

Summary

PREVENTION AND TREATMENT OF
ACUTE RENAL FAILURE

Chaplyk V.V., Lytvynchuk V.H.

*Danylo Halytsky Lviv National Medical
University*

In the article there is presented the analysis of diagnostics and treatment of 20 patients with acute renal injury (ARI). It is proved that for early kidney injury, in addition to determining the daily urine output, most informative is the

concentration of sodium in the urine and daily excretion of nitrogenous metabolites. Early initiation of extracorporeal detoxification helps to prevent the polyorganic insufficiency and helps to reduce mortality at ARI.

Keywords: *Acute renal injury; excretion; nitrogen metabolites.*

*Впервые поступила в редакцию 09.09.2015 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК: 616.12 – 005.4 + 616.72 – 007.24] – 036.8: 615.838

**САНАТОРНО-КУРОРТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ
ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРІЗАЦІЇ
МІОКАРДУ В СПОЛУЧЕННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Бабов К.Д., Колоденко О.В.

ДУ «НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України»

Розроблені лікувально-реабілітаційні комплекси санаторно-курортної реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця після хірургічної ревазуляризації міокарда в сполученні з остеоартрозом. Показано, що використання запропонованої програми лікування сприяє зниженню больових відчуттів та зменшенню функціональної недостатності в суглобах, а також підвищує якість життя пацієнтів.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, ревазуляризація міокарду, остеоартроз, санаторно-курортна реабілітація

Незважаючи на досягнуті в останні десятиріччя успіхи в профілактиці та лікуванні ішемічної хвороби серця (ІХС), вона все ще є однією з найбільш актуальних проблем сучасної кардіології. ІХС є причиною половини випадків смерті від хвороб системи кровообігу [4]. І це при тому, що в загальній структурі смертності від усіх захворювань на кардіоваскулярну патологію приходить більше 50 % [7]. Загальновідомо, що частота розвитку ІХС різко збільшується з віком [3].

В той же час остеоартроз (ОА) є лідируючою причиною хронічної непрацездатності та істотного зниження якості життя пацієнтів. ОА уявляє собою найбільш актуальну проблему в загальнотерапевтичній практиці. Це захворювання суглобів, що найбільш часто зуст-

річається та асоційоване із віком: ОА складає 40-60 % дегенеративних захворювань кітково-м'язової системи, в цілому цією хворобою страждають близько 15 % населення Земної кулі [8].

Клінічний досвід та дані багаточисельних рандомізованих досліджень свідчать проте, що ОА часто зустрічається із соматичною патологією, а саме артеріальною гіпертензією, ІХС, ожирінням, цукровим діабетом та інш. [2, 5].

Найбільшу увагу дослідників привертає розповсюджене сполучення ОА та серцево-судинних захворювань, що обумовлено як загальними патогенетичними механізмами виникнення запального процесу в періхондріальних тканинах та в ендотеліальній оболонці судин, так і обмеженням фізичної активності, що по-

гіршує перебіг даної групи захворювань. Окрім того, хронічний больовий синдром у пацієнтів с захворюваннями суглобів, визиваючи нейроендокринну відповідь, нерідко є причиною розвитку ускладнень ІХС. Встановлено, що рівень смертності хворих з ОА від серцево-судинних захворювань вищий, ніж у людей без нього в аналогічних вікових групах [1, 6].

В комплексі лікувальних заходів при ІХС сьогодні як в нашій країні, так і за кордоном вирішальне місце займають хірургічні методи ревазуляризації міокарду (РМ), серед яких розповсюдження отримали аортокоронарне шунтування (АКШ) та проведення коронарного стентування [4, 8].

В той же час, прийнята в теперішній час тактика лікування і тим більш система реабілітаційних заходів після хірургічного лікування ІХС, не завжди враховує особливості супутньої патології [3, 5]. Саме це, не дозволяє в повній мірі системно використовувати сучасні методи відновлювального лікування (аквакінезотерапію, комплекси з використанням магніто-, електро-, лазеротерапії та інші).

Метою нашої роботи було покращити санаторно-курортну реабілітацію пацієнтів з ІХС, що перенесли хірургічну ревазуляризацію міокарду в сполучені з ОА.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням у санаторії «Біла акація» було 40 пацієнтів з ІХС, що перенесли хірургічну РМ переважно віком від 45 до 55 років (45,0 %) з первинним та вторинним ОА колінних суглобів; В 50,0 % випадків спостерігалась I стадія захворювання, в 50 % — II стадія, порушення функцій суглобів I ступеню — у 80,0 % пацієнтів. За етіологією хворі із вторинним ОА розподілились наступним чином: наслідки ревматоїдного артриту — 2, метаболічний ОА — 12, післятравматичний — 6 (у 2 хворих мав місце стан після менісектомії). Комплексне обстеження пацієнтів передбачало загально-

клінічне, ортопедичне, інструментальне дослідження, підрахунок балів за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), за суглобовим індексом, оцінка побутової та соціальної активності за допомогою модифікованої шкали Ваткінса, визначення ефективності використання розроблених комплексів.

Результати клінічних, інструментальних та лабораторних досліджень оброблялись загально-прийнятими методами варіаційної статистики з використанням пакету ліцензійних програм для ПК «Microsoft Excel».

В залежності від застосування лікувально-реабілітаційного комплексу (ЛРК) пацієнти були розподілені на 2 групи. Група 1 (20 хворих) — ЛРК №1, що включає дієтотерапію, заняття ЛФК, сухі вуглекислі та аплікації бішофіту через день, грязелікування колінних суглобів через день, масаж.

Група 2 (20 хворих) — дієтотерапію, гідрокінезотерапію в басейні з мінеральною водою, сухі вуглекислі ванни та аплікації бішофіту через день, грязелікування колінних суглобів через день, масаж.

Результати дослідження

В 17,5 % випадків пацієнти скаржились на суглобовий біль в спокої, у 100 % випадків больовий синдром був пов'язаний з рухами; суглобовий біль в нічний час був у 35,0 % хворих; болючість при пальпації суглобів визначалась у 76,3 % хворих, обмеження рухів — у 35,0 %; набряки спостерігались у 13,8 % пацієнтів (табл. 1).

Аналіз результатів лікування пацієнтів обох груп показав позитивну динаміку суб'єктивних та об'єктивних клінічних показників у всіх хворих, але у пацієнтів другої групи, де ЛРК включали застосування гідрокінезотерапії, позитивні зміни були більш виразними.

Так, після ЛРК №1 частота скарг на біль у спокої в групі 1 зменшилась на 5 %, біль при рухах — на 30 %, біль в нічний час — на 15 %, тоді як у пацієнтів групи 2 частота скарг на біль у спокої

зменшилась на 15 %, біль при рухах зменшився на 75 %, біль в нічний час — на 20 % (табл. 2).

Аналогічними були й зрушення об'єктивних клінічних показників — болючість суглобів при пальпації після ЛРК № 1 зменшилась на 20 %, об'єм рухів збільшився на 15 %, у групі 2 болючість суглобів при пальпації зменшилась на 50 %, а об'єм рухів збільшився на 50 %.

Визначення критеріїв якості життя показало, що в групі, де застосовували гідрокінезотерапію, больовий індекс (ВАШ) знизився у 5 разів після ЛРК №2, тоді як після ЛРК №1 лише у 2,5 рази (табл. 2).

Про ефективність лікування свідчать

показники індексу Лекена, а саме зниження його на 49,3 % та 59,2 % ($P < 0,05$). Вірогідне зниження суглобового індексу ($P < 0,05$) було у групі 2 — на 74,1 % (табл. 2).

Опитування за EuroQoI також показало переваги ЛРК №2 — показник зменшився у 3,4, а після ЛРК №1 — у 2,4. Виразні зміни стосувались гоніометричного індексу — після ЛРК № 2 він знизився в 2,9, в той час як після ЛРК № 1 — лише в 1,3. Аналогічні зміни відбувались і стосовно показників функціональної недостатності — кращі результати було досягнуто після включення до ЛРК гідрокінезотерапії (після ЛРК № 1 — не змінився, після ЛРК № 2 зменшився в 2,3 рази)

Таблиця 1

Динаміка суглобового стану до та після санаторно-курортного лікування

Показник	Група 1, n = 20		Група 2, n = 20	
	до ЛРК	Після ЛРК	до ЛРК	після ЛРК
	%	%	%	%
Суглобовий біль в спокої	20	15	15	0
Суглобовий біль при русі	100	70	100	25
Суглобовий біль в нічний час	40	25	30	10
Болючість суглобів при пальпації	40	25	30	10
Обмежений об'єм рухів	80	70	100	50

Таблиця 2

Динаміка показників суглобового стану у пацієнтів до та після санаторно-курортного лікування, ($M \pm m$)

Показник	Група 1, n = 20		Група 2, n = 20	
	до ЛРК	після ЛРК	до ЛРК	після ЛРК
ВАШ (бали)	4,80 ± 0,48	2,00 ± 0,40*	5,15 ± 0,67	1,05 ± 0,78
Індекс Лекена	6,7 ± 0,1	3,4 ± 0,2*	7,1 ± 0,2	2,9 ± 0,1*
Суглобовий індекс	2,1 ± 0,30	1,7 ± 0,28*	2,5 ± 0,33	0,7 ± 0,30*
Опитування за EuroQoI (бали)	4,60 ± 0,72	1,95 ± 0,38*	5,00 ± 0,50	1,45 ± 0,50
Гоніометричний індекс (бали)	1,30 ± 0,42	1,00 ± 0,0	1,45 ± 0,50	0,50 ± 0,50
Функціональна недостатність (бали)	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,15 ± 0,34	0,50 ± 0,15
Ефективність лікування (%)	36,4		71,4	

Примітка: * — $P \leq 0,05$ у порівнянні з даними до лікування.

Таблиця 3

Динаміка стану вегетативної нервової системи у пацієнтів до та після лікування ($M \pm m$)

Показник	Група 1, n = 20		Група 2, n = 20	
	до ЛРК	після ЛРК	до ЛРК	після ЛРК
Індекс Кердо	-5,15 ± 1,21	-3,35 ± 0,86*	-3 ± 1,1	-0,45 ± 0,09*
Індекс - Хільденбранта	4,53 ± 0,83	4,44 ± 0,1	4,39 ± 0,12	4,48 ± 0,12

Примітка: * — $P \leq 0,05$ у порівнянні з даними до лікування.

(табл. 2).

Дослідження взаємовідносин серцево-судинної та дихальної систем в процесі курсового лікування показало загальну узгодженість у цих міжсистемних відносинах і відносну стабільність індексу Хільденбрандта у всіх пацієнтів, що свідчить про безпечність лікувальних комплексів. Дослідження стану вегетативної нервової системи виявило переважання парасимпатикотонії як до ЛРК, так і після курсового лікування в обох підгрупах, хоча спостерігалась тенденція індексу Кердо в бік ейтонії (табл. 3). Вірогідних змін індексу Хільденбранта не було, що підтверджує безпечність запропонованого лікування.

Висновки

Таким чином, аналіз результатів, показав, що при застосуванні ЛРК у всіх випадках відзначалась позитивна динаміка клініко-інструментальних показників у всіх спостереженнях. Найбільш виражені позитивні зрушення були зареєстровані у клінічній симптоматиці хворих 2 групи після ЛРК, що включав гідрокінезотерапію, а саме:

- зменшення частоти скарг на біль у спокої зменшилось на 15 %, біль при рухах зменшився на 75 %, біль в нічний час — на 20 %;
- зменшення болючості суглобів при пальпації на 50 %, та збільшення об'єму рухів на 50 %;
- зниження больового індексу (ВАШ) у 5 разів;
- зниження індексу Лекена на 59,2 % (P d" 0,05), зниження суглобового індексу на 74,1 %, гоніометричного індексу в 2,9 рази, зменшення функціональної недостатності в 2,3 рази (P d" 0,05) ;
- ефективність лікування за EuroQoL зросла на 13,3

Таким чином, комплексне лікування хворих з ІХС після реваскуляризації міокарду в сполучені з остеоартрозом за запропонованою нами програмою має

доведений ефект щодо зниження рівня больових відчуттів, зниження функціональної недостатності, а також підвищує якість життя.

Література

1. Боева И.А. Влияние клинической активности остеоартроза на качество жизни пациентов / И.А. Боева // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2006. — Т. 7, № 3. — С. 414–416.
2. Насонова В. А. Остеоартроз — проблема полиморбидности. // Consilium medicum. — 2009. — № 2. — С. 5-8.
3. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний — основа улучшения демографической ситуации в России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — № 3. — С. 4-9.
4. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения. Форум. Ишемическая болезнь сердца 2000; № 1: с. 2–5.
5. Gabriel Sh.E., Michaud K. Review Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality and comorbidity of the rheumatic diseases. J Arthr Res Ther 2009; 11: 229.
6. Pincus T, Sokka T. Abstract presented during the American College of Rheumatology 2005 Scientific Sessions. San Diego, California.
7. Roger V.L. AHA Statistical Update. Heart Disease and Stroke Statistics — 2012 Update. A report from the American Heart Association / V.L.Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones et al. //Circulation. — 2012. — Vol. 125. — P. e2 — e 220.
8. Smith, Jr, John W. Hirshfeld, Jr, Alice K. Jacobs, Douglass A. Morrison, and DavidWriting on Behalf of the 2005 Writing Committee, Spencer B. King, III, Sidney C.ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Practice Guidelines, 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on 2007 Focused Update of the ACC/AHA/ SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention J. Am. Coll. Cardiol. 2008; 51; 172–209.

References

1. Boeva I.A. Vliyaniye klinicheskoy aktivnosti osteoartroza na kachestvo zhizni pacientov / I.A. Boeva // Vestnik neotlozhnoy i vostanovitelnoy medicine. — 2006. — Vol. 7, N3. — P. 414 — 416.
2. Nasonova V.N. — Osteoartroz — problema polimorbidnosti. // Consilium medicum. — 2009. — № 2. — С. 5-8.
3. Oganov R.G. Profilaktika serdechno-sosydistich i drygich neinfekcionich zabolevaniy — osnova ylundsheniya demographicheskoy situatsii v Russii / R.G. Oganov, G.Y. Maslenikova // Kardiovaskulyrnaya terapiya i profilaktika. — 2005. — № 3. — P. 4-9.
4. Chazov E.I. Ishemicheskaya bolezn serdca 2000; № 1: p. 2–5.
5. Gabriel Sh.E., Michaud K. Review Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality and comorbidity of the rheumatic diseases. J Arthr Res Ther 2009; 11: 229.
6. Pincus T, Sokka T. Abstract presented during the American College of Rheumatology 2005 Scientific Sessions. San Diego, California.
7. Roger V.L. AHA Statistical Update. Heart Disease and Stroke Statistics — 2012 Update. A report from the American Heart Association / V.L.Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones et al. //Circulation. — 2012. — Vol. 125. — P. e2 — e 220.
8. Smith, Jr, John W. Hirshfeld, Jr, Alice K. Jacobs, Douglass A. Morrison, and DavidWriting on Behalf of the 2005 Writing Committee, Spencer B. King, III, Sidney C.ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Practice Guidelines, 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on 2007 Focused Update of the ACC/AHA/ SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention. J. Am. Coll. Cardiol. 2008; 51; 172–209.

Резюме

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В
СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Бабов К.Д., Колоденко А.В.

Разработаны лечебно-реабилитационные комплексы санаторно-курортной реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда в сочетании с остеоартрозом. Показано, что использование предложенной программы лечения способствует снижению болевых ощущений и уменьшению функциональной недостаточности в суставах, а также повышает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, остеоартроз, санаторно-курортная реабилитация

Summary

SANATORIUM REHABILITATION OF
PATIENTS WITH CORONARY HEART
DISEASE AFTER SURGICAL MYOCARDIAL
REVASCULARIZATION CONJUNCTION
WITH OSTEOARTHRITIS

Babov K.D., Kolodenko A.V.

Developed treatment and rehabilitation complex sanatorium rehabilitation of patients with coronary heart disease after surgical revascularization in conjunction with osteoarthritis. It is shown that the use of the proposed treatment program helps reduce pain and decrease functional insufficiency of the joints, and improves the quality of life of patients.

Key words: rehabilitation, resort treatment, coronary heart disease, surgical myocardial revascularization, osteoarthritis

*Впервые поступила в редакцию 17.09.2015 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*