

больных значительно улучшились показатели, характеризующие интенсивность боли, ограничение выполнения повседневной работы, социальное функционирование, общий уровень физического и психологического здоровья.

Биомеханика движений значительно улучшилась в основной группе, в которой применялись эластичные ортезы и проводилась коррекция модели движений (табл. 2).

Координация движений больных в основной и контрольной группах на фоне проводимого лечения

Показатели	Количество больных, поддерживающих равновесие на полусфере менее 5 секунд		Уровень значимости
	До лечения	Через 3 месяца лечения	
Основная группа (n=60)	33 (55%)	17 (28%)	$\chi^2 = 8,78; p=0,003$
Контрольная группа (n=60)	29 (48%)	20 (33%)	$\chi^2 = 2,79; p=0,095$

При сравнении уровня ситуативной и личностной тревожности в основной и контрольной группах до и после лечения не были получены значимые отличия. Так уровень ситуативной тревожности в основной группе до лечения составил 41 (38; 44), а через 3 месяца – 40 (35; 44) баллов ($z=1,806; p=0,071$); в контрольной до лечения – 41 (38; 45), через 3 месяца – 41 (37; 44) балл ($z=0,436; p=0,663$). Личностная тревожность в основной группе до лечения в среднем составила 57 (52; 62), через 3 месяца 53 (53; 59) балла ($z=1,346; p=0,178$); в контрольной группе до лечения – 54 (50; 60), через 3 месяца – 54 (42; 60) балла ($z=0,461; p=0,645$).

В 2004 году W.R. Ferrell с соавт. опубликовали результаты своего исследования, согласно которым 8-недельный курс упражнений для укрепления мышц, окружающих коленный сустав, у 18 больных с синдромом гипермобильности суставов (от 16 до 49 лет; $27,3 \pm 10,4$ лет) позволил снизить интенсивности боли, улучшить проприоцепцию, улучшить показатели качества жизни по опроснику SF-36 [3]. В нашем исследовании проведена оценка эффективности не только упражнений, направленных на суставы, в которых больные чаще отмечали боль, но и применения эластичных ортезов в сочетании с коррекцией модели движений, что отличает наше исследование от зарубежных аналогов [3]. В занятиях были использованы гимнастический мяч, эспандер лыжника, полусфера, эластичные ортезы и коррекция модели дви-

жений, проводимых в домашних условиях с регламентированным правом выбора больного. Таким образом, результаты показали, что предложенный способ немедикаментозного лечения обеспечивает стойкое купирование или уменьшение мышечно-суставной боли у больных молодого возраста с синдромом гипермобильности суставов.

Прием нестероидных противовоспалительных препаратов и лечебная физкультура без учета избыточной подвижности суставов оказали непродолжительный эффект у больных с гипермобильным синдромом. Это обусловлено тем, что при данном лечении не оказывалось воздействие на основное звено патогенеза мышечно-суставной боли, описанное Gedalia [5], то есть сохранялась перегрузка суставов, приводящая к микротравматизации околоуставных мягких

тканей. Купирование боли у 15 из 60 больных на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, можно объяснить тем, что основной причиной мышечно-суставной боли было воспаление. Таким образом, можно согласиться с рекомендациями других авторов по медикаментозному лечению больных с синдромом гипермобильности суставов [1,7], которые считают обоснованным назначение данной группы препаратов в случае впервые возникшей интенсивной суставной боли.

Согласно полученным результатам, программное решение проблемы лечения больных с синдромом гипермобильности суставов в общей врачебной практике может заключаться в применении упражнений, выполняемых в домашних условиях, для укрепления мышц, окружающих проблемные суставы с использованием гимнастического мяча, эспандера лыжника, полусферы, эластичных ортезов в сочетании с коррекцией модели движений и терапевтическим обучением больного самостоятельному регулированию тренировок. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов данной категории больных обосновано в случае впервые возникшей интенсивной мышечно-суставной боли. Таким образом, представленные методы лечения могут быть реализованы в общей врачебной практике в рамках программы курации больных с синдромом гипермобильности суставов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельский А.Г. Лечение гипермобильного синдрома // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 12. №24. – С.1602-1606.
2. Маслова Е.С., Злобина Т.И., Калягин А.Н., Зырянова Л.А. Синдром гипермобильности суставов (вопросы диагностики и клиники). // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2001. – Т. 28. №4. – С.13-19.
3. El-Shahaly H.A., El-Sherif A.K. Is the benign hypermobility syndrome benign? // Clinical Rheumatology. – 1991. – №10. – P.302-307.
4. Ferrell W.R., Tennant N., Sturrock R.D., et al. Amelioration of symptoms by enhancement of proprioception in patients with joint hypermobility syndrome // Arthritis & Rheumatism. – 2004. – №10. – P.3323-3328.

5. Gedalia A., Press J. Joint hypermobility and musculoskeletal pain // Journal of Rheumatology. – 1998. – №25. – P.1031-1032.
6. Hall H.G., Ferrell W.R., Sturrock R.D., et al. The effect of the hypermobility syndrome on knee joint proprioception // British Journal of Rheumatology. – 1995. – №34. – P.121-125.
7. Keer R., Grahame R. Hypermobility syndrome. Recognition and Management for Physiotherapists – London: Butterworth-Heinemann, 2003. – 176 p.
8. O'Sullivan P.B. Lumbar segmental 'instability': clinical presentation and specific stabilizing exercise management // Manual Therapy. – 2000. – №5. – P.2-12.
9. Russek L.N. Examination and treatment of a patient with hypermobility syndrome // Physical Therapy. – 2000. – №80. – P.386-98
10. Simmonds J.V., Keer R.J. Hypermobility and hypermobility syndrome // Manual Therapy. – 2007. – №12. – P.298-309.

Информация об авторах: Омск, ул. Ленина, д. 12, тел. /факс (3812) 731200, e-mail: vic-inna@mail.ru, Викторова Инна Анатольевна – заведующая кафедрой, профессор, д.м.н., Киселева Дарья Сергеевна – аспирант; Коншу Надежда Вячеславовна – аспирант

© АНДРИЕВСКАЯ Т.Г., КУТУЗОВ Р.И., КАРПОВА В.В. – 2011

СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАБДОМИОЛИЗА

Татьяна Григорьевна Андриевская¹, Раиса Ивановна Кутузова², Вера Викторовна Карпова¹

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской терапии, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Козлова, ²МУЗ Городская клиническая больница №3 г.Иркутск, гл. врач – Ю.А. Кузнецов)

Резюме. Представлен редкий клинический случай острой почечной недостаточности в результате острого канальцевого некроза на фоне рабдомиолиза у больного после интенсивной физической работы в тренажерном зале. Поскольку данный

эпизод острой почечной недостаточности является повторным, не исключается наличие у больного уже сформировавшейся хронической болезни почек и требуется проведение углубленного обследования.

Ключевые слова: острая почечная недостаточность, рабдомиолиз.

A CASE OF ACUTE RENAL FAILURE AS A RESULT OF RHABDOMYOLYSIS

T.G. Andrievskaya, R.I. Kutuzova, V.V. Karpova
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The rare clinical case of acute renal failure as a result of acute tubular necrosis against rhabdomyolysis at the patient after intensive physical activity at gym has been presented. As the present episode of acute renal failure is repeated, presence of formed chronic disease of kidneys in the patient is not excluded and carrying out of profound inspection is required.

Key words: acute renal failure, rhabdomyolysis.

Рабдомиолиз – это специфическая причина ренальной острой почечной недостаточности (ОПН), следствие повреждения мышц, сопровождающийся выбросом в системный кровоток компонентов мышц, включая миоглобин.

Миоглобин – гемовый пигмент, обладающий прямым нефротоксическим действием. Среди причин рабдомиолиза выделяют травматические и нетравматические. К травматическим причинам относят прямое повреждение мышц (например, разможнение тканей, полимиозит, длительная обездвиженность, связанная с потерей сознания, синдром длительного раздавливания). Нетравматические причины рабдомиолиза достаточно многообразны. Большое значение имеют ишемия мышц (например, при окклюзии или эмболии артерии), усиленный расход энергии, что бывает при тяжелой физической работе, судорогах, гипертермии, белой горячке. Также вызвать рабдомиолиз может снижение образования энергии, как например, при тяжелой гипофосфатемии, гипокалиемии, микседеме, действии лекарственных препаратов и токсинов (алкоголь, героин, кокаин, амфетамины, укусы ядовитых насекомых и змей). В развитии ОПН в результате рабдомиолиза имеют значение и тяжелые инфекционные заболевания, такие как столбняк, болезнь легионеров, грипп [3,4].

В патогенезе ОПН при рабдомиолизе имеет значение два основных звена: во-первых, происходит обструкция почечных канальцев пигментными цилиндрами, во-вторых, миоглобин обуславливает прямое нефротоксическое действие, вследствие чего развивается вазоконстрикция и нарушение микроциркуляции в почках. В результате перечисленных механизмов возникает канальцевый некроз, происходит внезапное уменьшение скорости клубочковой фильтрации и развивается ОПН [2,3,4].

Для диагностики рабдомиолиза большое значение имеет лабораторная картина крови и мочи. В общем анализе мочи имеются специфические признаки: моча темно-коричневого цвета, определяется гем без эритроцитов, пигментированные зернистые цилиндры. В биохимическом анализе крови с первых часов заболевания отмечается резкое повышение креатинина, мочевины, калия, фосфора, через несколько дней обнаруживаются высокие цифры миоглобина. Снижается уровень кальция, нарушается электролитный баланс [1,2,3].

При развитии рабдомиолиза необходима экстренная интенсивная инфузионная терапия. Единственный и эффективный метод **лечения** – раннее внутривенное введение большого количества изотонического раствора натрия хлорида. Проводят форсирование диуреза (например, маннитолом), что способствует вымыванию миоглобина и устранению обструкции канальцев. Форсированный диурез показан только после коррекции дефицита объема циркулирующей крови. Также необходимо добиваться защелачивания мочи (бикарбонат натрия). При гиперкалиемии (больше 6,5 ммоль/л) дается кальция глюконат, при гиперфосфатемии (больше 6 мг%) – фосфорсвязывающие антациды (алюминия гидроксид). При лейкоцитурии обязательно применение антибиотиков [1,3,4].

Цель представления – демонстрация больного с неоднократным развитием ОПН в результате рабдомиолиза на фоне интенсивной физической нагрузки. Повторный эпизод ОПН должен привлечь внимание практического врача на вероятность наличия у больного хронического почечного заболевания и послужить основанием для более детального обследования больного в целях установления диагноза, явившегося фоном для развития ОПН.

В терапевтическое отделение городской больницы №3 г.Иркутск 22.01.2010 г. поступил больной К., 38 лет, с жалобами на: отсутствие мочи в течение 20 часов, жажду, сухость во рту, слабость, тошноту, боли в поясничной области, повышение температуры до 38°C, повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.

Из анамнеза: днем 21.01.2010 г. была тяжелая физическая нагрузка (тренажерный зал), к вечеру количество мочи уменьшилось до нескольких капель темно-коричневого цвета. На следующий день 22.01.2010 г. мочеотделение не восстановилось, в связи с чем больной обратился в городскую больницу №1 г.Иркутск, где была исключена урологическая причина анурии. Больного направили в терапевтическое отделение дежурной больницы. Далее из анамнеза было выяснено, что весной 2002 г. в аналогичных условиях – после тяжелой физической нагрузки и употребления небольшого количества алкоголя – возникла анурия, продолжавшаяся четверо суток. В связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии больному был проведен гемодиализ с восстановлением самостоятельного диуреза. Больной в дальнейшем не наблюдался ни терапевтом, ни нефрологом.

Объективные данные при поступлении: масса тела 140 кг, состояние средней тяжести. Мышцы плеча левой руки заметно увеличены, отечные, болезненны при пальпации. Кожный покров нормальной влажности, обычной окраски, периферических отеков нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 180/110 мм рт.ст., ЧСС 92 уд. в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Мочи нет. При поступлении – креатинин крови составил 136 мкмоль/л.

Больному был выставлен предварительный диагноз: острый канальцевый некроз на фоне рабдомиолиза, острая почечная недостаточность, фаза олигоанурии.

Диагноз острого канальцевого некроза заподозрен в связи с тем, что у больного в течение длительного времени сохранялась высокая креатинемия, причем имевшая тенденцию к нарастанию в первую неделю пребывания в стационаре, несмотря на уже развившуюся полиурию. Именно это может указывать на повреждение (некроз) тубуло-интерстициальной ткани почек.

Было проведено лечение: р-р соды 200,0 в/в кап., пентоксифиллин 5,0 в/в, изотонический р/р 400,0 в/в кап., лазикс 20 мг, эуфиллин 2,4%-10,0 в/в, верапамил 80 мг 2 раза в день, гепарин 2,5 тыс. ЕД 4 раза в день п/к, маннит 450,0 в/в кап., допамин 140 мг в час, под контролем АД и диуреза, лизиноприл 2,5 мг.

На фоне проводимого лечения 23.01.2010 г. (вторые сутки от начала анурии) появилась моча, 24.01.2010 г. началась фаза полиурии, при этом суточное выделение мочи составило около 3 литров. А через 3 дня от начала полиурии (27.01.2010 г.) суточный диурез составлял 11,5 л (ночной – 6 л, дневной – 5,5 л). Полиурия уменьшалась, но сохранялась в течение всего времени пребывания в стационаре. Изменились также и лабораторные показатели: миоглобин от 68 нг/мл (23.01.2010 г.) до 399 нг/мл (28.01.2010 г.), перед выпиской 03.02.2010 г. миоглобин составил 116 нг/мл. Уровень креатинина сыворотки крови нарастал от 136,5 мкмоль/л (23.01.2010 г.) до 822 мкмоль/л (25.01.2010 г.) и 774 мкмоль/л (26.01.2010 г.). В дальнейшем постепенно снижался, а при выписке (03.02.2010 г.) составил 155,4 мкмоль/л. Больной выписан в удовлетворительном состоянии, но с сохраняющейся полиурией (4 литра в сутки), несколько повышенными показателями миоглобина и креатинина крови.

Учитывая повторный эпизод ОПН и сохраняющийся на

цифрах, превышающих верхнюю границу нормы, креатинин крови, больной был направлен на консультацию к нефрологу для выявления вероятно имеющегося у него фонового почечного заболевания, наличие хронической болезни почек.

Таким образом, высокая физическая нагрузка с вероятным повреждением скелетных мышц, выбросом в кровь миоглобина привела к острому нарушению функции почек, развитию ОПН, скорее всего, в связи с острым канальцевым

некрозом. Поскольку данный эпизод ОПН являлся повторным, причем при одних и тех же обстоятельствах (интенсивная физическая нагрузка в тренажерном зале, сочетающаяся с приемом алкоголя), не исключается наличие у больного уже сформировавшейся хронической болезни почек, возможно в связи с развитием хронического тубуло-интерстициального нефрита. В связи с этим требуется более углубленное обследование больного с целью уточнения диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальное руководство по нефрологии. / Под ред. Н.А. Мухина – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – С.565-576.
2. Шилов Е.М. Нефрология. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – С.530-532.

3. Шрайер Р.В. Руководство по нефрологии. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – С.310-312.
4. Храйчик Д.Е., Седор Д.Е., Ганиц М.Б. Секреты нефрологии. – СПб.: Невский диалект, 2001. – С.50-56.

Информация об авторах: Андриевская Татьяна Григорьевна – доцент, к.м.н., тел. (3952) 34-19-96; Кутузова Раиса Ивановна – заведующая отделением городской клинической больницы №3 г.Иркутск; Карпова Вера Викторовна – студентка лечебного факультета

© МОЛОКОВ В.Д., БОЛЬШЕДВОРСКАЯ Н.Е. – 2011

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ «СУЛЬФАКРИЛАТ» И ОЦЕНКА ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Владислав Дмитриевич Молоков, Наталья Евгеньевна Большедворская
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н. проф. И.В. Малов, кафедра терапевтической стоматологии, зав. – д.м.н., проф. В.Д. Молоков)

Резюме. Разработана и апробирована в клинике методика применения клеевой композиции «Сульфакрилат» при лечении больных с воспалительными процессами в пародонте. Проведена сравнительная оценка результатов лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом с применением десневых повязок и клеевой композиции «Сульфакрилат». Применение клеевой композиции «Сульфакрилат» по предложенной методике сокращает сроки лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом в 1,5 раза.

Ключевые слова: пародонтит, кюретаж, клеевая композиция, десневая повязка.

THE METHOD OF USING THE COMPOSITION «SULFOCRILAT» AND EVALUATION OF ITS CLINICAL EFFICACY IN COMPLEX TREATMENT OF PARODONTITIS

V.D. Molokov, N.E. Bolshedvorskaya
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The method of using sticky composition «Sulfocrilat» in the treatment of patients with inflammatory paradontal processes has been worked out and aprobed at clinic. The comparative evaluation of the results of treatment of patients with chronic generalized paradontitis by using gum bandages and sticky composition «Sulfacrilat» has been conducted. The use of sticky composition «Sulfocrilat» on the offered method 1,5 times reduce the terms of treatment of patients with chronic generalized paradontitis.

Key words: paradontitis, curettage, sticky composition, gum bandage.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта непрерывно связано с терапией пародонтальных карманов. При лечении лекарственные вещества, вводимые в пародонтальные карманы, быстро вымываются из них и для сохранения соответствующей концентрации используются десневые повязки. Применение пародонтальных повязок имеет существенные недостатки. Монолит, в который превращается основа десневой повязки, оказывает раздражающее действие на воспалённые ткани пародонта, что значительно снижает эффективность лечебного воздействия.

В последнее время в нашей стране и за рубежом широкое применение получили клеевые пародонтальные композиции [1,2,3,5,6,7].

Клеевые композиции успешно заменяют повязки, обеспечивая бактерицидный эффект, изолируя поверхность раны после кюретажа от внешних воздействий. Более того, применение клеевых композиций не оказывает раздражающее действие на раневую очаг, так как клей образует тонкую очень пластичную пленку, которую нет необходимости удалять как повязку.

Целью исследования явилось разработка методики и обоснование применения клеевой композиции «Сульфакрилат» в лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы

Клиническое исследование проведено у 110 пациентов в

возрасте 32-56 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой и средней степени тяжести без сопутствующей патологии. После проведения клинического обследования все пациенты были распределены на группы соответственно способу лечения и степени тяжести заболевания. Для объективности оценки эффективности лечения больные направлялись в каждую группу поочередно, по мере обращения в клинику: 1) основная группа – 72 пациента с ХГП в возрасте 32-56 лет, которые получали лечение путём наложения противовоспалительной клеевой композиции «Сульфакрилат» в пародонтальный карман, после предварительной обработки цемента зубов лимонной кислотой pH=1 (0,1 моль/л) в течение 5 мин, из них с легкой степенью заболевания – 37 пациентов, со средней – 35; 2) группа клинического сравнения 38 пациентов того же возраста с ХГП, которые получали лечение линкомицином, входящим в состав десневой повязки, из них с легкой степенью тяжести – 21 пациент, со средней – 17.

Изучение пародонтологического статуса проводили по общепринятой методике. Состояние гигиены полости рта оценивали с помощью индекса Федорова-Володкиной (1971). Наличие воспаления в десне оценивали при помощи пробы Шиллера-Писарева и папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА). Индекс кровоточивости оценивали по Muhlemann. Для определения состояния микроциркуляторного русла использовали вакуумную пробу стойкости капилляров по В.И. Кулаженко (1960). Патологическую