

от применения электросна и дарсонва в сочетании с массажем воротниковой зоны.

ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ СЛАБОСУЛЬФИДНЫХ ВАНН ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ РАДИКУЛИТАХ

А. А. Сочка, А. П. Ротаенко, М. И. Лазорик, Н. Г. Лукач,
В. В. Марфиниц, Ф. Ф. Гайнас

Ужгород

Клинические наблюдения, проведенные на курорте Сняж, показали высокую активность сульфидной бальнеотерапии при радикулитах различной природы (А. П. Ротаенко, 1983).

Минеральные воды курорта Сняж относятся к маломинерализованному типу слабосульфидных сульфатно-кальциевых вод с содержанием «общего сероводорода» в пределах 15—25 мг/л при общей минерализации 1,5 г/л.

Слабосульфидные воды (с содержанием их в количестве от 10 до 50 мг/л по В. В. Иванову и Г. А. Невраеву) оказывают несомненно положительное бальнеотерапевтическое действие при ряде заболеваний опорно-двигательного аппарата (А. А. Сочка, 1964; М. И. Завадяк, 1976; В. В. Полторанов, 1979; А. П. Ротаенко, 1983). Однако эти воды значительно менее изучены по сравнению с крепкими и крепчайшими сульфидными водами, поскольку основные проблемы сульфидной бальнеотерапии в прошлом тщательно исследовались только на курорте Сочи — Мацеста.

В настоящей работе представлены данные по изучению эффективности лечения более 400 больных с вертеброгенными радикулитами, обусловленными в основном межпозвоночным остеохондрозом различной локализации. Больные получали курс сульфидной бальнеотерапии на курорте Сняж, включавший 10—12 ванн через день (со средней концентрацией сульфидов 20 мг/л), массаж и ЛФК. Отдельным больным назначали подводные вертикальные вытяжения в сульфидной воде по методике, разработанной А. П. Ротаенко (1971).

У подавляющего большинства больных (более 95%) после курса лечения получен положительный эффект. В течение года число случаев временной нетрудоспособности снизилось в 2 раза, а число дней нетрудоспособности — в 3,5 раза (А. П. Ротаенко, 1983).

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов сочетаются очень часто, а по мнению нескольких авторов, они представляют собой лишь различные локализации патологического процесса (Chatel A., 1966; Ш. Шуцяну, О. Ионеску-

Блажа, М. Моангэ, 1983). Наши наблюдения подтверждают эту точку зрения. Поэтому у 60 больных межпозвоноквым остеохондрозом в сочетании с первичным деформирующим остеоартрозом мы изучали показатели фагоцитоза по Стенко и Кост с 4-миллиардной культурой убитого нагреванием стафилококка штамма 209. Результаты представлены в традиционных показателях: фагоцитарный индекс по Гамбургеру (ФИ), фагоцитарное число Райта (ФЧ), число микробов в одном активном фагоците, а также в международной системе единиц (по М. И. Лазорику, 1984), с вычислением количества активных лейкоцитов и микробного числа лейкоцитов в 1 л. крови (МЧ). Цитохимически определялись ферменты нейтрофилов: пероксидаза (1.11.1.7) бензидиновой реакцией в описании В. А. Алмазова и С. И. Рябова (1963), щелочная фосфатаза (3.1.3.1) — реакцией азосочетания по Кеплоу (1955). Оценка активности ферментов проводилась визуально по 5-балльной системе (0—4) с выведением показателей по принципу Кеплоу. Анализ полученных данных показал, что у больных межпозвоноквым остеохондрозом в сочетании с первичным деформирующим остеоартрозом (МОХ ДОА) ФИ ниже по сравнению с контролем ($P < 0,001$) и продолжает снижаться к концу курса сульфидной бальнеотерапии ($P < 0,001$). ФЧ у этих больных по сравнению с нормой ($P < 0,01$) снижается к концу курса лечения ($P < 0,001$), т. е. проявляет тенденцию к нормализации. Число кокков в одном активном нейтрофиле у больных МОХ ДОА выше по сравнению с контролем ($P < 0,001$), а в процессе лечения снижается даже ниже нормы ($P < 0,001$).

Значительный интерес представляет динамика показателей фагоцитоза, выраженная в СИ, из расчета на один литр крови. КАФ у больных МОХ ДОА в 2,5 раза ниже по сравнению с контролем ($P < 0,001$) и продолжает снижаться к концу курса сульфидной бальнеотерапии ($P < 0,001$). МЧ у больных МОХ ДОА существенно не отличается от нормы, однако снижается в процессе лечения примерно в два раза ($P < 0,001$). ПАЛ у больных МОХ ДОА значительно ниже по сравнению с нормой ($P < 0,001$) и продолжает снижаться в процессе бальнеотерапии ($P < 0,001$).

Отмечается более высокая пероксидазная активность нейтрофилов по сравнению с нормой ($P < 0,01$), которая в процессе лечения не претерпевает существенных изменений.

Обращают на себя особое внимание показатели активности щелочной фосфатазы, нейтрофилов у больных МОХ ДОА. Активность щелочной фосфатазы по сравнению с контролем увеличена в 1,5 раза ($P < 0,02$) и продолжает нарастать к концу курса сульфидной бальнеотерапии ($P < 0,02$). Аналогичная направленность изменений (несколько менее выраженная) отмечена и в отношении процента нейтрофилов, активных по щелочной фосфатазе.

Указанные сдвиги показателей иммунобиологической реактивности свидетельствуют о достаточной бальнеологической активности слабосульфидных вод, что в какой-то мере может объяснить и положительный терапевтический эффект при вертеброгенных радикулитах.