

Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Мартинюк В.І., Вахновський В.В., Лаврінченко О.М., Салайда І.М.,
Чопко Ю.М., Шиманська О.Ф., Шиманський В.О.
**НОВІ ПІДХОДИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ СИНОВІТОМ НА
САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

НОВІ ПІДХОДИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ СИНОВІТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІ – Вивчена ефективність лікувального комплексу з включенням болусотерапії при остеоартрозі колінних суглобів з явищами хронічного синовіту на основі клінічного та ультразвукового обстеження. Показано, що даний лікувальний комплекс зменшує вираженість симптомів синовіту, суглобового синдрому, покращує функцію уражених суглобів.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНОВИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ – Изучена эффективность лечебного комплекса с включением болусотерапии при остеоартрозе коленных суставов с явлениями хронического синовита на основании клинического и инструментального обследования. Показано, что данный лечебный комплекс уменьшает выраженность симптомов синовита, суставного синдрома, улучшает функцию поврежденных суставов.

NEW APPROACHES IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SINOVITIS ON SANATORIUM-RESORT STATE OF REHABILITATION – Efficiency of bolyusotherapy was studied at osteoarthritis of knee joints with the phenomena of chronic sinovitis after the clinical and ultrasonic investigation. It was shown that including of bolyusotherapy into rehabilitation process diminishes the expression of sinovitis symptoms, joint syndrome, improves the function of damaged joints.

Ключові слова: болусотерапія, остеоартроз, синовіт.

Ключевые слова: болусотерапия, остеоартроз, синовит.

Key words: bolyusotherapy, osteoarthritis, sinovitis.

ВСТУП Остеоартроз (ОА) – хронічне прогресуюче захворювання суглобів, яке характеризується деградацією суглобового хряща (СХ) з подальшою зміною в субхондральній кістковій тканині, розвитком крайових остеофітів, що приводить до втрати СХ та супутньому ураженні інших компонентів суглоба [2, 3].

Продукти деструкції хряща, які накопичуються в порожнині суглоба, викликають запалення синовіальної оболонки, гіпертрофію сосочкового апарату, підсилення складчастості та ущільнення синові. Синовіт часто осумкований в заворотах та складках синові. Наявність синовіту сприяє прогресуванню процесів дегенерації та деструкції хрящової тканини, посилює перебіг захворювання [4].

Ультразвукове дослідження (УЗД) є доцільним неінвазивним інформативним методом в дослідженні хворих з остеоартрозом, а також контролю лікування. Ранніми і найбільш інформативними сонографічними даними в діагностиці остеоартрозу є: синовіт з потовщенням синові, наявність паракапсулярних кіст, звуження суглобової щілини, ущільнення сухожилля прямого м'язу стегна, власної зв'язки та медіопателлярної складки, структурні зміни менісків та гіалінового хряща [1, 5, 7]. Виявлені зміни дозволяють об'єктивізувати патологічні процеси в анатомічних структурах при остеоартрозі і виробити показання до консервативного або оперативного лікування.

Традиційно на курортах хворим із захворюваннями суглобів застосовують грязелікування при температурі 38-42 °С. Відомо, що теплові процедури при наявності запалення загострюють цей процес, а у хворих з ОА можуть посилити явища синовіту [2, 4, 8].

Лікування пацієнтів з хронічним синовітом потребує комплексного підходу з врахуванням багатьох факторів, в тому числі ролі запального процесу [2, 3, 6, 9].

Мета дослідження: метою дослідження було визначення ефективності лікувального комплексу із застосуванням сірководневих ванн, магніто-лазерної терапії та болусотерапії у хворих з ОА із супутнім синовітом, встановити мож-

ливості та перспективи використання розробленого комплексу лікування на санаторно-курортному етапі реабілітації даного контингенту хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходилось 25 пацієнтів у віці 40-72 років з остеоартрозом колінних суглобів із супутнім хронічним синовітом різного ступеня вираженості. Хворі відмічали артралгії не тільки при рухах, але і в спокої. При пальпації суглобів відмічалась болючість. При рухах в суглобах виникали крепітація та хрускіт, вираженість яких була пов'язана із стадією процесу. У 60 % відмічалась тугорухість та обмеження рухів (контрактури) в уражених суглобах.

Важкість процесу у хворих оцінювалась за клінічними (набряк, гіпертермія, біль та ін.), ультразвуковими даними вираженості синовіту, змінами функціонального стану суглобів та лабораторними показниками запалення (ШОЕ, вмісту в крові С-реактивного білка).

Клінічне обстеження хворих включало суб'єктивні та функціональні методи з використанням 4-бальної системи таблично-індексних карт [5], які передбачають кількісну оцінку вираженості суглобового синдрому та функціонального стану опорно-рухового апарату.

Всі пацієнти були розподілені на дві репрезентативні групи. Основними критеріями репрезентативності були вік пацієнтів і стадія процесу.

Пацієнти 1- групи (10 осіб) отримували сірководневі ванни та магніто-лазерну терапію. Аплікації торфоболота не застосовувались у зв'язку з наявністю синовіту. Іншим 15 пацієнтам (2-га група) в лікувальний комплекс додатково було включено болусотерапію – аплікації голубої глини температурою 20 °С.

Оцінка ефективності проводилась з урахуванням змін загальноклінічних та лабораторних показників ступеня вираженості суглобового синдрому (суглобовий та больовий індекси, тривалість ранкової скрутості, кількість запальних та болючих суглобів, величини ШОЕ, С-реактивного протеїну) та за результатами ультразвукового дослідження.

Ультразвукове дослідження виконувалось на апараті HS-2000 з мультисистемним датчиком 2,8-3,5-5 МГц. Всі суглоби досліджувались в стандартних позиціях для діагностики синовіту та визначення ступеня його вираженості.

Сонографічними симптомами, котрі виявлялися у хворих з остеоартрозом були: синовіт з потовщенням синові, наявність випоту у верхньому завороті, кількість рідинних утворів в паракапсулярній зоні, ступінь зниження висоти суглобової щілини, товщина та наявність нерівномірності гіалінового хряща.

Клінічне та ультразвукове обстеження хворих проводилось до та після лікувального комплексу. Результати досліджень порівнювались з контрольними величинами (10 чоловік аналогічного віку без ознак ураження суглобів).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічне покращення, яке спостерігалось у хворих, мало об'єктивне підтвердження. Після курсу лікувального комплексу з включенням аплікацій глини відмічалось затухання явищ синовіту: зменшення припухлості та гіпертермії уражених суглобів, збільшення об'єму рухів в них, зникнення нічних та стартових болей, значне зменшення болей при навантаженні.

Динаміку загальноклінічних та лабораторних критеріїв суглобового синдрому в групах хворих з ОА в процесі лікування наведено в табл.1.

Таблиця 1. Динаміка загальноклінічних та лабораторних критеріїв в суглобового синдрому в групах хворих з ОА із хронічним синовітом в процесі лікування

Показник	Контроль	Хворі з ОА I групи		Хворі з ОА II групи	
		до лікув.	після лікув.	до лікув.	після лікув.
ШОЕ, мм	8,2±2,2	22,2±1,5	16,3±2	24,1±3,4	11,1±0,8
СРП "плюси"	–	++	+	++	–
Суглобовий індекс, бали	–	5,2±0,6	2,8±0,5	5,1±0,5	0,98±0,11
Запальний індекс, бали	–	1,4±0,2	0,8±0,3	1,52±0,12	0,32±0,14
Ран. скут., хв	–	18,7 ±2,2	2,1±1,1	17,9±2,2	–

Як видно з даних таблиці 1, використання болусотерапії сприяло більш вираженій позитивній динаміці зменшення запального процесу та ступеня вираження суглобового синдрому, про що свідчить достовірне зменшення величин суглобового та запального індексів, тривалості ранково скутості, ШОЕ та СРП.

При проведенні УЗД колінних суглобів встановлені УЗ-

ознаки х ураження. Дані УЗ-моніторингу представлено в таблиці 2.

Як видно з даних таблиці, у пацієнтів другої групи після проведеного лікування спостерігалось більш виражене зменшення товщини синовіальної оболонки, поширеності випоту та обмеження поширеності рідинних утворів в паракапсулярній зоні.

Таблиця 2. Дані УЗ-моніторингу обстежуваних хворих з ОА із хронічним синовітом до та після лікування

Показник	Контроль	Хворі з ОА I групи		Хворі з ОА II групи	
		до лікув.	після лікув.	до лікув.	після лікув.
Товщина синовіальної оболонки, мм	–	2,6±0,5	2,1±0,5	2,5±0,6	1,6±0,5
Поширеність випоту, %	–	44,3	22,8	41,2	12,4
Наявність рідинних утворів в паракапсулярній зоні, %	–	22,8±0,28	14,30±0,2	25,93±0,22	12,15±0,2

ВИСНОВКИ Наші дослідження показали, що застосування лікувального комплексу із включенням болусотерапії у хворих з ОА здійснює знеболювальну дію при артралгіях, протизапальну – при синовітах, антиспастичну – при контрактурах. Сприятлива дія болусотерапії на основні патогенетичні ланки ОА приводить до покращення його перебігу, дає можливість більш якісно проводити реабілітацію, що дозволяє зберегти функціональні можливості опорно-рухового апарату та поліпшити якість життя хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ермак Е.М. Ультразвукові критеріїв оцінки структури суставного хряща і субхондральної кістки // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. – № 5. – С. 102-114.
 2. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз: практическое руководство. – Киев: Моріон, 2005. – 601 с.

3. Коваленко В.Н., Шуба Н.М. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. – Киев: ООО "Катран груп", 2002. – 214 с.
 4. Нейко Є.М., Головач І.Ю. Сучасні уявлення про патогенез деформуючого остеоартрозу // Український ревматологічний журнал. – 2000. – № 1. – С. 8-12.
 5. Патент України № 63074 А. Спосіб якісно діагностики прогресування остеоартрозу колінних суглобів (2004) / В.М. Коваленко, О.П. Борткевич, О.О. Гармій // Бюл. ПВ №1.
 6. Ревматические болезни: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, Н.К. Бунчука. – М. – 1997. – С. 385-520.
 7. Ostergaard M., Court-Payen M., Gideon P. et al. Ultrasonography in arthritis of the knee. A comparison with MR imaging // Acta Radiol. – 1995. – Vol. 36, № 1. – P. 19-26.
 8. Gallagher R.M. Chronic pain: sources of late life pain and risk factor for disability // Geriatrics. – 2005. – Vol. 55. – P. 40-47.
 9. Arnet F. Reviderte Kriterien für die Klassifikation der chronischer Polyarthritits // Ibid. – 2003. – Vol. 9, № 2. – P. 49-54.