

ФОРМИ КОМОРБІДНОСТІ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ РІЗНИМИ РЕЖИМАМИ МАГНІТНОГО ПОЛЯ

Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна

Ревматоїдний артрит (РА) є хронічним системним автоімунним захворюванням сполучної тканини з переважним ураженням периферичних суглобів, із розвитком у них ерозивно-деструктивних змін і анкілозування. Ефективність лікування РА багато в чому залежить від супутньої патології (коморбідності) і форми артриту. Мало використовуються фізичні фактори в лікуванні даної патології у зв'язку з недостатнім обґрунтуванням їх призначення.

Матеріали і методи. Обстежено 173 хворих на РА віком від 18 до 79 років. Всім хворим виконували рентгенологічне дослідження периферичних суглобів, крижово-клубових і хребцевих зчленувань, а також органів грудної клітки, двохенергетичну рентгенівську остеоденситометрію проксимального відділу стегнової кістки. Встановлювали вихідний вегетативний тонус – «вегетативний паспорт» у досліджуваних хворих, у рамках вивчення виразності вегетативної дисфункції визначали логарифм квадрата індексу Кердо (KVI), індекс тяжкості вегетативних розладів (VSI). Виконували аналіз показників варіабельності серцевого ритму, визначали потужності LF (Low Frequency – зони низьких частот: 0,05–0,15 Гц) і HF (High Frequency – зони високих частот: 0,15–0,5 Гц), підраховували співвідношення LF/HF як симпатовагальний індекс (SVI). Проводили психологічні тести. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили за допомогою комп'ютерного варіаційного, непараметричного, кореляційного, регресійного, одно- (ANOVA) і багатофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсійного аналізу (ліцензійні програми «Microsoft Excel» і «Statistica-Stat-Soft», США).

Результати. Серопозитивний за RF (RF>14 МО/мл) варіант РА встановлено в 74,6 % випадків, серопозитивний за АРСР (АРСР>17 МО/мл) – у 72,8 %. Виявлена супутня патологія (коморбідність): остеопороз – 66,5 %, мікози – 27,7 %, синдром Рейно – 10,9 %, варикозна хвороба – 21,4 %, об'ємозалежна артеріальна гіпертензія – 25,4 %, симпатoadреналава гіпертензія – 18,4 %, тривожно-депресивні стани – 34,7 %, паніко-фобічні реакції – 36,4 %.

На основі проведених досліджень і статистичної обробки даних виявили дві форми коморбідності при РА – кальцієдефіцитну і кальціезалежну. Кальцієдефіцитна коморбідність частіше спостерігалася у ваготоніків за «вегетативним паспортом» при серопозитивному варіанті перебігу РА і включала поєднання остеопорозу, мікозів, об'ємозалежної гіпертензії, тривожно-депресивних станів. Кальціезалежна коморбідність частіше спостерігалася у

симпатотоніків за «вегетативним паспортом» та включала поєднання РА з синдромом Рейно, симпатoadреналавою гіпертензією, наявністю артрокальцинатів, паніко-фобічними реакціями.

Хороший ефект патогенетичної терапії хворих на РА з успіхом доповнюється використанням такого фізичного чинника, як МПНЧ. Лікувальні ефекти МП залежать від його форми і реалізуються через вплив на іони кальцію, кластери води, вільні радикали та ін. Для магнітотерапії відбирали хворих на РА з порушеним вегетативним тонусом (ваго- і симпатотоніків). Використовували комплексну схему реабілітації хворих на РА, що включає щоденне застосування МПНЧ на ділянку потилиці і/або задню поверхню шиї на рівні сегментів С2-D1 («вегетативна складова» процедури) і суглоби («артикулярний компонент»). Лікування проводили на апараті «Магнітер». Виявлення двох типів коморбідності при РА вимагало застосування різних форм магнітного поля в даній методиці. Для хворих із кальцієдефіцитною коморбідністю (ваготоніків) ми використовували постійний режим магнітного поля, що, переважно, активізує адренорецептори, підвищує внутрішньоклітинний кальцій, змінює структуру і проникність води. При кальціезалежній коморбідності (симпатотонія за «вегетативним паспортом») оптимальним вважали застосування змінного режиму МП, який, переважно, активує ацетилхолінові рецептори і пригнічує вільнорадикальні процеси.

У зв'язку з цим, всіх спостережуваних хворих методом випадкової вибірки було поділено на групи – ті, які не отримували МТ-МТ0, МТ1 – застосування МТ без вегетативної складової і урахування коморбідності, МТ2 – з вегетативною складовою та урахуванням коморбідності. Ефективність лікування окремих груп була такою: МТ2>МТ1>МТ0. Серед пацієнтів із раціональним використанням ПМП (комбінований «вегетоартикулярний спосіб») не було випадків із відсутністю ефекту, а значне поліпшення констатовано у 21,4 % від кількості обстежених. У свою чергу, при МТ1 і МТ0 без поліпшення проходило лікування в 5,7 і 6,7 % спостережень, а значне поліпшення, відповідно, відзначено в 2,9 і 0 % випадків. За даними непараметричного аналізу Макнемара-Фішера, мали місце достовірні відмінності результатів лікування в групах МТ2–МТ1 ($\chi^2=732,55$, $p<0,001$), МТ2–МТ0 ($\chi^2=34,23$, $p<0,001$), МТ1–МТ0 ($\chi^2=9,65$, $p=0,022$).

Висновок. Можна говорити про доцільність використання комбінованої МТ з впливом на опорно-руховий апарат і ВНС, з урахуванням «вегетативного паспорта» і коморбідності у всіх хворих на РА.