

Сокрут О.П.,

*кандидат медичних наук, доцент кафедри реабілітаційної та спортивної
медицини Донецький національний медичний університет;*

Алексєєва Л.А.,

*кандидат медичних наук, доцент кафедри реабілітаційної та спортивної
медицини Донецький національний медичний університет;*

Сокрут М.В.,

*науковий співробітник науково-дослідницький інститут травматології та
ортопедії Донецький національний медичний університет
Україна, м. Лиман*

ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКОЧАСТОТНОГО МАГНІТНОГО ПОЛЯ В ІНДИВІДАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Ревматоїдний артрит (РА) належить до найбільш частих запальних хвороб суглобів і нині розглядається як хронічне системне автоімунне захворювання сполучної тканини з істотними змінами вегетативної нервової системи.

Матеріали і методи. Обстежено 173 хворих на РА у віці від 18 до 79 років (в середньому $45,8 \pm 0,90$ років). Серед цих пацієнтів було 36 (20,8 %) чоловіків і 137 (79,2 %) жінок, відповідно у віці $43,5 \pm 1,77$ років і $46,4 \pm 1,03$ років ($t=1,34$, $p=0,184$). Досліджувані хворі були розподілені на три групи (ваготоніки – ВТ, симпатотоніки – СТ і ейтоніки – ЕТ). Початковий вегетативний тонус визначали методом сенситивності тромбоцитів до норадреналіну та ацетилхоліну, анкетуванням (за методикою В.М.Сокрута), виразність вегетативних розладів визначали за індексом Кердо, показниками варіабельності серцевого ритму.

Результати. Вегетативна дисфункція (ВД) - порушення тонусу з клінічними проявами встановлено у 34 випадках (20 %) від числа обстежених хворих на РА. ВД не спостерігалася серед ЕТ, у ВТ зустрічалася в 6,8 разів частіше, ніж зі звичайним станом ВНС, у СТ – частіше в 12,2 рази. У ваготоніків спостерігався серопозитивний варіант РА. У симпатотоніків маніфестація РА супроводжувалась вираженою симпатичною активацією та відмічалась серонегативна його форма. ВТ і СТ мали достовірні відмінності за всіма показниками, крім індексу тяжкості вегетативних розладів (VSI) та індексу Кердо (KVI). Зіставлення ВТ й ЕТ виявило достовірно більші показники aCCP – на 31 % і BMD – на 33 %, що відображає схильність ВТ до гіперчутливості імунної системи та остеопорозу. СТ достовірно відрізняється від ВТ за показниками RF, aCCP, CRP, FG. У випадках СТ показник ваго

симпатичного індексу (VSI) прямо співвідноситься з RF і індексом ступеня активності артриту (DAS), при СТ показники в крові $RF > 40$ мО/мл є прогностично несприятливими щодо тяжкості вегетативних розладів. У симпатотоніків серонегативний РА мав чіткий позитивний зв'язок з формуванням інтраартикулярних артрокальцинатів. Порушення вегетативного тону у хворих на РА значною мірою впливають на мікроциркуляцію (судинний тонус і реологію крові), що відображали зміни фізико-хімічних адсорбційно-реологічних властивостей крові (АРВК), які в свою чергу посилювали ВД.

Системний остеопороз було діагностовано у 2/3 від числа хворих на РА. Найбільша ураженість виявлена у ВТ – у 88 % від їх загальної кількості. Серед СТ з РА виявлена висока кореляція з синдромом Рейно (у 56,3 %). Параметри BMD залежать від значень VSI, KVI та LFN, та, в свою чергу, існує прямий кореляційний зв'язок між BMD та індексом вегетативних розладів (VSI). Значення $VSI > 820$ в.о. є прогнознегативною ознакою щодо розвитку остеопорозу. Виявлено існуючий вплив ВД і «вегетативного паспорту» хворих на інтегральні маркери кісткового метаболізму. Прогностично несприятливими щодо остеопорозу при РА є показники в крові $Ca > 80$ мг/л і $AP > 180$ О/л. Значний вплив вегетативного паспорту і тону на перебіг РА та ефективність лікувальних заходів став приводом для розробки індивідуальних комбінованих методів магнітотерапії (МТ). Запропонована комплексна схема реабілітації хворих на РА, що включала щоденне застосування магнітного поля низької частоти (МПНЧ) на ділянку потилиці та/або задню поверхню шиї на рівні сегментів C2-D1 («вегетативна складова» процедури) і суглоби («артикулярний компонент»). Всіх спостережуваних хворих методом випадкової вибірки ми розподілили на дві групи – тих, що отримували фізіотерапію (МТ) і не отримували її (МТ0). Першу групу поділили ще на дві – ті пацієнти, у яких МТ застосовували тільки за загальноприйнятою методикою, виключно на суглоби (МТ1) – контрольна, та ті, кому дане фізіотерапевтичне лікування призначали одночасно з впливом на ВНС і з урахуванням типу ВНС (МТ2) – основна. Для ВТ ми використовували постійний режим, що більшою мірою впливає на адренорецептори, а для СТ оптимальним вважали застосування перемінної форми МТ, що переважно впливає на ацетилхолінові рецептори.

Висновки. За даними непараметричного аналізу Макнемара-Фішера, мали місце достовірні відмінності результатів лікування в групах $MT2 \leftrightarrow MT1$, $MT2 \leftrightarrow MT0$, $MT1 \leftrightarrow MT0$. Показана доцільність використання комбінованої МТ з впливом на опорно-руховий апарат і ВНС (з урахуванням «вегетативного паспорту») у всіх хворих на РА. Прогнозпозитивним критерієм щодо застосування ПМП при РА є показник $VSI < 210$ в.о. Було доведено, що «вегетативний паспорт» та поточний вегетативний тонус

впливають на перебіг РА та ефективність лікування. Використання МПНЧ за вегетативно-артикулярною методикою з урахуванням симпато- та ваготонії підвищує ефективність лікування хворих на ревматоїдний артрит.