ВЛИЯНИЕ ГИДРОМАГНИТОТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ КОКСАРТРОЗОМ II-III СТЕПЕНИ

Лисковская Ю.О., Крючок В.Г., Согомонян Н.Ф.

УО «БГМУ», Минск, Беларусь

Функциональное состояние пациентов, страдающих коксартрозом (КА) II-III степени, обусловлено как активностью дегенеративно-дистрофического процесса в суставном хряще, так и наличием взаимосвязанных и взаимозависимых болевого синдрома, недостаточности кровообращения и нарушения тонуса мышц нижней конечности.

Следовательно, основными задачами лечения и реабилитации данного контингента пациентов, в том числе при наличии показаний к выполнению операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС), являются достижение обезболивающего и противовоспалительного эффектов, нормализация кровообращения, восстановление мышечного тонуса. Определённое значение имеют также профилактика и коррекция остеопороза, патологии поясничного отдела позвоночника и психоэмоциональных нарушений [1, 2].

Благодаря наличию выраженных анальгетического, спазмолитического, противовоспалительного, сосудо-регулирующего, гипокоагулирующего, трофико-регенераторного, иммуно-модулирующего эффектов, все поставленные задачи позволяет решить новый метод сочетанной физиотерапии – гидромагнитотерапия (ГМТ) с использованием аппарата белорусского производства «АкваСПОК». Важным преимуществом данного метода является возможность замены одним физиотерапевтическим воздействием сразу нескольких других, что сокращает нагрузку на организм пациента и затраты на реабилитационный курс. Основные противопоказания к назначению ГМТ – тяжёлые декомпенсированные состояния со стороны сердечно-сосудистой системы и острые процессы [3].

Целью работы явилось оценить влияние гидромагнито-терапии на функциональное состояние опорно-двигательного аппарата пациентов, страдающих коксартрозом II-III степени.

Репозиторий ГрГМУ

В двух сопоставимых по половозрастному составу, тяжести и длительности основного заболевания, наличию сопутствующей патологии группах из 43-х и 39-ти страдающих КА II-III степени с односторонней локализацией процесса пациентов, проходящих подготовку к проведению планового ТЭТС, в качестве компонента предоперационной подготовки провели, соответственно, процедуры ГМТ по предварительно разработанной нами методике и физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) по стандартной схеме.

Курс ГМТ у пациентов основной группы состоял из выполняемых ежедневно или через день 8-10 процедур продолжительностью 12-15 минут, с максимальной мощностью и магнитной индукцией 16±5 мТл. Воздействие проводили по каналу № 3 при температуре воды 36-37°С. Пациенты контрольной группы получали лазеро-, магнито-, электро- и гидротерапевтические воздействия согласно протоколам и типовым индивидуальным программам медицинской реабилитации.

В динамике у всех пациентов оценили: наличие и интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в диапазоне 0-10 см; затруднения в бытовой деятельности и социальной активности с учётом степени их индивидуальной важности по опроснику «Специфический Индекс Пациента» («SPI»); снижение качества жизни по экспресс-опроснику NAIF в процентах до 100; анатомическое и функциональное состояние тазобедренного сустава по шкале Харриса в баллах до 100; локализацию и степень нарушения местного кровообращения при стандартном термографическом исследовании распределения температуры на поверхности тела в области патологического процесса по наличию и выраженности термоасимметрии от ±0,5°С.

При статистическом анализе результатов исследования использовали пакет прикладных программ STATISTICA 10.0. Для сравнения центральных параметров групп, представленных категориальными переменными, применили критерий хи-квадрат Пирсона (с поправкой Йейтса на непрерывность). Результаты считали значимыми при уровне статистической достоверности $p \leq 0,05$.

Репозиторий ГрГМУ

В результате проведенного исследования отметили хорошую переносимость и отсутствие побочных реакций у всех получавших процедуры ГМТ пациентов.

Определили, что при оценке болевых проявлений как сильных и выраженных всеми представителями обеих участвовавших в исследовании групп до начала терапии, к 5-6 суткам лечения уже 58% пациентов основной группы и только 28% пациентов контрольной группы характеризовали показатель боли как умеренный (3-4 см по ВАШ) (хи-квадрат=7,441, $p<0,05$). По окончании курса лечения зафиксировали сохранение данной тенденции, при этом разность оставалась достоверной.

Более благоприятную субъективную оценку пациентами своего состояния по опроснику «SPI» после проведенного курса терапии установили в основной группе: 79% её представителей обозначили тяжесть своих проблем и степень затруднения основных социальных и бытовых функций как ощутимые. В контрольной группе так оценили свое состояние 39% пациентов (хи-квадрат=14,024, $p<0,05$), при этом 46% из них указали на умеренные, а 10% – на выраженные социально-бытовые нарушения и проблемы, связанные с наличием основного заболевания. У пациентов опытной группы выраженного уровня нарушений не отметили.

Незначительное снижение (до 75%) интегрального показателя качества жизни после курса лечения выявили у 56% пациентов основной и 31% пациентов контрольной групп (хи-квадрат = 5,209, $p<0,05$). В этой группе отметили в основном умеренное (до 50%) снижение качества жизни – у 62% пациентов.

Положительную динамику показателей шкалы Харриса по завершении терапии, при первичном преимущественно неудовлетворительном функциональном состоянии тазобедренного сустава у всех пациентов, определили в 82% случаев в группе опыта и в 72% случаев в группе контроля. Это обусловлено выраженным анальгетическим действием ГМТ, что соответствующим образом изменяет оценку категории «боль» и связанных с ней двигательных расстройств, в том числе хромоты. Состояние 77% пациентов опытной и 54% пациентов контрольной групп по окончании курса ФТЛ обозначили как «хорошее» (80-89 баллов) (хи-квадрат = 4,769, $p<0,05$).

Репозиторий ГрГМУ

Выявили, что при наличии термоасимметрии (гипотермии, отражающей нарушение микроциркуляции) в ±0,5-2°С на стороне патологического процесса до начала соответствующего курса терапии на всех термограммах, на 5-6 сутки лечения у 53% пациентов опытной и 23% пациентов контрольной групп наблюдали повышение температуры на 0,2-0,7°С в областях патологических изменений (хи-квадрат = 12,005, $p<0,05$). К концу курса ФТЛ приближение температуры патологических очагов к температуре на здоровых симметричных участках тела с разницей максимально в 0,3 градуса, свидетельствующее об улучшении кровообращения, наблюдали, соответственно, в 88% и 67% случаев (хи-квадрат с поправкой Йейтса = 4,428, $p<0,05$).

Влияние гидромагнитотерапии на функциональное состояние опорно-двигательного аппарата пациентов с коксартрозом на этапе подготовки к проведению планового тотального эндопротезирования тазобедренного сустава заключается в быстром и эффективном купировании болевого синдрома, что способствует разрешению мышечного спазма, возобновлению компенсаторных возможностей нарушенного кровообращения, улучшению функционирования тазобедренного сустава и восстановлению бытовой и социальной активности.

Соответственно, использование ГМТ у данного контингента пациентов патогенетически и симптоматически обосновано, хорошо переносится и практически не имеет побочного действия, а высокая клиническая эффективность в итоге способствует сокращению затрат времени и ресурсов как на подготовку к операции, так и на последующую реабилитацию после ТЭТС.

Литература:

1. Волошенюк, А.Н. Диспластический коксартроз / А.Н. Волошенюк. – Мн., 2003. – С. 24-29, 50-54.

2. Назаренко, Г.И. Коксартроз / Г.И. Назаренко, В.А. Епифанов, И.Б. Героева. – Москва: «Медицина», 2005. – С. 4-9, 60-104, 118-133.

3. Улащик, В.С. Гидромагнитотерапия / В.С. Улащик, С.В. Плетнёв, А.Н. Разумов. – Минск, 2010. – 28 с.

Репозиторий ГрГМУ