Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы «Подагра»

Ф.С. Жарская, О.П. Полковникова, В.Г. Кохан, А.Г. Мошнина

МУЗ городская клиническая поликлиника №3, Хабаровск

В последнее десятилетие наблюдается увеличение частоты выявления больных подагрой. В статье представлены данные о заболеваемости, факторах риска подагры, частоте диагностических ошибок, особенностях течения подагрического артрита у мужчин, а также об эффективности работы школы «Подагра».

Ключевые слова: подагра, факторы риска, мочевая кислота, школа «Подагра».

Контакты: Фаина Сергеевна Жарская sergey.zharskiy@mail.ru

THE COURSE OF GOUTY ARTHRITIS ACCORDING TO THE Khabarovsk City Rheumatology Room AND THE EFFECTIVENESS OF GOUT SCHOOL

F.S. Zharskaya, O.P. Polkovnikova, V.G. Kokhan, A.G. Moshnina
City Polyclinic Three, Khabarovsk

The past decade is marked by a rise in the detection rates of gout. The paper gives data on its incidence, risk factors, the frequency of diagnostic errors, the specific features of the course of male gouty arthritis, and the effectiveness of Gout school activities.

Key words: gout, risk factors, and uric acid, Gout school.

Contact: Faina Sergeyevna Zharskaya sergey.zharskiy@mail.ru

Подагра — заболевание, которое привлекало внимание еще древних врачей не только необычностью клинических проявлений, но и «умением» выбрать «жертву» — человека для ночных страданий. В последние 15–20 лет отечественные и зарубежные исследователи отмечают увеличение частоты заболеваемости подагрой в несколько раз. По данным Л.И. Беневоленской и соавт. [1], доля больных подагрой среди всех больных с ревматическими заболеваниями увеличилась на 7–8% [1]. Подагрой страдает не менее 0,1% населения. В Великобритании ежегодная заболеваемость подагрой составляет от 11,9 до 18 случаев на 10 тыс. населения [2].

Несмотря на достаточно типичные признаки подагрического артрита (ПА), своевременный диагноз устанавливается не всегда. При первом приступе артрита подагра диагностируется лишь у 10–15% больных, у 30–40% больных диагноз устанавливается лишь через 5–7 лет. Диагностические ошибки при первом приступе подагры приводят к позднему назначению адекватного лечения и, следовательно, к хронизации подагры, что влечет за собой тяжелые осложнения со стороны почек и сердечно-сосудистой системы. Ранняя диагностика и своевременное лечение подагры — необходимые условия для улучшения качества жизни и трудового прогноза у таких больных [3, 4].

До настоящего времени в Хабаровске не изучались распространенность, клинические варианты болезни, ошибки диагностики, факторы риска и эффективность работы школы для больных подагрой. Поэтому нам представлялось важным провести такое исследование по данным обраще-

мости больных подагрой в городской ревматологический кабинет (ГРК).

Цель исследования — изучение заболеваемости, особенностей течения и методов превентивной терапии подагры.

Материал и методы. Заболеваемость подагрой изучена за 6 лет по данным ежегодных отчетов, представляемых из 11 поликлиник Хабаровска. Всех больных с подагрой и подозрением на ПА направляли в ГРК для уточнения диагноза и дальнейшего наблюдения. Клинические особенности течения подагры изучены у 193 больных (161 мужчины и 32 женщины).

Для диагностики подагры были использованы диагностические критерии S.Wallace и соавт. [5]. Исследовали общий анализ крови, мочи, уровень мочевой кислоты (МК), холестерина, С-реактивного белка (СРБ) и глюкозы крови. Проводили УЗИ почек, рентгенографию суставов, ЭКГ, при показаниях — УЗИ сердца.

Эффективность работы школы «Подагра» изучена у 49 больных. Контрольную группу составили 26 больных, не посещавших школу, игнорировавших антиподагрическую диету и базисную терапию, но посещавших ГРК не менее 1 раза в год. Особенности течения болезни, частоту обострений и факторы риска изучали у больных по данным анамнеза и амбулаторным картам за 2-летний период до посещения ГРК. Срок наблюдения за течением подагры у больных обеих групп, состоящих на учете в ГРК, составил 2 года.

Результаты исследования. В Хабаровске (население около 600 тыс. жителей) в 2000 г. организован ГРК. Основ-

ными направлениями его работы являются оказание консультативной помощи, ежегодный анализ состояния ревматологической помощи населению, разработка методических пособий для школ, организация их работы с последующим анализом ее эффективности [6]. В ГРК больных направляют ревматологи и участковые врачи из 11 районных и 5 ведомственных поликлиник.

Мы изучили заболеваемость подагрой в Хабаровске по данным обращаемости в поликлиники за 6 лет. На рисунке видна отчетливая тенденция к практически 2-кратному росту ежегодного количества больных подагрой, обратившихся в поликлиники города в 2002–2007 гг.

Соотношение заболеваемости подагрой среди мужчин (161, или 83,4%) и женщин (32, или 16,6%) составляло 5:1. Ряд авторов [7] указывают на другие соотношения заболеваемости подагрой мужчин и женщин – 7:1 и 19:1. Однако за последние 20 лет отмечается увеличение заболеваемости подагрой у женщин. Течение подагры имеет ряд гендерных особенностей, что требует отдельного рассмотрения. В данной работе мы приводим данные о клиническом течении подагры только у мужчин.

Особенности течения подагры у 161 мужчины приведены в табл. 1. Чаще всего (36,6%) в ГРК обращались больные с острым ПА. Рецидивирующий ПА был у 19,9% больных. Рецидивирующую форму ПА определяли по наличию в течение года больше 2 повторных обострений с промежутками между ними не менее 1 мес. В межприступном периоде ПА осмотрено 10,6% больных. Больным этой группы оказывали в основном консультативную помощь, которая включала сведения о терапии обострений ПА, программе диетического питания и базисной терапии аллопурином. Отмечен довольно высокий показатель (32,9%) хронической тофусной формы подагры, что являлось следствием поздней диагностики ПА и отсутствия антигиперурикемической терапии [4, 8]. При изучении анамнеза выяснено, что 38 больных этой группы никогда не принимали аллопуринол, не соблюдали диету, продолжали употреблять алкогольные напитки и только 15 больных без назначения врача бессистемно принимали аллопуринол, а в период обострений артрита – различные нестероидные противовоспалительные препараты.

В табл. 2 представлена частота поражения суставов при первом приступе ПА. Чаще (84,4%) поражался I плюснефаланговый сустав. При этом моноартрит этого сустава отмечен в 43,4% случаев. У остальных больных наряду с I плюснефаланговым суставом вовлекались другие суставы: голеностопный (23,6%) или локтевой (6,8%) либо коленный (7,4%). Кроме того, у 3,1% больных отмечалось одновременное поражение 4 суставов (I плюснефаланговый сустав и пястно-фаланговые суставы I и II пальцев кисти). У 3 больных в дебюте болезни наблюдался артрит коленного сустава.

Количество больных подагрой, по данным обращаемости в поликлиники города (в % к общему числу больных с ревматическими заболеваниями)

Таблица 1. Клинические формы подагры, выявленные у мужчин при обследовании в ГРК (n=161)

Клиническая форма	Количество больных абс.	%
Острый ПА	59	36,6
Рецидивирующий ПА	32	19,9
Межприступный период	17	10,6
Хроническая тофусная подагра	53	32,9

У всех больных в дебюте ПА было преимущественно одностороннее поражение. Продолжительность первого приступа, как правило, составляла от 4 до 10 дней. Лишь у 12 больных (геологи и старатели) первый приступ носил затяжной характер (более 20 дней), что было обусловлено неадекватным лечением острого артрита в полевых условиях, физическими нагрузками и несоблюдением диеты.

Полученные данные о локализации артрита в дебюте болезни позволяют считать, что, несмотря на преимущественное поражение I плюснефалангового сустава, встречаются и другие варианты суставного синдрома с вовлечением 2 суставов и более, что нередко приводит к диагностическим ошибкам.

У 93 пациентов проведен анализ факторов риска подагры: количества принимаемого в день алкоголя по стандартной шкале (1 усл. ед. соответствует 15 г алкоголя, содержащегося в 1 бутылке пива, бокале вина или 50 г крепкого напитка) [9], высокопуриновой пищи, гиподинамии и ожирения (табл. 3).

Как видно из табл. 3, 56 (62,1%) больных в течение дня часто и в больших количествах употребляли пиво и вино.

Более того, у 41 (44%) больного первому приступу артрита предшествовало употребление в среднем от 4 до 6 бу-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Таблица 2. Частота поражения суставов в дебюте подагры, по данным осмотра и сбора анамнеза больных в ГРК (n=161)

Суставы	Количество больных абс.	%
Всего с вовлечением I плюснефалангового сустава	136	84,4
В том числе:		
моноартрит I плюснефалангового сустава	70	43,4
плюснефаланговый сустав I пальца + голеностопный сустав	38	23,6
плюснефаланговый сустав I пальца + локтевой сустав	11	6,8
плюснефаланговый сустав I пальца + коленный сустав	12	7,4
плюснефаланговый сустав I пальца + локтевой сустав + I–II пальцы кисти	5	3,1
Голеностопный сустав + локтевой сустав	14	8,8
Голеностопный сустав + I палец кисти	8	5,0
Коленный сустав	3	1,9

Таблица 3. Факторы риска, выявленные у больных подагрой во время осмотра в ГРК (n=93)

Факторы риска	Число больных абс.	%
Количество алкоголя, потребляемого в неделю, усл. ед.*:		
35	17	19
21	16	18
14	23	25
Ежедневно жирная пища (преимущественно свинина)	67	73
ИМТ >30	46	50,3
Наследственная предрасположенность	15	16,3
Гиподинамия	56	61

Примечание. * — 1 усл. ед. = 15 г 96° алкоголя.

тылок пива в день. 37 (37,9%) пациентов алкоголь употребляли лишь изредка и не более 1 бокала вина. Наряду с употреблением пива или вина 67 (73%) больных постоянно употребляли жирную пищу. ИМТ >30 зафиксирован у 46 (50,3%) больных.

Больше половины больных (63%) страдали гиподинамией. Ряд авторов [10] указывают на важную роль наследственного фактора в происхождении подагры. В нашем исследовании у 15 (16,3%) больных имелись указания на наличие подагры у родственников.

Приводим пример наследственной подагры.

Больная Д., 43 лет, обратилась в ГРК с жалобами на остро возникшую ночью боль в I пальце левой стопы. Утром обнаружила значительно выраженный отек и покраснение пальца, в связи с чем обратилась к ревматологу в ГРК. Алкоголь не употребляет, предпочитает жирные сорта мяса. Месячные регулярные. По-

дагрой болеют отец и брат. При обследовании выявлено: СОЭ 26 мм/ч, СРБ 6 мг/л, уровень МК в крови 356 мкмоль/л, сахар крови 4,2. Диагноз: подагрический артрит, острая форма. Назначены нимесулид по 100 мг 2 раза в день, строгая диета. Через 6 дней отмечен полный регресс симптомов артрита. Через 15 дней после купирования артрита уровень МК в крови составил 560 мкмоль/л. Назначен аллопуринол по схеме. В настоящее время принимает аллопуринол по 100 мг/сут. МК крови 320 мкмоль/л. На прием в ГРК был приглашен отец пациентки 76 лет, который болен подагрой более 30 лет. Диагностированы хроническая тофусная форма подагры тяжелого течения, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия, ИБС. Уровень МК в крови 524 мкмоль/л. У брата пациентки при осмотре также выявлены хроническая тофусная форма подагры, мочекаменная болезнь, уровень МК в крови 590 мкмоль/л.

Данные о наличии хронической тофусной формы подагры у отца и брата больной позволяют считать, что в основе развития ПА у нее лежит наследственный фактор.

Среди факторов риска первого приступа и особенно обострений ПА важное значение имеет характер питания, в том числе ежедневный прием жирных сортов мяса. Так, 32 (34,4%) больных связывали возникновение первого приступа подагры и частые обострения ПА с обильными застольями. У 12 (12,9%) больных приступ развился после переохлаждения. Остальные 8 больных не смогли связать возникновение первого приступа с какой-либо причиной.

Большое количество пациентов (32,9%) обратились на консультацию в ГРК с хронической тофусной подагрой, что позволило сделать предположение о допущенных ранее диагностических ошибках. На большое число ошибок (60–80%) в диагностике при первом приступе подагры указывают многие авторы [3, 7]. В связи с этим мы изучили частоту диагностических ошибок у 141 больного подагрой, обратившихся к врачам разных специальностей по поводу первого приступа (табл. 4). Диагностические ошибки при первом приступе допущены у 97 (68,3%) больных. Чаще всего в качестве диагноза фигурировал «реактивный артрит» и назначались антибиотики. Больные с ошибочным диагнозом «остеоартроз» длительно получали хондропротекторы, и лишь при повторном приступе острого артрита их направляли в ГРК. Довольно часто хирурги при первом приступе артрита диагностировали флегмону I пальца стопы, вскрывали «флегмоны», вследствие чего у больных образовывались длительно незаживающие раны. Противоподагрическая терапия, естественно, не назначалась.

Приводим подобное наблюдение.

Больной З., 43 лет, рабочий ликероводочного завода, обратился к терапевту с жалобами на острые боли, припухлость I пальца правой стопы и голеностопного сустава. С подозрением на флегмону правой стопы направлен к хирургу, который подтвердил диагноз и вскрыл «флегмону». Через 2 дня, при повторном визите, больной предложил хирургу осмотреть левую стопу, на которой было проведено уже 3 операции по поводу рецидивирующих «флегмон». Только после этого больной был направлен на консультацию в ГРК. Уровень МК в крови 595 мкмоль/л. Долечивать больного пришлось совместно ревматологу (ПА) и хирургу (послеоперационная рана). Выяснилось, что в течение последних 3 лет больной ежедневно выпивал 2–3 л пива. Это, вероятно, и явилось независимым фактором развития подагры. Больной прошел обучение в школе «Подагра», в течение 2 лет не употребля-

ет пиво, соблюдает диету, ежедневно принимает 100 мг аллопуринола. Обострений артрита не отмечалось.

Известно, что больные подагрой погибают не от подагрического артрита, являющегося лишь «вершиной айсберга», а от ряда осложнений, в основе которых лежит гиперурикемия (ГУ) — сердечно-сосудистые заболевания и хроническая почечная недостаточность. Указанные осложнения связаны с повышенным синтезом провоспалительных цитокинов, образующихся при активации нейтрофилов кристаллами моноурата натрия [11].

В нашем исследовании у 83 (51,5%) из 161 больного выявлена сердечно-сосудистая патология: у 57 (62,7%) — артериальная гипертензия; у 18 (7,6%) — ИБС; 8 (7,8%) перенесли ИМ. Все больные были старше 55 лет. Среди других сопутствующих заболеваний: мочекаменная болезнь — у 64 (39,7%) больных, сахарный диабет 2-го типа — у 20 (19,6%), остеоартроз, преимущественно гонартроз, — у 16 (9,9%).

Данные о росте заболеваемости подагрой в городе, высоком проценте ее хронических форм, особенностях течения побудили нас организовать школу для таких больных.

В 2003 г. мы подготовили методическое пособие «Образовательная школа для больных подагрой». Программа обучения в школе включает 5 занятий:

1-е занятие — узловые, мотивационные направления работы школы, краткая информация о подагре.

2-е занятие — причины возникновения подагры. Что такое пурины, их роль в увеличении содержания МК в крови.

3-е занятие — признаки, варианты течения и осложнения подагры.

4-е занятие — диетическое питание и физическая активность больных подагрой.

5-е занятие — лечение острого приступа подагры. Препараты, регулирующие уровень МК в крови. Поддержание нормального уровня МК в крови — основа превентивной терапии обострений подагры. Понятие о базисной терапии подагры.

В группу включалось не более 6 пациентов (в небольших группах слушатели лучше усваивают материал, поскольку в такой ситуации знания и эмоции преподавателя побуждают их к сотрудничеству и занятие не носит формальный характер). Продолжительность занятия — не более 1,5 ч: 45–50 мин — беседа врача, 20–30 мин — вопросы слушателей и ответы ревматолога или устные консультации. На занятиях складываются доверительные отношения между врачом и больным, поэтому мы стараемся не менять преподавателя в группе. За 5 лет работы образовательную программу прошли 108 пациентов, страдающих подагрой.

С целью изучения эффективности работы школы обследовано 49 мужчин (средний возраст 54,7 года), согласившихся выполнять все предписания ревматолога и посещать ГРК не реже 1 раза в 6 мес. В контрольную группу вошли 26 мужчин (средний возраст 51,2 года), убеждения и особенности работы которых не исключают прием алкоголя; эти больные отказались от соблюдения диеты и базисной терапии аллопуринолом, но согласились посещать ГРК раз в год. В период обострений артрита они самостоятельно

Таблица 4. Ошибки в диагностике первого приступа ПА (n=141)

Диагноз при обращении больных с первым приступом ПА	Количество больных абс.	%
Рожистое воспаление	4	2,8
Ревматоидный артрит	4	2,8
Травма	8	5,6
Остеоартроз	23	16,3
Флегмона I пальца стопы	16	11,3
Реактивный артрит	28	19,8
Недифференцированный артрит	14	9,9
Подагра	44	31,7

Таблица 5. Эффективность работы школы «Подагра»

Группа больных	Время обследования	Число обострений на 1 больного	Уровень МК в крови, мкмоль/л
Посещавшие школу	Исходно	4,9	581,88±8,77
	Через 2 года	1,2	427,75±7,75*
Не посещавшие школу	Исходно	5,1	592,92±11,07
	Через 2 года	4,3	509,27±8,11*

Примечание. * — различия достоверны, $p < 0,01$.

принимали НПВП в произвольных дозах. Срок наблюдения после обучения в школе составил 2 года. Результаты эффективности работы школы (табл. 5) свидетельствуют о снижении частоты обострений в среднем с 4,9 до 1,2 на 1 больного у освоивших полную образовательную программу. Снизился до нормы и уровень в МК крови. У мужчин контрольной группы частота обострений оставалась высокой: 5,1 обострения на 1 больного за 2 года до наблюдения и 4,3 обострения на 1 больного в течение 2 лет наблюдения. Уровень МК в крови у них оставался высоким. Полученные в школе знания о подагре и ее осложнениях привели больных к пониманию необходимости изменить образ жизни: соблюдать диету, постоянно принимать аллопуринол, снизить ИМТ, не менее 1 раза в 6 мес исследовать уровень МК в крови и посещать ревматолога.

Заключение. Проведенное исследование выявило 2-кратное увеличение числа больных подагрой за последние 6 лет в Хабаровске. У 36,6% больных имел место острый артрит, у 19,9% — рецидивирующий, межприступный период болезни констатирован у 10,6% больных. Выявлены высокие показатели (32,0%) заболеваемости хронической тофусной формой подагры. Причина этого — диагностические ошибки либо халатное отношение больных к своему здоровью. Частота диагностических ошибок составила 68,3%. У половины (51,5%) пациентов с подагрой обнаружены различные сопутствующие заболевания.

Анализ эффективности образовательной программы для больных подагрой показал, что она является необходимой частью комплексного лечения. Только в процессе обучения в школе основам правильного образа жизни у больных формируется стратегия преодоления болезни.

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М.: Медицина, 1988;240–56.
2. Базоркина Д.И., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических болезней в популяции. Науч-практич ревматол 2005;6:79–83.
3. Барскова В.Г., Насонова В.А. Дифференциальная диагностика подагрического артрита и методы его купирования. РМЖ 2004;12(6):399–404.
4. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.S. et al. Estimates of the prevalence of arthritis selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthr Rheum 1998;41:778–84.
5. Wallace K., Robinson H., Masi A. et al. Preliminary criteria for the classification of acute arthritis of primary gout. Arthr Rheum 1977;20:895–9.
6. Жарская Ф.С. Ревматологическая служба в Хабаровске. Хабаровск: РИОТИП, 2008.
7. Якунина И.А., Барскова В.Г., Насонова В.А. Эффективность аллопуринола у больных с тофусной подагрой и хронической почечной недостаточностью. Тер арх 2006;6:88–90.
8. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранняя диагностика и лечение подагры – научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. Науч-практич ревматол 2004;1:5–7.
9. Барскова В.Г. Алкоголь и подагра. Тер арх 2007;5:65–8.
10. Алексеева Л.И., Беневоленская Л.И., Матусова М. и др. Обследование семей в русской и венгерской популяциях. Клин ревматол 1993;1:27–9.
11. Насонов Е.Л., Насонова В.А., Барскова В.Г. Механизм развития подагрического воспаления. Тер арх 2006;6:77–84.

Опыт применения комбинированной сочетанной терапии Амелотексом® и Комплигамом В® у больных с проявлениями синовита на фоне остеоартроза коленных суставов

О.Н. Бахарева¹, А.В. Соловьева², Л.В. Чичановская^{1,2}, В.М. Брянцева¹

¹ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», ²ГУЗ «Областная клиническая больница», Тверь

Цель исследования — изучить эффективность комбинированной терапии препаратами Амелотекс® и Комплигам В® у больных ОА с явлениями синовита коленных суставов.

Материал и методы. Эффективность комбинированной терапии препаратами Амелотекс® и Комплигам В® изучали у 40 больных. В 1-ю фазу исследования Амелотекс® вводили в дозе 1,5 мл (15 мг) в виде периартикулярных блокад, чередуя его с внутримышечным введением 2,0 мл Комплигама В®. Во 2-ю фазу исследования чередовали внутримышечное введение этих препаратов. В динамике (до лечения, на 10-й и 20-й день терапии) пациентам проводили электронейромиографию (ЭНМГ) и определение уровня провоспалительных интерлейкинов (ИЛ) 1β, 8. Качество жизни оценивали по 100-миллиметровой ВАШ до и после лечения.

Результаты исследования. Ранним признаком эффективности терапии явилось достоверное уменьшение выраженности боли в коленных суставах, что наблюдалось уже после завершения 1-й фазы исследования. После окончания 2-й фазы наиболее значимыми были уменьшение расстройств чувствительности в конечностях и крепитации. Достоверно уменьшилось количество случаев синовита. Объективным подтверждением восстановления функции периферических нервов служило увеличение таких параметров ЭНМГ, как амплитуда М-ответа малоберцового нерва и потенциала действия по сенсорным волокнам икроножного нерва. После окончания лечения достоверно снизился уровень ИЛ 1β. Достоверно улучшилось качество жизни пациентов по данным шкалы ВАШ.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности комбинированной терапии препаратами Амелотекс® и Комплигам В®.

Ключевые слова: Амелотекс, Комплигам В, остеоартроз, лечение.

Контакты: Леся Васильевна Чичановская nevrotver@mail.ru

EXPERIENCE WITH COMBINATION THERAPY WITH AMELOTEX® AND COMPLIGAM B® IN PATIENTS WITH MANIFESTATIONS OF SYNOVITIS IN THE PRESENCE OF KNEE OSTEOARTHRITIS

O.N. Bakhareva¹, A.V. Solovyeva², L.V. Chichanovskaya^{1,2}, V.M. Bryantseva¹

¹Tver State Medical Academy, Russian Agency for Health Care; ²Regional Clinical Hospital, Tver

Objective: to study the efficiency of combination therapy with Amelotex® and Compligam B® in patients with osteoarthritis with the signs of knee joint synovitis.

Subjects and methods. The efficiency of combination therapy with Amelotex® and Compligam B® was studied in 40 patients. During a Phase I trial, Amelotex® was administered in a dose of 1,5 ml (15 mg) as periarticular blocks, by alternating intramuscular Compligam B® in a dose of