

*Яворська Т.Є.,  
асистент кафедри  
фізичної реабілітації  
Житомирського  
економіко-гуманітарного інституту  
ВНЗ «Університет Україна»*

**Ефективність застосування грязей Сакського озера в лікуванні хворих гонартрозом на санаторно-курортному етапі в реабілітаційному центрі „Дениші”**

Остеоартроз – хронічне прогресуюче дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, етіологія якого остаточно не виявлена [1]. Реабілітація остеоартрозу базується на комплексному підході до відновного лікування з забезпеченням безперервності та етапності реабілітаційних заходів.

За статистичними даними, в Україні на сьогодні кожен третій мешканець у віці старше 50 років страждає на остеоартроз суглобів. Причому останніми роками відзначається тенденція до зростання захворюваності на остеоартроз в цілому по Україні на 81,6 % за 4 роки. Як показано популяційними дослідженнями, ці показники дещо нижчі, ніж у США і значно вищі, ніж у Великобританії.

Хоча розвиток остеоартрозу і не впливає на життєвий прогноз, однак дана патологія є однією з головних причин передчасної втрати працездатності та інвалідизації. Синдром хронічного болю та порушення рухової здатності, що обмежують життєдіяльність, ведуть до погіршення якості життя пацієнтів цієї категорії [5].

Втрата тимчасової та стійкої непрацездатності, зумовленої остеоартрозом, зросла у 3–5 разів, що представляє остеоартроз не тільки як медичну, а й як соціальну проблему, так як дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів – найбільш часта причина, із приводу якої пацієнти звертаються за медичною допомогою [7].

Тому, пошуки сучасних технологій, засобів та методів ФР осіб з гонартрозом, оптимізація відновного лікування з метою стабілізації дегенеративно-диструктивних змін в суглобі та профілактики їх ускладнень є актуальною проблемою в сучасній реабілітології.

Метою цієї статті, що становить одну зі складових нашого дослідження, є визначення ефективності застосування грязей Сакського озера аплікаційним методом та методом гальваногрязей в поєднанні з іншими методами фізичної реабілітації у хворих досліджуваних груп з групою порівняння на досвіді їх застосування на санаторно-курортному етапі відновного лікування в реабілітаційному центрі „Дениші”.

**Завданнями** дослідження були:

1. Удосконалення програми відновного лікування гонартрозу шляхом розробки реабілітаційної програми за правилами сумісності та послідовності застосування різноманітних засобів та методів фізичної реабілітації в єдиній програмі.

2. Розробка та експериментальне обґрунтування використання запропонованого комплексу пелоїдотерапії муловими сульфідними грязями Сакського озера в поєднанні з іншими засобами фізичної реабілітації.

3. Вивчення ефективності запропонованого комплексу в порівнянні з традиційними методами відновного лікування гонартрозу.

Для досягнення мети і розв’язання поставлених завдань нами було використано комплекс **методів дослідження**: 1) *теоретичні* – аналіз вітчизняних та зарубіжних науково-методичних і літературних джерел, порівняння, системно-структурні та системно-функціональні методи, які дозволили узагальнити та систематизувати теоретичний матеріал з проблеми дослідження; 2) *анкетування* – для визначення самооцінки якості життя хворих на гонартроз; 3) *спеціальні методи* дослідження функціонування здатності колінного суглоба при дегенеративно-дистрофічних процесах; 4) *медико-статистичні методи* оцінки ефективності проведеного лікування.

Дослідження було проведене на досвіді кабінету пелоїдотерапії санаторно-реабілітаційного центру радіаційного захисту для дорослого та дитячого населення „Дениші”.

У дослідженні брало участь 49 осіб працездатного віку з остеоартрозом колінних суглобів I–II ступеню важкості перебігу, які були поділені на три групи.

Пацієнти досліджуваної групи I (17 чоловік) отримували процедури пелоїдотерапії у вигляді гальваногрязі, гідрокінезотерапії, теренкур, мануальну терапію з використанням постізометричної релаксації м'язів стегна й гомілки, засоби ортопедичної корекції (наколінники).

Пацієнти групи дослідження II (16 чоловік) приймали пелоїдотерапію у вигляді безпосередніх аплікацій сакських грязей на ділянку ураження, гідрокінезотерапію, теренкур, мануальну терапію з використанням постізометричної релаксації м'язів стегна й гомілки, засоби ортопедичної корекції (наколінники).

Пацієнти контрольної групи (III група), що складало 16 осіб, отримували традиційний комплекс відновного лікування у вигляді групових занять ЛФК, класичного масажу та апаратної фізіотерапії (ультразвук, магнітотерапія, електрофорез знеболюючих та протизапальних засобів). В групі порівняння пелоїдотерапія не застосовувалась.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження проведено з використанням сучасних методів клініко-функціональної оцінки перебігу гонартрозу у хворих досліджуваних груп та групою порівняння. Так, для оцінки інтенсивності болю у суглобах і ранковій скутості нами було використано десятибальну візуальну аналогову шкалу (ВАШ).

Як свідчать отримані нами дані, після проведеного лікування відзначалося вірогідне зниження показників болю у колінних суглобах за ВАШ з 7,45 до 2,21 бали у досліджуваній групі I, яка отримувала гальваногрязелікування. У групі дослідження II, що отримували пелоїдотерапію у вигляді грязевих аплікацій, відмічалось поступове зниження показників інтенсивності больового синдрому з 6,8 до 3,10 бали. У контрольній групі, що отримувала традиційне лікування, спостерігалось незначне зниження показників болю у колінних суглобах із 7,1 до 4,7 бали.

Нами також було проведено опитування щодо самостійного оцінювання функціонального стану суглобу хворим. З цією метою пацієнти заповнювали опитувальник (альгофункціональний індекс Лекена), в якому оцінювалися такі

критерії в балах, як біль або дискомфорт, максимальна дистанція ходьби та повсякденна активність.

Аналіз результатів дослідження також проводився за допомогою методики оцінки важкості порушення функції нижніх кінцівок (ПФНК) при гонартрозі. Оцінка кожної ознаки здійснювалась за 100 бальною шкалою, де бал „100” передбачав наявність сформованої ознаки на найвищому рівні, а бал „1” – на мінімальному.

Узагальнені результати дослідження важкості порушення функції нижніх кінцівок (ПФНК) при гонартрозі зводилися до загальної таблиці 1. та представлені графічно.

**Таблиця 1.**  
**Методика оцінки важкості порушення функції нижніх кінцівок (ПФНК) при гонартрозі**

<b>№ п/п</b>	<b>Експертна ознака</b>	<b>Група дослідження I</b>	<b>Група дослідження II</b>	<b>Контрольна група</b>
<b>1.</b>	Пересування	40,5	39,8	40,9
<b>2.</b>	Додатковий опір	20,4	18,9	19,0
<b>3.</b>	Виконання побутових функцій	44,6	43,0	42,5
<b>4.</b>	Самообслуговування	20,8	19,7	21,5
<b>5.</b>	Користування суспільним транспортом	60,8	59,2	56,9
<b>6.</b>	Виконання професійних обов'язків			19,9
	<b>Підсумковий показник</b>	<b>34,7</b>	<b>34,3</b>	<b>33,4</b>

Отже, в результаті отриманих даних, нами було визначено, що пацієнти трьох груп серед важкості порушення функції нижніх кінцівок за рівнем значущості надають перевагу „користування суспільним транспортом” (56,9–60,8), „виконання побутових функцій” (42,5–44,6), „пересування” (39,8–40,5).

Найменш значущими у системі важкості порушення функції нижніх кінцівок пацієнти усіх груп назвали „самообслуговування” (19,7–20,8), „додатковий опір” (18,9–20,4), „виконання професійних обов'язків” (19,9–21,5). Отримані результати дали можливість представити графічно динаміку рівня значущості важкості порушення функції нижніх кінцівок (див. рис. 1).



Рис. 1. Динаміка рівня значущості важкості порушення функції нижніх кінцівок (ПФНК)

Як об'єктивний метод відновлення рухової здатності колінного суглобу нами була проведена гоніометрія, яка здійснювалась до та після виконання реабілітаційних програм у всіх трьох групах (див. табл. 2).

Таблиця 2.

#### Динаміка гоніометрії (у градусах)[3]

Суглоб	Види рухів	До лікування			Після лікування			Нормальні показники
		Група дослідження I	Група дослідження II	Контрольна група	Група дослідження I	Група дослідження II	Контрольна група	
Колінний	Згинання	93,0°	88,5°	90,5°	125°	110°	95°	134°
	перерозгинання	15°	12°	13 °	25,8°	23°	21°	30°

Динаміка гоніометричних показників у хворих досліджуваної групи I була наступною: кут згинання у колінному суглобі збільшився з  $93,0 \pm 1,6^\circ$  до  $125 \pm 1,4^\circ$ , кут перерозгинання –  $15 \pm 2,1^\circ$  до  $25,8 \pm 1,9^\circ$ . Збільшення об'єму згинання на тлі зменшення болю у колінному суглобі відзначали в середньому після третьої процедури гальваногрязі, а до десятого сеансу кут згинання становив уже  $125\text{--}130^\circ$ , що наближався до нормального показника.

У групі дослідження II фізіотерапевтичний вплив здійснювали грязевими аплікаціями на область суглоба, позитивна динаміка полягала в зменшенні болю у суглобі, покращенням рухової та опорної функції кінцівки, та помірним

покращенням показників гоніометрії: кут згинання з  $88,5 \pm 1,7^\circ$  до  $110 \pm 0,5^\circ$  та кут перерозгинання з  $12 \pm 2,0^\circ$  до  $23 \pm 1,3^\circ$  після 5–6 сеансів.

У хворих контрольної групи (ІІІ група) навіть зменшення больового синдрому та скутості в ураженому суглобі супроводжувалося відновленням опороздатності та рухливих функцій помірно: кут згинання з  $90,5 \pm 1,4^\circ$  до  $95 \pm 1,5^\circ$  та кут перерозгинання з  $13 \pm 2,0^\circ$  до  $21 \pm 1,3^\circ$  (див. рис. 2).

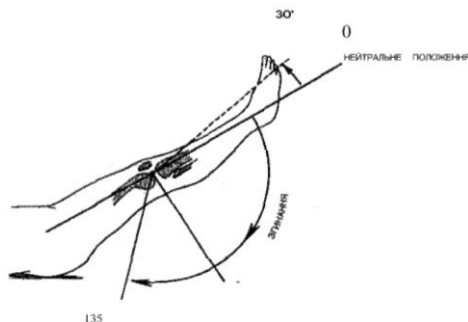


Рис.2. Вимір руху у колінному суглобі. Згинання, і перерозгинання [3, с. 254]

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що проведений курс лікування у хворих на гонартроз суттєво покращував функціональний стан колінних суглобів та викликав вірогідне зменшення болісних та набряклих суглобів.

Мануально-м'язеве тестування фіксувалося у балах у співвідношенні з загальноприйнятою у клінічній практиці класифікацією та позначалося кодом ММТ за 6-бальною системою оцінки (від 0 до 5).

Підсумовуючи одержані дані за показниками ВАШ, індексу Лекена, ПФНК, ММТ та даних гоніометрії нами було визначено найбільш ефективною комплексну програму в І групі дослідження, де поряд з іншими перерахованими вище засобами ФР застосовувалась методика відпуску грязєвих процедур з оптимізацією гальванічним струмом, що забезпечує більш швидку і глибоку дію лікувальних складових сакської грязі, що мають однонаправлену протизапальну, протинабрякову, трофічну та регенеруючу дії.

Позитивна клінічна динаміка простежувалася і в групі дослідження ІІ, де пелоїдотерапія застосовувалась у вигляді аплікацій, однак з менш вираженими клініко-функціональними показниками.

Найменш виражені позитивні зрушення в перебігу гонартрозу на санаторно-курортному етапі спостерігались в групі порівняння, де використовувалися традиційні засоби та методи фізичної реабілітації.

Таким чином, вивчення наукових першоджерел вітчизняної, зарубіжної і фахової літератури відповідно до мети і завдань дослідження, а також результати проведеного дослідження дали змогу зробити висновки:

1. Гонартроз – широко розповсюджене дегенеративно-дистрофічне захворювання опорно-рухової системи, яке призводить до важких життєво-небезпечних ускладнень, що призводить до значних втрат тимчасової та стійкої працездатності, ранньої інвалідизації і є нагальною медико-соціальною проблемою як у світі, так і на Україні.

2. Лікування хворих на гонартроз повинно бути етапним, комплексним, індивідуалізованим та адекватним у відповідності до стадії захворювання, ступеню втрати опороздатності та рухливої функції з врахуванням реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу – як короткострокового, так і довгострокового.

3. Враховуючи важливість своєчасного виявлення ознак дегенеративно-дистрофічного процесу при гонартрозі та важкість його ускладнень, особливе місце займає боротьба з факторами ризику гонартрозу та здійснення засобів первинної та вторинної профілактики цієї категорії хворих та їх диспансерного нагляду з систематичним протирецидивним лікуванням фізичними засобами та методами за правилами сумісності та послідовності використання фізичних чинників.

4. Одним із засобів оптимізації відновного лікування при гонартрозі на санаторно-курортному етапі реабілітації є застосування сакських мулових грязей в поєднанні з гальванічним струмом, що підсилює їх протизапальну, протинабрякову, трофічну та регенеруючу дії та сприяє введенню її лікувальних агентів в більшій кількості, на більшу глибину, більш суттєвому потенціюванню лікувальної дії пелоїдів.

5. Перевагою запропонованого комплексу фізичної реабілітації з застосуванням пелоїдотерапії у хворих гонартрозом досліджуваних груп є

ефективне досягнення позитивного лікувального ефекту без додаткового застосування медикаментозних засобів, що виключає їх негативний вплив на адаптаційно-приспосувальні реакції організму взагалі та імунного статусу зокрема та значно зменшує матеріальні витрати на відновне лікування.

6. Запропонований комплекс відновного лікування гонартрозу у хворих досліджуваних груп з різними методиками пелоїдотерапії можна рекомендувати для практичного впровадження в лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладах.

### **Список використаної літератури**

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2000 г. – С. 347 – 400.
2. Бурлаков В. В., Бабина И. В., Бибичева В. В., Шайковский А. А. Саки. Курорт, дарующий надежду. – Севастополь: Библекс, 2007. – 176с.
3. Гері Окамото. Основи фізичної реабілітації // Перекл. з англ. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 325 с.
4. Ермакова И. В., Лопатина Т. И., Родинко Я. П. Опыт применения пелоидов при остеоартрозе в условиях пансионата с санаторно-курортным лечением //Тр. V Всерос. Съезда физиотерапевтов и курортологов и Российского науч. форума «Физические факторы и здоровье человека». М.: Авиаиздат, 2002. С. 114–115.
5. Корж Н. А., Филиппенко В. А., Дедух Н. В. Остеоартроз – подходы к лечению // Вісник ортопедії травматології та протезування – 2004.– № 3.– С. 75–79.
6. Лечебная физкультура в системе мед. реабилитации.: Рук–во для врачей/ Под ред. А. Ф. Каптелина, И. П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995. – 400с.
7. Ревматические болезни: Рук. для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука, – М.: Медицина, 1997.
8. Улащик В. С. Лукомский И. В. Общая физиотерапия. Учебник. Минск: Интерпрессервис: Книжный Дом, 2003. – 512с.
9. Холопов А. П., Шашель В. А., Плохое В. В. и соавт. Новые методы грязелечения // Метод. рекоменд. Краснодар, 1996. – С. 10.