

МЕТОДИ ТЕСТУВАННЯ ПРИ АНКІЛОЗУЮЧОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ

Ступак А.О.

Науковий керівник: к. н. з фіз.вих., доцент Гончарук Н.В.
Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
stupakanastasia@icloud.com

Вступ. Анкілозуючий спондилоартрит (АС) – хронічне системне запалення суглобів, переважно хребта, з обмеженням його рухливості за рахунок анкілозування апофізальних суглобів, формування синдесмофітів і кальцифікації спінальних зв'язок. Загальна поширеність АС в світі становить 0,1–1,9%, захворювання вражає переважно чоловіків у співвідношенні 3:1 віком від 20 до 40 років. За даними статистики МОЗ України в наш час поширеність АС серед дорослого працездатного населення складала 22,1–26,9% на 100 тис. населення. АС характеризується розвитком системного запального процесу з переважним ураженням хребта, наявністю хронічного больового синдрому, схильністю до прогресування з розвитком ранньої інвалідизації, що має велике соціальне значення. Фізична терапія має велике значення в процесі реабілітації і за допомогою використання методів контролю і оцінювання реабілітаційного процесу, сприяє поліпшенню функцій органів і систем порушених у разі захворювання.

Мета дослідження. Представити та охарактеризувати основні методи тестування, які використовуються при анкілозуючому спондиліті.

Матеріали та методи. В процесі дослідження методів тестування при ревматичних захворюваннях було використано науково-методичну літературу та синтез сучасних джерел інформації.

Результати та їх обговорення. Анкілозуючий спондилоартрит — захворювання з невідомою етіологією, але важливо звертати увагу на таку симптоматику, як запальний біль. Найбільш часто анкілозивний спондиліт починається з болю в спині. Болі в спині часто розвиваються в нічний час, можуть мати різну інтенсивність, схильні до рецидивування. Характерними є ранкова скутість, що зникає після рухів, та спазм паравертебральних м'язів. Критеріями для визначення запального характеру болю в спині є: підступний початок болю в спині, в крижово-клубових суглобах і сідничних областях (проявляється як чергування болю в сідницях), які прогресують, залучаючи весь хребет; вік початку захворювання менше 45 років; тривалість більше 3 місяців; ранкова скутість тривалістю більше 30 хвилин; пацієнт прокидається о другій половині ночі через біль, але згодом біль полегшується; біль і

скутість посилюються при бездіяльності і поліпшуються при фізичних навантаженнях.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Хронічний запальний процес хребта може призвести до зменшення обсягу рухів і злиття тіл хребців. Залучення шийного і верхнього грудного відділу хребта може призвести до зрощення в нахиленому вперед зігнутому положенні. Це положення може значно обмежити здатність пацієнта пересуватися і дивитися прямо перед собою. Ригідність хребта і кіфоз, що призводять до сутулості, характерні для розгорнутої стадії АС. Раніше в перебігу захворювання можуть спостерігатися болючість при пальпації в області крижово-клубових з'єднань (спричинена або прямим тиском, або опосередкованим стисненням). Деякі пацієнти можуть мати деформацію хребта, найчастіше з втратою поперекового лордозу і акцентованим грудним кіфозом.

Методи тестування у фізичній терапії при захворюваннях хребта - це діагностичний метод, який використовується для визначення причини болю та для оцінки амплітуди та якості рухів хребта і кінцівок. Найбільш поширеними методами тестування для визначення фізичного стану пацієнта з АС є:

- Тест Шобера.

Цей тест використовується для визначення того, чи є зменшення поперекового діапазону рухів хребта, найчастіше в результаті анкілозуючого спондиліту.

Спосіб проведення тестування: Пацієнт знаходиться у вихідному положенні, фізичний терапевт відзначає остистий відросток L5, проводячи горизонтальну лінію вздовж поперекового відділу спини пацієнта, а другу лінію відзначає на 10 см вище першої лінії. Далі пацієнту пропонується зробити нахил тулуба вперед, ніби намагаючись торкнутися пальців ніг. Фізичний терапевт вимірює відстань між двома лініями з повним згинанням тулубу пацієнта. При нахилі пацієнта вперед відстань збільшується, в нормі більш ніж на 5 см. При значенні більше ніж 5 см тестування вважається позитивним.

- Тест Флеше (відстань від потилиці до стіни)

Використовується для виявлення грудного кіфозу та рухливості шийного відділу.

Спосіб проведення тестування: Тест виконується за на допомогою оглядової стійки. Пацієнт стоїть прямо, опираючись спиною до стіни. П'яти, литки, сідниці та плечі також торкаються стіни. Потім пацієнту пропонується максимально витягнути шию, намагаючись торкнутися стіни потилицею. Відстань між потилицею і стінкою є мірою ступеня згинальної деформації шийного відділу хребта. Якщо потилиця не торкається стіни, то відстань між

потилицею і стіною вимірюється лінійкою. Значення більше ніж 2 см означає позитивне тестування.

- Індекс інвалідності Освестрі

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Заповнена пацієнтом анкета, яка дає суб'єктивну відсоткову оцінку рівня функції (інвалідності) в діяльності повсякденного життя у пацієнтів, що страждають на ревматичні захворювання. Анкета досліджує підвищений рівень інвалідності в 10 повсякденних справах повсякденного життя. Кожен пункт складається з 6 тверджень, які оцінюються від 0 до 5. З 0 вказує на найменшу інвалідність і 5 найбільшу.

- Симптом Кушелєвського-Патріка

Використовується для визначення появи болю при натисканні долонями на гребені клубових кісток у положенні лежачи на спині і на боці.

Проводиться у двох варіаціях:

- симптом Кушелєвського (I): пацієнту пропонується лягти на спину на тверду поверхню. Фізичний терапевт кладе руку на гребені клубових кісток спереду і різко натискає на них. При наявності запалення в крижово-клубових зчленуваннях виникає біль у ділянці крижів, тоді симптом вважається позитивним;

- симптом Кушелєвського (II): пацієнту пропонується лягти на бік, фізичний терапевт кладе руки на ділянку клубової кістки і різко натискає на неї. Якщо пацієнт при цьому відчуває біль у крижах, симптом вважається позитивним;

Висновок. Анкілозуючий спондилоартрит - хронічне запальне ревматичне захворювання з невідомою етіологією. Уражені суглоби хребта поступово стають жорсткими і чутливими. Це може привести до структурних і функціональних порушень і зниження якості життя. Частини тіла, що найбільш уражені при АС, - це осьовий скелет і крижово-клубові суглоби. Тестування у фізичній терапії використовуються для оцінки стану та прогресу пацієнта. Представлені тести можуть бути використані для моніторингу наслідків лікування та оцінки динаміки функціональних змін у процесі реалізації реабілітаційних заходів. Проведення своєчасного діагностування підкреслюють ефективність і правильність добору засобів реабілітації.