

чает. Результаты всех лабораторных тестов без патологических сдвигов.

Наличие суставного синдрома в течение ряда месяцев послужило поводом для проведения рентгенографии суставов. На рентгенограммах кистей, стоп, костей таза выявлены множественные островки уплотнения костной ткани, округлой и овальной формы, хорошо очерченные, размером от 3 до 5 мм и лентовидная тень в диафизе V плюсневой кости правой стопы (рисунок 1).

Согласно данным рентгенографии, был поставлен диагноз: остеопойкилия, смешанная форма (преимущественно пятнистая, с единичной лентовидной тенью), суставной и кожный синдромы.

Лечение проводилось только симптоматическое, направленное на купирование болевого синдрома.

По литературным данным, остеопойкилия не требует лечения. Патологические переломы и озлокачествление не встречаются [6, 14, 23].

Анализ скринирующего и диагностического этапов в рамках эпидемиологического исследования распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан

И. Г. САЛИХОВ, С. П. ЯКУПОВА, Н. Г. ШАМСУТДИНОВА, С. А. ЛАПШИНА
Казанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии

Актуальность

Заболевания суставов представляют серьезную социально-экономическую проблему в связи с широкой распространенностью, тяжелым течением и высоким процентом инвалидизации. В рамках целевой программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний», разработанной ГУ Институтом ревматологии РАМН, проведено эпидемиологическое исследование частоты встречаемости суставной патологии среди сельского населения Республики Татарстан (РТ).

Материалы и методы

Выполнено скринирующее обследование 3000 жителей села РТ (58,5% женщин и 41,5% мужчин). Средний возраст сельского населения составил $50,6 \pm 17,3$ лет. Скринирующая анкета, заполняемая на каждого жителя 18-ти лет и старше, позволила выявить жалобы на боли, припухлость суставов и пациентов с ранее установленным диагнозом ревматоидного артрита (РА) и остеоартроза (ОА). Далее были отобраны все пациенты с припухлостями в суставах, имеющихся в настоящее время и случайным образом пациенты с артралгиями. В рамках диагностического этапа обследовано 145 человек — жителей района (24,8% мужчин и 75,2% женщин, средний возраст составил $60,7 \pm 17,3$ лет). Диагностическая карта, заполняемая на тех пациентов, которые были отобраны на скринирующем этапе, позволила выставить диагноз ОА, РА или другой костно-суставной нозологии. Далее у пациентов с ОА и РА оценивались тяжесть заболевания, уровень болевого синдрома, степень нетрудоспособности, активность процесса, наличие внесуставных проявлений, качество жизни.

Результаты

По данным первого этапа оказалось, что периодические или постоянные боли в суставах испытывает более половины (53,9%) сельских жителей (на протяжении нескольких лет — 29,9%, в последний год — у 24,0%). Среди жителей села припухание суставов в течение ряда лет отмечено у 22,2% пациентов, в последний год — у 15,6% пациентов. Распространенность артралгий и припухлостей в суставах, беспокоящих пациентов в течение несколь-

ких лет, коррелировала с возрастом, а артралгии и припухлости, наблюдавшиеся в течение последнего года, наиболее часто встречались в возрастной группе от 40-70 лет, особенно после 50 лет (см. рис. 1). Припухлость суставов у женщин (у 42,5%) наблюдается примерно в 2 раза чаще по сравнению с мужчинами (26,7%). Боли в суставах несколько чаще беспокоят женщин (60%), чем мужчин (44%).

В селе, по данным анкетирования, диагноз суставного заболевания установлен врачом у 18,2% населения (причем ревматологом консультированы только 2,7% человек): РА — у 5,9%, ОА — у 12,3% (см. рис. 2).

В рамках диагностического этапа обследовано 145 человек — жителей района. Из них 26,3% пациентов выставлен диагноз ОА (24% мужчин и 76% женщин), 2% — РА (67% мужчин и 33% женщин), 13,7% — другие заболевания костно-суставного аппарата (реактивный артрит/артралгия, спондилоартроз, плечелопаточный периартрит, посттравматический артрит, сколиоз, лумбоишиалгия), что соответствует распространенности этих заболеваний в России (см. рис. 3).

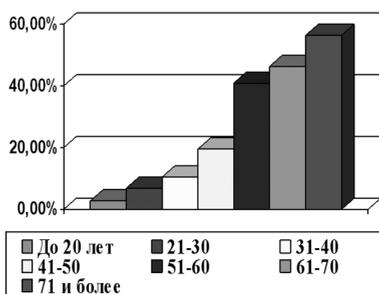
Средний возраст среди пациентов с ОА составил $60,8 \pm 13,2$ лет, с РА — $64,7 \pm 7,9$ лет.

При анализе скринирующего этапа эпидемиологического исследования выявлено, что у 37,8% сельских пациентов были ранее припухлости и/или появились в последний год. На диагностическом этапе, обследуя пациентов с ОА и РА, припухлости в коленных суставах на момент исследования обнаружены у 33,7% человек, в проксимальных межфаланговых суставах кистей — у 8,8%, в плюснефаланговых суставах — у 1%, в лучезапястных суставах — у 5,4%, в голеностопных суставах — 7,6%, в локтевых суставах — у 1%.

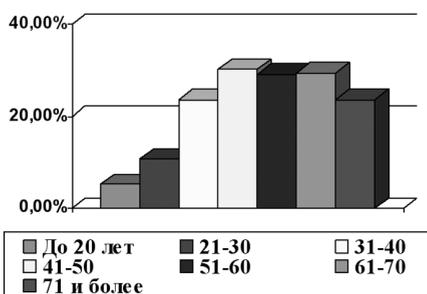
Все пациенты с РА отмечали выраженность утренней скованности от 1 до 4 часов, с ОА — от 5 до 15 минут 46,7% обследуемых, от 20 до 45 минут — 11,2%, от 1 до 1,5 часов — 3%.

Системные проявления у обследованных пациентов с РА выражены в виде наличия ревматоидных узлов (16,7%), амиотрофии (16,7%), полинейропатии (33%), анемии (16,7%), лимфоаденопатии (16,7%) (см. рис. 4).

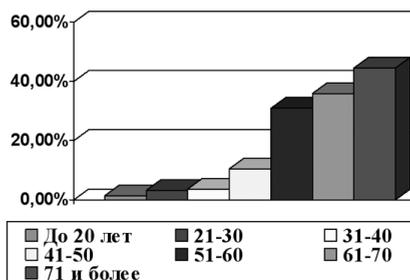
Боли в суставах беспокоят в течение нескольких лет



Боли в суставах появились в течение последнего года



Припухлость суставов наблюдается в течение нескольких лет



Припухлость суставов наблюдается только в течение последнего года

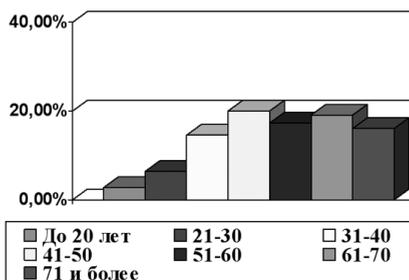


Рисунок 1. Распределение суставных жалоб в сельской популяции РТ в зависимости от возраста

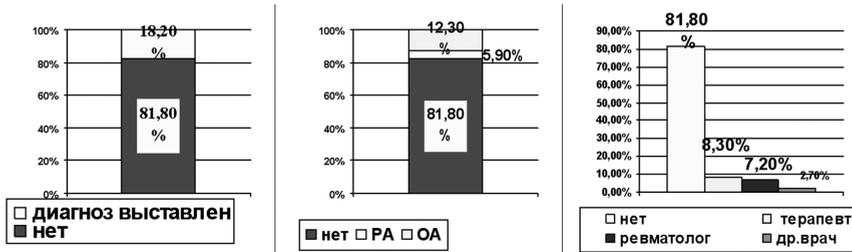


Рисунок 2. Частота встречаемости диагноза РА и ОА у сельского населения РТ

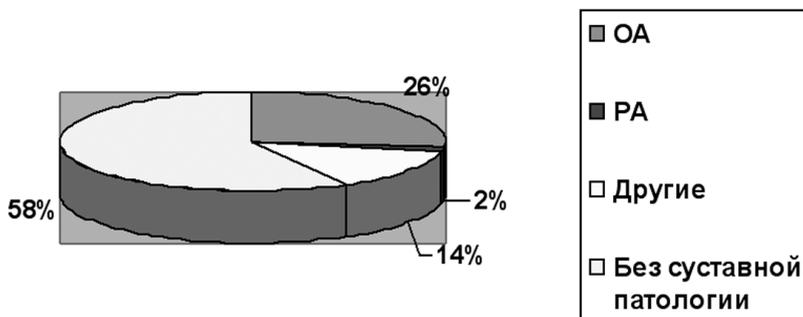


Рисунок 3. Распространенность костно-суставной патологии у сельских жителей РТ

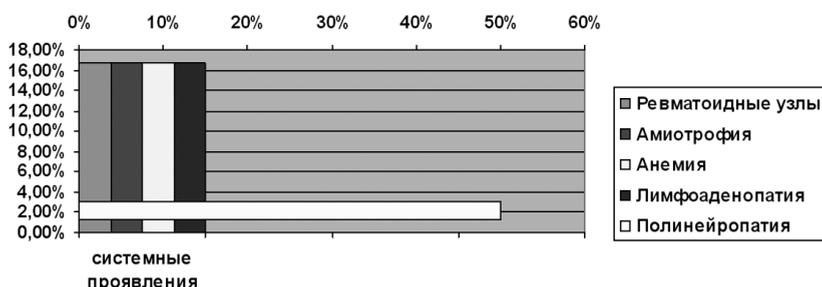


Рисунок 4. Частота системных проявлений РА у жителей села

У 37% пациентов с диагнозом ОА имелись узлы Гебердена на обеих кистях, у 8,7% — с одной стороны; у 26% — узлы Бушара на обеих кистях, у 7,6% — с одной стороны. У 18,5% наблюдалась варусная деформация коленных суставов на обеих ногах.

При оценке болевого синдрома по ВАШ оказалось, что у 50% больных с РА имеет место сильно выраженная боль, у 50% — умеренная боль. У больных с ОА сильно выраженная боль выявлена у 6,5% человек, умеренная боль — у 47,3%, слабая боль — у 31,9% человек.

При оценке ограничения трудоспособности и самообслуживания оказалось, что у 67% пациентов с РА функциональная недостаточность 2 класса, у 16,5% — 3 класса, у 16,5% — 4 класса.

Распределение сопутствующей патологии у больных с ОА и РА представлено в табл. 1.

У 33% пациентов с РА имелась группа нетрудоспособности, полученная в связи с этим заболеванием, а среди пациентов с ОА только 5,5% человек имели группу нетрудоспособности в связи именно с данной патологией.

По результатам диагностического этапа выявлено, что у 98% людей, страдающих ОА, в программе лечения отсутствует терапия хондропротекторами, преобладает применение нестероидных противовоспалительных препаратов в виде мазей, гелей. 85% пациентов с РА не принимают базисные препараты, несмотря на то, что часть (1,7%) была консультирована специалистом в районной или республиканской клиниках и имеет соответствующие рекомендации.

Выводы

1. В селе, по данным скринирующего обследования, диагноз суставного заболевания установлен только у 18,2% населения (ревматологом — 2,7%): РА — у 5,9%, ОА — у 12,3%, что не коррелирует с высокой частотой жалоб на боли и припухлости в суставах и говорит о недостаточном объеме медицинской помощи ревматологическим больным.

2. По данным диагностического этапа, 26,3% пациентам выставлен диагноз ОА (24% мужчин и 76% женщин), 2% — РА (67% мужчин и 33% женщин), 13,7% — другие заболевания костно-суставного аппарата. Таким образом, при активном обследовании оказалось, что ОА коленных и/или тазобедренных суставов представлен в большей степени по сравнению с данными первого этапа. Диагноз РА в некоторых случаях был пересмотрен.

Полученные данные свидетельствуют о значительной распространенности суставной патологии в РТ, что в определенной мере можно объяснить тяжелым физическим трудом, наличием профессиональных заболеваний и т. д.

3. Результаты двух этапов эпидемиологического исследования могут говорить о недостаточном объеме медицинской помощи, недоступности консультаций специалиста сельским жителям, практически отсутствию возможности выявления заболеваний на раннем этапе, что приводит к поздней диа-

гностики заболеваний опорно-двигательного аппарата и отсутствию своевременного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е. Л. Современные направления фармакотерапии остеоартроза. — Consilium Medicum, 2004, 3, 9, 408-415.
 2. Насонова В. А., Фоломеева О. М., Амирджанова В. Н. и соавт. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: динамика статистических показателей за 5 лет (1994-1998). Научно-практич. ревматол. — 2000, 2, 4-12.

Таблица 1

Распределение сопутствующей патологии у больных с ОА и РА

Нозология	ОА	РА
Артериальная гипертензия	53,2%	50%
Сахарный диабет	7,6%	0
Язвенная болезнь желудка и/или 12 ПК	7,6%	0
ИБС	28,2%	16,5%
Гипо или гипертиреоз	5,4%	0

Асептический некроз головок бедренной кости

Г. М. ИМАМОВА, Р. З. ДАВЛЕТШИНА

Республиканская клиническая больница №1, отделение нефрологии

Ревматические болезни являются древнейшей патологией человека, однако только в 18-19 вв. из общего понятия «ревматизм» (термин предложенный Галеном) стали выделять подагру, ревматическую лихорадку (ревматизм Сокольского-Буйо), анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) и др. В последние десятилетия отмечаются новые достижения в области теоретической и практической ревматологии. Описаны различные варианты течения заболевания, получены фундаментальные данные об этиологии и патогенезе некоторых болезней, разработаны современные методы диагностики (иммунологические, морфологические, биохимические, изотопные и др.). Эти достижения создали реальную базу для реальной диагностики и раннего адекватного лечения многих больных. На сегодняшний день для лечения широко применяют кортикостероиды, иммунодепрессанты и многие активные противовоспалительные антиревматические препараты. Ежегодно на международной арене появляются новые препараты для лечения ревматических заболеваний (РЗ), которые широко применяются в практической медицине. Проходят клинические испытания лекарственные средства, которые обладают лучшим эффектом в лечении ревматических заболеваний, менее выраженными побочными действиями и позволяют добиться более ранней и стойкой ремиссии.

Несмотря на разное происхождение РЗ, почти все они в ранней фазе развития могут иметь сходную клиническую картину (боли в суставах, их деформация, затруднения движения, боли в мышцах), что требует от врача знания клинических симптомов, умения тщательно собрать анамнез, детально обследовать больного, используя современные методы.

Однако многие проблемы в современной ревматологии не решены, не определены причины хронического течения многих болезней, способствующие ранней инвалидности больных, конкретные этиологические факторы. Все еще не решены вопросы профилактики многих болезней, остается высоким уровень нетрудоспособности. Особое внимание необходимо уделить осложнениям РЗ, асептическому некрозу головок бедренных костей (АНГБК) в частности.

Асептические некрозы костей при ревматических заболеваниях привлекают к себе особое внимание и являются одной из актуальных проблем современной ревматологии в связи с явным учащением этой костной патологии, неясностью механизмов развития, неуклонно прогрессирующим течением и сложностью лечения.

Мы хотим привлечь ваше внимание к клиническому случаю, который мы наблюдали на базе РКБ.

Больная И. 37 лет поступила в нефрологическое отделение РКБ в декабре 2005 года с направительным диагнозом: острый гломерулонефрит. При поступлении состояние средней тяжести, лихорадка до 40°С, массивные отеки по всему телу, полисерозит (плеврит, перикардит), артериальная гипертензия, фотодерматит.

В анамнезе: хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом с 13 лет (1985 г.), по поводу чего проводилась терапия

по трехкомпонентной схеме (преднизолон, курантил, гепарин) в течение 2 лет, с полной отменой преднизолона и достижения клиничко-лабораторной ремиссий. В течение 9 лет отмечала боли в суставах, мышцах, мало интенсивные возникали при физической нагрузке (ходьбе), при перемене погоды и проходящие в покое. За медицинской помощью не обращалась. В 1994 году появились постоянные боли по передней поверхности бедер, которые усиливались при подъеме по лестнице, иррадиировали в паховую, ягодичную область. Больная была обследована в травматологическом отделении, где был выставлен диагноз: коксоартроз. Через год повторно обследовалась у травматолога, установлен диагноз: асептический некроз головок бедренных костей. До 2000 года наблюдалась у травматолога. В 2000 году проведено эндопротезирование тазобедренных суставов. В 2001 году появились боли во всех суставах, утренней скованности, деформации суставов, синовитов не было. Обследовалась в отделении кардиоревматологии, выставлен диагноз: ревматоидный полиартрит и назначен базисный противовоспалительный препарат метотрексат. Через 2 года препарат был отменен. До 2005 года боли в суставах сохранялись. В 2005 году состояние резко ухудшилось, и больная была госпитализирована в нефрологическое отделение РКБ. В ходе обследования выставлен предварительный диагноз: СКВ, выявлены антитела к ДНК и LE-клетки. Заключительный диагноз: СКВ, хроническое течение, активность 3 степени с поражением легких, сердца, кожи, почек. Люпус-нефрит с нефротическим синдромом. Начата пульс-терапия преднизолоном, циклофосфаном, и прием преднизолона перорально (с 40 мг) со снижением дозы до поддерживающей (10 мг). С декабря 2007 года переведена на селективные иммунодепрессанты — производные микофеноловой кислоты. На данный момент у больной отмечается медикаментозная субкомпенсация в течение заболевания на протяжении двух лет.

Анализируя данный клинический случай возникает очень много вопросов. Это и диагноз коксоартроза и АНГБК у женщины в 30 лет. Хотя все мы понимаем, что наиболее частой причиной АНГБК у взрослых это травма тазобедренного сустава (ушибы, переломы шейки бедренной кости, вертельные переломы), это профессиональная предрасположенность (наиболее часто АНГБК встречается у водителей колесного вида транспорта), это факторы риска (длительное переохлаждение, чрезмерная одномоментная нагрузка на тазобедренный сустав, лечение ГКС, алкоголизм, инфекции). Необходимо учитывать что коксоартроз — это патология характерна для более зрелого возраста, чаще односторонняя, преобладает профессиональная предрасположенность и встречается чаще у лиц мужского пола. Сложность в диагностике ревматических заболеваний заключается в том, что они проявляются полиорганными поражениями и сходством с рядом других заболеваний. В нашем случае — это и начало заболевания с хронического гломерулонефрита, и диагноз ревматоидного полиартрита. В нашем клиническом случае осложнения