

ло 70 больных с уровнем урикемии >7 мг/дл, у которых сравнивали влияние на показатели обмена МК терапии аллопуринолом и комбинации аллопуринола и цитрата в дозе 3 г/сут. Оказалось, что у больных, принимавших аллопуринол в сочетании с цитратом, параллельно увеличению урикозурии снизился и сывороточный уровень МК (уменьшение этого показателя у них было значительно более выраженным, чем у больных, которым проводилась монотерапия аллопуринолом). При этом показатели, отражающие фильтрационную способность почек, у больных с исходно сниженным клиренсом креатинина улучшались при длительной терапии в цитируемом исследовании, а у больных с исходно нормальным клиренсом креатинина оставались стабильными, как и в нашем случае.

Важно, что снижение урикемии, по нашим наблюдениям, происходило достаточно быстро – уже через 1 нед после

начала терапии уралитом-У, а при дальнейшем его приеме сывороточный уровень МК оставался стабильным. Как и обмен МК, максимально быстро (в течение 1–3 дней) нормализовались значения рН. И хотя причины влияния цитратов на уровень МК окончательно не выяснены, можно предположить, что одним из основных механизмов их действия является увеличение кислотности мочи с резко кислой до слабо щелочной, что наряду с ростом растворимости МК ассоциируется со значительным увеличением ее экскреции [7, 11].

Итак, можно предположить, что полученные нами данные о клинически значимом влиянии цитрата уралит-У на увеличение суточной экскреции МК и снижение ее сывороточного уровня у больных подагрой и нефролитиазом указывают на возможность применения препарата (курс лечения – 1 мес, 2 раза в год) у данной категории больных для улучшения показателей обмена МК.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Soucie J.M., Coates R.J., McClellan W. et al. Relation between geographic variability in kidney stones prevalence and risk factors for stones. *Am J Epid* 1996;143:487–95.
2. Pearle M.S., Calhoun E., Curhan G.C. Urolithiasis. In: Litwin M.S., Saigal C.S. (eds). *Urologic Diseases in America*. Washington, DC: NIDDK, 2007;283–319.
3. Wallace K.L., Riedel A.A., Joseph-Ridge N. et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. *J Rheum* 2004;31:1582–7.
4. Favus M.J. Chapter 14. Nephrolithiasis. In: *Diseases of bone and calcium metabolism*. 2010 <http://www.endotext.org/parathyroid/parathyroidcontributors.htm>.
5. Ngo T.C., Assimos D.G. Uric acid nephrolithiasis: recent progress and future directions. *Rev Urol* 2007;9(1):17–27.
6. Coe J.H.F.L. Evidence for durable kidney stone prevention over several decades. *BJU Int* 2009;5;103(9):1238–46.
7. Saito J., Matsuzawa Y., Ito H. et al. The alkaliizer citrate reduces serum uric Acid levels and improves renal function in hyperuricemic patients treated with the xanthine oxidase inhibitor allopurinol. *Endocr Res* 2010;35(4):145–54.
8. Елисеев М.С., Денисов И.С., Барскова В.Г. Клинический опыт применения препарата Уралит-У у больных подагрой и нефролитиазом. *Совр ревматол* 2012;1:44–8.
9. Riedel A.A., Nelson M., Joseph-Ridge N. et al. Compliance with allopurinol therapy among managed care enrollees with gout: a retrospective analysis of administrative claims. *J Rheum* 2004;31:1575–81.
10. Zhang W., Doherty M., Bardin T. et al. Clinical Studies Including Therapeutics (ESICISIT) EULAR Standing Committee For International Part II: Management. Report of a task force of the EULAR evidence based recommendations for gout. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1312–24.
11. Khanniaz M.K., Khanam A., Naqvi S.A. et al. Study of potassium citrate treatment of crystalline nephrolithiasis. *Biomed Pharmacother* 1993;47(1):25–8.

Первичная медико-санитарная помощь больным подагрой

М.В. Склянова, А.Н. Калягин

Иркутский государственный медицинский университет

Подагра – системное тофусное заболевание, которое становится все более распространенным. Неправильное лечение подагры может привести к инвалидизации. Возможными причинами недостаточного контроля за течением подагры могут быть незнание врачами первичного звена диагностических критериев и клинических рекомендаций по ведению таких пациентов, а также диагностические ошибки.

Цель исследования – оценить уровень знаний о подагре у врачей первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Проведено анкетирование 50 участковых терапевтов Иркутска. Специально разработанная анонимная анкета включала в себя вопросы о поле, возрасте, опыте работы и принципах диагностики и лечения подагры.

Результаты исследования. Только 42% терапевтов знают, что «золотым стандартом» диагностики подагры является выявление кристаллов моноурата натрия (МУН) методом поляризационной микроскопии. Классификационными критериями Wallace, разработанными для ранней диагностики подагры, пользуются лишь 6% терапевтов. 56% врачей считают возможным назначение аллопуринола в острый период болезни, 26% полагают, что прием аллопуринола можно прекратить после достижения нормоурикемии, 10% врачей не назначают больным подагрой аллопуринол. Эти распространенные ошибки ведут к утяжелению артрита и негативному отношению больных к лечению аллопуринолом в дальнейшем.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости повышения уровня знаний о подагре у врачей первичного звена.

Ключевые слова: подагра, ведение больных, врачи первичного звена.

Контакты: Мария Владимировна Склянова karmaria@yandex.ru

*Primary health care to patients with gout**M.V. Sklyanova, A.N. Kalyagin**Irkutsk State Medical University*

Gout is a systemic tophaceous disease that is becoming more and more prevalent. If untreated or poorly managed, gout can result in disability. The possible reason for inadequate gout control may be that the primary care physicians are unaware of diagnostic criteria and clinical guidelines for the management of these patients and diagnostic errors.

Objective: *to estimate the level of gout knowledge in primary care physicians.*

Subjects and methods. *Fifty Irkutsk local therapists were questioned. A specially developed anonymous questionnaire included items on sex, age, work experience, and the principles of gout diagnosis and treatment.*

Results. *Only 42% of the therapists know that the gold standard for diagnosis of gout is identification of monosodium urate crystals by polarizing microscopy. Only 6% of the therapists use the Wallace classification criteria for the early diagnosis of gout. 56 % of the physicians consider it possible to prescribe allopurinol in the acute period of the disease 26% think that allopurinol intake can be stopped after normouricemia is achieved; 10% of the physicians do not prescribe allopurinol for gout patients. These widespread errors lead to worsening arthritis and a negative attitude of patients towards allopurinol treatment in future.*

Conclusion. *The findings suggest that the level of gout knowledge should be increased in primary care physicians.*

Key words: *gout, management, primary care physicians.*

Contact: *Maria Vladimirovna Sklyanova karmaria@yandex.ru*

Подагра – системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в местах отложения моноурата натрия (МУН) у пациентов с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами [1]. В последние десятилетия в мире отмечается быстрый рост заболеваемости подагрой. Вероятно, это связано с повышением уровня жизни, изменением характера питания, алкоголизацией населения, а также широким распространением в популяции метаболических заболеваний – ожирения, артериальной гипертензии (АГ), нарушений углеводного обмена, которые часто сопутствуют подагре [2]. Традиционно считается, что подагра встречается у 1–3% населения развитых стран, преимущественно у мужчин старше 45 лет, однако в современной литературе имеются сведения о снижении возраста дебюта подагры и учащении случаев ее развития у женщин [3].

Дебют подагры характеризуется яркой клинической картиной, в 70–90% случаев поражается I плюснефаланговый сустав стопы (ПФС) [4]. В начале болезни наблюдаются длительные межприступные промежутки. У 60–80% больных повторный приступ развивается уже в течение первого года. В дальнейшем заболевание неуклонно прогрессирует, преобладает полиартикулярный характер поражения, развивается хроническая тофусная подагра.

Как и многие другие ревматические заболевания, подагра часто становится причиной инвалидности у людей трудоспособного возраста [5]. Важным свидетельством социального значения подагры является ее отрицательное влияние на продолжительность жизни. Наряду с воспалительными ревматическими заболеваниями подагру обоснованно рассматривают как фактор риска возникновения ранних атеросклеротических изменений стенок артерий, следствием чего являются смертельные кардиоваскулярные катастрофы [6]. Основная причина смерти больных подагрой – заболевания сердечно-сосудистой системы, обусловленные атеросклеротическим повреждением сосудов [7]. Подагра считается независимым фактором риска развития заболеваний почек [8]. До изобретения гемодиализа от хронической почечной недостаточности умирало 25% больных подагрой [9].

Таким образом, высокая, постоянно увеличивающаяся заболеваемость, ранняя инвалидизация, ухудшение качества жизни и высокий риск смерти требует совершенствования методов выявления, ранней диагностики и оптимизации тактики ведения больных подагрой.

Несмотря на хорошо изученные механизмы развития и особенности клинической картины заболевания, подагру диагностируют поздно. Большинство отечественных и зарубежных исследователей [10] указывают, что сроки установления правильного диагноза после начала заболевания составляют 6–8 лет. Еще Ph. Hench [9] отмечал, что только в 2 из 4–5 случаев подагру правильно диагностируют на ранних стадиях. К сожалению, в настоящее время ситуация изменилась мало. Считается, что при первом приступе артрита диагноз подагры устанавливают лишь у 10–15% больных, а через 5–7 лет – у 30–40%, но уже с хронической формой заболевания [9, 11]. По данным исследования, проведенного специалистами НИИР РАМН, в течение первого года болезни подагру диагностировали у 25% больных, у остальных 75% диагноз был поставлен в среднем на 7-й год болезни [10].

Наиболее вероятной причиной поздней диагностики подагры является большое количество врачебных ошибок, частота которых, по данным разных авторов, составляет от 30 до 68% [11, 12]. Неправильный диагноз имел место у каждого 5-го больного подагрой [10]. По данным НИИР РАМН, одна из основных причин поздней диагностики – незнание общепринятых рекомендаций, диагностических и классификационных критериев подагры. Нередко больных длительное время не направляют к ревматологу, что также приводит к учащению хронических форм заболевания. Среди ошибок ведения таких больных чаще всего встречаются назначение анальгетиков и мазей во время острого приступа подагры, применение пролонгированных форм глюкокортикоидов, что ведет к быстрой хронизации процесса, назначение аллопуринола во время приступа или, наоборот, отсутствие такой терапии при наличии прямых показаний [13]. Современный уровень знаний о подагре и возможности медицины позволяют утверждать, что объективных причин для поздней диагностики подагры нет [10].

Многие больные артритами обращаются, прежде всего, к участковому терапевту. В то же время во всем мире семейные врачи с достоверно меньшей вероятностью ставят правильный и своевременный диагноз ревматических заболеваний и менее эффективно с медицинской и экономической позиций «управляют» этими состояниями [14]. От того, как осведомлены врачи общей практики о ранних симптомах артритов, насколько правильно они могут провести дифференциальную диагностику и своевременно направить больного к узкому специалисту, в частности ревматологу, зависят исход заболевания и трудоспособность больного [15].

Целью настоящего исследования стала оценка знаний врачей амбулаторно-поликлинического звена о подагре.

Материал и методы. Проведено анкетирование 50 участковых терапевтов Иркутска (49 женщин и 1 мужчина в возрасте от 25 до 70 лет, средний возраст – 46 ± 13 лет) для оценки уровня их знаний о подагре. Средний врачебный стаж достигал 20 лет (от 1 до 42 лет). У 44% опрошенных не было квалификационной категории, 14% присвоена 2-я категория, 24% – 1-я, 18% – высшая. Смежную специальность имели 9 врачей (7 – врач общей практики, 1 – гериатр, 1 – врач скорой медицинской помощи). Средняя нагрузка на врача составила 4,8 (от 4 до 8) пациента в час.

Специально разработанная анонимная анкета включала вопросы о поле, возрасте, стаже работы, средней нагрузке, а также о принципах ранней диагностики, тактике лечения больных подагрой и проблемах ведения их на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Результаты исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Подавляющее большинство (94%) терапевтов указали, что к ним обращаются ≤ 1 больных подагрой в неделю, 80% врачей отметили, что чаще наблюдают пациентов с клиникой острого подагрического артрита.

Типичная клиническая картина острого артрита I ПФС в большинстве случаев позволяет поставить диагноз подагры. Тем не менее при атипичном течении болезни или по мере ее прогрессирования большое значение приобретают критерии диагноза, позволяющие заподозрить и подтвердить наличие подагры. В настоящее время используются классификационные критерии Wallace (2000), одобренные ВОЗ. Они разработаны именно для ранней диагностики подагры. Однако их используют лишь 6% участковых терапевтов.

Стойкая ГУ – облигатный фактор риска развития подагры. Ранее ГУ считали уровень мочевой кислоты (МК) >420 мкмоль/л, это точка супернасыщения сыворотки уратами, при которой начинают образовываться кристаллы МК. В рекомендациях по диагностике подагры EULAR (2006) приведена новая позиция, в соответствии с которой предлагается считать ГУ уровень МК >360 мкмоль/л (6 мг/дл). Эта позиция основана на результатах ряда исследований, показавших 4-кратное увеличение риска развития подагры у мужчин и 17-кратное у женщин при уровне МК >360 мкмоль/л [13]. При заполнении анкеты верный уровень МК указали 24% терапевтов.

На вопрос о том, что является «золотым стандартом» диагностики подагры, 42% врачей ответили: выявление кристаллов МУН методом поляризационной микроско-

пии. В соответствии с рекомендациями EULAR (2006) определенный диагноз подагры ставится при обнаружении кристаллов МУН в синовиальной жидкости [13]. 52% терапевтов считают «золотым стандартом» выявление ГУ. Хотя ГУ – облигатный фактор риска развития подагры, сывороточный уровень МК не является показателем, исключающим или подтверждающим подагру [16]. На недоступность поляризационного микроскопа указали 100% опрошенных.

Бессимптомная ГУ выявляется примерно у 2–5% мужчин в США, а также у 17% населения Франции, у 7% – Испании и у 19,3% – России [17]. По современным представлениям, бессимптомная ГУ не нуждается в медикаментозном лечении, требуются лишь диета и коррекция сопутствующих заболеваний. 56% терапевтов не считают нужной медикаментозную коррекцию ГУ у лиц без подагры, 44% указывают на целесообразность применения аллопуринола в данной ситуации.

Большинство терапевтов (90%) регулярно исследуют уровень МК у пациентов, 84% оценивают эффективность антигиперурикемической терапии, но отмечают низкий показатель (не более 40%) явки больных на повторный прием. Тем не менее 80% терапевтов признали приверженность лечению у больных подагрой удовлетворительной.

Колхицин десятилетиями успешно применялся для купирования острого подагрического артрита. Но высокая частота тяжелых побочных эффектов, а также появление новых классов эффективных и безопасных противовоспалительных препаратов побудили большинство врачей отказаться от его назначения. Для купирования острого подагрического артрита 92% терапевтов предпочитают применять нестероидные противовоспалительные препараты. Вместе с тем 56% врачей считают возможным назначение аллопуринола в острый период болезни, что является распространенной ошибкой и ведет к утяжелению артрита и негативному отношению пациентов к лечению аллопуринолом в дальнейшем. Оказалось, что 10% участковых терапевтов никогда не назначают больным подагрой аллопуринол, 26% считают, что прием аллопуринола можно прекратить после достижения нормоурикемии. В соответствии с современными рекомендациями больным подагрой показано постоянное длительное лечение аллопуринолом. Известно, что при прекращении антигиперурикемической терапии сывороточный уровень МК быстро достигает прежних величин, что способствует прогрессированию и хронизации болезни. Верный режим назначения аллопуринола указали 72% терапевтов.

В связи с широкой распространенностью АГ в последние годы отмечается быстрый рост случаев лекарственно индуцированной подагры. Часто назначаемые при сердечно-сосудистых заболеваниях диуретики и низкие дозы ацетилсалициловой кислоты могут способствовать развитию ГУ. По современным представлениям, больным подагрой мочегонные препараты следует назначать только по жизненным показаниям. О недопустимости использования диуретиков при подагре осведомлены 86% терапевтов.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №315н от 04.05.2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями» ведение пациентов с подагрой осуществляет участ-

ковый терапевт, который должен проконсультировать больного у ревматолога и получить его рекомендации. С этим положением согласно подавляющее большинство терапевтов (88%). Зарубежные и отечественные исследователи сходятся во мнении, что подагра — хорошо управляемое заболевание и поддается эффективному контролю при соблюдении современных рекомендаций по ведению больных.

Заключение. Результаты нашего исследования подтверждают данные литературы о низкой осведомленности о подагре врачей первичного звена. Это свидетельствует о необходимости повышения уровня знаний участковых терапевтов о классификационных критериях и современных клинических рекомендациях по ведению больных подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранние диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. Науч-практич ревматол 2004;1:5–7.
2. Choi H.K., Ford E.S., Li C. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Arthr Rheum 2007;57:109.
3. Harrold L.R., Yood R.A., Mikuls T.R. et al. Sex differences in gout epidemiology: evaluation and treatment. Ann Rheum Dis 2006;65:1368–72.
4. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита. РМЖ 2011;10:614–7.
5. Сидорова А.С. Клиническая характеристика, факторы риска подагры у мужчин г. Иркутска: Дисс. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2009;6.
6. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Ревматические заболевания у населения Российской Федерации в начале 21 века. Тер арх 2007;12:5–12.
7. Ильина А.Е., Варфоломеева Е.И., Волков А.В. и др. Соотношение толщины комплекса интима–медиа, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и уровня СРБ у пациентов с подагрой. Тер арх 2009;10:46–8.
8. Kuo C.F., Yu K.H., See L.C. et al. Elevated risk of mortality among gout patients: a comparison with the national population in Taiwan. J Bone Spine 2011;78(6):577–80.
9. Мухин Н.А. Подагра: лики болезни. Совр ревматол 2007;1:5–9.
10. Барскова В.Г., Насонова В.А., Якунина И.А. и др. Ретроспективный анализ причин поздней диагностики подагры. Клин геронтол 2004;6:13–7.
11. Жарская Ф.С., Полковникова О.П., Кохан В.Г. и др. Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы «Подагра». Совр ревматол 2010;2:54–7.
12. Владимиров С.А., Елисеев М.С., Раденска-Лоповок С.Г. и др. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и подагры. Совр ревматол 2008;4:39–41.
13. Барскова В.Г. Рациональные подходы к лечению подагры. Совр ревматол 2008;1:16–8.
14. Солодухина Л.П. Научные основы совершенствования ревматологической помощи населению на догоспитальном этапе. Дисс. ... канд. мед. наук. Курск, 2006;32–3.
15. Казанцева Н.Ю. Неуточненные артроиты в практике участкового врача. Сиб мед журн (Иркутск). 2008;4:9–11.
16. Ревматология. Клинические рекомендации. Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;373–9.
17. Атаханова Л.Э., Цурко В.В., Булеева И.М. и др. Подагра: от этиологии и патогенеза к диагностике и современной фармакотерапии. Совр ревматол 2007;1:13–8.