

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ОДНОКРАТНИХ ПРОЦЕДУР ПУНКТУРНОЇ МІКРОФІЗИОТЕРАПІЇ НА ХВОРИХ АРТРОЗАМИ

Бабов К.Д., Богатирьова Т.В., Пшетаковський Й.Л.

Український НДІ медичної реабілітації та курортології, м.Одеса

У лікуванні хворих найбільш поширеними захворюваннями суглобів та хребта дегенеративно-дистрофічного генезу – артрозами (А) загально визнана роль природних та преформованих чинників [2, 3]. Водночас отримані надійні наслідки лікування цими ж чинниками, але значно меншої інтенсивності дії при визначенні їх на дуже маленьку спеціальну зону впливу точки акупунктури (ТА) у хворих остеоартрозом (ОА) та остеохондрозом (ОХ).

Проведені нами спостереження виявили перспективність нового напрямку – пунктурної мікрофізіотерапії (ПМФ) – у хворих цієї категорії

не лише заради ефективного їх лікування, але й заради можливого використання цього методу як у санаторно-курортних, так і в амбулаторно-поліклінічних умовах. Між тим, робіт, які стосуються оцінки зміни стану хворих А під впливом однієї процедури ПМФ, практично немає.

Метою цієї праці було оцінити, чи виникають зміни після першого впливу ПМФ у клінічній картині А, - адже ПМФ є занадто слабким подразником, щоб можна було сподіватися отримати які-небудь позитивні результати відразу, - чи їх слід чекати тільки у подальшому.

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

Заради оцінки сказаного, нами було обстежено 170 хворих А, отримуваних ПМФ з використанням запропонованого нами раніше методу, [1], який дозволяє проводити одночасно вплив струмами невеликої інтенсивності (порядку 2-100 мкА) та впровадження лікарських препаратів або біоактивних речовин у невеликій кількості (2-3 г грязі, 1-2 каплі розчину та інш.) від апаратів типу "ПЄП-1", "Еліта 4М", "Рампа" та ін. на ТА. Підбір ТА обумовлювався правилами традиційної східної медицини, однак, у першу процедуру звичайно включались ТА загальноукрепляючої дії. У ряді випадків лікування проводжувалось за спеціальною методикою. Так, ПМФ кавінтоном проводжували на ендоназальні ТА, ПМФ нікотинової кислоти виконували на зони скальпа, ПМФ террилітіном здійснювали на ТА, які збігались з зоною розташування лімфатичних вузлів. Часто артрози ускладнювалися супутніми захворюваннями у вигляді ішемічної хвороби серця, гіпертонічної та гіпотонічної хвороби, атеросклерозу судин мозку та серця, периферичних судин, облітеруючого ендартеріїту, варикозного розширення вен та інш. Усі хворі були розподілені на 6 груп: у 1 групі (30 хворих) ПМФ проводилось грязевим екстрактом, у 2 групі (32 хворих) застосовувалась ПМФ кавінтоном, у 3 групі (30 хворих) використовувалась ПМФ нікотиновою кислотою, у 4 групі (30 хворих) застосовувалась ПМФ террилітіном, у 5 групі (31 хворий) визначали ПМФ соматотропіну, у 6 групі (29 хворих) використовували ПМФ нативною грязі. Тривалість процедури ПМФ 5-10 хвилин.

До лікування та після однієї процедури ПМФ у хворих А здійснювалось клінічне дослідження за спеціально розробленою картою обліку суб"єктивних та об"єктивних даних згідно бальної системи. Інтенсивність болю установлювали на підставі слів хворого та виражали больовим індексом у балах (значна – 3 бала, помірна – 2 бала, мінімальна – 1 бал, відсутність – 0 балів). Суглобовий індекс уявляв собою ступінь болючості суглоба або відділа хребта при пальпації та також виявлявся у балах (значна – 3 бала, помірна – 2 бала, мінімальна – 1 бал, відсутність – 0 балів). Припухлість суглобу оцінювали запальним індексом у балах (значна – збільшення суглобу на 4 см та більш – 3 бала, помірна - збільшення суглобу на 2-4 см – 2 бала, мінімальна – збільшення суглобу на 1-2 см – 1 бал, відсутність припухлості – 0 балів). Обмеження амплітуди руху у суглобах за даними гоніометрії висловлювали гоніометричним показником (значне – більш 30% - 3 бала, помірне – 15-30% - 2 бала, мінімальне – 0-15% - 1 бал, відсутнє – 0 балів).

"Східна проба" являла собою тривалість піднімання та спуск по сході 12 сходиць (більше 18

с – 3 бала, 15-18 с – 2 бала, 12-15 с – 1 бал, менш 12 с – 0 балів).

Ходьба на відстань 30 м оцінювалась за часом (більш 19 с – 3 бала, 16-19 – 2 бала, 13-16 с – 1 бал, менш 12 с – 0 балів).

Усі обстежені хворі на А у віку від 23 до 69 років, серед яких у 77 хворих спостерігался ОА та у 91 хворого мав місце ОХ, були розподілені у відповідно зі стадією дегенеративно-дистрофічного процесу (згідно класифікації Н.Косінської): 56 хворих були з I стадією захворювання (у тому числі 25 хворих ОА і 31 хворий ОХ). 55 хворих мали II стадію хвороби (у тому числі 25 хворих ОА і 30 хворих ОХ), у 59 хворих відмічались III стадія дистрофічних змін (27 хворих ОА і 32 хворих ОХ). Більше ніж у половини хворих (59%) біль мав постійний характер, збільшуючись при значному фізичному навантаженні, у кінці дня. Постійна біль відмічалась у першій стадії захворювання – у 20% хворих, однак частіше вона мала місце при II стадії (у 35 хворих) та при III стадії дегенеративно-дистрофічного процесу – у 45% хворих А. У середньому, больовий індекс складав (2,4±0,1) бала у хворих А, у тому числі (2,35±0,07) бала у хворих ОА та (2,45±0,08) бала у хворих ОХ. При захворюваннях суглобів нижніх кінцівок, особливо колінних, біль зменшувався але збільшувався при сході, та особливо, при спуску з сходів (в 75% випадку). Ураження плечових та ліктьових суглобів обумовлювало у 92% випадків збільшення болю при намаганні носіння або підніманні ваги у руці, при причісуванні, при одяганні та роздяганні білизни, верхнього одягу, при виконанні побутових дій, пов'язаних з підняттям руки, при письмі. Хворі з патологічним процесом у хребті вказували на зв"язок інтенсивності болю з певним положенням тіла – у 72% хворих вона збільшувалась або з"являлась при їзді по нерівному шляху, положенні на спині, при переході від покою до руху, при тривалому сидінні. Близько 1/3 хворих (34%) ОХ шийного відділу хребта відмічали появу болю уранці або вночі.

Об"єктивне дослідження суглобів та хребта дозволило відмітити наступне. Біль при пальпації суглоба або хребта (суглобовий індекс) складав у середньому, (1,93±0,11) бала (у тому числі (2,1±0,1) бала при ОА та (1,8±0,1) бала при ОХ) та був виявлений до лікування у всіх хворих на А. Як при ОА, так і при ОХ інтенсивність пальпаторного болю залежала від важкості змін, що відбулися у суглобах та хребті.

При огляді суглобів у 22% хворих ОА спостерігалась припухлість та зглаженість контурів, у 20% хворих – дефігурація суглобів. Наявність запального процесу оцінювали запальним індексом, який складав у середньому у хворих ОА (1,39±0,12) бала.

При русі означеної кількості обстежених (65% хворих) виникала больова реакція, яка призводила до обмеження рухомості та амплітуди руху. У середньому, обмеження амплітуди руху у суглобах та хребті (гоніометричний показник) складає (2,18±0,11) бала (включаючи (2,11±0,07) бала у хворих ОА та (2,25±0,08) бала у хворих ОХ). При цьому, у першій стадії А порушення рухомості відмічалось у 28% хворих, при II стадії А рухомість була порушена у 40% хворих, у III стадії рух був обмежений у 70% випадків.

"Східна" проба, яка характеризує не тільки рухомість у суглобів або в хребті, але й опороздатність, була порушена у 2/3 хворих та складала, у середньому, (1,62±0,10) бала (включаючи (1,58±0,08) бала у хворих ОА та (1,66±0,06) бала у хворих ОХ).

Ходьба на відстань 30 м відрізнялась від норми у половини хворих та була рівна у середньому (1,99±0,11) бала (у тому числі (1,97±0,08) бала у хворих ОА та (1,89±0,09) бала при ОХ).

Як слідує з таблиці, у різних групах хворих на А вже після першої процедури ПМФ відбувалися зміни у клінічній картині хвороби, які можна було розцінювати як позитивні. У цілому, у хворих на А больовий, суглобовий та запальний індекси зменшилися після однієї процедури ПМФ, відповідно у 60%, 40% та 25% хворих та складали у середньому (2,1±0,1) бала (P<0,05), (1,78±0,11) бала (P>0,05) та (1,25±0,08) бала (P>0,05). Поліпшення рухомості у суглобах (гоніометричний показник) відбувалась у третині хворих (33%) та складало (1,99±0,11) бала (P>0,05). Менш виразні, хоча й з позитивному напрямку, зрушення виникали у

показниках "східної" проби (у 26% хворих), та при ходьбі на відстань 30 м (у 22% хворих). При порівняльному аналізі, як слід з таблиці, при спільному позитивному напрямку ПМФ у різних групах хворих на А, можна було відмітити деякі відмінні у динаміці клінічних виявлень захворювання поміж хворих у відповідно з лікувальним комплексом. Так, протибольовий ефект (за даними динаміки больового індексу) був більше виявлений при призначенні ПМФ грязьовим екстрактом (I група) (P<0,05). У цей же час, запальні явища зменшилися більш значно (за даними запального індексу) у хворих IV групи (P<0,05), що зв'язано з особливістю протиотечної дії терилітіну. За рахунок зменшення запальних явищ у цій же самій групі хворих (IV група) зменшилась істотно і біль при пальпації суглоба та хребта (суглобовий індекс) (P<0,05). Між цим рухомість у суглобах та хребті (гоніометричний показник) поліпшувалась більш значно при призначенні ПМФ нативної грязі (VI група) (P<0,05), а показник ходьби на відстань 30 м поліпшувався при застосуванні ПМФ з ніотиною кислотою (P<0,05), що можна було пояснити поліпшенням периферичного кровообігу у нижніх кінцівках.

Таким чином, отримані наслідки по застосуванню першої процедури ПМФ, свідчать про позитивний вплив її, не зважаючи на невелику інтенсивність дії, на клінічні прояви захворювання артрозом, що дозволяє рекомендувати проведення повного курсу лікування за допомогою ПМФ таким хворим.

Таблиця 1

Динаміка клінічних показників у хворих артрозами під впливом одноразової процедури ПМФ (M±m)

Показники	Період дослідження	Лікувальні групи					
		I n = 30	II n = 32	III n = 30	IV n = 28	V n = 31	VI n = 29
1	2	3	4	5	6	7	8
Больовий індекс, Бали	до після Р	2,4±0,1 1,9±0,1 <0,05	2,3±0,1 2,1±0,1 >0,05	2,4±0,1 2,2±0,1 >0,05	2,4±0,1 2,2±0,1 >0,05	2,3±0,1 2,1±0,1 >0,05	2,6±0,1 2,3±0,1 >0,05
Суглобовий індекс, бали	до після Р	1,8±0,2 1,7±0,1 >0,05	1,9±0,1 1,8±0,1 >0,05	2,1±0,1 2,0±0,1 >0,05	1,9±0,1 1,6±0,1 <0,05	1,8 ± 0,1 1,7 ± 0,2 >0,05	2,05±0,11 1,9±0,1 >0,05
Запальний індекс, Бали	до після Р	1,42±0,15 1,25±0,11 >0,05	1,35± 0,12 1,26 ± 0,11 >0,05	1,38±0,09 1,3±0,1 >0,05	1,46±0,08 1,21±0,07 <0,05	1,35 ± 0,13 1,25± 0,14 >0,05	1,38±0,14 1,27±0,12 >0,05
Гоніометричний показник, бали	до після Р	2,2 ± 0,1 2,0± 0,1 >0,05	2,1±0,1 2,0±0,1 >0,05	1,9±0,1 1,8± 0,1 >0,05	2,3±0,1 2,0±0,1 <0,05	2,2± 0,1 2,0± 0,1 >0,05	2,4±0,1 2,0±0,1 >0,05

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

1	2	3	4	5	6	7	8
"Східна" проба, с	до після Р	1,8±0,1 1,7±0,1 >0,05	1,65±0,11 1,6±0,1 >0,05	1,4±0,1 1,37±0,1 >0,05	1,75±0,12 1,5±0,11 >0,05	1,35±0,12 1,3±0,1 >0,05	2,18±0,1 1,7±0,1 >0,05
Ходьба на відстань,30м, С	до після Р	1,9±0,1 1,8±0,1 >0,05	1,7±0,1 1,7±0,1 >0,05	1,9±0,05 1,7±0,04 <0,05	1,8±0,1 1,7±0,1 >0,05	2,1±0,1 2,0±0,1 >0,05	2,0±0,1 1,9±0,1 >0,05

ЛІТЕРАТУРА

1. А.с. 1007669.СССР. Устройство для электрофореза (Пшетаковский И.Л., Шутова Т.В.//Бюл.Откр.изобр.-1983.- №12.
2. Природа и здоровье человека / Царфис П.Г. -М.: Высшая школа, 1987.-480с.
3. Улащик В.С. О влиянии физических факторов на действие других лечебных средств / К проблеме терапевтической интерференции // Вопр.курорт., физиотер. и ЛФК.-1998.-№3.-С.46-49.

РЕЗЮМЕ

Клиническая оценка влияния однократных процедур пунктурной микрофизиотерапии на больных артрозами

Бабов К.Д., Богатырева Т.В., Пшетаковский И.Л.

В данной работе проведен анализ эффективности влияния пунктурной микрофизиотерапии (ПМФ) на клиническое состояние больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника – артрозами на основании однократного воздействия с использованием микротоков и различных лекарственных и биоактивных веществ. Отмечен сходный положительный результат ПМФ на основные клинические проявления заболевания, установлены некоторые отличительные особенности в динамике состояния по 6 лечебным группам, определена необходимость курсового лечения предложенными методами данной категории больных.

SUMMARY

Clinical appraisal of single microphysiotherapeutic punctural procedures in arthrosis patients

K.D. Babov, T.V. Bogatyryova, I.L. Pshetakovsky

This paper presents an appraisal of effectivity, of punctural microphysiotherapy (MPT) on the patient clinical condition having the joint and spine degenerative and dystrophic diseases, i.e. arthroses. The study was done based on the microcurrent single action in combination with various chemotherapeutic and bioactive substances. Similar positive MPT result is noted in the main clinical manifestations of the disease, some distinctive peculiarities have been singled out in the condition development which were falling into 6 groups. It was found that a treatment course using the indicated methods is desirable for such a group of patients.