

УДК 616.72-002.77:616-056.52:615.326(477.53)+615.849.19]-08

М.М. КИШКО, М.В. БИЧКО, Ю.В. КОРСАК, Р.З. ДЕМ'ЄН, Т.В. КИШКО

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра госпітальної терапії, Ужгород

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПОЛТАВСЬКОГО БІШОФІТА ГЕЛЮ І ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Встановлено більш швидкий позитивний ефект від лікування полтавським бішофітом гелем у поєднанні із лазеротерапією, ніж від самої лазеротерапії у хворих на ревматоїдний артрит із надмірною масою тіла.

Ключові слова: бішофіт, лазеротерапія, ревматоїдний артрит, надмірна маса тіла

Вступ. Позитивними тенденціями сучасної ревматології є вдосконалення ранньої діагностики ряду ревматичних хвороб, упровадження нестероїдних протизапальних препаратів нового покоління, широка взаємодія із суміжними терапевтичними (фізіотерапією) та хірургічними (ортопедією) службами [1].

Полтавський бішофіт гель має імуностимулюючий, спазмолітичний, протизапальний, знеболювальний ефекти, викликає пошкодження клітинних мембран мікроорганізмів [2, 3].

Лазерне випромінювання низької інтенсивності червоного спектрального діапазону має знеболювальну, протизапальну, судинорозширюючу, протинабрякову дію, викликає активацію обмінних процесів, сприяє підвищенню вмісту білка, активує проліферацію фібробластів, процеси перекисного окислення ліпідів, тим самим сприяючи інтенсифікації пластичних і регенераторних функцій організму. Багаторазова дія на організм червоного світла гелій-неонового лазера веде до мобілізації регуляторних центрів і активації генетичного апарату, що свідчить про його активуючий вплив на синтез ДНК, РНК і білка.

На ранніх клініко-морфологічних стадіях ревматоїдного артриту патологічному процесу властиві виражені ексудативно-альтеративні зміни (гіперемія, набряк, інфільтрація лейкоцитами) у синовіальній оболонці суглоба у вигляді гострого або підгострого синовііту. Стимуляція синтезу ДНК, прискорення мітотичних і біосинтетичних процесів під дією лазерного опромінення корелює із підвищенням синтезу АТФ і збільшенням активності біоенергетичних ферментів, тоді як при ревматичних захворюваннях одним із механізмів пригнічення запального процесу є гальмування продукції макроергічних сполук, передусім, АТФ. Під впливом лазерних променів посилюється активність каталази, альдолази, АТФази, кислоти і лужної фосфатази. Лазерне опромінення стабілізує проникність капілярів і, тим самим, обмежує ексудативні процеси запального характеру, покращує показники тканинної мікроциркуляції, знижує активність ревматоїдного артриту.

Мета дослідження. Вивчити вплив поєднаного використання полтавського бішофіта гелю і лазеротерапії на динаміку клінічних проявів у комплексному лікуванні хворих на ревматоїдний артрит із надмірною масою тіла.

Матеріали та методи. Обстежено 49 хворих на ревматоїдний артрит із надмірною масою тіла. Індекс маси тіла обчислювали шляхом ділення маси тіла (у кілограмах) на квадрат зросту хворого (у квадратних метрах). Індекс маси тіла обстежених осіб коливався від 25,0 до 29,9 кг/м² (середній показник становив 28,7±1,21 кг/м²). Діагноз ревматоїдного артриту верифікували за критеріями Американського коледжу ревматологів [6]. Серед обстежених було 39 (79,6%) жінок і 10 (20,4%) чоловіків віком від 37 до 62 років (середній вік становив 51,2±6,23 року). У всіх хворих діагностовано суглобову форму, активну фазу, I або II рентгенологічну стадію захворювання, функціональну активність 1 чи 2 ступеня. У 47 (95,8%) осіб діагностовано ревматоїдний олігоартрит із ураженням колінних і променево-зап'ясткових або тільки колінних суглобів, а у 2 (4,2%) осіб – поліартрит із ураженням променево-зап'ясткових суглобів і дрібних суглобів кисті. Усім хворим проведено загальний аналіз крові, визначено загальний білок і білкові фракції сироватки крові, основні класи імуноглобулінів, С-реактивний протеїн, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), титр ревматоїдного фактора, циркулюючих імунних комплексів, виконано рентгенографію уражених суглобів.

За клініко-параклінічними проявами захворювання хворих поділено на дві рівноцінні групи. До першої (основної) групи ввійшло 27 (55,1%) хворих із ознаками ураження колінних і променево-зап'ясткових суглобів I або II стадії захворювання і 1 (2,1%) хворий із ознаками ураження міжфалангових, п'ястково-фалангових і променево-зап'ясткових суглобів кисті, а до другої (контрольної) – 21 (42,8%) хворий із ознаками ураження тих же суглобів: 20 (40,8%) осіб із ураженням колінних і променево-зап'ясткових суглобів і 1 (2,1%) – із ураженням променево-зап'ясткових суглобів і дрібних суглобів кисті з тією ж рентгенологічною стадією.

Усі хворі отримували метотрексат по 2,5 мг кожні 12 годин три рази на тиждень і лазеротерапію на ділянку великих і середніх суглобів за допомогою лазерного скануючого апарату "СМ-1,3" із використанням інфрачервоного випромінювання (довжина хвилі 800-900 нм, потужність – 40-80 мВт, кількість щоденних процедур на курс – 10). Суглоби опромінювали плямою діаметром 5-6 см, по 5-7 хвилин на кожне поле, кількість полів – 4. Крім того, хворим першої групи, за 4-5 хвилин до початку лазеротерапії проводили втирання полтавського бішофіта гелю у ділянки вражених суглобів до його повного всмоктування [4].

У обох групах хворих перед початком і після проведеного лікування визначали кількість болючих і припухлих суглобів, хворі оцінювали суб'єктивні больові відчуття, проводили оцінювання (лікарем і хворим) загальної активності захворювання за десятисантиметровою візуальною шкалою, зміни ШОЕ [5].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили шляхом обчислення середнього арифметичного і його стандартного відхилення ($M \pm \delta$). Достовірність різниці визначали із використанням параметричного критерію Стьюдента (t).

Результати досліджень та їх обговорення.

Під час порівняння клінічних ознак захворювання в обстежених хворих встановлено, що перед початком лікування вивчені показники суттєво не відрізнялися в обох групах. Так, тривалість ранкової скруті у хворих першої групи становила від 45 хвилин до 4 годин (у середньому 2 год. 10 хв.), а другої – від 45 хвилин до 3,5 години (у середньому 2 год. 4 хв.); кількість болючих суглобів у хворих першої групи становила від 4 до 10 (у середньому 6), другої – від 2 до 10 (в середньому 6); кількість припухлих суглобів становила 6 і 4 відповідно; виразність больових відчуттів за десятибальною шкалою становила $4,28 \pm 0,46$ бала і $4,30 \pm 0,16$ бала відповідно; ШОЕ становило 21 ± 12 і 20 ± 14 мм/год. відповідно.

Після проведеного лікування в обох групах хворих встановлено позитивну динаміку клініко-лабораторних змін. Порівнюючи ефективність лікування хворих 1-ої і 2-ої груп, виявлено швидшу позитивну динаміку у хворих, яким проводили поєднане лікування полтавським бішофітом гелем і лазерним опроміненням. Усі вивчені показники у хворих 1-ої групи після лікування значно відрізнялись від таких у хворих 2-ої групи. Виразність змін цих показників була більшою у хворих, які отримували комбіноване лікування (втирання полтавського бішофіта гелю і лазеротерапію). Так, у результаті лікування зафіксовано статистично достовірне ($p < 0,05$) зменшення кількості болючих

суглобів у хворих 1-ої групи (на $8,4 \pm 1,9\%$), порівняно із хворими 2-ої групи (на $2,8 \pm 1,3\%$), і ступеня больових відчуттів за десятибальною шкалою на $3,4 \pm 1,8$ бала у хворих 1-ої групи, порівняно із хворими 2-ої групи ($1,2 \pm 0,5$ бала, $p < 0,05$). Пацієнти обох груп зауважували підвищення своїх фізичних можливостей: хворі 1-ої групи – на $3,8 \pm 0,7$ бала, порівняно з $0,9 \pm 0,6$ бала у хворих 2-ої групи ($p < 0,05$). Суттєвих змін показників ШОЕ перед початком і після проведеного десятиденного лікування в обох групах хворих не виявлено: у 1-ій групі перед початком лікування ШОЕ становило 21 ± 12 мм/год., після лікування – 19 ± 10 мм/год., у 2-ій групі – 20 ± 14 і 19 ± 11 мм рт.ст. відповідно. Ефективність лікування оцінено на $4,2 \pm 0,6$ (значне покращення) і $3,1 \pm 0,9$ (помірне покращення) бала відповідно.

Сприятливий ефект поєданого використання полтавського бішофіта гелю і лазеротерапії при ревматоїдному артриті обумовлений позитивним впливом такої комбінації на ексудативно-альтеративні процеси, зменшенням проникливості капілярів і покращенням обмінних процесів у вражених синовіальних оболонках.

Під час оцінювання індивідуальної динаміки отриманих результатів встановлено, що у 84% хворих 1-ої (основної) групи спостерігали повне зникнення болю і зростання об'єму рухів у вражених суглобах, покращення загального самопочуття та функціональної активності. У 16% хворих 1-ої групи всі вищеперераховані симптоми захворювання хоч і продовжували турбувати, але їхня інтенсивність і тривалість значно зменшились, і вони виникали лише при нефізіологічних рухах або значних фізичних навантаженнях, зберігалися протягом нетривалого часу (20-25 хв.). У хворих 2-ої (контрольної) групи повне зникнення всіх клінічних проявів захворювання під впливом медикаментозної і лазерної терапії спостерігалось у 35% випадків. 65% пацієнтів продовжували турбувати симптоми, інтенсивність яких незначно, але зменшилася.

Висновки. 1. Поєднане використання полтавського бішофіта гелю і лазеротерапії на початкових клініко-рентгенологічних стадіях ревматоїдного артриту в осіб із надмірною масою тіла викликає більш швидке зменшення клінічних проявів захворювання, ніж одна лазеротерапія.

2. При ревматоїдному артриті з ознаками ураження великих і середніх суглобів у осіб із надмірною масою тіла доцільним є включення полтавського бішофіта гелю у комплекс лікувальних заходів для швидшого отримання позитивних результатів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Будущее начинается сегодня: рекомендации Eular по лечению ревматоидного артрита с использованием биологических агентов и их реализация в Украине // Український ревматологічний журнал. — 2011. — № 1 (43). — С. 37—41.

2. Дзяк Г.В. Противоспалительные свойства бишофита Полтавского и его использование в медицине / Г.В. Дзяк // Магний-акцентированная реабилитация в физиотерапевтической практике: фундаментальные исследования и практическое применение. Материалы конференции (г. Донецк, 27 апреля 2011 г.). — Донецк, 2011. — С. 8—9.
3. Ждан В.М. Властивості та можливості застосування Полтавського бішофіту як фізіотерапевтичного засобу при лікуванні хворих на ревматоїдний артрит / В.М. Ждан, О.А. Волкова, С.Г. Стародубцев // Магний-акцентированная реабилитация в физиотерапевтической практике: фундаментальные исследования и практическое применение. Материалы конференции (г. Донецк, 27 апреля 2011 г.). — Донецк, 2011. — С. 15—18.
4. Казаков Ю. М. Клиническая медицинская реабилитация и физиотерапия / Ю.М. Казаков, О.В. Катюхин. — Полтава: Интерграфика, 2008. — 76 с.
5. Anderson J.J. Comparison Of Rheumatoid Arthritis Clinical Trial Outcome Measures: A Simulation Study / J.J. Anderson, J.A. Bolognese, D.T. Felson // Arthritis and Rheumatism. — 2003. — Vol. 48, Iss. 11. — P. 3031—3038.
6. Arnett F.C. The American Rheumatism Association 1987 Revised Criteria For The Classification Of Rheumatoid Arthritis / F.C. Arnett, S.M. Edworthy, D.A. Bloch [et al.] // Arthritis and Rheumatism. — 1988. — Vol. 31, Iss. 3. — P.315—324.

M.M. KISHKO, M.V. BICHKO, YU.V. KORSAK, R.Z. DEMYEN, T.V. KISHKO

Uzhgorod National University, Medical Faculty, Chair of Hospital Therapy, Uzhgorod

THE INFLUENCE OF COMBINED THERAPY WITH POLTAVSKY BISCHOFITE GEL AND LASER THERAPY ON CLINICAL MANIFESTATIONS OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN PATIENTS WITH EXCESSIVE BODY WEIGHT

The article deals with the combined laser and bischofite therapy of rheumatoid arthritis in patients with excessive body weight. The authors claim that the effect of combined therapy is much faster and more distinct than the effect of laser monotherapy.

Key words: bischofite, laser therapy, rheumatoid arthritis, excessive body weight

Стаття надійшла до редакції: 12.12.2011 р.