

ГОО ВПО « Донецкий  
национальный медицинский  
университет им.М.Горького»

# **ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

**Докладчик И.В.Зубенко, доцент кафедры  
медицинской реабилитации, ЛФК и  
физического воспитания**

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди актуальных проблем современной ортопедии видное место занимает проблема диагностики и лечения поражений опорно-двигательного аппарата при псориазе. Одним из постоянных осложнений при псориазе является псориатический артрит, для которого характерно хроническое прогрессивно-деструктивное течение с инвалидизацией.



# АКТУАЛЬНОСТЬ

- Среди больных псориазом артрит наблюдается в 5-7 % случаев.
- Среди ревматических поражений суставов данная патология встречается в 0,1-0,2 % случаев.
- Псориатический артрит возникает в любом возрасте, в том числе и в раннем детском, и встречается до 60% случаев, причем в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин.
- Псориатический артрит — основная причина потери трудоспособности и стойкой инвалидизации. Поэтому вопрос ранней диагностики, профилактики и лечения остается актуальной медицинской и социальной проблемой.

Цель работы:

изучить особенности  
использования различных  
физиотерапевтических  
факторов при  
псориатическом артрите и  
проследить их эффективность

# Распространенность поражения

- Чаще всего поражаются плюснефаланговые и межфаланговые суставы стопы (46,6-77%), межфаланговые суставы кисти (65-75%) и коленные суставы (57,9-60%).



**I стадия** характеризуется уплотнением структуры и утолщением параартикулярных тканей, при отсутствии деструктивных изменений в суставах.

Во **II стадии** происходит незначительное сужение суставной щели, появляются одиночные узурсы суставных поверхностей.

В **III стадии** выражены деструктивные процессы в хряще и эпифизе, резкое сужение суставной щели, костные кисты, развиваются подвывихи.

Для **VI стадии** характерно прогрессирование деструктивных процессов в эпифизе, деформации, подвывихи, вывихи, развитие анкилозов.

## Специфическими признаками

псориатического артрита являются: наличие характерного поражения кожи; синхронность проявлений артрита межфаланговых суставов и дистрофии ногтевых пластин; псориатический артрит возникает преимущественно у длительно болеющих с распространенным псориазом.

Преобладают поражения дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп с редиско- или сосископодобной деформацией пальцев; характерно поражение суставов стоп в дебюте заболевания, умеренное повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, отрицательная реакция Ваалера — Роузе.

# Лечение

- Лечение псориатического артрита должно быть комплексным, этапным, дифференцированным, с учетом общего состояния больного, динамики суставных и кожных проявлений и максимально ранним.
- Важным элементом терапии выступают физические факторы





# ФТ-лечение

- Хорошая эффективность получена при использовании низкоэнергетического лазерного облучения крови. Отмечено значительное снижение количества Т- и В-лимфоцитов, розеткообразующих нейтрофилов, что свидетельствует о положительном эффекте проводимой терапии.

Рекомендовано применение **УФО**.

Сочетали использование фотосенсибилизирующих фурокумариновых препаратов (псорален, метоксален, препарат пастернака посевного и т.п.) и длинноволнового ультрафиолетового излучения. Применение фурокумаринов базируется на их свойстве повышать чувствительность к УФ-лучам и действию, стимулирующему образование меланина. Использовали псорален в дозе 40–60 мг в сутки. УФ-облучение начинали с минимальных субэритемных доз — 1,5; 2,0–2,5·10 Дж/м<sup>2</sup> с постепенным повышением дозы облучения на 1,5–2,0·10 Дж/м<sup>2</sup>. Облучение проводили 3–4 раза в неделю, общее количество на курс лечения 15–20 процедур 1–2 раза в год.

Высокоэффективными методами являются магнитотерапия, ультразвук и электрофорез с гепарин-фибринолизированным комплексом, которые предупреждали или задерживали развитие фиброзных изменений и анкилозирование суставов, нормализовали микроциркуляцию. Гепарин как иммунодепрессант стабилизирует лизосомальные мембраны полинуклеаров и инактивирует лизосомальные ферменты, хемотоксический фактор лейкоцитов, процессы фагоцитоза иммуноактивных соединений, предупреждая деструкцию соединительной ткани. Отмечали также положительное влияние препарата на поверхностные мембраны антителобразующих клеток, а именно торможение образования антител.

**УВЧ-терапию** назначали при выраженном обострении заболевания в атермической дозировке.

При средней степени активности хорошая эффективность наблюдалась при применении **индуктотермии** от аппарата ИКВ-4 на область пораженных суставов и область проекции надпочечников для стимуляции их глюкокортикоидной функции.

Хорошие результаты получены также при использовании **микроволновой терапии** на данные зоны воздействия. При высокой степени активности и наличие противопоказаний к высокочастотной терапии назначали **низкочастотную магнитотерапию** до 40 мТл.

Сочетание **лазеротерапии** на область миндалин с **УЗ-терапией** на подчелюстные лимфоузлы применялось в комплексном профилактическом лечении больных с ХТ. У 62% пациентов ангины не повторялись, фарингологическая картина при осмотре оставалась удовлетворительной.

Еще одним фактором воздействия выступает **низкочастотная магнитотерапия (ПеМП)**. Процедура проводилась на боковые поверхности шеи от аппарата «Полюс-1», режим непрерывный, магнитной индукцией 10-25 мТл, 15-20 минут, ежедневно 12-15 процедур. Нужно подчеркнуть, что сочетанное действие магнитного поля и лазеротерапии имело более выраженный противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект.

Важным компонентом лечения являлось использование нескольких физических факторов воздействия. Данные литературы отмечали положительную динамику клинических и лабораторных показателей после применения **лазеротерапии** гелий-неоновым лазером ЛГ-75 с длиной волны 632,8 нм, выходной мощностью 24 мВт, плотностью светового луча 0,1-1 мВт/см<sup>2</sup>, 5-8 полей в день по 2-3 минуты на сустав, общей продолжительностью 20-25 минут. Через 1,5-2 часа проводили **фонофорез пелана** интенсивностью 0,4-0,6 Вт/см<sup>2</sup>, продолжительностью до 15 минут, 10-12 процедур на курс.

**Бальнеотерапия** назначалась по щадящей методике. Наилучшую эффективность показали **сероводородные ванны**, способствующие снижению воспалительного процесса, улучшению микроциркуляции. Концентрация сероводорода составляла 50-100 мг/л, 37-38°C, 8-12 минут, через день, курсом 8-10 процедур.

Рекомендованы также **радоновые ванны** с их противовоспалительным, обезболивающим, метаболическим действиями. Хороший результат продемонстрирован при использовании **углекислых ванн** в стандартной дозировке, которые улучшали микроциркуляцию, снижали вязкость крови (35-32°C, 10-15 минут, через день, 10 процедур).

В стадии ремиссии назначались **тепловые процедуры**: парафино-озокеритовые аппликации на пораженные суставы 42-45°C, 20 минут, через день, курсом 10 процедур, а также нафталан, грязелечение.

Нельзя забывать о **климатических факторах**: рекомендовались длительное пребывание на свежем воздухе, морские купания. СКЛ предпочтительно на бальнеологических, климатических и морских курортах.



Таким образом, проведенное исследование показало, что физиотерапевтические процедуры выступают важным компонентом комплексного лечения больных псориатическим артритом разного возраста и показывают высокую эффективность данной терапии.

Рекомендовано сохранять этапный подход реабилитационных мероприятий (стационар – санаторий-поликлиника), что снижает риск рецидивов и обеспечивает длительные ремиссии заболевания.