



# МЕТОДЫ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

ФЁДОРОВА Е.П.

УКРАИНА, ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Аннотация.** Статья посвящена актуальной проблеме лечения заболеваний коленных суставов – остеоартрозу. Было пролечено 56 пациентов, 23 получали стандартное лечение (контрольная группа), 23 – комбинированное лечение, которое включало телесно-ориентированную методику И.Рольф. Оценка эффективности лечения проводили с помощью оценочной шкалы ВАШ и индекса Лекена. Результаты: добавление в план лечения методов телесно-ориентированной терапии способствует более быстрому снижению болевых ощущений у пациентов по сравнению со стандартной терапией, о чем свидетельствует достоверное снижение индексов Лекена и WOMAC.

**Ключевые слова:** остеоартроз коленных суставов, телесно-ориентированная терапия, рольфинг.

Остеоартроз – хроническое и прогрессирующее заболевание суставов дегенеративно-дистрофической природы, причиной которого являются многочисленные факторы. В основе заболевания лежит нарушение метаболизма и структуры суставного хряща, что приводит к его деструкции, а на более поздних стадиях наблюдается разрушение суставных поверхностей, появляются остеофиты, изменяется структура субхондральной костной ткани. В патологический процесс вовлекаются также синовиальная оболочка, фиброзная капсула, окружающие сустав мышцы. По данным некоторых авторов, поражение коленных суставов стоит на первом месте по частоте [3].

Основной симптом гонартроза – болевой синдром, который является одним из основных компонентов защитной системы организма. Боль – важнейший сигнал о повреждении ткани и развитии патологического



процесса. Наличие боли способствует развитию у пациентов симптомокомплекса, который имеет множество проявлений, включая поглощенность пациента болью, ограничение личной, социальной и профессиональной деятельности, аффективные расстройства, использование большего количества медикаментов и частое обращение за медицинской помощью, когда в целом человек сживается с «ролью больного» [4, 8].

Для купирования болевого синдрома чаще всего используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), обладающие обезболивающим действием, которое сочетается с противовоспалительным и жаропонижающим эффектом. Анальгетическое действие данных средств, так же как и всех НПВП, обусловлено подавлением активности циклооксигеназы (ЦОГ) и снижением продукции простагландинов E2 и F2, повышающих чувствительность ноцицепторов как при воспалении, так и при повреждении тканей. Более выраженным анальгетическим, чем противовоспалительным эффектом обладают те НПВП, которые вследствие своей химической структуры нейтральны, меньше накапливаются в воспалительной ткани, быстрее проникают через гематоэнцефалический барьер и подавляют ЦОГ в ЦНС, а также влияют на таламические центры болевой чувствительности [9, 10, 13].

Однако, по данным мировой литературы у 30-40% больных, получающих НПВП, отмечаются диспептические расстройства, у 10-20% – эрозии и язвы желудка, двенадцатиперстной, тонкой, а иногда и толстой кишки, у 2-5% – кровотечения и перфорации. Причем гастро- и энтеротоксичность могут иметь место при любом пути введения НПВП. Также отмечают нефро-, гепато- и гемотоксичность некоторых НПВП [7, 10].

Для снижения побочных эффектов НПВП многие авторы используют различные методы снятия болевых ощущений, как медикаментозных, так и немедикаментозных, которые позволяют сократить дозы противовоспалительных препаратов и сроки их назначения [11].

В патогенезе болей различной локализации часто можно отметить мышечно-спастический компонент. Боль, обусловленная мышечно-тоническим и/или миофасциальным болевым синдромом, очень часто



является основной причиной обращения пациента к врачу. Нередко болевые синдромы становятся причиной ограничения и даже утраты трудоспособности. В этой связи важно заметить, что при адекватной и своевременной терапии болевой синдром может довольно быстро купироваться. Врачебная тактика при лечении подобных пациентов заключается, с одной стороны, в ослаблении боли и в стремлении к как можно более быстрому возвращению пациента к активному образу жизни и, с другой стороны, в предупреждении повторных обострений и хронического течения болевого синдрома [9].

В основе телесно-ориентированной терапии (ТОТ) лежит принцип исцеления человека через работу с телом, чем обусловлен целостный подход к человеку, рассмотрение его как единое целое. Существует ряд психокоррекционных методик, уделяющих главное внимание только телесным ощущениям. Это техники и методы телесно-ориентированной терапии [1, 2, 3, 5, 6]. Базовые методы телесной терапии:

- 1) биоэнергетика, терапия В. Райха;
- 2) метод Фельденкрайза – формирование лучших телесных привычек (походки, осанки) [6];
- 3) метод Александера – исследование поз и осанки [1, 2];
- 4) структурная интеграция (рольфинг), автор И. Рольф [5].

Метод структурной интеграции, называемый рольфингом по имени ее основательницы Иды Рольф. В этом методе уделяется большое внимание физическому контакту. В основе метода И.Рольф лежат представления о том, что хорошо функционирующее тело с минимумом затрат энергии остается прямым и вертикальным, несмотря на влияние силы тяготения. Под влиянием стресса это положение искажается, а наиболее сильные изменения происходят в фасциях и соединительных оболочках, покрывающих мышцы. Цель структурной интеграции – привести тело к лучшему мышечному равновесию, ближе к оптимальной позе, при которой можно провести прямую линию через ухо, плечо, бедренную кость и лодыжку. Терапия состоит из глубокого массажа с помощью пальцев и локтей. Этот массаж может быть очень сильным и болезненным. Чем больше напряжение мышц, тем сильнее боль и тем более необходимы



упражнения. Процедура рольфинга включает 10 основных занятий, в ходе которых тело массируется в определенной последовательности.

**Материалы и методы:** нами были пролечены 56 пациентов в возрасте от 54 до 68 лет (32 женщины и 24 мужчины), которые находились в Центре метаболических нарушений с диагнозом «Первичный гонартроз». В исследование включались пациенты с рентгенологической стадией не выше II (по Kellgren). При исследовании лабораторных показателей было установлено повышение СОЭ ( $26 \pm 2,1$  мм/ч), СРБ ( $8,4 \pm 1,09$  мг/л). Интенсивность болевого синдрома оценивалась по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале боли – (ВАШ), функциональная недостаточность оценивалась по опроснику WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index), степень обострения оценивалась по индексу Лекена [12].

Индекс WOMAC рассчитывался по трем разделам: выраженность боли в коленном суставе (5 вопросов), ограничение подвижности в суставе (2 вопроса), затруднения в выполнении повседневной деятельности (17 вопросов). Пациенты оценивали свое самочувствие (отвечая на вопросы) в баллах от 0 до 100 (0 баллов – без затруднений, 100 баллов – невозможно). При анализе учитывался суммарный индекс WOMAC.

Индекс Лекена рассчитывался по пяти показателям, также оцениваемым пациентом в баллах [12].

Все пациенты получали стандартную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак натрия внутримышечно в дозе 75 мг ежедневно), хондропротекторы (глюкозамина сульфат в дозе 400 мг внутримышечно 3 раза в неделю – Дона<sup>®</sup>, всего 6 инъекций). Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 23 пациента, которым дополнительно к основному лечению проводили комплекс телесно-ориентированной терапии по методике И.Рольф, вторую группу (контрольную) составили 23 пациента, которые получали только основную терапию.

Ежедневно определялась выраженность боли в коленных суставах по ВАШ. В начале и в конце лечения у больных оценивались также показатели



общего и биохимического анализов крови, общий анализ мочи. В начале и в конце лечения у больных оценивалась электрокардиограмма. В процессе лечения анализировались побочные явления, а в конце терапии сам больной оценивал эффективность проведенного лечения.

## Результаты

Курс терапии составил в среднем 14 дней. На фоне проведенного лечения, как в контрольной группе, так и в группе с ТОТ у значительного большинства пациентов (89,2%) уменьшилась боль в суставе, что выражалось улучшением самочувствия, повышением настроения, уменьшением раздражительности и нормализацией сна (прежде всего за счет уменьшения ночных болей).

До начала комплексного лечения с ТОТ боль по оценке больных по ВАШ равнялась  $78,8 \pm 1,77$  мм, в конце лечения боль составила  $30,9 \pm 1,66$  мм ( $p < 0,05$ ). До начала лечения в контрольной группе боль равнялась  $75,6 \pm 3,56$  мм, в конце лечения боль уменьшилась до  $32,1 \pm 2,54$  мм ( $p < 0,05$ ), т.е. в обеих группах в процессе лечения отмечалось достоверное снижение боли в суставах. При этом пациенты отмечали как уменьшение стартовой боли, так и боли при физической активности. Уменьшение болевых ощущений и увеличение амплитуды движений в суставе привели к положительной динамике суммарного индекса WOMAC, величина которого снижалась достоверно выше в группе, получающей дополнительно телесно-ориентированную терапию. До лечения суммарный индекс WOMAC в основной группе составил  $671,2 \pm 117,3$  мм, а в конце лечения снизился до  $323,4 \pm 109,4$  мм ( $p < 0,05$ ). Индекс WOMAC в контрольной группе уменьшился с  $611,4 \pm 142,4$  до  $502,8 \pm 101,5$  мм. Индекс Лекена до лечения в основной группе не отличался от контрольной (таблица).



Таблица - Динамика показателей индексов WOMAC и Лекена

	Индекс WOMAC, мм		Индекс Лекена, балл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1 группа (основная), n=23	671,2±77,3	323,4±60,4 p<0,05*	17,1±0,23	11,4±0,36 p<0,05*
2 группа (контроль), n=23	611,4±62,4	502,8±51,5 p<0,05**	17,9±0,29	13,6±0,24 p<0,05* p<0,05**

Примечание: \* – достоверность разницы до начала и после лечения; \*\* достоверность разницы между контрольной группой и основной.

После курса терапии все больные в первой группе отметили положительную динамику: значительное улучшение зафиксировали 19 человек, улучшение – 4 человека. Во второй (контрольной) группе значительное улучшение отметили 15 больных, улучшение – 6, отсутствие динамики – у 2 человек (сохранялись болевые ощущения в суставах, скованность мышц, ограничение движения). Отрицательной динамики при лечении пациентами обеих групп не отмечено.

Таким образом, при комбинированном лечении больных, страдающим первичным гонартрозом, сочетание базисной и телесно-ориентированной терапии способствует более быстрому снижению интенсивности болевого синдрома, увеличению объема движений в суставе, уменьшению индексов WOMAC, Лекена, превышающие таковые в контрольной группе. Результаты проведенного исследования позволяют констатировать хорошую эффективность воздействия в целом на организм пациентов и, в частности, на систему опорно-двигательного аппарата при добавлении к стандартному комплексу лечения телесно-ориентированной терапии по методике И.Рольф. Это позволяет снизить количество препаратов, снижающих боль и избежать неблагоприятных побочных эффектов.

#### Список литературы:

1. Alexander F., French M., Pollok G. Psychosomatic specificity. Experimental study and results. – Chicago, 1968.
2. Alexander F., Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications (Norton Professional) / Ww: Norton & Co, 1987. – 300 p.



3. Felson D.T. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis // *Epidemical. Rev.* – 1988. – № 10. – P. 1-28.
4. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. – In: E.G. Jaco (ed.). *Patients, physicians, and illness.* 1958. – P. 3-29.
5. Rolf I. *Rolfing: The Integration of Human Structures.* – Boulder, CO: Rolf Institute, 1977.
6. Yochanan Rywerant *The Feldenkrais method: teaching by handling / Yochanan Rywerant / San Francisco: Harper & Row, 1983. – 221 p.*
7. Евсеев М.А. Повреждение кишечной трубки нестероидными противовоспалительными препаратами: клиническое значение, патогенез, возможности профилактики // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013. № 1. С. 79-87.
8. Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль // *Российский журнал боли.* – 2010. – № 1 (26). – С. 3-7.
9. *Клиническая фармакология (серия «Национальные руководства») / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с.*
10. *Клиническая фармакология и фармакотерапия / под ред. В.Г. Кукеса, А.К. Стародубцева М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с.*
11. Максимов М.Л. Место миорелаксантов в лечении болевого синдрома // *РМЖ. Ревматология.* – 2014. – № 4. – С. 514-518.
12. Мартусевич Н.А., Сидоренко В.А., Деткович Е.П. Оценка эффективности препарата Хай-ФЛЕКС у пациентов с III стадией гонартроза // *Медицинские новости.* – 2013. – №6. – С. 77-80.
13. *Національний підручник з ревматології / За ред. В.М.Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : МОРІОН, 2013. – 672 с.*