



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ МЕТОДОМ ВНУТРИКАНЕВОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ

О. Н. Орлова, А. А. Герасимов

В настоящее время все большее внимание клиницистов обращено на проблему лечения остеоартрозов суставов. Все шире используются методы, воздействующие непосредственно на патологический очаг. Одним из таких методов лечения является электролечение, лечение осуществляемое через кожу. Однако, кожа препятствует проникновению электрического тока внутрь организма и уменьшает его в 100-500 раз (Джонсон С. С., 1972 г., Пресман А. С., 1968 г.), поэтому эффективность этих процедур незначительна. При электрофорезе вводимые лекарственные вещества не проникают за пределы дермы, а следовательно и не оказывают воздействия на костную ткань. До костной ткани электрический ток не доходит, т. к. шунтируется по токопроводимым тканям и обходит кость, обладающую большим сопротивлением.

Недостатки накожного электролечения устраняются при внутритканевой электростимуляции, где воздействие электрическим током осуществляется непосредственно на костную ткань с помощью иглы-электрода, подведенного непосредственно к патологическому очагу [7]. Все авторы подтверждают патогенетичность такого лечения, при котором происходит значительное улучшение кровообращения и микроциркуляции в костной ткани суставов. Улучшение кровообращения костей, в свою очередь, улучшает питание суставного хряща, прекращаются процессы его распада [8, 9].

Для лечения больных с ДООА был использован метод внутритканевой электростимуляции (ВТЭС). Контрольная группа больных лечилась

традиционными методами лечения (физиотерапия и прием НПВП). Первая группа больных, получавшая лечение ВТЭС, состояла из 65 человек: с заболеванием коленных суставов 40 чел., тазобедренных суставов 25 чел. Возраст больных составил от 30 до 55 лет; преобладали женщины.

Лечение осуществлялось при 1-ой и 2-ой стадиях остеоартрозов по классификации Косинской Н.С. Вторая группа больных, составляющая 70 человек, лечилась традиционными методами: с приемом НПВП и физиотерапии. Обследуемые группы больных приблизительно равны по возрасту, составу и тяжести заболевания.

В качестве критерия оценки результатов лечения учитывалось уменьшение болевого синдрома субъективно. Объективизация степени интенсивности болевого синдрома проводилась с помощью аппарата «Альгезиметр», который измеряет кожный электрический потенциал, возникающий на электроде при контакте с кожей. Изменение электропотенциала на пораженном суставе по сравнению с данными на здоровом суставе служат критерием наличия боли. Другим объективным

критерием эффективности лечения является восстановление амплитуды движения в пораженном суставе.

По результатам анализа данных исследований выявлено, что при ВТЭС хорошие результаты от лечения с полным устранением боли наблюдались у 83% больных, а при традиционных методах лечения у 52% в сроки от 14 до 20 дней. При лечении ВТЭС амплитуда движения увеличивалась во всех случаях. Болевой синдром достоверно исчезал у большинства больных (по данным электрометрии). При лечении традиционным методом амплитуда движения восстанавливалась в 52%, боли после окончания курса приема НПВП возникали вновь в ближайшие месяцы.

При комплексном биомеханическом обследовании больных, получивших лечение ВТЭС, было установлено, что нормализуется амплитуда движения в суставах, улучшается скорость ходьбы, длина шага, что обусловлено исчезновением болевого синдрома. При коксартрозах наблюдалась положительная динамика статических показателей и в меньшей степени биомеханических показателей при ходьбе. При лечении традиционными методами больных с коксартрозом достоверных улучшений биомеханических показателей не наступало.

Длительность лечения традиционными методами составила до 20 дней, при ВТЭС до 12 дней. После традиционного лечения рецидивы наблюдались в 2,5 раза чаще, чем при ВТЭС.

Таким образом, лечение больных с помощью ВТЭС существенно сокращает срок лечения и нетрудоспособности больных с остеоартрозом крупных суставов в амбулаторных условиях. Применение нового метода увеличивает эффективность лечения больных, продлевает срок ремиссии по сравнению с традиционными методами лечения. Метод необходимо шире использовать в поликлинической практике.

Литература:

1. Беневолевская Л. И., Михайлова И. Н., Орлов-Морозов А. В. «Некоторые генетические аспекты болезни Бехтерева». Тер.архив. 1980 г. № 6, С. 7-9.
2. Носонова В. А., Астапенко М. Г. «Клиническая медицина». Москва. Медицина. 1989 г.
3. Астапенко М. Г. «Принципы патогенетической терапии деформирующего остеоартроза». Ревматология. 1986 г. № 1. С. 42-48.
4. Мусаев А. В. «Нейрофизиологические механизмы анальгезирующего действия прескожной электростимуляции». Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. № 3. 1993 г. С. 69-71.
5. Ткаченко С. С., Руцкий В. В. «Электростимуляция остеопарации». Ленинград. Медицина. 1989 г. С. 208.
6. Герасимов А. А., Овсянникова Р. В. «Внутрикостная электростимуляция при лечении деформирующего артроза». Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. № 1. 1994 г. С. 29-30.
7. Чепой В. М. «Диагностика и лечение болезней суставов» Москва. Медицина. 1990 г.
8. Анасонова В., Сигидин А. Я. «Фармакотерапия в ревматологии». Москва. Медицина. 1976 г. С. 216.

