

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© СКЛЯНОВА М.В., ЗЛОБИНА Т.И., КАЛЯГИН А.Н. – 2007.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПОДАГРЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ИРКУТСКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

М.В. Склянова, Т.И. Злобина, А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», Иркутский городской ревматологический центр, зав. – Т.И. Злобина)

Резюме. С целью оценки темпа роста заболеваемости подагрой в Иркутске за последние 10 лет её клинических особенностей были обследованы 467 больных ревматологического отделения и данные статистических отчетов ревматологической службы г. Иркутска за последние 10 лет. Установлено, что прирост общей заболеваемости подагрой в период с 1995 по 2001 гг. составил 75,4 на 100 тыс. взрослого населения, а в период с 2002 по 2006 г. ещё 57,0 на 100 тыс., прирост первичной заболеваемости за эти периоды соответственно составил 10,0 и 18,4 на 100 тыс. взрослого населения. Среди госпитализированных больных с подагрой соотношение мужчин и женщин составило 3,4 : 1, средний возраст мужчин $57,06 \pm 1,43$ лет, средний возраст женщин $57,35 \pm 6,35$ лет. Среди больных трудоспособное население составило 63,1%. Наиболее часто заболевание дебютировало в возрасте 41-50 лет - 35,3%. У 58,8% больных наблюдался острый артрит, у 41,8% - хроническое течение заболевания. Тофусная подагра выявлена в 31,69% случаев, чаще всего отмечались костные тофусы. Гиперурикемия отмечалась у 62,4% госпитальных больных. Подагрическая нефропатия выявлена в 60,0% случаев. Первичный диагноз подагры в течение первого года заболевания был установлен у 64,2% пациентов. Из сопутствующей патологии при подагре наиболее часто встречалась артериальная гипертензия - 48,8%. Прием медикаментозной терапии в межприступный период подагры отмечался у 60% больных.

Ключевые слова: подагра, распространённость, клиническая характеристика, Иркутск.

По современному определению, подагра – это системное заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, характеризующееся повышением содержания мочевой кислоты в крови (гиперурикемией), отложением уратов в суставных и/или околосуставных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением [3]. Клинику заболевания впервые описал Гиппократ в V в. до Р.Х.

В современном мире повышение уровня заболеваемости подагрой отмечается преимущественно в развитых странах, то есть странах с высоким уровнем жизни. Многие исследователи указывают на воздействие «алиментарного» фактора, мотивируя этим увеличение случаев подагры в последнее десятилетие у народов с высоким материальным достатком, обильным питанием, малоподвижным образом жизни и частым употреблением алкоголя. В странах, где рацион питания скудный и преобладает пища, содержащая углеводы (Индия, Африка), подагра встречается реже. Известно также, что во времена социальных катастроф – войн, голода и т.д. – заболеваемость подагрой заметно снижается. [3]. Употребление продуктов, богатых пуринами, жиров, алкоголя, переедание, гиподинамия – все это факторы риска развития таких «болезней века» как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение и подагра. В последние годы увеличился процент терапевтически - индуцированной подагры, в частности, учащение случаев подагры после длительного приема диуретиков, применяемых для лечения артериальной гипертензии.

В развитии первичной подагры немаловажное значение имеет наследственный фактор. По данным разных исследователей, гиперурикемия была обнаружена в среднем у 25% родственников лиц, больных подагрой. Роль наследственности в этиологии подагры подтверждается фактами распространенности этого заболевания в пределах народностей и целых рас. Генетические факторы проявляются ферментными нарушениями, приводящими

к гиперпродукции уратов и/или снижению их экскреции, что в конечном итоге способствует депонированию кристаллов в тканях. На сегодняшний день гиперурикемию выявляют у 4-12% населения, а подагрой страдает 0,1% населения. Соотношение мужчин и женщин составляет 2-7 : 1. Пик заболеваемости у мужчин приходится на 40-50 лет, у женщин - 60 лет и старше. До наступления менопаузы женщины заболевают редко, возможно, за счет воздействия эстрогенов на экскрецию мочевой кислоты [3]. В последнее время изменился социальный статус женщин, и они стали болеть подагрой чаще и в более молодом возрасте.

Впервые диагноз подагры обычно устанавливается при возникновении у больного острого артрита. Заболевание, как правило, дебютирует как моноартрит 1 плюснефалангового сустава стопы или коленного сустава, другие суставы: голеностопный, локтевой, лучезапястный сустав или суставы плюсны, - вовлекаются чаще при повторных атаках подагры. Диагнозу помогает знание провоцирующих факторов: обильные застолия, алкоголь, непрякая травма сустава, переохлаждение, стресс, интеркуррентная инфекция, послеоперационный период, длительный прием диуретиков, аспирин. Неадекватное лечение, как острых приступов подагры, так и особенно межприступного периода ведет к развитию хронической тофусной подагры.

На сегодняшний день подагра рассматривается как метаболическое заболевание, являясь составляющей метаболического синдрома, часто сочетается с инсулинорезистентностью и нарушением липидного обмена. Взаимосвязь нарушений пуринового обмена с гипертриглицеридемией была отмечена еще в 60-е годы прошлого века: появлялись описания гипертриглицеридемии у 75-84% больных подагрой и до 82% гиперурикемии у больных с гипертриглицеридемией [1, 3]. Эти аспекты чрезвычайно важны в связи с ростом атеросклероза и сердечнососудистых заболеваний.

Терапия подагры направлена на прекращение прогрессирования заболевания и обратное развитие симптомов подагры. Условием успешного лечения подагры являются здоровый образ жизни и по показаниям - пожизненная медикаментозная терапия.

Цель исследования - оценка темпа роста заболеваемости подагрой в г. Иркутске за последние 10 лет и её клинических особенностей.

Материалы и методы

Обследованы 467 больных ревматологического отделения и данные статистических отчетов ревматологической службы г. Иркутска за последние 10 лет.

Диагноз подагры верифицировался по критериям S. Wallas (1972) [2,3].

Больные обследовались по специально созданной анкете, в которой указывался пол, возраст больных, возраст дебюта болезни, клиническая характеристика заболевания на момент исследования, данные лабораторно-инструментального исследования, сопутствующая патология. Анализировалась комплаентность больных в отношении приёма базисной терапии.

Результаты и обсуждение

В соответствии с данными ежегодной статистической отчетности ревматологической службы г. Иркутска наблюдается постоянный рост заболеваемости подагрой. За 1995-2001 годы показатель роста заболеваемости составил 75,4 на 100 тыс. населения. Если в 2001 г. общая заболеваемость подагрой составляла 117,6, а впервые выявленная - 17,9 на 100 тыс. взрослого населения, то в 2006 г. показатель заболеваемости вырос до 180,0, а впервые выявленные случаи заболевания - до 35,4 на 100 тыс. населения (рис. 1).

Рисунок 1. Динамика заболеваемости подагрой в городе Иркутске за 2002-2006 годы (в расчёте на 100 тыс. населения).

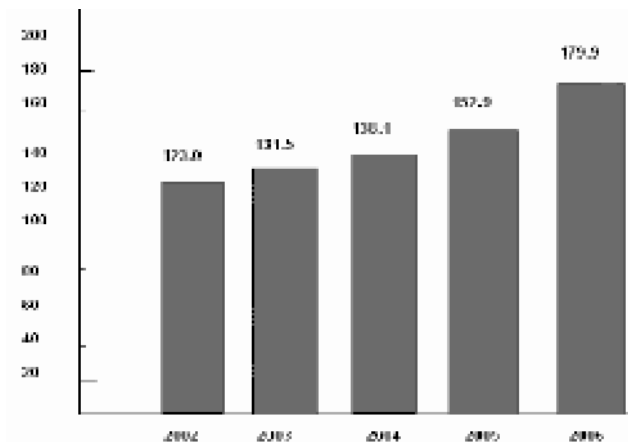
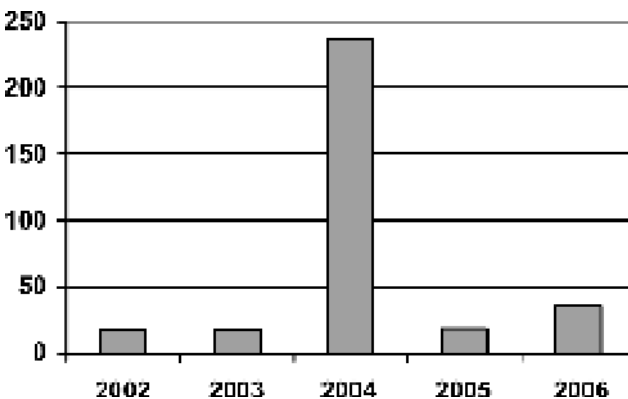


Рисунок 2. Динамика впервые выявленных больных подагрой в городе Иркутске за 2002-2006 годы (в расчёте на 100 тыс. населения).



В период с 1995 по 2001 год темп роста первичной заболеваемости вырос на 10,0, а за 2002-2006 годы - на 18,4 на 100 тыс. населения (рис. 2). Рост заболеваемости

подагрой в Иркутске за последние 10 лет связан с произошедшими социально-экономическими изменениями в обществе, где немаловажное значение имеют растущая алкоголизация населения, гиподинамия, характер питания.

Среди госпитализированных больных с подагрой соотношение мужчин и женщин составило 3,4 : 1, средний возраст мужчин - 57,06±1,4 лет, средний возраст женщин - 57,45±6,4 лет. Более старший возраст мужчин объясняется тем, что среди госпитальных больных преобладали пациенты с хронической подагрой. По социальному статусу больные распределились следующим образом: 63,1% составило работающее население, 24,6% - пенсионеры, 8,3% - безработные, 3,8% - инвалиды 2-3 групп. Возраст дебюта заболевания: до 40 лет - 25,9%, 41-50 лет - 35,3%, 51-60 лет - 30,8%, 61-70 лет - 6,2%, старше 70 лет - 1,7%. У 58,8% больных наблюдался острый подагрический артрит как причина госпитализации, у 41,8% - затяжное и хроническое течение болезни. Топусная подагра выявлена в 31,7% случаев, чаще всего это были костные тофусы. Из провоцирующих факторов обострения подагры наиболее часто встречалась физическая перегрузка сустава, в т.ч. непрягая травма сустава (ушибы) - 24,4%. В 17,5% случаев развитие подагры было связано с длительным употреблением тиазидных диуретиков по поводу артериальной гипертензии. Употребление алкоголя отмечено в 10,4%, нарушение диеты - в 8%, переохлаждение - в 4,6% и перенесенная инфекция в 2,8.

Диагноз подагры большинству пациентов, в 64,2%, был установлен в течение первого года заболевания, в 23,5% случаев подагра диагностирована в срок от 2 до 5 лет после дебюта болезни, в 12,2% - более 5 лет. Это свидетельствует о настороженности лечебных учреждений города в плане выявления подагры. У 40,8% больных подагра дебютировала в виде острого артрита I плюснефалангового сустава стопы, в 34,4% - коленного сустава; другие суставы вовлекались значительно реже: голеностопные - в 11,1%, остальные в 13,1%, в основном, поражались при повторных атаках.

Гиперурикемия отмечалась у 62,4% госпитальных больных подагрой, что объясняется снижением уровня мочевой кислоты во время подагрической атаки. Подагрическая нефропатия выявлена в 60,0% случаев. Наиболее часто встречалась нефролитиазная форма нефропатии - 48,8%, интерстициальный нефрит - 10,9%, смешанный вариант - 15,4%. У 12,4% пациентов выявлены явления ХПН I стадии, у 1,7% - 2 стадии.

Из сопутствующей подагре патологии наиболее часто встречалась артериальная гипертензия - 48,8%. Такая частота артериальной гипертензии была проявлением, как подагрической нефропатии, так и сопутствующей артериальной гипертензии. В 19,2% подагра сочеталась с ожирением, в 13,7% с ИБС, в 7,28% с атеросклерозом др. сосудов, в 10,9% с сахарным диабетом 2 типа. Метаболический синдром установлен в 30% случаев, у каждого третьего больного.

В результате исследования установлено, что больные подагрой медикаментозную терапию в межприступный период принимали только в 60% случаев и то нерегулярно. Из них только 20% больных постоянно принимали аллопуринол. В 58,1% случаев госпитализация была связана с прекращением приема аллопуринола. Это свидетельствует о плохой комплаентности больных подагрой.

Таким образом, результаты проведенных исследований по г. Иркутску подтверждают литературные данные о повсеместном росте подагры. Этот факт заслуживает самого пристального внимания как в плане развития хронического заболевания почек и возникновения ХПН, так и сердечно-сосудистых осложнений. Увеличение заболеваемости подагрой свидетельствует о неблагоприятных социально-экономических процессах в обществе. Неадекватное лечение подагры ведет к прогрессированию заболевания, в связи с чем важное значение приобретает необходимость научной разработки более совершенных методов лечения подагры и повышения комплаентности больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горячкина Л.Н., Калыгин А.Н., Злобина Т.И. и др. Внесуставные проявления при подагре. // Тезисы Конгресса ревматологов России. // Научно-практическая ревматология. - 2003. - Приложение к №2. - С. 30.

2. Калыгин А.Н. Классификации и критерии диагностики ревматических заболеваний: Методическое пособие для студентов, интернов, клинических ординаторов и врачей. - Иркутск, 2006. - 85 с.
3. Насонова В.А., Барскова В.Г. Подагра в конце 20 века. // Consilium medicum. - 2002. - Т.4 №8. - С.

THE CLINICAL CHARACTERISTIC AND PREVALENCE OF A GOUT ON MATERIALS IRKUTSK RHEUMATOLOGICAL CENTER

M.V.Sklyanova, T.I.Zlobina, A.N.Kalyagin

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital N 1, Irkutsk Rheumatological Center, Russia)

With the purpose of an estimation of rate of growth of disease of a gout in Irkutsk for the last 10 fly its clinical features have been surveyed 467 sick rheumatological branches and data of statistical reports rheumatological services of Irkutsk for last 10 years. It is established, that the gain of the general disease of a gout during with 1995 for 2001 has made 75,4 on 100 thousand adult population, and during with 2002 on 2006 57,0 more on 100 thousand, the gain of primary disease for these periods has accordingly made 10,0 and 18,4 on 100 thousand adult population. Among the hospitalized patients with a gout the parity of men and women has made 3,4 : 1, middle age of men 57,06±1,43 years, middle age of women 57,35±6,35 years. Among patients the able-bodied population has made 63,1. Most often disease debuted in the age of 41-50 years - 35,3. At 58,8 patients the sharp arthritis, at 41,8 - chronic current of disease was observed. Tophus the gout is revealed in 31,69 cases, were marked bone tophus more often. Hyperurecemy it was marked at 62,4 hospital patients. Gouty nephropathy it is revealed in 60,0 cases. The primary diagnosis of a gout within the first year of disease has been established at 64,2 patients. From an accompanying pathology at a gout most often there was an arterial hypertension - 48,8. Reception of medicamentous therapy in interparoxysmal the period of a gout was marked at 60 patients.

©ЯКУБОВИЧ А.И., КРЫВОВЯЗЫЙ И.В. – 2007

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КЛИНИКУ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ИРКУТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В 2005-2006 ГОДАХ

А.И. Якубович, И.В. Кривовязый

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии, зав. – д.м.н., проф. А.И. Якубович; Университетские клиники Иркутского государственного медицинского университета, гл. врач – д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. Представлен анализ госпитализированной заболеваемости болезнями соединительной ткани в специализированный дерматологический стационар. Установлено, что удельный вес госпитализированных больных со склеродермией и красной волчанкой составляет 2,2%, отмечается тенденция к омоложению больных.

Ключевые слова: склеродермия, красная волчанка, госпитализированная заболеваемость, структура.

Среди заболеваний соединительной ткани в практике врача дерматовенеролога наиболее часто встречается два заболевания – склеродермия и красная волчанка.

Цель исследования: оценить удельный вес госпитализации больных со склеродермией и красной волчанкой в специализированный дерматологический стационар, изучить особенности этих больных.

Материалы и методы

Проведен анализ структуры больных указанными заболеваниями соединительной ткани и динамика госпитализации пациентов, проходивших обследование и лечение в клинике кожных болезней ГОУ ВПО ИГМУ за период с 2005 по 2006 годы, данные сопоставлены с результатами анализа за 2000-2004 годы [1].

Оценить распределение больных по полу и возрасту, сопутствующей патологии, срокам госпитализации.

Результаты и обсуждение

Всего за указанный период в клинику госпитализировано 1945 больных с различными нозологическими формами. Среди них 43 (2,2%) больных были госпитализированы с диагнозами склеродермия и красная волчанка. Необходимо подчеркнуть, что в 2000-2004 годах доля госпитализированной заболеваемости этими нозологическими формами составляла 3,5%.

Как и в предыдущие годы отмечено преобладание (в 1,5-2 раза) больных со склеродермией над больными красной волчанкой. Всего с диагнозом склеродермия госпитализировано 28 человек, с диагнозом красная волчанка – 15 человек.

Частота выявляемости заболеваний соединительной ткани среди мужчин и женщин на данный период времени составляет: мужчины 46,5%, женщины 53,4%. Отмечено уменьшение количества заболеваний соединительной ткани у женщин по отношению к мужчинам по сравнению с данными за 2000-2004 годы [1].

За двухлетний период по возрасту, больные распределились следующим образом: от 20 до 30 лет было 19 (44,0%), от 31 до 40 лет – 8 (19,0%), от 41 до 50 лет – 4 (9,0%), от 51 и старше – 12 (28,0%) больных. Отмечено процентное увеличение количества больных данными заболеваниями в возрастной группе от 20 до 30 лет практически в два раза с 2005 по 2006 годы, в сравнении с данными за 2000-2004 годов [1], и уменьшение количества больных в группе от 41 до 50 лет. В остальных возрастных группах динамики не отмечалось.

Практически у всех больных независимо от возраста выявлена та или иная патология внутренних органов. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречаются гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца; хронический гастрит, хронический бронхит, желчнокаменная болезнь.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 16 дней. В связи с тем, что практически все больные проходят короткие курсы лечения (из-за стандарта пребывания в стационаре) не доводя до конца, то есть до полной ремиссии, заболевание имеет частое рецидивирующее течение, приводящее в конечном итоге часть больных к инвалидности.