

зывает, что число охваченных экспертизой колеблется от 28 до 42% пролеченных больных, среди которых дефекты устанавливались в 9-12% случаев. В основном это дефекты по оформлению медицинской документации (6-8%), невыполнению стандартов обследования больных, необоснованной продолжительности пребывания больного на койке. Процент

расхождения результатов внутри- и вневедомственной экспертизы составлял 5-8%.

The experience of organization of quality control of Medical Care at Medical Establishments

S.S. Ratushnyak
(Jakutsk, Lensk Central Port Hospital)

© МАСЛОВА Е.С., ЗЛОБИНА Т.И., КАЛЯГИН А.Н. –
УДК 616.72-08:615.357

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Е.С. Маслова, Т.И. Злобина, А.Н. Калягин.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – проф. Ю.А. Горяев, Городской ревматологический центр клинической больницы №1, зав. – Засл. врач РФ Т.И. Злобина)

Резюме. На базе ревматологического центра обследовано 120 больных с синдромом гипермобильности суставов. Основным показанием для локальной терапии при этом синдроме является поражение околоуставных мягких тканей.

В 2001 году исполняется 85 лет с момента первого описания Finkelstein связи синдрома гипермобильности (СГМС) с суставной патологией и 35 лет как Kirk дал определение СГМС, рассматривая его, как наследственное заболевание соединительной ткани. Он отметил, что гипермобильность в суставах нередко сочетается с патологией суставной, мышечной и других систем организма. Последующие многочисленные сообщения о гипермобильности касались этиологии, эпидемиологии и клиники синдрома [2,3]. Важные продвижения были сделаны на пути понимания генетических и молекулярных аспектов роли коллагена при СГМС [4]. Однако разработка методов лечения СГМС началось сравнительно недавно.

Все клинические проявления СГМС подразделяются на 4 группы: поражения суставов, позвоночника, мягких тканей и внесуставные проявления. Из внесуставных проявлений наиболее распространенными являются: пролапс митрального клапана, нефроптоз, варикозное расширение вен, грыжи различной локализации.

Наиболее частыми суставными проявлениями являются артралгии, рецидивирующие подвывихи, дисплазии, выпот в суставе вследствие его микротравматизации, раннее развитие остеоартроза. Для СГМС не характерно воспаление сустава. Появление артрита у больных с гипермобильностью прежде всего настораживает в плане присоединения воспалительного заболевания суставов.

Патология позвоночника при СГМС может проявляться болевым синдромом, сколиотической деформацией, усилением физиологических изгибов и дегенеративными изменениями: остеохондрозом, спондилезом, асептическим некрозом тел позвонков.

Поражение мягких тканей характеризуется многочисленными энтезитами, тендинитами, повреждениями связочного аппарата, разрывом мышц и менисков. По данным N. Hudson [1], у гипермобильных больных поражение мягких тканей встречается значительно чаще, чем у негипермобильных (90% и 51%, $P < 0,01$) и характеризуется большей склонностью к рецидивированию в одном и том же месте (69% и 38%, $P < 0,01$).

Вторичные воспалительные проявления со стороны суставов и мягких тканей у больных с СГМС требует применения локальной терапии глюкокортикоидными (ГКС).

Целью настоящего исследования явилось оценка эффективности локальной терапии ГКС у больных с СГМС.

Задачи включали:

- Определение показаний к локальной терапии.
- Выбор наиболее оптимального препарата
- Оценка эффективности лечения
- Анализ побочных эффектов и осложнений

Материалы и методы

На базе ревматологического центра обследовано 120 больных с СГМС. Соотношение женщин и мужчин составило 6:1. При диагностике СГМС использовалась модификация критериев Carter и Wilkinson, предложенная Beighton в 1983 году. Локальная терапия ГКС проведена 35 из 120 (29%) больных с СГМС. Статистический анализ проводился с помощью критерия χ^2 в программе Statistics 5.11.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто локальную терапию ГКС получали больные с умеренной и выраженной степенью гипермобильности (табл.1). Среди больных, получавших локальную терапию, выделены

Как видно из таблицы 3, болевой синдром присутствовал у всех 35 больных с СГМС, получавших локальную терапию ГКС. После лечения у 20 (57%) больных отмечена положительная динамика болевого синдрома. Боль полностью купировалась – у 9 (25%), интенсивность боли уменьшилась – у 11 (32%). Экссудативные проявления до лечения имели место у 32 (90%) больных. После лечения явления экссудации купировались у 10 (31%) больных и уменьшились – у 13 (40%). Нарушение функции суставов и позвоночника до лечения наблюдалось у 21 (60%) больного. После лечения функция суставов полностью восстановлена у 8 (38%) больных и уменьшилась степень функциональной недостаточности – у 8 (38%).

Таким образом, после проведения локальной терапии ГКС у больных с СГМС наблюдалось достоверное уменьшение болевого и экссудативного компонентов воспаления и восстановление функции суставов.

Анализ побочных явлений при локальной терапии выявил следующее: у 2-х больных при использовании гидрокортизона развилось местное асептическое воспаление (отек мягких тканей, явления флебита). В обоих случаях было периартикулярное введение препарата. В одном случае болевой синдром купирован самостоятельно через 24 часа, в другом – потребовалось дополнительное лечение: физиотерапия и нестероидные противовоспалительные препараты. Побочных эффектов при введении дипроспана не отмечалось.

Однократное введение гидрокортизона оказалось эффективным у 10 (50%) больных, остальным потребовались повторные инъекции ГКС. Эффективность лечения дипроспаном была несколько выше. У 12 (80%) больных лечение ограничилось однократным введением данного препарата (табл.4).

Литература

1. Hudson N., Fitzcharles M.A., Cohen M., Starr M.R., Esdaile J.M. The association of soft-tissue rheumatism and hypermobility. – Br. J. Rheumatol. – 1998. – Vol.37. – P.382-386.
2. Jessee E.F., Owen D.S., Sagar K.B. The benign hypermobile joint syndrome. – Arthritis Rheum. – 1980. – Vol.23. – P.1053-6.

Таблица 4
Эффективность локальной терапии
дипроспаном и гидрокортизоном
у 35 больных с СГМС

Больные	Дипроспан		Гидрокортизон		Р
	абс.	%	абс.	%	
Всего	15	43	20	57	0,2320
с (+) эффектом после однократной инъекции	12	80	10	50	0,0691
с побочными эффектами	0	0	2	10	0,2072

Однако, как видно из таблицы 4, достоверных различий в эффективности применения бетаметазона и гидрокортизона у лиц с СГМС не выявлено.

Таким образом, основным показанием для локальной терапии ГКС при СГМС является поражение околосуставных мягких тканей, где с одинаковой эффективностью может использоваться как дипроспан, так и гидрокортизон.

LOCAL THERAPY WITH GLUCOCORTICOSTEROIDS UNDER GENERALIZED JOINT HYPERMOBILITY SYNDROME

E.S. Maslova, T.I. Zlobina, A.N. Kalagin

(Irkutsk State Medical University)

120 patients with generalized joint hypermobility syndrome were examined. The main indication for local therapy with glucocorticosteroids under generalized joint hypermobility syndrome is soft-tissue rheumatism.

3. Kirk J.A., Ansell B.M., Bywaters E.G.L. The hypermobility syndrome. Musculoskeletal complaint associated with generalized joint hypermobility. – Ann Rheum Dis. – 1967. – Vol.26. – P.419-25.
4. Morgan A.W., Joint hypermobility. Reports from Special Interest Groups of the Annual General Meeting of the British Society for rheumatology. – Br J Rheumatol. – 1996. – Vol.35. – P.392-3.

© ГОРЯЧКИНА Л.М., НОСКОВА Л.М., ЗЛОБИНА Т.И., ГРИШИНА Л.П., СКВОРЦОВА Э.Н. –
УДК 616.-009.865:616.5-004.1

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ СИНДРОМ РЕЙНО ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Л.Н. Горячкина, Л.М. Носкова, Т.И. Злобина, Л.П. Гришина, Э.Н. Скворцова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – проф. Ю.А. Горяев, Городской ревматологический центр клинической больницы №1, зав. – Засл. врач РФТ.И. Злобина)

Резюме. Описывается наблюдение из врачебной практики генерализованного синдрома Рейно при системной склеродермии.