

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ СЛАБОСІРКОВОДНЕВИМИ ВОДАМИ КУРОРТУ СИНЯК

ЗАВАДЯК М.І., СОЧКА А.А., КАШШАЙ А.А.

*Ужгородський державний університет,
Об'єднання “Закарпаткурорт”*

Серед різноманітних курортних факторів, які використовуються для реабілітації хворих на ревматоїдний артрит (РА), чи не найбільш ефективною вважається сірководнева бальнеотерапія [6].

Ми провели аналіз історій більше 800 хворих на РА, які лікувалися на закарпатському бальнеологічному курорті Синяк. Хворим призначалися загальні ванни з натуральної слабо сірководневої (сульфідної) мінеральної води курорту (ССМВ), середня концентрація т.зв. “загального сірководню” в якій дорівнювала 15 мг/л; температура ССМВ у ваннах була 37–35°C, а на реабілітаційний курс пацієнти отримували 10–14 ванн. Крім цього, хворим на РА було призначено кліматотерапевтичні процедури, лікувальну гімнастику і масаж. Вищенаведена сукупність лікувальних засобів складала бальнеотерапевтичний комплекс № 1 (БТК № 1). Близько половини хворих в дні, вільні від сульфідних бальнеопроцедур, приймали і озокеритові аплікації на уражені суглоби або на сегментарно-рефлекторні зони (а саме – комірцеву, наднирникову) температури 45–50°C по 20-30 хви-лин, всього – 8–10 на курс лікування. Таке поєднання процедур становило бальнеотерапевтичний комплекс № 2 (БТК № 2). Деяким хворим незалежно від отриманого БТК, при необ-хідності призначалися й преформовані фізичні фактори; а ті пацієнти, які приймали

безпосередньо до санаторного лікування “базисні” антиревматоїдні препарати, отримували їх і на курортному етапі реабілітації.

При супутніх захворюваннях верхніх дихальних шляхів призначалися додатково інгаляції з ССМВ, а при гінекологічних – зрошення нею по 10–12 процедур.

Безпосередні результати бальнеотерапії (оцінювався стан пацієнтів при виписуванні з санаторію) виражалися в умовних балах, а саме: “значне поліпшення” – 3 бали, “поліпшення” – 2, “незначне поліпшення” – 1, “без поліпшення” – 0, “погіршення” стану – мінус 1 бал.

Сумарно у 92,6% хворих на РА результати лікування були позитивними. Виявлено тенденцію до більшої ефективності “чистої” сульфідної бальнеотерапії (БТК № 1), ніж при поєднанні її з озокеритолікуванням, тобто використанні БТК № 2 ($M \pm m$ відповідно – $1,84 \pm 0,070$ і $11,80 \pm 0,068$ бала при $P < 0,2$).

При “класичному” РА сумарна ефективність санаторного лікування (БТК № 1 + БТК № 2) становила $1,71 \pm 0,115$ бала, при “вірогідному” – $1,80 \pm 0,085$, а при “ймовірному” – $2,00 \pm 0,082$ ($P < 0,05$). Таким чином, результати курортної реабілітації були тим кращими, чим меншими були клінічні та параклінічні прояви РА.

Звертає на себе увагу вища ефективність реабілітації (при застосуванні як першого, так і другого лікувальних комплексів) у хворих з повільно прогресуючим РА ($1,84 \pm 0,056$), ніж при швидкому перебігу хвороби ($1,68 \pm 0,115$ при $P < 0,3$), так само – при неактивному процесі в порівнянні з активним (відповідно – $2,01 \pm 0,081$ та $1,72 \pm 0,062$ при $P < 0,01$), що співзвучно даним інших авторів, які проводили аналогічні порівняння на різних курортах. Щодо вибору одного з двох БТК, важливо, що вже навіть при мінімальній активності процесу БТК № 1 достовірно ефективніший, ніж БТК № 2 ($P < 0,05$).

На перший погляд, аналогічними виявилися результати курортного лікування в залежності від рентгенологічної стадії РА. Вони були більш високими при I, II, IV стадіях порівняно з третьою ($P < 0,01 - 0,05$). Ймовірно, це можна пояснити тим, що при I та II стадіях анатомічні зміни відносно невеликі, а в четвертій стадії РА еволюція патологічного процесу практично завершена; III стадію можна вважати “піком” деструкції суглобів, що диктує необхідність більш обережного проведення бальнеотерапії ССМВ-ами (тобто слід здійснювати індивідуалізовані реабілітаційні курси, нехтуючи якоюсь мірою “курортотерапевтичними стандартами” – догмами).

У хворих на РА без порушення функції суглобів та при недостатності I стадії (ФНС-I ст.) сумарна ефективність бальнеотерапії становила $1,89 \pm 0,065$ бала, а при ФНС-II та III ст. – $1,72 \pm 0,077$ при $P = 0,1$.

У пацієнтів молодого віку (до 30 років) ефективність лікування досягала $1,95 \pm 0,154$ бала, майже такою ж вона була і в похилому віці (60–74 роки) – $1,92 \pm 0,226$, трохи меншою – в зрілому (30–44 роки) та середньому (45–59 роки) віці (відповідно – $1,78 \pm 0,081$ та $1,79 \pm 0,075$).

Неначе тривалість хвороби і сезон року курортної реабілітації (за середніми статистичними даними) суттєво не впливали на результати лікування. На наш погляд, ця проблема потребує подальшого вивчення і більш детального аналізу по групах хворих в рамках нозологічної одиниці.

Не зовсім очікуваними виявилися результати лікування хворих на РА, у яких мали місце вогнища хронічної неспецифічної інфекції (у верхніх дихальних шляхах та гінекологічній сфері). Вони були не тільки не нижчими, а навіть дещо вищими, особливо при застосуванні БТК № 1, в порівнянні з ефективністю лікування в групі хворих без діагностованих супутніх патологічних процесів (відповідно – $2,07 \pm 0,109$ та $1,70 \pm 0,084$). Вважаємо, що такий “парадокс” зумовлений кількома факторами. Хворі на РА з вогнищами інфекції додатково до основного лікувального комплексу отримували інгаляції або зрошування ССМВ, що сприяло додатковому введенню в організм сульфідів. З погляду на те, що мінеральна вода курорту Синяк є слабосірководневою, додаткове введення ССМВ, ймовірно, має суттєве значення для зменшення “сірча-

ного дефіциту” у хворих на РА, який, без сумніву, має у них місце [5, 3]. Інший фактор – додаткові процедури (не тільки інгаляції чи зрошування, але й преформовані фізичні фактори), до того ж – на високо рефлексогенні зони. Можна припустити, що виявлені хронічні вогнища інфекції були своєрідними “каталізаторами” патомеханізмів уражень у хворих на РА, а їх санація усувала (або зменшувала) клінічні прояви захворювання.

Але незалежно від ймовірних причин “парадоксу”, для курортної практики важливо, що при наявності вогнищ хронічної інфекції перевагу треба надавати БТК № 1 як більш ефективному. Наш багаторічний досвід стверджує, що призначення інгаляцій з ССМВ курорту Сияк навіть пацієнтам без діагностованих запально-дистрофічних процесів верхніх дихальних шляхів може підвищити результати лікування основного захворювання – РА. Адже площа шкіри, через яку переважно діє сірководнева ванна, становить в середньому тільки 1,5 м², а альвеол – в 60 разів більше. До того ж проникність слизових оболонок незрівнянно вища, ніж шкіри. Звертає на себе увагу у вищенаведеному плані й ефективне застосування інгаляцій сірководневої мінеральної води на курорті Сочі-Мацеста (Російська Федерація) для реабілітації хворих на остеоартроз, які мешкають в забруднених радіонуклідами регіонах [2].

Аналіз даних при застосуванні у хворих на РА БТК № 2 на курорті Сияк показує, що доповнення до сірководневої бальнеотерапії ще й озокеритолікування доцільне при “ймовірно-му”, неактивному, повільно прогресуючому РА з порушенням функції суглобів, зумовленим проліферативно-фіброзними змінами в них. Хоча, за безпосередніми результатами бальнеотерапії, при мінімальній активності процесу БТК № 1 видався більш ефективним, ніж БТК № 2, але у віддаленому періоді останній був результативнішим. Тому вирішувати питання щодо застосування озокеритотерапії потрібно індивідуально. Ми практично не зустрічали небажаних реакцій у хворих на дію ССМВ, а озокеритолікування довелося відмінити у 2,5% пацієнтів через виникнення т.зв. “вегетативно-алгічного” синдрому [1].

Крім загальновідомих преформованих фізичних факторів у хворих на активний РА, при анамнестичній схильності до бальнеологічних реакцій (тобто при очікуванні неадекватної бальнеореакції) ми досить успішно використовували маловідому широкому загалу методику електрофорезу 10% спиртового розчину новокаїну на ділянку селезінки. Процедури проводили щодня або через день тривалістю по 30 хвилин, виключаючи апарат для гальванізації на одну хвилину на 9-й та 19-й хвилинах; всього на курс лікування призначали 10–12 таких процедур. Останні роки для профілактики небажаних бальнеореакцій рекомендують використовувати і медикаменти, особливо у жінок в пре- та в клімактеричному періоді [4].

Численні дослідники виявили зрушення показників пероксидного окислення ліпідів при різних патологічних процесах, а для лікування таких станів широко використовуються антиоксиданти (бета-каротин, вітаміни С та Е, препарати селену та ін.). Як сильний відновлювач сірководень навіть в малих концентраціях виконує функцію донатора тіолових груп для білків та ферментних систем [5]. В дослідях на собаках (курси з 10–12 сірководневих ванн з концентрацією сірководню 150 та 300–350 мг/л) зникали патологічні зміни ЕКГ, викликані довшим введенням хлористого кадмію, та відновлювалися знижені показники тіолових груп у сироватці крові [3]. Вищенаведені клінічні та експериментальні дані свідчать про антиоксидантну дію сірководневих (сульфідних) мінеральних вод, що має неабияке значення для сано-генетичних зрушень при низці захворювань, у тому числі й при РА.

Привертає увагу те, що максимальний вміст тіолових груп відмічено не після десятої чи двадцятої, а після 15-ої ванни. Можливо, що й для хворих РА, особливо при реабілітації ССМВ курорту Сияк, оптимальним є не 10-12 ванн, а більше. З іншого боку, було б цікаво вивчити дію ванн більшої тривалості (не 10–15 хвилин, а 20 або й 30). І економічно, і організаційно це уявляється більш доцільним, ніж збільшення кількості процедур. Нагадаємо принагідно, що не тільки в експерименті, і не тільки при використанні міцних щодо сірко-

водню ванн курорту Сочі, але й у хворих ревматизмом і РА при їх реабілітації ССВМ курорту Синяк нами виявлено адаптогенну дію бальнеотерапії на вміст зниженої кількості тіолових груп сироватки й цільної крові – “вільних” і “замаскованих” сульфгідрильних та дисульфідних груп [5].

Якщо врахувати, що й при фармакотерапії РА (та деяких інших захворювань сполучної тканини, наприклад, склеродермії, хворобі Шарпа) не останнє місце займають донатори тіолових груп (унітіол, Д-пеніциламін тощо), деякі з яких застосовують навіть як “базисні”, вивчення можливостей та ефективності сірководневої бальнеотерапії, зокрема ССМВ, залишається актуальною проблемою курортології.

Що торкається ССМВ Закарпаття, поряд з мінеральною водою Синяцького родовища, перспективними в плані реабілітації є сульфідні води Тячівського району – сіл Теремлі, Вільхівки, Тячівських Лазів).

ЛІТЕРАТУРА

1. Великокоцкая Г.В. Озокерито- и парафинотерапия артритов // Труды Туркменского научно-исследовательского института неврологии и физических методов лечения. – Том 4. – Ашхабад: 1957. – С. 111–120.
2. Ибадова Г.Д., Лопатинский В.В., Шайденко Г.А. Ингаляционное применение сероводородной воды в курортной реабилитации больных остеоартрозом, проживающих на территории радионуклидного загрязнения // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. – 1997, № 5. – С. 30–32.
3. Каплун С.Я., Коптева Е.Г., Брюханова Л.К. О роли тиоловых групп в механизме действия сероводородных ванн // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. – 1972. – № 2. – С. 141–145.
4. Лещинский А.Ф., Улащик В.С. Комплексное использование лекарственных средств и физических факторов при различной патологии. – Киев: “Здоровье”. – 1989. – 239 с.
5. Сочка А.А., Завадяк М.И. Динамика сульфидрильных и дисульфидных групп крови у больных ревматизмом и ревматоидным полиартритом под влиянием сероводородной бальнеотерапии // Ревматизм и пороки сердца. – Киев, 1970. – С. 340–344.
6. Царфис П.Г., Григорьева В.Д. Физические методы лечения заболеваний суставов и позвоночника // Курортология и физиотерапия. – Том 2 / Ред. В.М. Боголюбов. – М.: “Медицина”, 1985. – С. 167–224.

Summary

THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING ON RHEUMATIC ARTHRITIS WITH THE HELP OF SLIGHTLY SULPHUR-HYDROGENOUS WATERS OF SYNYAK SPA-RESORT

Zavadyak M.I., Sochka A.A., Kashshay A.A.

*Uzhhorod State University,
Objednannya “Zakarpaturort”*

The effectiveness of the treatment of patients suffering on rheumatic arthritis using the course of slightly sulphur-hydrogenous bathes (10–12 procedures) for more than 800 persons was studied at the Transcarpathia spa-resort Synyak. 92,6% of patients got positive results of spatreatment. More effectiveness of the treatment complex №1 (the main procedure – bathes with mineral waters) comparing with the treatment complex №2 (bathes + ozokerite) was determined. Inhalations with mineral waters were prescribed additionally to the patients suffering on rheumatic arthritis with some pathological processes of upper respiratory ducts and vaginal moistening – in the case of gynecological diseases.