

УДК 615.814.1:616.728.3–018.3–08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Тырнов П.В., Левин А.В.

Медицинский университет «РЕАВИЗ» Минздрава России, Самара, e-mail: rtpmed@mail.ru

Изучалась эффективность различных методик традиционной китайской медицины (ТКМ) у 58 пациентов с деформирующим остеоартрозом (ДОА) коленных суставов. 1-я группа (30 человек) получала ТКМ в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами, 2-я группа (28 пациентов) – только медикаментозную терапию. Для оценки выраженности синдрома подсчитывался коэффициент суставного болевого синдрома (СБС). После проведенного лечения у всех больных уменьшился или полностью купировался болевой синдром, а также основные ортопедические нарушения. Динамика была обусловлена положительными изменениями характеристики СБС: уменьшились продолжительность болезненности, степень иррадиации и выраженность боли при пальпации сустава, увеличился угол сгибания сустава, а также снизился тонус мышц конечностей. Однако у больных 1-й группы коэффициент прироста СБС был достоверно выше, чем у больных второй группы ($1,3 \pm 0,12$ и $0,5 \pm 0,23$ соответственно, $p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности включения ТКМ в комплексное лечение ДОА.

Ключевые слова: деформирующий остеоартроз коленных суставов, традиционная китайская медицина

THE EFFICACY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE IN DEFORMING OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINTS

Tyrnov P.V., Levin A.V.

Medical University «REAVIZ» Russian Ministry of Health, Samara, Russia, e-mail: rtpmed@mail.ru

We studied the effectiveness of various methods of traditional Chinese medicine (TCM) in 58 patients with deforming osteoarthritis of the knee. Group 1 (30 patients) received BMT in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs, group 2 (28 patients) – only medical therapy. To assess the severity of the syndrome was calculated rate factor articular pain syndrome (SBS). After the treatment in all patients decreased or completely eliminated pain syndrome, as well as major orthopedic disorders. The dynamics was due to positive changes in the characteristics of SBS: decreased duration of pain, degree of irradiation and the severity of the pain of joint tenderness, increased joint flexion angle, and decreased tone of the muscles of the extremities. However, patients in Group 1 growth factor SBS was significantly higher than in patients of the second group ($1,3 \pm 0,12$ and $0,5 \pm 0,23$, respectively, $p < 0.05$), indicating that the efficiency of the inclusion of TCM in complex treatment DOA.

Keywords: deforming osteoarthritis of the knee, traditional Chinese medicine

Деформирующий остеоартроз коленных суставов (ДОАКС) – представляет одну из наиболее значимых проблем в практическом здравоохранении, в связи с частой встречаемостью у лиц трудоспособного возраста, среди всех ортопедических заболеваний остеоартроз отмечают у 55% больных, причем в 13–29% случаев страдает коленный сустав [1].

В основе патогенеза остеоартроза коленного сустава лежит несоответствие функциональной перегрузки на суставной гиалиновый хрящ и биологических возможностей последнего противостоять дегенерации и деструкции хряща.

Патогенетические механизмы деструкции хряща при ДОА включают в себя такие важные звенья, как нарушение гидрофильности хрящевой ткани – ее высушивание или, наоборот, оводнение, активацию перекисного окисления липидов (ПОЛ), накопление свободных радикалов и срыв антиоксидантных механизмов. Существенная роль в развитии и прогрессировании ОА

отводится расстройству кровообращения в синовиальной оболочке и субхондральной кости. Ряд исследователей полагают, что капилляротрофическая недостаточность играет не менее важную роль в патологическом процессе при ОА, чем поражение хондроцитов. Также отмечено, что при остеоартрозе происходит нарушение окислительно-восстановительных процессов. В тканях выявляется недостаток кислорода, т.е. имеется выраженная гипоксия со значительным расстройством окислительно-восстановительных процессов, что проявляется в снижении дыхательной способности клеток, т.е. ингибировании ферментных дыхательных систем до полной инактивации.

Воспаление часто становится причиной гипоксии суставных тканей, сенсibiliзирует нервную ткань, вследствие чего усиливается болевой синдром. При хроническом синовите нарушается синтез нейропептидов, ускоряется клеточный апоптоз.

В патогенезе заболевания большое значение придают состоянию минерального

обмена, обмен нуклеиновых кислот, коллагеновых и неколлагеновых белков и др., изменения которых приводят к возникновению дефицита энергии и нарушению энергетического обмена, что вызывает преобладание процессов распада над синтезом, т.е. есть повышение содержания ферментов, расщепляющих вещество хряща [7].

Большая распространенность ДОАКС, отсутствие единого мнения об этиопатогенезе заболевания, недостаточная эффективность консервативного лечения, делают актуальной проблему разработки новых подходов к терапии данного страдания.

В законодательстве отмечена важность медицинских мероприятий, направленных на восстановление утраченных функций пораженного органа, а также на предупреждение и раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, снижение инвалидности и улучшение качества жизни [5]. В утвержденном порядке трехэтапной организации медицинской реабилитации, основанном на комплексном применении природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов, важное место в медицинской реабилитации отводится и традиционной китайской медицине.

Цель исследования – изучение эффективности применения ТКМ в комплексном лечении ДОАКС.

Материалы и методы исследования

Исследования проведены у 58 пациентов обоего пола в возрасте от 32 до 54 лет с ДОАКС, со средней продолжительностью заболевания $15,5 \pm 5,1$ лет.

Всем пациентам проводили нейроортопедическое обследование до и после лечения, лабораторные обследования, рентгенологические исследования. При рентгенологическом исследовании коленных суставов изменения I ст. определялось у 36 (62,1%), II ст. определялось у 22 (37,9%) пациентов. При артрозонографии были установлены явления синовита у 21 (36,2%) пациентов. Больные случайным образом были распределены на две группы – пациентам контрольной группы (28 человек) применяли общепринятые методы лечения, включающие нестероидные противовоспалительные препараты, витамины гр. В, физиотерапию, а основной (30 человек) – дополнительно использовали ТКМ.

Несмотря на не распространенное применение микроакупунктурных систем, к которым относят точки кисти и стопы, ушной раковины, как в нашей стране, так и за рубежом, правильное их использование значительно расширяет возможности рефлексотерапии. Кроме того, оценка состояния этих систем, имеющих соматотопическое деление, позволяет во многих случаях осуществлять неспецифическую топическую диагностику заболеваний [4].

Использовали микроакупунктурные системы, так при повышении мышечного тонуса в области конеч-

ности использовались точки ушной раковины, при сосудистых нарушениях – стопы, при дистрофических – кисть [2].

Всем пациентам обеих групп проводили углубленное ортопедическое обследование с применением ортопедического инструментария, позволяющего количественно оценить болезненность позвоночника и суставов, проводилась курвиметрия и углометрия, позволяющая оценить ограничение движений в позвоночнике и суставах, измерялась окружность сустава при наличии синовита. Для интерпретации данных полученные результаты переводили в сопоставимые единицы, сравнивая каждый показатель с соответствующим показателем условно «здоровой» стороны.

$$CC = KTA \text{ ср.} + KP + KC + KUM + КОС,$$

где СС – суставной синдром; КТА ср. – средний коэффициент тензоальгиметрии; КР – коэффициент разгибателей, где берется отношение силы разгибателей здоровой к силе разгибателей больной стороны; КС – коэффициент сгибателей, который подсчитывается аналогично; КУМ – коэффициент углометрии: угол сгибания и разгибания «здорового» к углу сгибания и разгибания «больного» сустава; КОС – коэффициент окружности: отношение окружности «больного» сустава к «здоровому».

Общими задачами восстановительного лечения пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы были купирование болевого синдрома, снижение патологической проприоцептивной импульсации, улучшение кровообращения в суставе, нормализация репаративно-регенеративных процессов, восстановление биомеханических нарушений, закрепление оптимального двигательного стереотипа [3].

ТКМ использовалась не только с целью купирования острого болевого синдрома, но и для пролонгирования лечебного действия. Также ТКМ потенцирует эффект глюкозамина сульфата, что способствует восстановлению репаративно-регенеративных процессов в хряще, в частности, хондроитинсульфатов. Наряду с антиноцицептивным и миорелаксирующим эффектами она способствует улучшению микроциркуляции в пораженном суставе [6].

Для получения терапевтического эффекта было достаточно 8–12 ежедневных процедур.

Результаты исследования и их обсуждение

После проведенного лечения у всех больных уменьшились или полностью купировался болевой синдром, а также основные ортопедические нарушения. Динамика была обусловлена положительными изменениями характеристики СБС (табл. 1): уменьшились продолжительность болезненности, степень иррадиации и выраженность боли при пальпации сустава, увеличился угол сгибания сустава, а также снизился тонус мышц конечностей. Снижение показателей активности СС у больных 1-й группы происходило в более ранние сроки (в среднем на 3–5-й день), чем у больных 2-й группы (на 6–8-й день).

Таблица 1

Суставной болевой синдром в группах

Пациенты	Суставной синдром	
	до лечения	после лечения
Основная группа (n=30)	13,6±1,2	5,7±1,4
Контрольная группа (n=28)	13,6±1,2	8,8±1,5
P	>0,05	<0,05

Наряду с подсчетом суставного синдрома, также определяли коэффициент прироста, который рассчитывался следующим образом:

$$\frac{(\text{СС после лечения} - \text{СС до лечения})}{\text{СС до лечения}} 100\%.$$

У больных 1-й группы коэффициент прироста СС после курсового лечения, который отражает выраженность суставного синдрома, выше и составил 56%, тогда как у больных второй группы – 35%, что свидетельствует об эффективности комплексного лечения ДОАКС ТКМ в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами.

Таким образом, комплексное лечение ДОАКС с применением ТКМ, а в частности, дифференцированное применение микроакупунктурных систем уха, кисти и стопы в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами приводит к уменьшению клинических проявлений ДОАКС, восстановлению оптимального

двигательного стереотипа, сокращению сроков временной нетрудоспособности.

Список литературы

1. Насонова В.А. Остеоартроз коленного сустава: причины развития, диагностика и профилактика / В.А. Насонова // *Consilium medicum*. – 2003. – № 5 (2). – С. 87–92.
2. Новиков Ю.О. Профилактика и лечение рефлекторных синдромов поясничного остеохондроза с применением традиционных методов у работников нефтеперерабатывающего завода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1993. – 15 с.
3. Новиков Ю.О., Галлямова А.Ф., Заинчуковская Л.П. Организация амбулаторного восстановительного лечения дорсалгий // *Неврологический журнал*. – 2001. – Т. 6. № 5. – С. 51–53.
4. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. – М.: АСТ–ПРЕСС КНИГА, 2004. – 528 с.
5. Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724.
6. Современный взгляд на механизм действия рефлексотерапии / Л.А. Лепилина [и др.]. // *Медицинский вестник Башкортостана*. – 2011. – Т. 64; № 1. – С. 113–118.
7. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: A 3-year, randomized placebo-controlled, double-blind study / K. Pavelka, J. Gatterova, M. Olejarova [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2002. – V. 162. – P. 2113–2123.