ασθενών σε ποσοστό 70%, τρεις ή τέσσερις μήνες μετά την έναρξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Καμιά από τις παραπάνω δοκιμασίες δεν είναι ειδική για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η Αμερικανική Ρευματολογική Εταιρία θεωρεί ότι ένας ασθενής έχει ρευματοειδή αρθρίτιδα, όταν παρουσιάζει για εβδομάδες τέσσερα από τα επτά παρακάτω συμπτώματα – κριτήρια της νόσου:

1. πρωινή δυσκαμψία που διαρκεί τουλάχιστον μία ώρα,
2. αρθρίτιδα τριών ή περισσότερων αρθρώσεων,
3. αρθρίτιδα στις αρθρώσεις του χεριού,
4. συμμετρική αρθρίτιδα,
5. ύπαρξη υποδόριων οζιδίων,
6. ύπαρξη ρευματοειδούς παράγοντα (Ra-test),
7. αλλοιώσεις ρευματοειδούς αρθρίτιδας στον ακτινολογικό έλεγχο.

Η βιοψία του αρθρικού υμένα δεν έχει ακόμα μεγάλη διαγνωστική αξία.

3.1 ε. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Πρέπει από την αρχή να ενημερωθεί ο ασθενής ότι δεν υπάρχει θεραπεία για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Στόχοι της θεραπευτικής αγωγής είναι:

- Η ελάττωση του πόνου στις οξείες φάσεις της νόσου.
- Η πρόληψη των παραμορφώσεων και η διατήρηση της κινητικότητας των αρθρώσεων.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση χωρίζεται σε συντηρητική (φάρμακα και φυσικοθεραπεία) και χειρουργική.

Στη φαρμακευτική αγωγή μπορούμε να χορηγήσουμε στην αρχή αντιφλεγμονώδη και παυσίπονα. Εάν δεν έχουμε αποτελέσματα, τότε χορηγούμε ειδικά αντιρρευματικά φάρμακα, όπως είναι τα άλατα χρυσού, η

πενικιλαμίνη, η μεθοτρεζάτη. Μερικές φορές οι ενδοαρθρικές εγχύσεις φαρμάκων είναι πολύ αποτελεσματικές. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος – σε επανειλημμένες εγχύσεις – να προκαλέσουν βλάβη στην άρθρωση.

Η χειρουργική αγωγή στη ρευματοειδή αρθρίτιδα έχει θέση τόσο στα αρχικά όσο και στα προχωρημένα στάδια. Στα αρχικά στάδια ο ασθενής υποβάλλεται σε υμενεκτομή, και έτσι ελαττώνεται ο πόνος και καθυστερεί ή αναστέλλεται η καταστροφή της άρθρωσης. Στα προχωρημένα στάδια, όπου πλέον η άρθρωση έχει μεγάλες βλάβες, γίνονται αρθροπλαστικές και αρθροδέσεις.

3.2 Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα ανήκει στα ρευματικά νοσήματα, τα οποία είναι χρόνιας, εξελικτικές και υποτροπιάζουσες παθήσεις. Για το λόγο αυτό αποτελούν βασικό ανασταλτικό παράγοντα της φυσιολογικής ικανότητας των ασθενών και συχνά καταλήγουν σε αναπηρία.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια συστηματική ασθένεια, η οποία έχει εξάρσεις και υφέσεις. Αυτά τα δύο στοιχεία έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη φυσικοθεραπευτική αντιμετώπισή της.

Το γεγονός ότι είναι συστηματική ασθένεια σημαίνει πως συνήθως προσβάλλει περισσότερες από μια αρθρώσεις. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο φυσικοθεραπευτής καλείται να βοηθήσει έναν ασθενή με πολλαπλά προβλήματα, τα οποία διαφέρουν κατά περίπτωση. Είναι, λοιπόν, λογικό να μην υπάρχει ένας γενικός τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα· θα πρέπει επομένως να σχεδιάζεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης για κάθε ασθενή, ανάλογα με τα ειδικά προβλήματα που έχει.

Από την άλλη, το γεγονός ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει υφέσεις και εξάρσεις έχει πρακτική σημασία, όσον αφορά τον τρόπο και τα μέσα θεραπείας. Για παράδειγμα, εάν δοθούν ασκήσεις ενδυνάμωσης ή ασκήσεις μεγάλου εύρους σε έναν ασθενή που είναι στην ενεργή φάση της νόσου (έξαρση), τότε το αποτέλεσμα πιθανότατα θα είναι η αύξηση του πόνου και η επιδείνωση της γενικότερης κατάστασης.

Οι βασικοί στόχοι της φυσικοθεραπείας σε έναν ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι:

- Η μείωση του πόνου.

- Η μείωση της φλεγμονής.
- Η διατήρηση και η αύξηση της κινητικότητας των αρθρώσεων.
- Η διατήρηση και η αύξηση της μυϊκής δύναμης.

3.2 α. Μείωση του πόνου

Η μείωση ή/και η κατάργηση του πόνου είναι το βασικό μέλημα τόσο του ασθενούς, όσο και του φυσικοθεραπευτή. Για τη μείωση του πόνου χρησιμοποιούνται:

- Διάφορα μέσα θερμοθεραπείας.
- Ψυχρά επιθέματα.
- TENS.
- Laser χαμηλής ισχύος.

Τα διάφορα μέσα θερμοθεραπείας στοχεύουν τόσο στην επιφανειακή αύξηση της θερμότητας, όσο και στην 'εν τω βάθει' αύξησή της. Η επιφανειακή θερμοθεραπεία επιτυγχάνεται με την εφαρμογή των θερμών επιθεμάτων, της υπέρυθρης ακτινοβολίας και της υδροθεραπείας, ενώ η 'εν τω βάθει' θερμοθεραπεία με την εφαρμογή των υπερήχων και των μικροκυματικών διαθερμιών. Η θερμοθεραπεία στη ρευματοειδή αρθρίτιδα χρησιμεύει κυρίως ως συμπληρωματικό και διευκολυντικό μέσο για την κινησιοθεραπεία· κατά κάποιο τρόπο, δηλαδή, προετοιμάζει τις αρθρώσεις και τους μαλακούς ιστούς, για να εκτελεστούν πιο εύκολα οι θεραπευτικές κινήσεις.

Για τη μείωση του πόνου στη ρευματοειδή αρθρίτιδα χρησιμοποιούνται κυρίως τα ψυχρά επιθέματα και τα TENS.

Την τελευταία δεκαετία έχει υιοθετηθεί η χρήση των laser χαμηλής ισχύος, τα οποία φαίνονται να μειώνουν τον πόνο και τη φλεγμονή.

3.2 β. Διατήρηση και αύξηση της κινητικότητας των αρθρώσεων και της μυϊκής δύναμης

Παραδοσιακά οι πιο σημαντικοί στόχοι της κινησιοθεραπείας στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν: α) η διατήρηση της κινητικότητας των αρθρώσεων και β) η διατήρηση της μυϊκής δύναμης.

Οι τύποι των ασκήσεων που κυρίως χρησιμοποιούνταν ήταν:

- ασκήσεις που βάζουν λίγο φορτίο στις αρθρώσεις, όπως ασκήσεις εύρους κίνησης και ασκήσεις χωρίς φορτίο, και
- ισομετρικές ασκήσεις.

Οι **βασικοί στόχοι** των ασκήσεων στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι:

- η αύξηση της αερόβιας ικανότητας και κατά συνέπεια η μείωση της αίσθησης της κόπωσης,
- η διατήρηση και η αύξηση της μυϊκής δύναμης,
- η διατήρηση και η αύξηση της κινητικότητας των αρθρώσεων.

Το πρόγραμμα των ασκήσεων για τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, πρέπει να περιλαμβάνει:

- ποδήλατο (στατικό ή μη),
- κολύμβηση,
- ασκήσεις σε σκάλα,
- αεροβικές ασκήσεις,
- ασκήσεις εύρους κίνησης (διατάσεις),
- ασκήσεις ενδυνάμωσης.

Τέλος, η κολύμβηση σε θερμαινόμενη πισίνα για περιορισμένα χρονικά διαστήματα θεωρείται μια εξαιρετική άσκηση για τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κατά τη διάρκεια του εργαστηρίου ο Καθηγητής – Φυσικοθεραπευτής θα παρουσιάσει τις παρακάτω φυσικοθεραπευτικές διαδικασίες στους μαθητές. Στη συνέχεια οι μαθητές θα τις εφαρμόσουν για να μπορέσουν να τις κατανοήσουν. Με τον τρόπο αυτό θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τον φυσικοθεραπευτή σε ανάλογα προβλήματα, όταν αυτό τους ζητηθεί.

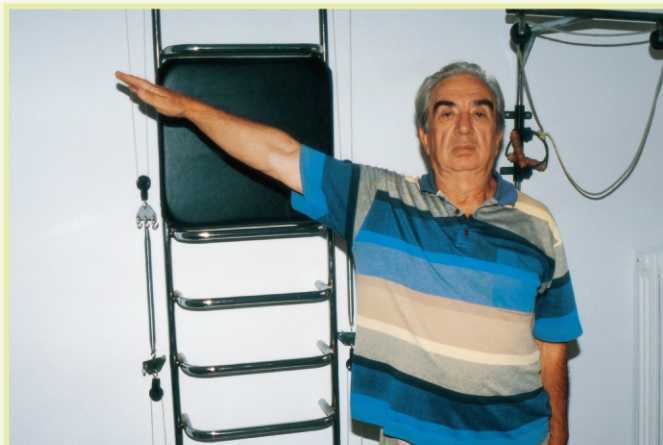
Ασκήσεις άνω ακρών για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα

1. **Κάμψη ώμων:** ο ασθενής βρίσκεται στην όρθια θέση και σηκώνει ταυτόχρονα τα χέρια του ψηλά, σε πλήρη κάμψη των ώμων (εικ. 3.6).



Εικόνα 3.6

2. **Απαγωγή ώμων:** ο ασθενής βρίσκεται στην όρθια θέση και σηκώνει το χέρι του τεντωμένο, από τα πλάγια του σώματος. Στη συνέχεια κάνει το ίδιο στο άλλο χέρι (εικ. 3.7).



Εικόνα 3.7

3. Ο ασθενής βρίσκεται στην καθιστή θέση και βάζει το χέρι του στον αντίθετο ώμο (εικ.3.8).



Εικόνα 3.8

4. Έκταση – έσω στροφή του ώμου: ο ασθενής βρίσκεται στην όρθια θέση, κινεί το χέρι του προς τα πίσω και λυγίζει τον αγκώνα, μέχρι το χέρι του να ακουμπήσει τους γλουτούς. Από τη θέση αυτή μετακινεί το χέρι του όσο πιο ψηλά μπορεί (εικ. 3.9)



Εικόνα 3.9

5. Εκκρεμοειδείς κινήσεις: ο ασθενής σκύβει προς τα εμπρός, στηριζόμενος με το ένα χέρι του σε ένα σταθερό αντικείμενο. Αφήνει το άλλο χέρι να κρέμεται χαλαρό προς τα κάτω. Από τη θέση αυτή μπορεί να κάνει αργές κινήσεις:

- κάμψης-έκτασης (εικ. 3.10)



Εικόνα 3.10

- απαγωγής-προσαγωγής (εικ. 3.11)



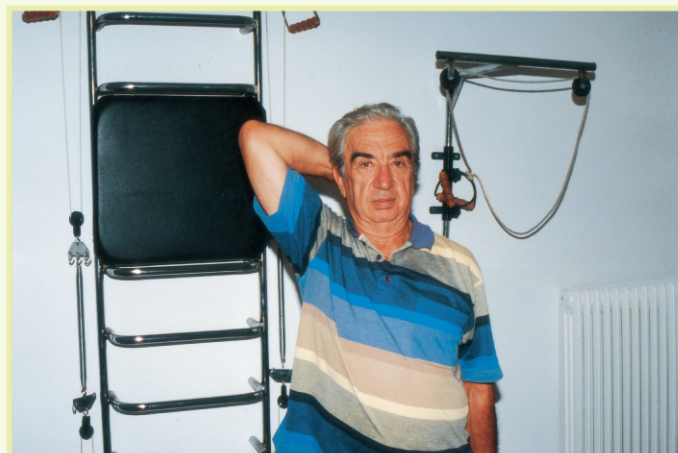
Εικόνα 3.11

- στροφικές κινήσεις (εικ. 3.12).

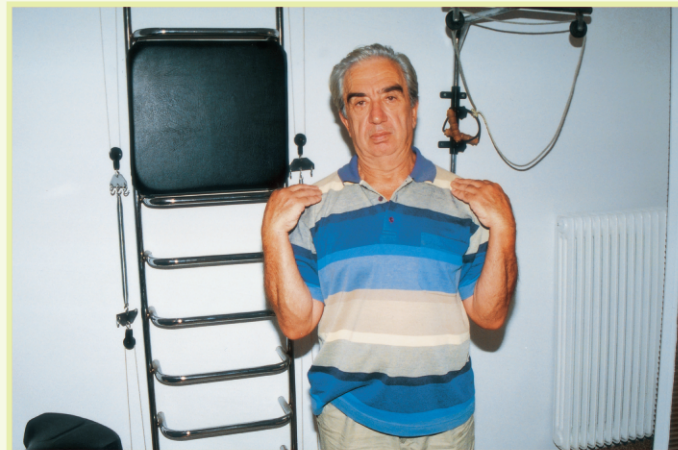


Εικόνα 3.12

6. Ο ασθενής σηκώνει το χέρι του λυγίζοντας τον αγκώνα και προσπαθεί να το φέρει στο πίσω μέρος του κεφαλιού (εικ. 3.13).

**Εικόνα 3.13**

7. **Κάμψη – Έκταση αγκώνα:** Ο ασθενής αφήνει τα χέρια του να κρέμονται χαλαρά στα πλάγια του σώματός του. Από τη θέση αυτή, λυγίζει τους αγκώνες και στη συνέχεια τους τεντώνει (εικ. 3.14).

**Εικόνα 3.14**

8. **Πρηνισμός – Υπτιασμός αντιβραχίου:** Ο ασθενής τεντώνει το χέρι του μπροστά και στρίβει τον καρπό του δεξιά και αριστερά, σαν να κάνει την κίνηση του βιδώματος (εικ. 3.15)

**Εικόνα 3.15**

9. Ασκήσεις καρπού: Ο ασθενής τοποθετεί το αντιβράχιο και τον καρπό του επάνω σε ένα τραπέζι. Από τη θέση αυτή μπορεί να κάνει:

- έκταση καρπού (εικ. 3.16)

**Εικόνα 3.16**

- κάμψη καρπού (εικ. 3.17)



Εικόνα 3.17

- ωλένια και κερκιδική απόκλιση του καρπού (εικ. 3.18).



Εικόνα 3.18

10. Ασκήσεις δαχτύλων:

- κάμψη και έκταση των δαχτύλων (εικ. 3.19)

**Εικόνα 3.19**

- απαγωγή – προσαγωγή των δαχτύλων (εικ. 3.20)

**Εικόνα 3.20**

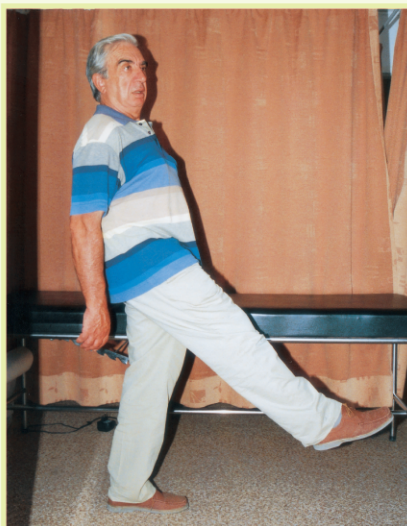
- **κινήσεις του αντίχειρα:** ο ασθενής ακουμπά με τον αντίχειρά του ένα ένα, τα υπόλοιπα δάχτυλα (εικ. 3.21)



Εικόνα 3.21

Ασκήσεις κάτω ακρών για ρευματοειδή αρθρίτιδα

- 1) **Κάμψη – Έκταση ισχίου:** Ο ασθενής είναι στην όρθια θέση. Από τη θέση αυτή κάνει κάμψη και έκταση ισχίου (εικ. 3.22).



Εικόνα 3.22

- 2) **Κάμψη – Έκταση γονάτου και ισχίου:** Ο ασθενής είναι στην ύπτια κατάκλιση. Από τη θέση αυτή λυγίζει το πόδι του και το επαναφέρει (εικ. 3.23).



Εικόνα 3.23

- 3) **Απαγωγή ισχίου:** Ο ασθενής είναι στην πλάγια κατάκλιση. Από τη θέση αυτή καλείται να σηκώσει το πόδι ψηλά (εικ. 3.24).



Εικόνα 3.24

- 4) **Ισομετρική σύσπαση τετρακέφαλου:** Ο ασθενής είναι στην ύπτια κατάσταση με τα πόδια του τεντωμένα. Τοποθετείται ένα μικρό μαξιλάρι ή μία πετσέτα ρολλό κάτω από το γόνατό του. Του ζητάμε να πιέσει το μαξιλάρι με το γόνατό του και να τεντώσει το πόδι του (εικ. 3.25).



Εικόνα 3.25

- 5) **Έκταση γονάτου:** Ο ασθενής είναι σε καθιστή θέση. Από τη θέση αυτή του ζητάμε να τεντώσει καλά το γόνατό του και να το επαναφέρει (εικ. 3.26).



Εικόνα 3.26

6) Ασκήσεις Ποδοκνημικής και Δαχτύλων:

- ραχιαία – πελματιαία κάμψη (εικ. 3.27)

**Εικόνα 3.27**

- ανάσπαση έσω και έξω χεΐλους (εικ. 3.28)



Εικόνα 3.28

- κάμψη και έκταση δαχτύλων (εικ. 3.29).



Εικόνα 3.29

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποια είναι η κλινική εικόνα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας;
2. Ποιοι είναι οι στόχοι της φυσικοθεραπείας στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα;
3. Ποια είναι τα φυσικοθεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται για τη μείωση του πόνου στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα;
4. Ποιοι είναι οι στόχοι της κινησιοθεραπείας στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα;
5. Τι περιλαμβάνει το πρόγραμμα της κινησιοθεραπείας στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα;