

каментов и приводит к **снижению финансовых затрат по статье «Расходы на медикаменты»**. Так, в Клиниках с началом внедрения Порядка за 2009 г. затраты снизились на 4 %, несмотря на то, что цены на медикаменты за анализируемый период повысились на 15%;

2) четкое представление администрации ЛПУ об **объеме лекарственных запасов** в каждом отделении (перечень и количество всех медикаментов, в том числе жизненно важных, составляющих лекарственный запас). Это в свою очередь, позволяет избежать случаи неиспользования и списания закупленных лекарственных препаратов в связи с окончанием срока их годности, а также своевременно корректировать объемы и перечень приобретаемых медикаментов при формировании заявки по статье «Медикаменты» на следующий год;

3) **исключение неучтенных запасов** медикаментов в отделении;

4) **формирование годовой заявки на приобретение медикаментов** на основе фактических потребностей в них;

5) **исключение «хищения»** медикаментов сотрудниками ЛПУ [1];

6) достижение **высокой социальной удовлетворенности пациентов лекарственным обеспечением** при пребывании на стационарном лечении, что является

важной составляющей качества медицинской помощи. По результатам ежемесячного социологического опроса пациентов в Клиниках не было отмечено ни одного замечания и отрицательного высказывания о лекарственном обеспечении, тогда как в 2008 году (до введения Порядка) эта проблема была одной из основных. Данные социологического опроса врачебного персонала отделений также свидетельствуют о повышении уровня обеспечения пациентов всеми необходимыми медикаментами;

7) **значительное уменьшение числа случаев со- платежей** со стороны пациентов. Так, при проведении выборочного фармакоэкономического анализа законченных случаев лечения пациентов в Клиниках за 2008 год соплатежи были выявлены в 26,4% от общего числа случаев, а за 2009 год — всего в 13% случаев.

Раздельный учет затрат по статье «Расходы на приобретение медикаментов» в разрезе источников финансирования с одновременным предметно-количественным учетом всех применяемых в медицинском учреждении лекарственных препаратов имеет также немаловажное значение для оценки финансового состояния ЛПУ в целом и мониторинга эффективности расходования имеющихся денежных средств в разрезе источников финансирования на медикаменты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыров Ф.Н. Оптимизация использования медикаментов и расходных материалов. // Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 4. — С. 10-15.
2. Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-

профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на Государственном бюджете СССР (утв. приказом Минздрава СССР от 2 июня 1987 г. № 747 с изменениями от 30 декабря 1987 г.).

**Информация об авторах:** 664003, г. Иркутск, бул. Гагарина, 18, «Клиники ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава», тел. (3952) 24-34-73, 20-39-42, e-mail: fkstat@yandex.ru

Гайдаров Гайдар Мамедович — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.;  
Алексеева Наталья Юрьевна — доцент кафедры к.м.н., заместитель главного врача;  
Латышева Елена Алексеевна — ассистент, врач-статистик.

© КОЛЕСНИКОВА Е.Б., МЕНЬШИКОВА Л.В. — 2010

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОПУЛЯЦИИ Г. ИРКУТСКА

Е.Б. Колесникова, Л.В. Меньшикова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова)

**Резюме.** Дана клинико-демографическая характеристика больных ХСН в популяции г. Иркутска. Определена структура этиологических причин, частота факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, проведен анализ медикаментозной терапии.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, клиника, Иркутск.

## CLINICAL CHARACTER OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN POPULATION OF IRKUTSK

E.B. Kolesnikova, L.V. Menshirova

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

**Summary.** Clinical and demographic description of patients with chronic heart failure in population of Irkutsk has been presented. The structure of aetiological reasons and the rate of risk factor of cardiovascular diseases have been defined. The analysis of medicamentous therapy has also been conducted.

**Key words:** Chronic heart failure, clinical picture (of a disease), Irkutsk.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является финалом различных сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих основную причину смертности населения РФ. Данные о распространенности ХСН получены из различных международных, клинических исследований и отличаются по полученным результатам, обусловленных различной методологией исследований. Поэтому изучение распространенности ХСН, факторов

риска, эффективности терапии продолжает оставаться актуальной темой и позволяет более глубоко оценить проблему заболевания, что необходимо для определения стратегических задач, направленных на оптимизацию профилактики и лечения ХСН [3].

Представленные результаты являются фрагментом впервые проведенного клинико-эпидемиологического исследования по изучению распространенности ХСН в популяции г. Иркутска.

## Материалы и методы

Методология проведения работы соответствовала завершившемуся в 2003 году по изучению распространенности ХСН в европейской части РФ исследованию ЭПОХА-ХСН. Распространенность ХСН в репрезентативной выборке взрослого населения города Иркутска (3510 чел.) старше 18 лет составила 9,7% (339 чел.). Диагноз ХСН устанавливался на основании наличия критериев, согласно рекомендациям ОССН (Общество специалистов по сердечной недостаточности) 2006 г. Изучалось наличие симптомов ХСН, данные объективного и инструментальных методов обследования. Для объективизации функционального состояния проводился тест 6-минутной ходьбы. На каждого пациента заполнялась Форма 2, используемая в исследовании ЭПОХА-ХСН, целью которой являлось подтверждение диагноза ХСН. Статистическая обработка производилась с помощью пакета статистических программ «Statistica for Windows» (версия 6.0) и редактора электронных таблиц MS Excel 7.0. Проверка распределения признака на соответствие закону нормального распределения проводилась с использованием критериев Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилка. Для сравнения групп применялся непараметрический метод с использованием критерия Манна-Уитни (достоверность считалась статистически значимой при  $p < 0,05$ ). Средние количественные показатели представлены в виде медианы и 95 % ДИ.

## Результаты и обсуждение

Обследовано 339 больных ХСН в возрасте от 22 до 91 года, средний возраст составил 69 лет (66,6-69,9). Средний возраст женщин был значимо старше, чем средний возраст мужчин и составил 70 лет (67,6-70,1) и 66,5 лет (62,6-67,6) соответственно ( $p=0,01$ ). Полученные данные сопоставимы с результатами исследования ЭПОХА-ХСН, в котором средний возраст больных ХСН составил 60 лет, причем мужчины были значимо моложе женщин — 58,7 лет и 61,6 лет соответственно ( $p < 0,001$ ). В то же время, по данным зарубежных авторов средний возраст больных ХСН составляет 71 год. Таким образом, по данным российских исследований больные ХСН оказались значительно моложе пациентов в западных популяциях [2].

Таблица 1

Структура сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХСН, чел (%)

| Заболевание            | Всего (n = 339) | Мужчины (n = 94) | Женщины (n = 245) | p     |
|------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-------|
| АГ                     | 301 (88,8)      | 76 (80,9)        | 225 (91,8)        | 0,009 |
| ИБС                    | 292 (86,1)      | 85 (90,4)        | 207 (84,5)        | 0,4   |
| Фибрилляция предсердий | 81 (23,9)       | 24 (25,5)        | 57 (23,3)         | 0,75  |
| ОНМК                   | 37 (10,9)       | 18 (19,1)        | 19 (7,8)          | 0,004 |
| Пороки сердца          | 16 (4,7)        | 5 (5,3)          | 11 (4,5)          | 0,9   |
| Миокардит              | 1 (0,3)         | -                | 1 (0,4)           | -     |
| ГКМП                   | 1 (0,3)         | 1 (1,1)          | -                 | -     |

Анализ этиологических причин ХСН показал, что, лидирующую позицию занимает артериальная гипертензия (АГ), которая была выявлена у 88,8% больных. Частота встречаемости АГ у больных ХСН была достоверно больше у женщин (91,8 %), чем у мужчин (80,9%) и сочеталась с ИБС (ишемическая болезнь сердца), нарушениями ритма, пороками сердца. В качестве самостоятельного диагноза АГ (или в сочетании с СД) встречалась лишь у 28 больных, что составило 8,3%, чаще в группе женщин, чем в группе мужчин — 10,2% и 3,2% соответственно ( $p=0,03$ ) (табл.1).

ИБС встречалась у 86,4% больных, перенесенный ИМ (инфаркт миокарда) установлен у 81

(28,9%), стенокардия напряжения — у 251 чел (74%). ИБС, как причина развития ХСН, была одинаково высокой в группе мужчин и женщин — 90,4% и 84,5% ( $p=0,4$ ). Стенокардия напряжения наблюдалась с одинаковой частотой у мужчин и женщин — 74,5% и 73,9% ( $p=0,96$ ). Перенесенный ИМ в группе больных ХСН составила 23,9%. Однако частота перенесенных ИМ была в 2 раза больше у мужчин, чем у женщин — 36,1% против 19,2% соответственно ( $p=0,013$ ).

Наличие различных видов аритмий было выявлено у 39,5% (134 больных), фибрилляция предсердий (документированная) имела у 23,9%. По литературным данным, фибрилляция предсердий (ФП) выявляется приблизительно у 25% больных ХСН и зависит от тяжести ХСН, чем тяжелее функциональный класс, тем выше частота встречаемости ФП.

Пороки сердца выявлены у 4,7% (16 чел.) больных с одинаковой частотой у мужчин и женщин — 5,3% и 4,5% соответственно. Среди пороков преобладали ревматические пороки сердца.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) встречались у 10,9% больных, что согласуется с данными других регионов. Так, среди больных ХСН в Республике Чувашии ОНМК в анамнезе установлены у 12,1% больных [3], в Нижегородской области у 11,8% больных. Частота инсультов увеличивается с тяжестью ХСН, что было показано в ряде зарубежных исследований (SOLVD, V-HeFT, PROMISE, CONSENSUS) и может составлять от 1,2 до 12% в год [8,9,11,12].

Сочетание ХСН и сахарного диабета (СД) выявлено у 18% больных (14,9% у мужчин и 19,2% у женщин, но разница была статистически значима).

Развитие ХСН на фоне перенесенного миокардита наблюдалось у одной женщины, и у одного мужчины на фоне гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

Полученные данные согласуются с результатами анализа этиологических причин в исследовании ЭПОХА-ХСН [5]. Основными заболеваниями, приводящих к развитию ХСН, являются АГ, ИБС и СД [6]. Так в исследовании ЭПОХА — ХСН артериальная гипертензия выявлена у 87,7% больных, ишемическая болезнь сердца у 78% больных, сахарный диабет — 11%, пороки сердца — у 4,1%.

У больных ХСН анализировалась частота традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая ожирение, курение, злоупотребление алкоголем и досаливание пищи (табл. 2).

Средний индекс массы тела (ИМТ) в группе больных ХСН составила 28 кг/м<sup>2</sup> (26,2-28,3), причем у женщин ИМТ был статистически значимо больше, чем у мужчин — 29,3 кг (26,6-30,2) и 26,3 кг (23,9-27,6) соответственно ( $p=0,0004$ ).

Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) выявлено у 67,3% больных ХСН с преобладанием у женщин (71,4% против 56,4% у мужчин;  $p=0,008$ ). Среди них ожирение выявлено у 38,3% больных ХСН, причем практически в два раза больше у женщин, чем у мужчин — 44,1% и 23,4% соответственно ( $p=0,008$ ).

Также оценивалась распространенность ожирения в различных возрастных группах у мужчин и женщин среди больных ХСН. Наибольшая распространенность

Таблица 2

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХСН, чел (%)

| Факторы риска                      | Всего (n = 339) | Мужчины (n = 94) | Женщины (n = 245) | p      |
|------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|--------|
| ИМТ $\geq 25$ кг/м <sup>2</sup>    | 228 (67,3)      | 53 (56,4)        | 175 (71,4)        | 0,0008 |
| ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup>    | 130 (38,3)      | 22 (23,4)        | 108 (44,1)        | 0,0008 |
| Курение                            | 35 (10,3)       | 25 (26,6)        | 10 (4,1)          | 0,001  |
| Употребление алкоголя — ежедневное | 3 (0,9)         | 3 (3,2)          | -                 | -      |
| — раз в неделю                     | 12 (3,5)        | 10 (10,6)        | 2 (0,8)           | 1,0    |
| Злоупотребление солью              | 130 (38,3)      | 40 (42,6)        | 90 (36,7)         | 0,41   |
| Употребление жирной пищи           | 146 (43,1)      | 48 (51,1)        | 98 (40)           | 0,1    |

ожирения наблюдалось в возрастной группе 60-69 лет (46,8%). Среди женщин ожирение встречалось наиболее часто в возрастных группах 60-69 и 70-79 лет, (15,1% и 15,9%), а среди мужчин в возрастной группе 60-69 лет (7,5%).

Число курящих больных ХСН составило 10,3%, что было в три раза меньше, чем количество респондентов (указавших наличие курение при заполнении скринирующей анкеты) в популяции г. Иркутска в целом. Среди курящих преобладали мужчины (26,6% против 4,1% у женщин соответственно,  $p=0,001$ ). Количество выкуриваемых сигарет оценивалось по индексу курения (ИК), выраженного в «пачка/лет». Средний ИК среди больных ХСН составил 25 (19,6-32,8), причем он был значимо больше у мужчин, чем у женщин и составил 35, а у женщин — 5 (25,8-40,6) пачка/лет (2,8-14,8).

Досаливают пищу 38,3% больных ХСН, среди них злоупотребление солью отметили 42,6% мужчин и 36,7% женщин, значимых различий в частоте присутствия этого фактора риска выявлено не было.

Предпочтение жирной пищи отдали — 43,1% больных, из которых 40% женщин и 51,1% мужчин ( $p=0,1$ ).

Регулярное, ежедневное употребление алкоголя отметили 3 мужчин, что составляет 0,9% в группе больных ХСН, еще 12 (3,5%) больных указали, что принимают алкоголь с частотой раз в неделю. Полученные результаты сложно считать соответствующими действительности (даже по регулярности употребления), так как нередко пиво не считают алкогольным напитком. По данным исследования ЭПОХА-ХСН, больные ХСН злоупотребляют алкоголем в 63,9% случаях, притом, что в качестве «границы» была взята норма в 50 мл алкоголя в сутки [5].

В исследовании была изучена частота встречаемости основных клинических симптомов ХСН (табл. 3).

Таблица 3

Клинические симптомы ХСН, чел (%)

| Симптом                | Всего (n=339) | Мужчины (n=94) | Женщины (n=245) | p    |
|------------------------|---------------|----------------|-----------------|------|
| Одышка                 | 339 (100)     | 94 (100)       | 245 (100)       | -    |
| Утомляемость           | 339 (100)     | 73 (100)       | 213 (100)       | -    |
| Сердцебиение           | 272 (80,2)    | 71 (75,5)      | 201 (82)        | 0,35 |
| Отеки                  | 96 (28,3)     | 20 (21,3)      | 76 (31)         | 0,42 |
| Сердечная астма        | 45 (13,3)     | 14 (14,9)      | 31 (12,7)       | 0,2  |
| Гепатомегалия          | 23 (6,8)      | 8 (8,5)        | 15 (6,1)        | 0,56 |
| Набухшие шейные вены   | 25 (7,3)      | 8 (8,5)        | 17 (6,9)        | 0,6  |
| Влажные хрипы в легких | 12 (3,5)      | 6 (6,4)        | 6 (2,4)         | 0,32 |

Жалобы на одышку и утомляемость предъявляли все больные ХСН, не зависимо от тяжести заболевания.

Сердцебиение (ЧСС более 80 уд/мин) наблюдалось у 80,2% больных (75,5% мужчин и 82% женщин), но разница была статистически недостоверна. Периферические отеки выявлялись у 28,3% больных, приступы сердечной астмы встречались у 13,3% больных, значительно реже выявлялись набухшие шейные вены и хрипы в легких — 7,3% и 3,5% соответственно.

Таким образом, наиболее часто у больных ХСН встречаются одышка, утомляемость и сердцебиение. Полученные данные сопоставимы с результатами исследований IMPROVEMENT HF [1] и ЭПОХА-О-ХСН [2], в которых изучались частота клинических симптомов ХСН.

Анализировалась медикаментозная терапия, принимаемая больными ХСН. Среди 339 больных ХСН не было выявлено ни одного пациента, не принимавшего лекарственных препаратов. По данным исследования ЭПОХА-ХСН 3,18% больных ХСН не получали вообще никакого лечения [5]. При анализе лекарственной терапии выявлена недостаточная частота приема препаратов из основной группы для лечения ХСН. Вопреки современным рекомендациям по лечению ХСН (Национальные рекомендации ВНОК и ОССН, второго пересмотра, 2006 г.) на первом месте по частоте приема находились диуретики, их принимает 300 (88,5%) чел. На втором месте из основной группы препаратов находятся ингибиторы АПФ, которые принимают 278 (82%) чел. На третьем месте по частоте приема находятся  $\beta$ -блокаторы — 109 (32,3%) чел., причем большая часть больных ХСН (88 чел.) принимала короткодействующий препарат метопролола тартрат, не являющийся рекомендованным  $\beta$ -блокатором для лечения ХСН. Сердечные гликозиды (постоянно или периодически) получали 72 (21,2%), и лишь 14 (4,2%) чел. принимали антагонист альдостерона препарат спиронолактон. Несмотря на то, что ситуация по лечению больных ХСН в нашем регионе не является идеальной, она в целом отличается в лучшую сторону от данных, полученных в исследовании ЭПОХА-ХСН по оценке реального лечения ХСН, где лечение ингибиторами АПФ получали только 37,2% больных,  $\beta$ -блокаторами — 14%, диуретики — 14%, сердечные гликозиды — 7%, спиронолактон получали 0,8% больных.

В большинстве случаев — у 287 чел. (84,7%) использовалась комбинированная терапия: в 60,5% с включением 2 препаратов основной группы, и в 24,2% — с включением 3 и более препаратов. Только 12 (3,5%) больных ХСН принимали препараты, не входящие в основную группу — нитраты и антагонисты кальция, причем использовали в качестве монотерапии 5 чел. (1,8%) и 7 чел. (2,1%) соответственно.

## ЛИТЕРАТУРА

- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы диагностируем и лечим сердечную недостаточность в реальной клинической практике в начале XXI века? Результаты исследования IMPROVEMENT HF // Consilium medicum. — 2001. — №2. — С. 65-72.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) — ЭПОХА-О-ХСН // Сердечная недостаточность. — 2003. — № 3. — С. 116-120.
- Калягин А.Н. Ведение больных с хронической сердечной недостаточностью в клинической практике: Учебное пособие. / Под ред. Ю.А. Горяева. — Иркутск, 2010. — 152 с.
- Маленкова В.Ю. Клинико-эпидемиологические аспекты хронической сердечной недостаточности в Чувашской республике: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — СПб., 2008. — 22 с.
- Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т. Первые результаты Российского эпидемиологического исследования по ХСН // Сердечная недостаточность. — 2003. — №4. — С. 17-18.
- Мареев В.Ю. Основные достижения в области пони-

мания, диагностики и лечения ХСН в 2003 году (часть 1) // Сердечная недостаточность. — 2003. — №1. — С.25-31.

- Щербинина Е.В. Распространенность сердечной недостаточности в Нижегородской области и эффективность ее терапии (2000 год): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Нижний Новгород, 2005. — 26 с.

- Britow M., Bohlmeier T., Gilbert E. In Hearst' The Heart// Chap. 73, 9th ed. McGraw Hill. — New York, 1998.

- Cleland J.G.F. Anticoagulant and antiplatelet therapy in heart failure// Curr. Opinion Cardiol. — 1997. — №12. — P.276-287.

- Cleland J., Chattopadhyay S., Khand A., et al. Prevalence and incidence of arrhythmias and sudden death in heart failure// Heart Fail. Rev. — 2002. — №7. — P.229-242.

- Dries D.L., Rosenberg Y.D., Waclawiw M.A., Domanski M.J. Ejection fraction and risk of thromboembolic events in patients with systolic dysfunction and sinus rhythm: evidence for gender differences in the studies of left ventricular dysfunction trials// J. Am. Coll. Cardiol. — 1997. — № 29. — P. 1074-80.

- Loh E., Sutton M.S., Wun C.C., et al. Ventricular dysfunction and the risk of stroke after myocardial infarction// N. Engl. J. Med. — 1997. — № 336 — P. 251-57.

**Информация об авторах:** 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ. E-mail: hoart-forst@ya.ru  
Меньшикова Лариса Васильевна — зав. кафедрой, д.м.н., профессор;  
Колесникова Евгения Борисовна — ассистент.

© ЯКУБОВИЧ А.И., САЛДАМАЕВА Л.С., НОВИЦКАЯ Н.Н. — 2010

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В УСТЬ-ОРДЫНСКОМ БУРЯТСКОМ ОКРУГЕ

А.И. Якубович, Л.С. Салдамаева, Н.Н. Новицкая

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,  
кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Якубович)

**Резюме.** Впервые изучены клинико-эпидемиологические особенности псориатического артрита среди коренных жителей Усть-Ордынского Бурятского округа на основе ретроспективного анализа 115 стационарных больных в возрасте от 25 до 66 лет с длительностью заболевания от 1 года до 10 лет. Также проведен анализ больных с учетом наличия сопутствующих заболеваний, наследственной отягощенности, вредных привычек, лекарственной аллергии, степени нетрудоспособности.

**Ключевые слова:** псориаз, псориатический артрит, клиника, эпидемиология, Усть-Ордынский Бурятский округ.

## THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL DESCRIPTION OF PSORIATIC ARTHRITIS IN UST-ORDYNSKY BURYAT AREA

A.I. Yakubovich, L.S. Saldamayeva, N.N. Novitskaya  
(Irkutsk State Medical University)

**Summary.** For the first time the clinical and epidemiological features of psoriatic arthritis were researched among the native people in the Ust-Ordynsky Buryat area, based on the retrospective analysis of 115 in-patients at the age of 25-66. They have been ill for a long time from 1 to 10 years. The patients were also analyzed taking into account accompanying diseases, hereditary severity, bad habits, drug allergy, degrees of disability.

**Key words:** psoriasis, psoriatic arthritis, clinic, epidemiology, the Ust-Ordynsky Buryat area.

Псориаз один из наиболее распространенных хронических дерматозов, которым страдает от 1 до 3% населения планеты [3,6,8]. Удельный вес больных псориазом в общей структуре заболеваемости кожными заболеваниями составляет в среднем от 2 до 10%, а среди стационарных больных в кожных отделениях от 6, 5% до 22% [2]. Псориаз может начаться в любом возрасте, но чаще появляется в подростковом периоде, у молодых людей (от 18 до 25 лет), либо у людей пожилого возраста (от 45 до 60 лет), у 10-20% больных развивается псориатический артрит (ПА) [4].

Ученые всех стран уделяют большое внимание этому дерматозу, но хроническое и тяжелое течение, недостаточность сведений об этиологии и патогенезе, а также несовершенство методов лечения обуславливают актуальность этой дерматологической проблемы. В связи с этим представляет интерес изучение распространенности псориаза и ПА среди коренных жителей Усть-Ордынского Бурятского округа, выявление факторов риска развития заболевания, особенностей клинического течения.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей псориаза и ПА среди коренных жителей Усть-Ордынского Бурятского округа.

### Материалы и методы

Клинико-эпидемиологические особенности заболевания изучены на основании ретроспективного анализа 115 историй болезней больных ПА бурятской национальности в возрасте от 25 до 66 лет, находившихся на стационарном лечении в Усть-Ордынском кожно-венерологическом диспансере с 2004 по 2008 годы. Также анализировались наличие сопутствующих заболеваний, наследственная отягощенность, вредные привычки, лекарственная аллергия, степень нетрудоспособности.

### Результаты и обсуждение

Всего под нашим наблюдением было 115 больных ПА, из них 60 мужчин и 55 женщин. Возраст больных варьировал от 25 до 66 лет, длительность заболевания составляло от 1 года до 10 лет. Средний возраст больных составил 48 лет. Впервые заболели незадолго до поступления в стационар 12 человек (10%). Слабо выраженный зуд отмечался у 34 человек (30%), умеренный зуд у 54 человек (50%), интенсивный зуд у 23 человек (20%). У всех больных суставной синдром сочетался с псориазом кожи.

Наследственная отягощенность отмечена у 37 больных (32%), причем большая отягощенность прослеживалась по материнской линии у 25 больных (29%). Негативные эмоции наблюдались у 62 человек (54%). Вредные привычки наблюдались у 93 пациентов (81%), причем курящих было 48 человек (42%), злоупотребляли алкоголем — 45 (39%). Лекарственная аллергия отмечалась у 12 больных (10%) ПА. Аллергия к пенициллину и препаратам пенициллинового ряда выявлена у 3 человек (2,6%), повышенная чувствительность к препаратам дегтя у 1 больного (0,9%). Инвалидность была зарегистрирована у 35 человек (30%). Преобладали сельские жители 92 пациента (80%), городские — 23 (20%). Избыточная масса тела отмечалась у 56 человек (49%). Большинство больных заболели в возрасте до 45 лет.

Причиной начала псориаза стали нервно-психические травмы у 62 человек (54%), переохлаждение у 18 человек (16%), остальные 35 человек (30%) начало заболевания ни с чем не связывали.

Причиной рецидивов заболевания преимущественно явились: осенне-зимний период — 58 (50%), нервно-психическая травма у 23 (20%), простудные заболевания у 17 (15%), обострение хронических сопутствующих заболеваний у 12 (10%), прием антибиотиков пенициллинового ряда у 2 (1,7%), 4 (3,5%) пациента ни с чем не связывали. Сезонность псориаза проявлялась осенне-зимней формой у 75 (65%) больных, весенне-летней у 17 (15%), смешанной формой — у 23 (20%). Сопутствующие