УДК 616.8-009.7

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Рамхелавон Ману Б., Зборовская И.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, e-mail: rheuma@vlpost.ru

Проведена комплексная оценка клинической эффективности применения структурно-резонансной терапии в лечении больных анкилозирующим спондилитом у 43 пациентов, которые помимо традиционного лечения получали процедуры структурно-резонансной терапии, 20 пациентов группы «плацебо», у которых имитировалось проведение процедур структурно-резонансной терапии без подключения электрического тока. Контрольную группу составили 24 больных анкилозирующим спондилитом, получающих лечение в соответствии с предусмотренными стандартами терапии данного заболевания. Суммарная оценка эффективности терапии у больных анкилозирующим спондилитом проводилась при помощи комбинированного индекса BASDAI и критерия ASAS. полученные данные по совокупности оцениваемых показателей свидетельствуют о том, что структурно-резонансной терапия обладает широким спектом лечебного действия при анкилозирующем спондилите, включающего анальгетический и противовоспалительный эффекты, уменьшение болевого синдрома и воспалительных явлений в периферических суставах и позвоночнике. Использование структурно-резонансной терапии может быть рекомендовано для назначения в комплексном лечении больных анкилозирующим спондилоартритом.

Ключевые слова: ревматология, анкилозирующий спондилит, структурно-резонансная терапия.

ASSESSMENT OF CLINICAL EFFICACY OF STRUCTURAL AND RESONANT THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Grekhov R.A., Suleymanova G.P., Ramkhelawon Manoo B., Zborovskaya I.A.

Research Institute for Clinical and Experimental Rheumatology, Volgograd, e-mail: rheuma@vlpost.ru

The complex assessment of clinical efficiency of structural and resonant therapy in treatment of patients with ankylosing spondylitis was performed in 43 patients who received procedures of structural and resonant therapy in addition to traditional treatment, 20 patients of placebo group who received imitated procedures of structural and resonant therapy without connection to power supply. The control group consisted on 24 patients with ankylosing spondiloartrit receiving treatment according to the convenient standards of therapy of this disease. The total score of efficiency of therapy in patients with ankylosing spondylitis was carried out by means of the combined BASDAI index and ASAS criteria. The data we obtained by set of investigated indices demonstrate that methods of structural and resonant therapy possesses a wide spectrumt of medical effects in ankylosing spondylitis including analgetic and anti-inflammatory effects, reduction of pain syndrome and inflammatory phenomena in peripheral joints and backbone. The use of structural and resonant therapy can be recommended in complex treatment of patients with an ankylosing spondylitis.

Keywords: rheumatology, ankylosing spondylitis, structural and resonant therapy.

Анкилозирующий спондилит (АС) – системное хроническое воспалительное заболевание аксиального скелета с частым вовлечением в патологический процесс энтезов и периферических суставов, а также других органов и систем [6]. Распространенность АС, по данным разных авторов, колеблется от 0,1 до 1,4 % [1,5,9,11].

АС привлекает внимание специалистов в силу своей социальной значимости, отражая проблему необходимости ранней диагностики и разработки рациональных подходов к терапии АС, позволяющих замедлить прогрессирование заболевания и сохранить функциональную активность и трудоспособность больных.

Первичной целью лечения больного АС является максимально длительное сохранение качества жизни, связанного со здоровьем, посредством контроля симптомов воспаления, предупреждения прогрессирования структурных повреждений, сохранения двигательной функции и социального статуса пациента. Это достигается сочетанием фармакологических и нефармакологических (в первую очередь образование пациентов и регулярные физические упражнения) методов лечения АС [2,5,11].

АС является, вероятно, единственным ревматическим заболеванием, при котором длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) патогенетически обоснован, высокоэффективен и не имеет альтернативы, кроме дорогостоящего лечения иФНОα [6]. К другим лекарственным препаратам, активно используемым в терапии АС, можно отнести анальгетики, глюкокортикоиды (ГК), базисные противовоспалительные препараты в случае развития периферического артрита (сульфасалазин, в последнее время накапливаются данные об эффективности использования метотрексата в терапии одного из прогностически неблагоприятных проявлений АС – коксита) [2,7].

Подбор фармако-терапии с оптимальным соотношением переносимость/эффективность/риск, контроль ее эффективности и тщательный мониторинг состояния здоровья больных АС при очень длительном (>6 мес) приеме НПВП зачастую представляет собой определенные трудности на амбулаторном этапе лечения. Подчеркивается, что эффективность НПВП носит дозозависимый характер и в полной мере реализуется при назначении НПВП в адекватных противовоспалительных терапевтических дозах и в непрерывном режиме [1,2]. Длительный прием НПВП у части больных сопровождается нежелательными реакциями, в первую очередь это касается потенциальных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы [5,8]. В связи с чем поиск новых методов в комплексной терапии АС, позволивших снизить дозозависимый эффект от НПВС, уменьшить интенсивность болевого синдрома, тем самым сохранить и продлить активность и трудоспособность больных, остается актуальным [1,10]. Весьма перспективным в этом плане представляется использование структурно-резонансной терапии (СРТ) – лечебной методики, в основе которой лежит воздействие на организм переменным электромагнитным полем, параметры которого соответствуют частотам спонтанной биопотенциальной активности органов и тканей здорового организма. Экспозиция воздействия СРТ не только не имеет жестких ограничений, но наоборот: чем длительнее и чаще сеансы, тем быстрее происходит реабилитация больного именно в острой фазе и тяжелом течении заболевания [3,4].

Целью исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения больных анкилозирующим спондилитом с помощью метода структурно-резонансной электромагнитной терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 87 больных с идиопатическим определенным АС. Больные АС путем случайного подбора были разделены на три группы: основную (n = 43), пациенты которой получали помимо традиционного лечения процедуры СРТ, группу, получающую «плацебо» (n=20) – воздействия по основной методике СРТ, при котором имитировалось проведение процедур без подключения электрического тока, и контрольную группу (n = 24), которая получала аналогичное медикаментозное лечение. Оценивали клиническую эффективность (до начала курса лечения и после окончания) по показателям: выраженность боли в позвоночнике по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), общая оценка результатов терапии пациентом (ВАШ), боль в позвоночнике ночью (ВАШ), утренняя скованность, число болезненных и воспаленных суставов, болезненных энтезисов, функциональное состояние пациентов (опросник BASFI), подвижность позвоночника (тест Шобера), общая слабость (ВАШ), величина СОЭ, С-реактивный протеин и суточная потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах (НПВП) в пересчете на диклофенак.

Поскольку для АС нет специфических лабораторных тестов, а традиционные лабораторные показатели, отражающие активность системного воспаления (скорость оседания эритроцитов – СОЭ и С-реактивный белок – СРБ), не у всех больных соответствуют клинической активности заболевания, согласно рекомендации ASAS, суммарная оценка эффективности терапии у больных АС проводилась при помощи комбинированного индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondilitis Disease Activity Index) и критерия ASAS (Ankylosing Spondylitis Assessment Study) [6,11]. Индекс активности BASDAI комбинированный, состоящий из оценки утомляемости, аксиальной боли, периферической боли, скованности, энтезопатии по ВАШ (0-100мм). Его положительной стороной является количественное выражение активности в баллах, и, вследствие этого, возможен количественный учет проявлений активности в процессе лечения. Величина индекса, превышающая 40, свидетельствует о высокой активности заболевания. При оценке эффективности проводимого лечения клинически значимое улучшение считают, если BASDAI уменьшается не менее чем на 50 % или на 20 единиц (по шкале 0–100).

Среди обследованных больных было 81 мужчины (93,1 % больных) и 6 женщины (6,9 % больных) в возрасте от 18 до 57 лет. Средний возраст больных всей группы составил 36,10±1,02 (SD=9,52) лет, мужчин – 36,6±1,08 (SD=9,76), женщин – 32,67±1,83 (SD=4,5). Группа мужчин, больных АС, состояла из лиц трудоспособного возраста (100 % больных

были в возрасте до 60 лет). В группе обследованных больных было 34 человека, имевших инвалидность по данному заболеванию, что составило 39,1 % от общего числа больных, причем среди них все лица социально-активного возраста. Средняя продолжительность заболевания составила 8,54±0,65 (SD=6,14) лет, у мужчин – 8,7±0,69 (SD=6,27), у женщин – 5,5±1,15 (SD=2,8) лет. В соответствии с отечественной классификацией и рекомендациями EULAR на основании клинико-лабораторных данных I степень активности патологического процесса установлена у 21 (24,14 %) больных, II степень – у 52 (59,77 %) и III степень – у 14 (16,09 %). Также I стадия (ранняя) определялась у 21 (24,14 %) больных АС, II стадия – у 49 (56,32 %) и III (поздняя) – у 17 (19,54 %) больных.

В работе использовался аппарат структурно-резонансной электромагнитной терапии для воздействия на биологически активные точки (БАТ) и биологически активные зоны (БАЗ) «Рематерп», который был разработан ГУП МОКБ «МАРС» (г. Москва), сертифицирован (сертификат соответствия № РОСС RU ИМ04.В03083) и внесен в Государственный реестр медицинских изделий за № 29/23010499/0573-01. Аппарат предназначен для использования в медицинских учреждениях любого уровня и профиля под контролем медицинского персонала. В работе применялся сканирующий режим «А», так как, по данным литературы, при последовательном применении всех лечебных режимов, заложенных в алгоритм данного режима, решается не только конкретная терапевтическая задача, но достигается улучшение кооперативных связей и взаимодействий во всем организме в целом. Длительность одного сеанса составляла 43 мин. Курсовая стратегия СРТ определялась принципами строгой индивидуализации, с учетом стадии заболевания, наличия вторичного синовита, сопутствующей патологии. В среднем для достижения стойкого клинического улучшения курс СРТ составлял 10–12 ежедневных процедур.

Результаты. Динамика обязательных клинико-лабораторных показателей эффективности лечения больных АС основной, контрольной и плацебо групп представлена в таблице.

Динамика клинико-лабораторных показателей эффективности лечения больных АС основной, контрольной, плацебо групп (M ± m)

Анализируемые показатели	**Основная группа (n=43)**	**Группа, получающая плацебо (n=22)**	**Контрольная группа (n=30)**
Ночная боль в позвоночнике (ВАШ, 0–100 мм)	50,93±3,29 41,88±2,81*	45,15±2,76 37,45±1,73*	51,04±3,48 40,83±2,22*
Боль в позвоночнике в течение суток (ВАШ, 0–100 мм)	61,05±2,56 49,95±2,32**	47,20±2,8 38,62±2,09*	51,66±3,32 41,64±2,18*
Утренняя	55,58±3,31	57,5±3,79	57,22±3,61

скованность в суставах (ВАШ, 0–100 мм)	43,60±3,49*	47,7±4,3	48,27±4,0
Утренняя скованность в позвоночнике (ВАШ, 0–100 мм)	56,27±2,64 47,74±3,07*	50,0±2,94 41,0±3,35	55,41±1,9 47,91±2,2
Число болезненных суставов (0–44)	4,97±1,48 3,13±1,33	4,8±1,32 3,5±1,28	5,1±1,65 4,29±1,36
Число припухших суставов (0–44)	4,3±0,25 2,7±0,21**	3,89±0,41 2,85±0,31*	4,1±0,38 3,0±0,21*
Число болезненных энтезисов (0–15)	3,7±1,42 1,4±0,36**	3,4±0,76 1,5±0,32*	3,6±0,82 1,6±0,24*
Индекс BASDAI (0–100)	49,61±1,17 34,89±1,3***	44,65±2,1 36,04±1,86	43,38±2,19 34,09±1,89
Индекс BASFI (0–100)	45,58±1,87 38,18±1,65**	45,85±1,36 41,25±1,24	45,66±1,69 40,45±1,57
Глобальная оценка самочувствия (ВАШ, 0–100мм)	54,65±3,02 41,97±2,3**	55,5±1,91 49,5±1,49	59,16±3,4 48,29±2,5
Симптом Шобера (см)	2,94±0,19 3,75±0,18**	2,74±0,29 3,7±0,27*	2,23±0,27 3,21±0,28*
Симптом Томайера (см)	24,23±2,42 20,95±2,41	21,0±2,59 18,6±2,23	20,66±2,11 17,54±2,11
СОЭ (мм/ч)	25,62 ± 2,42 12,25 ± 2,12*	24,35±2,37 15,34±2,24	27,239 ± 3,021 17,898 ± 3,126*
СРБ (мг/мл)	12,14 ± 0,78 8,75 ± 0,64**	12,34 ±1,03 8,56 ± 0,98*	11,14 ± 1,23 7,98 ± 0,87*
Потребность в НПВП (мг диклофенака в сутки)	105,81 ± 4,14 86,62 ± 4,05**	104,25±5,09 87,25±4,89*	107,29 ± 5,5 89,29 ± 5,09*

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Как видно из приведенных в таблице данных, под влиянием традиционной терапии в контрольной группе больных и группе, получающей плацебо, достоверные изменения претерпели показатели боли по ВАШ (ночная боль в позвоночнике и боль в позвоночнике в течение суток), число болезненных энтезисов, число припухших суставов, симптом Шобера, а также СОЭ, СРБ и суточная потребность в НПВП, т.е. 8 из 15 используемых показателей. В то же время у больных основной группы наблюдалась достоверная положительная динамика следующих показателей: ВАШ (ночная боль в позвоночнике и боль в позвоночнике в течение суток), утренняя скованность в суставах и в позвоночнике, число болезненных энтезисов, число припухших суставов, индекс BASFI, глобальная оценка самочувствия, симптом Шобера и СОЭ, СРБ, потребность в НПВП, то есть 12 из 15 использованных показателей. Наибольшие изменения к моменту окончания терапии претерпели такие

показатели, как болевой синдром в позвоночнике и суставах, выраженность и длительность утренней скованности, индекс BASFI, достоверно уменьшилось количество воспаленных суставов. Это свидетельствует о том, что СРТ не только сопровождалась анальгетическим эффектом, но оказалась способной влиять и на активность воспалительного процесса, что подтвердилось как со стороны клинических, так и лабораторных показателей.

Эффективность терапии по критериям ASAS 20 в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной группе (χ^2= 4,47, p=0,034) и группе, получавшей плацебо (χ^2= 4,617, p=0,032). В то же время у пациентов всех групп достоверно изменялся BASDAI 20 (при $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,01$), но в основной группе эти изменения соответствовали 16,12 баллам, а в контрольной – 9 и плацебо группе – 8,61, что соответствует умеренному эффекту от проводимой противоревматической терапии.

Снижение дозы НПВП на фоне проводимой терапии считается одним из важных показателей эффективности комплексной терапии. При изучении влияния проводимой терапии на суточную потребность в НПВП у больных АС были получены следующие результаты: под влиянием СРТ терапии удалось снизить суточную потребность в НПВП без ущерба для общих результатов лечения, причем в основной группе: у 12 % больных – на 15-25 % от исходной, у 28 % больных – на 30–50 % от исходной, у 20 % больных – на 50 % и более.

Заключение. Таким образом, полученные данные по совокупности оцениваемых показателей свидетельствуют о том, что СРТ обладает широким спектом лечебного действия при АС, включающего анальгетический и противовоспалительный эффекты. Использование СРТ в комплексном лечении больных АС с учетом показаний и противопоказаний к его применению способствует повышению эффективности лечения этого заболевания.

Список литературы

1. Бадокин В.В. Анкилозирующий спондилит и симптом-модифицирующие препараты в его терапии)/ В.В. Бадокин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 2. – С. 77–82.
2. Башкова И.Б. Анкилозирующий спондилит: диагностические аспекты и значение нестероидных противовоспалительных препаратов в его лечении (в помощь врачу общей практики) / И.Б. Башкова, И.В. Мадянов // РМЖ. Ревматология. – 2016. – № 2. – С. 108.
3. Блинков И.Л. Структурно-резонансная электромагнитная терапия – комплексный подход к лечению и реабилитации пациентов / И.Л. Блинков, О.П. Кузовлев, Л.В. Хазина // Журн. Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2003. – № 1. – С. 16-19.

4. Блинков И.Л. Новая перспективная методика – структурно-резонансная электромагнитная терапия / И.Л. Блинков, О.П. Кузовлев, Л.В. Хазина // Журн. Перспективы традиционной медицины. – 2003. – № 2. – С. 44-50.

5. Бадокин В.В. Анкилозирующий спондилит и симптом-модифицирующие препараты в его терапии) / В.В. Бадокин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 2. – С. 77–82.

6. Рабочая классификация и ранняя диагностика анкилозирующего спондилита / Ш.Ф. Эрдес [и др.] // Клиническая медицина. – 2014. – № 6. – С. 5-11.

7. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.

8. Руденко Н.Н. Нестероидные противовоспалительные препараты и желудочно-кишечный тракт: «нетрадиционные» осложнения терапии [Электронный ресурс] / Н.Н. Руденко, О.В. Томаш, А.В. Сибилев // Medicus Amicus. – 2007. – № 1. Режим доступа: www.medicusamicus.com/index.php?action=4x965-13gx2. – (Дата обращения: 01.10.2016).

9. Фоломеева О.М. Распространенность и социальная значимость ревматических заболеваний в Российской Федерации / О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес // Доктор (ревматология). – 2007. – № 10. – С. 3-12.

10. Эрдес Ш.Ф. Основные принципы терапии анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева) / Ш.Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. – 2013. – 51(6). – С. 686-695.

11. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis / J. Sieper, M. Rudwaleit, X. Baraliakos et al. // Ann. Rheum. Dis. – 2009. – № 68. – С. 111-144.