

# **Эффективность лечения гонартроза методикой карбокситерапии в сравнении с полным курсом приема пелоидотерапии**

**Донской Д.В., Потешкина Е.Л.**

**ЛПУП Санаторий «РОДНИК», г. Пятигорск**

## **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения за последние десятилетия изменилась структура заболеваемости населения. Произошел существенный сдвиг в сторону хронической патологии, в том числе увеличились частота и удельный вес дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата. В Российской Федерации в 2015 году за медицинской помощью по поводу болезней костно-мышечной системы обратились 16884445 взрослых пациентов. Показатель заболеваемости составил 143,2%. Второе место после дорсопатий (38,2%) в структуре заболеваемости занимают артрозы, на долю которых приходится 25,8% всей патологии КМС. Заболеваемость артрозами за 2015 год увеличилась на 2,0%. Причем первичная заболеваемость артрозами составила 6,7%. Для данного вида заболеваний, в зависимости от регионов страны, характерен широкий диапазон распространенности от 7,1 до 79,3%. Свыше 50% данной нозологической формы составляет патология крупных суставов нижних конечностей, тяжелое изменение функции которых приводит к нарушению ходьбы, значительно снижает трудоспособность и социальную адаптацию. Одна треть дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов приходится на коленные суставы.

В связи с увеличением количества отдыхающих с ограниченными сроками пребывания в санатории необходимы новые методики, позволяющие эффективно проводить санаторно-курортное лечение в сжатые сроки.

### **Цель работы**

Определить эффективность лечения отдыхающих с гонартрозом во время ограниченного срока пребывания в санатории методикой карбокситерапия в сравнении с полным курсом приема пелоидотерапии.

### **Материалы и методы**

Лечение проводилось на аппарате «Дозатор газа медицинский INCO2 с аппликатором».

Все отдыхающие были разделены на две группы. Основная (31 человек) получала карбокситерапию и контрольная (33 человека) – аппликационную грязетерапию на коленные суставы. Обязательным условием было получение санаторно-курортного лечения в полном объеме, отсутствие приема аппаратной физиотерапии на коленные суставы, отсутствие приема медикаментов за период пребывания в санатории.

Карбокситерапия проводилась инъекционным методом при помощи специального устройства (диффузионного пистолета) под кожу. Обкалывание коленей проводилось по наружному и внутреннему радиусам на глубину 4 мм, с расстоянием между инъекциями 2 см по 15-20 мл на каждую инъекцию, ежедневно. Среднее количество процедур составило 8,1 на одного лечившегося.

Учитывая срок пребывания отдыхающих в основной группе до 12-14 дней, карбокситерапия назначалась ежедневно одновременно с бальнеолечением (радоновыми ваннами или УСВ ваннами).

Грязевые аппликации в контрольной группе назначались пациентам со сроком пребывания от 18 дней и более. Сульфидная иловая грязь применялась аппликационным методом на коленные суставы температурой 38-40° через день. Среднее количество процедур составило 7,6 на одного лечившегося.

До и после лечения проводилось обследование отдыхающих по следующим параметрам:

- изучение жалоб;
- объективное исследование опорно-двигательного аппарата;
- использование дополнительных методов исследования.

## **Результаты лечения**

Результаты лечения представлены в сводной таблице № 1:

Показатели		Основная группа		Контрольная группа	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Число больных		31	31	33	33
Средний возраст (лет)		52,7±2,7		53,7±2,1	
Давность заболевания (мес.)		33,5±11,6		31,5±9,6	
Пол	мужчины	8		9	
	женщины	23		24	
Оценка боли по ВАШ		77,2±3,2*	35,5±4,0*	75,2±1,1*	33,8±1,3*
Темп прироста, %			-54,0		-55,1
Индекс WOMAC		912,2±17,3*	285,7±14,3*	1001,9±15,4*	302,2±18,5*
Индекс Лекена		8,6±0,2*	3,3±0,2*	8,9±0,2*	3,6±0,2*
Угол	сгибания	74,5±2,2*	51,0±2,9*	76,3±2,7*	50,0±2,6*
	разгибания	171,0±3,3*	176,0±2,8*	172,0±3,1*	177,0±2,4*

Примечание: Различия значимы: \* –  $p = 0,036$

## **Выводы:**

1. Результаты лечения в основной и контрольной группе сопоставимы.
2. Методика карбокситерапии безопасна и практически не имеет противопоказаний.
3. Процедура не отнимает много времени – средняя продолжительность сеанса карбокситерапии до 10 минут, может сочетаться с бальнеолечением.
4. Может использоваться для лечения гонартроза при сокращенных сроках пребывания в санатории или в случаях противопоказанности грязелечения.

## Список литературы

1. Алексеева Л.И. Современные представления о диагностике и лечении остеоартроза. / Л.И. Алексеева // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. № 9. – С. 377–382.
2. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза. / Л.И. Алексеева // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 201–205.
3. Багирова Г.Г. Остеоартроз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение. / Г.Г. Багирова, О.Ю. Майко – М.: Арнебия, 2005. – 224 с.
4. Баймагамбетов Ш.А. Артроскопия коленного сустава у больных с гонартрозом. / Ш.А. Баймагамбетов // Травматология и ортопедия России. – 2005. – № 35. – С. 26–27.
5. Берглезов М.А. Остеоартроз (этиология, патогенез). / М.А. Берглезов, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2006. – № 4. – С. 79–86
6. Григорьева В.Д. Медицинская реабилитация больных остеоартрозом. / В.Д. Григорьева, Г.О. Шавианидзе // Вопросы курортологии. – 2007. – № 6. – С. 46.
7. Ионов А.Ю. Клиническое обследование заболеваний суставов (методические рекомендации). / А.Ю. Ионов, Ю.В. Гонтмахер, О.А. Шевченко. – Краснодар, 2003. – С.57
8. Королева С.В. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Диагностика и лечение: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей. / С.В. Королева, С.Е. Львов, С.Е. Мясоедова, Э.П. Рослова. – Иваново, 2005. – 96 с.
9. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2015 году. / Т.М. Андреева, Е.В. Огрызко, М.М. Попова; под ред. С.П. Миронова. – М.: Телер, 2016. – 145 с.
10. Карбокситерапия. Методическое пособие. / Гана Зеленкова. Самара, 2015. – с. 15-17, 67.