

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНО ПОДОБРАННЫХ МЕТОДИКАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Язенок И.В.

Филиал «Детский санаторий «Росинка»
ОАО «Белагроздравница»

Остеоартроз (ОА) – хроническое дегенеративное заболевание с преимущественным поражением на ранних стадиях суставного хряща и прилежащих структур. Прогрессирующий характер заболевания требует длительного, практически постоянного, этапного и индивидуализированного лечения с использованием различных методов воздействия на патологический процесс. Одним из важнейших видов комплексной терапии пациентов ОА, наряду с лекарственной терапией, представляется санаторный этап реабилитации.

Все больше данных о том, что остеоартроз представляет собой воспалительный процесс. Эта позиция принята в зарубежной литературе (остеоартрит). При остеоартрите в процесс вовлекаются все структуры сустава, включая хрящ, синовиальную и подлежащую кость. Клетки каждой из перечисленных тканей имеют независимые возможности для инициирования и поддержания ответа на повреждение, приводящего к нарушению метаболизма и разрушению хряща.

В норме существует строгая регуляция обновления матрикса – тонкий баланс между синтезом и разрушением. При ОА этот баланс нарушается, причем усиливается как синтез, так и распад матрикса с преобладанием катаболизма.

Лечение ОА остается нерешенной проблемой. Выделяют две группы лекарственных средств: симптоматические и болезнь (синдром) – модифицирующие лекарственные средства. К первой группе традиционно относят НПВС. К другой – медленно действующие структурно-модифицирующие лекарственные средства (ЛС) полученные синтетическим путем компоненты матрикса хряща или из хряща животных (глюкозамин, хондроитин, гиалуроновая кислота).

Группа европейских экспертов при лечении ОА рекомендует учитывать: наличие факторов риска (ожирение, нежелательные механические факторы, повышенная физическая активность);

- наличие общих признаков (возраст, сопутствующие заболевания, прием лекарственных средств);

- выраженность синдрома боли и функцию сустава;

- наличие синовита;

- локализация и степень функциональных повреждений.

Самой частой локализацией ОА является коленный сустав (у 10% мужчин старше 55 лет). Коксартроз сильнее других локализаций инвалидизирует больных. Оптимальное лечение ОА требует комбинации немедикаментозных и медикаментозных методов.

Существуют два подхода к лекарственной терапии пациентов с заболеваниями суставов на санаторном этапе реабилитации. Сторонники первого подхода считают, что в период пребывания пациента в санатории, ему следует отменить все лекарственные препараты, сделав упор на физиотерапию. По их мнению, организм пациента должен «отдохнуть» от химической агрессии лекарственными средствами. По завершению санаторного этапа реабилитации пациент должен возобновить ранее назначенные схемы лекарственной терапии.

Согласно второму подходу, во время пребывания пациента в санатории предусматривается полное сохранение лекарственной терапии, которую пациент принимал до поступления в санаторий. Физиотерапевтические методы при таком варианте как бы наслаиваются «наверх» на лекарственную терапию.

Мы придерживаемся второго подхода в лечении пациентов ОА на санаторном этапе реабилитации. Этот подход имеет ряд преимуществ.

У пациентов ОА к средствам, модифицирующим течение заболевания, относят хондропротекторы. Это структурные компоненты хрящевой ткани, т.е. своеобразный строительный материал для хондроцитов по восстановлению поврежденных структур в хряще. На фоне воздействия на пациента в санатории физиотерапевтических методов, обмен в хрящевой ткани улучшается. Именно в этот период необходимо достаточное

количество «строительного материала» для производства компонентов хряща хондроцитами. В результате повышается общая эффективность лечения.

Известна возможность развития у многих пациентов в первые недели активного применения санаторных факторов реабилитации так называемых бальнеореакций. Отмена же лекарственных препаратов в этот период, особенно НПВС, приведет лишь к обострению заболевания.

Следует учитывать также наличие сезонности обострений ОА, особенно весной и осенью.

После завершения санаторного этапа реабилитации при уменьшении клинической и лабораторной активности заболевания, возможно уменьшение дозы принимаемых НПВС, либо их полная отмена.

Целью исследования являлся подбор индивидуальных методик санаторного лечения ОА с учетом лечебно-диагностической базы санатория. Учитывались показания и противопоказания в соответствии с возрастом пациента, давностью заболевания, выраженности болевого синдрома, нарушением функции сустава, фазы обострения, приема и доз НПВС, сопутствующих заболеваний.

Наблюдение проводилось на 19 пациентах. Из них 14 женщин и 5 мужчин, в возрасте от 27 до 68 лет с давностью заболевания от 3 до 15 лет. Первую группу составили пациенты без обострения, не принимающие НПВС (9 человек). Вторую группу составили пациенты с легким стойким болевым синдромом, принимали НПВС эпизодически (5 человек). В третью группу вошли пациенты с умеренным стойким болевым синдромом, деформацией суставов, часто принимающие НПВС (3 человека). В четвертую группу наблюдения вошли пациенты с выраженным болевым синдромом, деформацией суставов, ограничением подвижности, ожирением (2 человека).

Физиотерапевтическое лечение по группам наблюдения.

1 группа: гальваногрязь, ванны «скипофитовые», дмв-терапия, массаж;

2 группа: импульсные токи, магнитолазеро-терапия, гальваногрязь, массаж;

3 группа: импульсные токи, фонофорез, дмв-терапия, массаж;

4 группа: магнитотерапия, фонофорез, парафиновые аппликации, подводный душ-массаж.

Физиотерапевтические процедуры, которые использовались при подборе оздоровительных методик:

Гальваногрязи

Для потенцирование действия лечебных грязей и повышения в них роли химического фактора, применяли процедуры с одновременным воздействием на организм лечебной грязи и гальванического тока (гальваногрязь), что позволяет создать в пораженном суставе высокую концентрацию биоактивных веществ, обеспечить более глубокое проникновение в ткани, обеспечить пролонгированное действие биоактивных веществ. Для проведения гальваногрязей использовали аппарат «Поток-1». Электроды накладываем на мешочек с грязью, а между мешочком и кожей одноразовую салфетку. Плотность тока составляла 0,002-0,003 мА/см², продолжительность процедур 5-10 мин.

Импульсная электротерапия

СМТ-терапия на суставы при болях разной интенсивности: РР-III; IV, М-50-100%, ЧМ-25-100Гц, Д-1:1,5 (до ощущения вибрации), (+/-), ЧНК – 5кГц, Т- по 5 минут каждого рода работы, №10-12, ежедневно. Методика: электроды на сустав располагают поперечно, величина их зависит от величины сустава. Воздействие можно проводить на 2-3 участка на один прием. При остром процессе начинают частоту 100 Гц и глубину модуляции 50%, при хроническом 25 Гц и 100% соответственно.

ДДТ-терапия на область пораженного сустава. КП-3-5 минут., ДН 3-5 минут. № 10-12. Ежедневно или через день. Методика: электроды соответственных размеров располагают сначала на боковые, а затем на переднюю и заднюю поверхность. Катод располагают на участке наибольшей болезненности. Рекомендации: ДДТ в целях обезболивания суставов в острой и подострой стадии заболевания.

СМТ-, ДДТ-форез (лидокаин, новокаин, никотиновая кислота, витамин В12, лидаза). Для ослабления болей э/форез местноанестезирующих средств; для снятия спазма и улучшения микроциркуляции (никотиновая кислота, папаверин, но-шпа, ксантинола-никотинат, баралгин), уменьшения контрактур (лидаза).

СМТ-форез лечебной грязи на область суставов. Через 5 минут после наложения грязи подается невыпрямленный СМТ ток в течение 5 минут. Далее РР-III,IV, М-100%, ЧМ 25Гц, Д 4:6, (до ощущения вибрации), (+), ЧНК-5 кГц, Т- по 5 минут каждого рода работ, курс - 10-12 процедур, ежедневно. Методика: грязевые лепешки толщиной 2-3 см, температура 38-40°C накладываются на пораженный сустав, методика наложения электродов поперечная.

Микроволновая терапия

ДМВ терапия (аппарат «Солнышко») обладает болеутоляющим, противовоспалительным, спазмолитическим, бактериостатическим и десенсибилизирующим действием; стимулирует микроциркуляцию и регионарное кровообращение, обмен веществ и процессы регенерации.

Время воздействия 10-15 минут на сустав (не более 30-35 мин.), ежедневно или через день.

Ультразвуковая терапия

УЗТ уменьшает болевой синдром, снимает рефлекторный спазм мышц, стимулирует микроциркуляцию и метаболизм. Он показан больным АО в 1, 2, 3, ст., без явлений синовита, с выраженным болевым синдромом, пролиферативными изменениями в периартикулярных тканях. Фонофорез проводился с использованием кетопрофена, интенсивность ультразвука 0,4-0,6 Вт/см² в непрерывном режиме. Продолжительность процедуры 5-15 минут; курс – 10-15 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Ванны лечебные

Ванны скипидарные готовят путем разбавления готового препарата «Скипофит». Процедуру проводят при температуре воды 36-39°C. Продолжительность ванны 5-10 мин, на курс лечения 10-20 процедур через день. Скипидарные ванны обладают выраженным раздражающим и обезболивающим эффектом, активно влияют на периферическое кровообращение, оказывают противовоспалительное и рассасывающее действие. Их применяют при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.

Магнитолазерная терапия

Аппараты магнитоинфракрасные лазерные терапевтические

«Родник» и «Рикта».

Использовалась надвенная методика и местная.

Улучшение состояния оценивалось по следующим критериям:

- уменьшение болей в суставах;
- уменьшение скованности и хруста при движениях;
- увеличение объема движений;
- уменьшение отечности;
- повышение толерантности к нагрузке.

Длительность ремиссии после лечения оценивалось по количеству обращений в поликлинику, в стационар, по приему лекарственных средств, по динамике изменений за год.

Больше года - 16%, 12 месяцев - 17%, 8 месяцев - 16%, 6 месяцев - 26%, 3 месяца - 40%.

Данные результаты позволяют сделать заключение, что эффективность лечения и длительность ремиссии после лечения ОА выше, если в комплексе лечения были включены индивидуальные программы физиотерапии.