

КРИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ АРТРИТОВ

Л.А. Малькевич¹, С.М. Кошина¹, А.И. Устинова¹, Л.В.Подсадчик²

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
пр. Дзержинского 83, 220116, Минск, Беларусь*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²
Ул.П.Бровки 3,220013, Минск, Республика Беларусь*

В клинической картине больных воспалительными артритами преобладают поражения от моно и олигоартрита до генерализованного поражения суставов и позвоночника с яркой внесуставной симптоматикой. Нередко с самого начала заболевания сопровождаются выраженными экссудативными явлениями в пораженных суставах, максимальной активностью воспалительного процесса, быстро прогрессирующим течением с развитием стойкого болевого синдрома, ухудшением общего состояния, быстрой утомляемостью, снижением работоспособности. Морфологические изменения в суставах, выражающиеся в развитии хронического синовита с преобладанием фиброзных изменений, периостит, эрозивные изменения в суставном хряще и эпифизах костей, приводят к анкилозированию суставов. Все это способствует существенному снижению качества жизни больных.

Комплекс реабилитационных мероприятий больных с воспалительными артритами должен быть направлен на подавление активности и прогрессирования процесса, купирование болевого синдрома (боли в позвоночнике, крестцово-подвздошных суставах и периферических суставов), скованности, профилактику обострения, поддержку способности пациента к работе и, в конечном итоге, улучшение качества жизни.

Среди лечебных и реабилитационных средств ведущее место занимают физиотерапевтические методы лечения, выбор и направленность которых зависит от степени активности воспалительного процесса и стадии заболевания[1]. При высокой степени активности физиотерапия применяется ограниченно, однако, в последние годы актуальным становится использование криогенных технологий (воздействие холодом - локальная и общая воздушная криотерапия)[2].

Воздушная криотерапия обладает обезболивающим (блокирование ноцицептивной проводимости и повышение болевого порога), противоотечным (улучшение микроциркуляции крови и трофики в тканях, увеличение артериального кровотока и венозного оттока), противовоспалительным (снижение активности медиаторов воспаления, ингибирование лизосомальных протеаз, бактериостатическое действие холода), миорелаксирующим (ликвидация мышечных контрактур и снижение тонуса), иммуномодулирующим (уменьшается количество циркулирующих иммунных комплексов и специфических антигенов, увеличивается титр комплемента и интерферона, оптимизируется хелперно-супрессорная функция клеточного иммунитета) действием[3].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния общей и локальной (криопунктуры) криотерапии на функциональное состояние суставов у больных псориазическим, реактивным, ревматоидным артритами и анкилозирующим спондилоартритом..

Материалы и методы

Под наблюдением находились 14 больных РА, 12 больных АС с нарушением моторной функции. Все пациенты получали традиционное медикаментозное лечение, которое включало в себя нестероидные противовоспалительные препараты и препараты базисной терапии, в частности – метатрексат. Возраст больных от 31 до 65 лет. Длительность заболевания в среднем составила $102 \pm 6,6$ мес. У большинства пациентов отмечалась II степень активности РА (76%). Третья степень активности была у 12%, I – у 12% больных. По

клинико-иммунологической характеристике в 100% больных наблюдался серонегативный РА. У всех больных течение РА сопровождалось одновременным поражением коленных, голеностопных, плечевых, лучезапястных, межфаланговых суставов кистей и стоп.

Общая аэрокриотерапия проводилась при температуре -130°C - 150°C , экспозиция 60-120 секунд, затем режим «plato» (при выключенном компрессоре повышение температуры до -80°C) 60 сек. Курс лечения 10 процедур.

В результате проведенного лечения отмечалось заметное уменьшение болевого синдрома (уменьшение интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале на 50% и более от исходного уровня) в покое от 90 баллов до 20, при движении от 100 баллов до 40.

Общая аэрокриотерапия существенным образом потенцирует традиционное медикаментозное лечение, позволяет снизить воспалительный индекс с $28,4 \pm 1,6$ до $13,4 \pm 0,19$ баллов ($p < 0,05$). Выраженная положительная динамика воспалительного индекса демонстрирует противоотечное и противовоспалительное действие общей аэрокриотерапии.

У больных РА на фоне лечения заметно улучшилась двигательная активность, значительно повысилась способность к самообслуживанию. После курса общей криотерапии функциональный тест составил $6,04 \pm 0,49$ балла ($p < 0,001$). В результате проведенного лечения отмечалось заметное уменьшение утренней скованности ($p < 0,05$), увеличение объема движений в пораженных суставах (на 10%), положительная тенденция снижения величины СОЭ (от 55 до 28 мм.рт.ст.) в сравнении с исходным уровнем до начала лечения.

Нами проведено изучение клинической эффективности криопунктуры (локальной воздушной криотерапии на акупунктурные точки) у больных анкилозирующим спондилоартритом.

Под наблюдением находились 12 добровольцев, больных АС. Все пациенты получали традиционное медикаментозное лечение, которое включало в себя нестероидные противовоспалительные препараты. Возраст больных от 35 до 55 лет. Длительность заболевания от 3 до 6 лет. Всех пациентов беспокоили боли в крестцово-подвздошных суставах (сacroileит), сопровождающиеся скованностью, усиливающиеся в покое и уменьшающиеся при физических нагрузках. В 50 % случаев течение АС сопровождалось одновременным поражением коленных и голеностопных суставов, у 25% - тазобедренных суставов. Диагноз АС установлен клинически и рентгенологически. Рентгенологически у всех пациентов отмечалось наличие признаков двустороннего сacroileита.

Криопунктура проводилась от аппарата «Криоджет С200» воздушной струей. Использовались акупунктурные точки (АТ) каналов печени (F)- F3, F7, почек (R)-R3, селезенки-поджелудочной железы (RP)-RP6, канала мочевого пузыря (V) – V31-32, V27, V28, заднесрединного меридиана (VG) - VG3, VG4, канала трех обогревателей (TR) – TR5, толстого кишечника (GI) – GI4. На одну процедуру криопунктуры использовалось 6-8 АТ, комбинировались локальные и точки широкого спектра действия. Для уменьшения клинических проявлений проводился курс лечения не менее 8 процедур.

До и после лечения наряду с клиническим обследованием определялись сроки купирования болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), длительность утренней скованности, эффективность лечения больных АС. После проведенного лечения больным предлагалось оценить эффективность лечения по пятибалльной шкале: отличный – 5 баллов, хороший – 4 балла, удовлетворительный – 3 балла, без изменений – 2 балла, ухудшение – 1 балл. В последующем для сравнительного анализа рассчитывался средний балл.

Результаты и их обсуждение

У больных АС в период обострения ведущим клиническим проявлением является болевой синдром и скованность в пораженных суставах и позвоночнике.

Применение криопунктуры на локальные точки (паравертбрально, пораженные суставы – коленные, тазобедренные, голеностопные суставы) показало снижение интенсивности боли по ВАШ начиная с 3 дня лечения и последующее его уменьшение на протяжении всего курса лечения ($p < 0,001$), уменьшалась утренняя скованность ($p < 0,05$), и увеличивался объем движений в пораженных суставах на 10°C . Отмечалась положительная тенденция снижения величины СОЭ

в сравнении с исходным уровнем до начала лечения, другие показатели периферической крови, биохимические показатели в контрольной и исследуемых группах оказались без достоверных изменений.

Критериями оценки эффективности комплексного лечения пациентов с АС на стационарном этапе с использованием криопунктуры явились: ослабление болевого синдрома, уменьшение утренней скованности, увеличение объема движений в пораженных суставах. Следует отметить, что в процессе лечения в группе пациентов, которым назначались криопунктура не было пациентов «без улучшения» (рис.1)

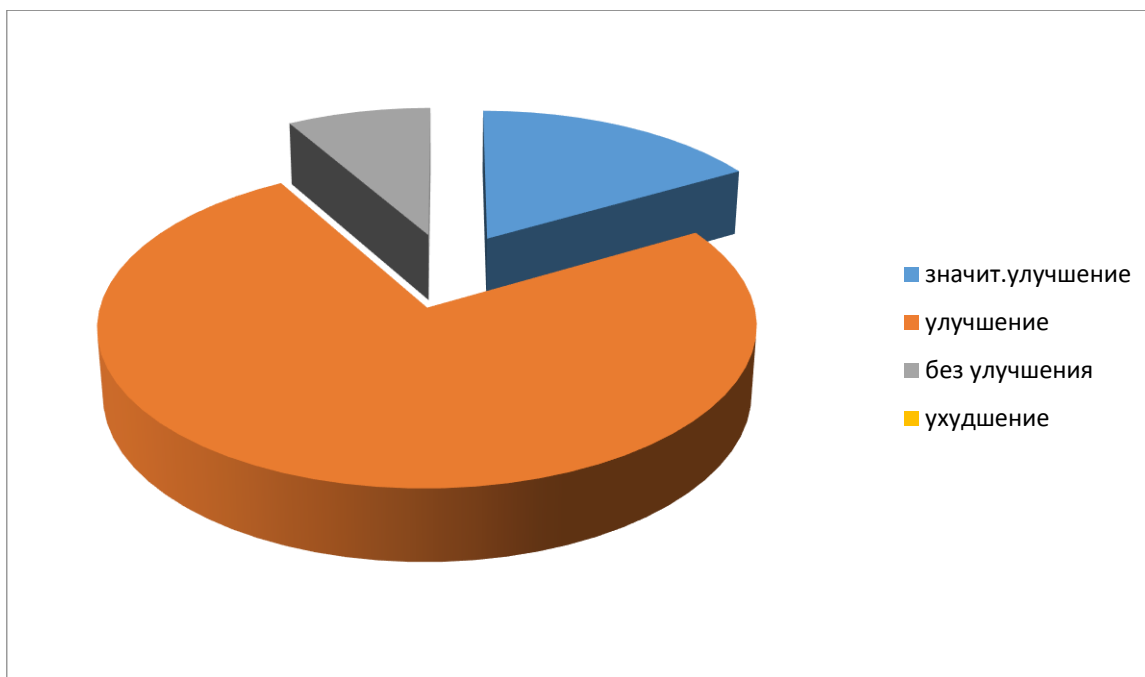


Рисунок1 - Эффективность лечения больных анкилозирующим спондилоартритом под влиянием криопунктуры

В результате комплексного восстановительного лечения с использованием экстракта сапропелевых грязей в комбинации с кинезотерапией у больных РА сократилась длительность болевого синдрома (уменьшение интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале на 50% и более от исходного уровня) до $6,17 \pm 0,07$ дней ($p < 0,001$), в контрольной группе этот показатель составил $9,6 \pm 0,18$ дней; уменьшилось время утренней скованности с $282,42 \pm 42,12$ мин до $92,17 \pm 19,82$ мин ($p < 0,05$) и увеличился объем движений в суставах на 10%. У больных ОА отмечалось уменьшение боли по аналоговой шкале боли до 4-6 баллов ($p < 0,001$), облегчение движений в пораженных суставах.

Проведенные исследования показали, что включение в комплексную терапию больных ревматоидным артритом и первичным остеоартрозом экстракта сапропелевых грязей и физических нагрузок повышает эффективность лечения и реабилитации, что подтверждается достоверным уменьшением болевого синдрома, увеличением амплитуды движений в пораженных суставах и силы кистей ($p < 0,001$).

Следует отметить, что после локальной криопунктуры не наблюдалось неблагоприятных побочных явлений и осложнений ни во время проведения процедур, ни после ее завершения, все пациенты отмечали улучшение физической активности и подъем психоэмоционального состояния

Заключение

Таким образом, использование криотерапии и криопунктуры в комплексном лечении больных воспалительными артритами способствует уменьшению клинических проявлений и улучшает течение заболевания. Повышает эффективность лечения, что в сравнительном исследовании подтверждается достоверным уменьшением болевого синдрома, увеличивает

двигательную активность больных, что снижает степень социальной недостаточности и отодвигает сроки наступления инвалидности.

Воздушная криопунктура может использоваться в период обострения заболевания у больных анкилозирующим спондиллоартритом.