

УДК 616.72—007.248+615.82+615.814



Т. В. Кулемзіна, В. Л. Клімок, Є. Ю. Самора,
Д. М. Ступак

Досвід лікування гонартрозу методами рефлексотерапії, гомеосиніатрії та мануальної терапії

Розроблено схеми реабілітаційних заходів для усунення вторинних біомеханічних порушень у разі гонартрозу із застосуванням методів класичної акупунктури та гомеосиніатрії, мануальної терапії.

Ключові слова: гонартроз, точковий масаж, акупунктура, гомеосиніатрія, мануальна терапія.

Гонартроз — найпоширеніше захворювання суглобів. Інвалідизації внаслідок остеоартрозів зазнає 10% населення віком понад 55 років. Провідну роль у виникненні гонартрозу, поряд із загальними конституціональними (старіння, ожиріння, спадковість тощо) та місцевими несприятливими чинниками (травми, професійні й побутові фактори та ін.), відіграє порушення постави. Больовий синдром та функціональна недостатність колінного суглоба спонукають пацієнта з гонартрозом надати коліну анталгічної пози з перенесенням ваги тіла на здоровий бік, що зумовлює біомеханічні порушення у кістково-м'язовій системі. Внаслідок цього ушкоджується здорове коліно, в якому можуть статися органічні зміни.

Мета дослідження — перевірити ефективність комбінованого застосування таких методів, як рефлексотерапія (точковий масаж та акупунктура), гомеосиніатрія та мануальна терапія в лікуванні гонартрозу. Розробити схеми реабілітаційних заходів для хворих на гонартроз, що поєднують мануальну терапію, класичну акупунктуру, точковий масаж та гомеосиніатрію.

Матеріали і методи

Проведено лікування 10 пацієнтів (6 жінок та 4 чоловіків) віком від 40 до 50 років з діагнозом гонартроз. Сім пацієнтів страждали від ураження правого колінного суглоба, троє — від ураження лівого. В анамнезі 8 людей було травмування ділянки суглоба. У 2 хворих ушкодження колінного суглоба мало зв'язок зі збільшенням маси тіла. В усіх пацієнтів відзначали больовий синдром у відповідному суглобі та м'язах, обмеження рухів різного ступеня виразності.

Усі хворі перебували на амбулаторному лікуванні після отриманого стандартного лікування в умовах стаціонару.

Використання методів рефлексотерапії у вигляді акупунктури та точкового масажу допомогло зменшити больовий синдром, забезпечити адекватне розслаблення м'язового апарату, поліпшити мікроциркуляцію в уражених тканинах.

Лікувальний процес планували індивідуально, найчастіше курс лікування починали з акупунктури, яка переходила в гомеосиніатрію, та завершували мануальною терапією з точковим масажем.

Застосовуючи акупунктуру, спиралися на принципи традиційної китайської медицини. Для того щоб відновити скорочені м'язи, використовували як місцеві такі точки:

двоголовий м'яз стегна, півсухожилковий, півперетинчастий м'язи — V 36—40, R 10;

м'яз — натягувач широкої фасції стегна, — VB 29, 31;

грушоподібний м'яз — VB 30;

квадратний м'яз попереку — V 21—24, 51, 52;

зовнішній косий м'яз живота, внутрішній косий м'яз живота — E 14—16, F 13, VB 25—28.

Крім точок, які специфічно впливають на відповідні м'язи, упродовж курсу лікування задіявали такі, що справляють місцевий, сегментарний та загальний вплив, а саме: GI 4, GI 10, E 36, E 42, RP 3, RP 9, C 7, IG 3, IG 4, V 11, V 23, V 40, V 54, V 55, V 57, V 60, V 62, V 64, R 3, R 10, TR 5, VB 37, VB 41, TR 8, VB 30, VB 31, VB 34, F 3, T 3, T 4.

Курс лікування склався з 10—15 сеансів, один сеанс на день. Кількість подразнюваних точок — від 4 до 12. Тривалість кожного сеансу 15—20 хв.

У гомеосиніатричному лікуванні використовували антигомотоксичні препарати: «Траумель С», «Цель Т», «Коензим композитум», «Убіхінон композитум», «Лімфоміозот», «Дискус композитум» — за принципами гомотоксикології та класичної рефлексотерапії, комбінації препаратів: «Траумель С» та «Лімфоміозот», «Дискус ком-

позитум» і «Коензим композитум» (або «Убіхінон композитум»), «Цель Т» та «Убіхінон композитум» (або «Коензим композитум»). Під час гомеосиніатрії широко задіювали «сегментарні» та «місцеві» точки, які часто збігалися з тригерними, за один сеанс — 11—12 точок. Сеанси гомеосиніатрії проводили в середньому 2 рази на тиждень.

Мануальна терапія була спрямована на ліквідацію функціональних блоків (ФБ) у відповідних суглобах за рахунок впливу на м'язовий апарат.

У пацієнтів з гонартрозом спостерігали скорочення (дефанс) таких м'язів (у різному поєднанні):

двоголового м'яза стегна — ФБ суглобів гомілкових кісток, кульшового, крижово-клубового суглобів; скорочення клубово-поперекової зв'язки;

півсухожилкового, півперетинчастого м'язів — ФБ кульшового та іпсилатерального крижово-клубового суглобів;

м'яза — натягача широкої фасції стегна — ФБ нижнього крижово-клубового зчленування, скорочення крижово-горбової та крижово-остьової зв'язок;

грушоподібного м'яза — ФБ кульшового суглоба, іпсилатерального крижово-клубового суглоба (нижній відділ) і контрлатерального крижово-клубового суглоба (верхній відділ); ФБ L5 — S1 з іпсилатерального боку; скорочення зв'язок з іпсилатерального боку — крижово-горбової, крижово-клубової, клубово-поперекової;

квадратного м'яза попереку — ФБ крижово-клубового, кульшового суглобів, XII ребра, поперекових хребців; скорочення іпсилатеральної клубово-поперекової зв'язки;

зовнішнього косоного м'яза живота — ФБ крижово-клубового суглоба, грудних хребців, реброво-хребцевих і груднинно-ребрових суглобів;

внутрішнього косоного м'яза живота — ФБ крижово-клубового суглоба, ФБ у грудному й поперековому відділах хребта; скорочення клубово-поперекової зв'язки; S-подібний сколіоз хребта.

Для реабілітації скорочених м'язів застосовували «м'язові» техніки мануальної терапії (масаж, постізометрична релаксація м'язів тощо) і точковий масаж у відповідних точках. У разі наявності

міофасціальних тригерних точок використовували розтягання після знеболення за Тревеллом, а також точковий масаж тригерних пунктів. Для усунення ФБ суглобів хребта та ніг застосовували переважно нейром'язові техніки мобілізації. У процесі мануального впливу лікар орієнтувався на самопочуття пацієнта. Процедура тривала в середньому від 35 до 60 хв.

Під час реабілітації пацієнтів навчали вправ на автомобілізацію та розтягання скорочених м'язів, перебудови рухового стереотипу. Середня тривалість курсу реабілітації становила 20—30 днів. Повторні курси реабілітації проводили в разі збереження або рецидиву патологічних ФБ у суглобах хребта та ніг. Повторні курси призначали за потреби, у середньому з інтервалом два місяці, одночасно з проведенням стандартної терапії.

Результати

Після закінчення першого курсу означених реабілітаційних заходів відзначали зменшення болювого синдрому, функціональної недостатності колінних суглобів й усунення вторинного скорочення м'язів та супровідних дисфункцій суглобів і зв'язкового апарату у 80 % пацієнтів. Стійкість лікувального ефекту залежала від ступеня виразності гонартрозу та інших чинників (маси тіла, професійних шкідливостей, супровідної патології з боку хребта). Протягом 2 місяців поліпшення зберігалося у 60 % осіб. У решти пацієнтів прояви поновлювалися, однак були менш виразними. Патологічний стан у таких пацієнтів легше усувався в процесі повторних курсів рефлексотерапії у поєднанні з мануальною терапією.

Висновки

Розроблена схема лікування, що поєднувала акупунктуру, точковий масаж, гомеосиніатрію та мануальну терапію, дала змогу зменшити патологічні зміни в колінному суглобі в пацієнтів з гонартрозом, усунути вторинні зміни в м'язовому апараті та супровідні дисфункції суглобів і зв'язкового апарату. Також проведене лікування запобігало вторинним порушенням у колінному суглобі на здоровому боці.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2007

Література

1. *Гомеопатическое мышление для врачей и пациентов* / В. Гесс. — Смоленск : Гомеопатическая медицина, 1997. — 208 с.
2. *Лекции по рефлексотерапии : учеб. пособие* / А. М. Василенко, Н. Н. Осипова, Г. В. Шаткина. — М. : Су Джок Академия, 2002. — 374 с.
3. *Практическая вертеброневрология и мануальная терапия* / В. П. Веселовский. — Рига : Наука, 1991. — 341 с.
4. *Руководство по рефлексотерапии* / Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк. — 2-е изд., стер. — К. : Вища шк., 1986. — 302 с.
5. *Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии* / Гаваа Лувсан. — 2-е изд., перераб. — М. : Наука, 1990. — 576 с.

Т. В. Кулемзина, В. Л. Климок, Е. Ю. Самора, Д. М. Ступак

Опыт лечения гонартроза методами рефлексотерапии, гомеосиниатрии и мануальной терапии

Разработаны схемы реабилитационных мероприятий для устранения вторичных биомеханических нарушений в случае гонартроза с применением методов классической акупунктуры и гомеосиниатрии, мануальной терапии. После курса реабилитационных мероприятий уменьшение функциональной недостаточности коленных суставов при исчезновении вторичного сокращения мышц и сопутствующих дисфункций суставов и связочного аппарата отметили у 80 % пациентов.

T. V. Kulemzina, V. L. Klimok, Ye. Yu. Samora, D. M. Stupak

An experience of gonarthrosis treatment with the methods of reflexotherapy, pharmacopuncture and manual therapy

The rehabilitation schemes have been designed aimed on the removal of the secondary biomechanical disorders in the case of gonarthrosis, with the use of methods of classic acupuncture, pharmacopuncture, and manual therapy. After the course of rehabilitation therapy, the reduction of knee joints functional insufficiency with removal of the secondary muscles contracture and accompanying joints dysfunction and ligamentous apparatus were observed in 80 % of patients.