

Таким образом, при отсутствии противопоказаний доступность современной гипотензивной терапии для

малообеспеченных слоёв населения можно значительно расширить за счёт группы β -АБ.

MARKETING RESEARCH IN RATIONAL USE OF BETA BLOCKERS IN THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE POPULATION OF IRKUTSK REGION

L.N. Geller, D.I. Maslov, G.G. Radnaev
(Irkutsk State Medical University)

The paper presents the results of marketing research of the market of beta blockers in Irkutsk Region. The portfolio modern beta blockers for patients is offered taking into account their level of incomes.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный реестр лекарственных средств: Официальное издание по состоянию на 1.02.2002. - Т. I. - М., 2002. - 1300 с.
2. Деметьева Н.Г. Динамика фармакоэпидемиологии антигипертензивных препаратов в г. Курске за шесть лет. // Сб. тез. Росс. национального конгресса кардиологов. - СПб., 2002. - С.117.
3. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения 1998 (1999) г. (статистические материалы 1999 (2000) г.)
4. Иванова В.Д., Крюков Н.Н., Логинова М.В. Спорные вопросы вторичной профилактики артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения // Сб. тез. Росс. национального конгресса кардиологов. - СПб., 2002. - С.155.
5. Миняева В.А., Вишнякова Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. - М.: МЕД пресс-информ, 2003. - С.114-117.
6. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Всероссийское научное общество кардиологов. Российский национальный конгресс кардиологов, Москва, 11 октября 2001 г. - Internet: www.cardiolog.ru
7. Петров В.И., Недогода С.В., Лопатин Ю.М. и др. Фармакоэпидемиология антигипертензивных препаратов в Волгоградской области // Сб. тез. докладов на VIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство». - М., 2001. - С.121.
8. Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств. Ежегодный сборник. Выпуск 12. - М.: РЛС, 2005. - 1440 с.
9. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. - М.: АстраФармСервис, 2003. - 1488 с.
10. Хвещук П.Ф., Рудакова А.В. Основы доказательной фармакотерапии. - СПб., 2000. - 69 с.
11. Эйдельман С.Е. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Санкт-Петербурге на примере Петродворского района // Consilium medicum. - 2000. - Т. 8, № 6. - Internet: <http://www.consilium-medicum.ru>

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю., МЕНЬШИКОВА Л.В. - 2006

НЕУТОЧНЕННЫЕ АРТРИТЫ – ПРОБЛЕМА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н.Ю. Казанцева, Л.В. Меньшикова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова)

Резюме. Ранняя диагностика артритов актуальная проблема медицины, поскольку современные методы лечения позволяют замедлить или прекратить прогрессирование заболевания. Ранняя диагностика осуществляется в первичном звене здравоохранения, в основном в результате дифференциальной диагностики неуточненных артритов. На основании обследования 240 больных с неуточненными артритами авторы предложили алгоритм ранней диагностики артритов.

Ключевые слова. Неуточненные артриты, алгоритм ранней диагностики.

Неуточненные артриты — это те артриты, при которых врач не может поставить диагноз определенного артрита. Эти случаи предусмотрены МКБ-10. Так же эти артриты называются вероятными. По данным эпидемиологических исследований частота неуточненных артритов составляет 10-30% от всех артритов [1]. Если врач не может поставить диагноз определенного артрита, то он не может назначить базисную терапию, а назначает симптоматическую, в том числе НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты), которые маскируют симптомы заболевания. Еще хуже, если врач до постановки достоверного диагноза назначает больному глюкокортикостероиды внутрисуставно, что изменяет клиническую картину заболевания [4].

Опыт показывает, что практическому врачу в некоторых случаях трудно разобраться во всем многообразии ревматических заболеваний и поставить правильный диагноз.

Ревматические болезни характеризуются широкой распространенностью, прогрессирующим характером

течения, склонностью к хронизации и ранней инвалидизации [3].

Неуточненные артриты приходится дифференцировать более, чем с 20 заболеваниями, при которых ведущим симптомом является артрит.

В этом ряду особое место занимает ревматоидный артрит (РА) в связи со своим распространением среди воспалительных заболеваний суставов (1%) и значительными экономическими потерями для общества.

В США ежегодные материальные затраты, связанные только с РА, превышают 14 млрд. долларов, через 10 лет после заболевания 60% больных становятся инвалидами [4].

Проблемы диагностики серонегативных спондилоартритов (СА) представляют особую актуальность в связи с тем, что эти заболевания поражают лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, обуславливая длительную нетрудоспособность больных, и нередко приводят к их инвалидизации [6].

По нашим наблюдениям среди больных с неуточ-

ненным СА больший процент больных был в возрасте до 30 лет (65%) в отличие от других неуточнённых артритов, где средний возраст составлял 45,5 лет.

По половому составу процент больных с неуточненным псориатическим артритом (ПсА) был практически одинаковый — 50% женщин и мужчин, а больных с неуточненным СА мужчин — 65%, реактивным артритом (РеА) — 66,6%. Однако для женского пола неуточненный РА — 58,3%.

Цель исследования: определение прогностически значимых проявлений некоторых воспалительных заболеваний суставов на ранней стадии заболевания. Разработка алгоритма ранней диагностики РА для врачей общей практики.

Материал и методы

Обследовано 240 больных, направленных в Иркутский городской ревматологический центр с диагнозом «неуточненный артрит».

При дифференциальной диагностике РА использовались классификационные критерии Американской коллегии ревматологов, для диагностики серонегативных СА — модифицированные Нью-Йоркские критерии и классификационные критерии, предложенные Европейской группой по изучению спондилоартритов, для диагностики ПсА и РеА — критерии НИИ Ревматологии РАМН.

Результаты и обсуждение

Ранняя диагностика РА происходит на поликлиническом этапе врачами общей практики в результате дифференциальной диагностики неуточненных артритов. Ранней считается диагностика в течение 3-6 месяцев от начала заболевания.

Нами составлен алгоритм ранней диагностики артритов, рассчитанный на врачей общей практики и терапевтов, на примере диагностики РА.

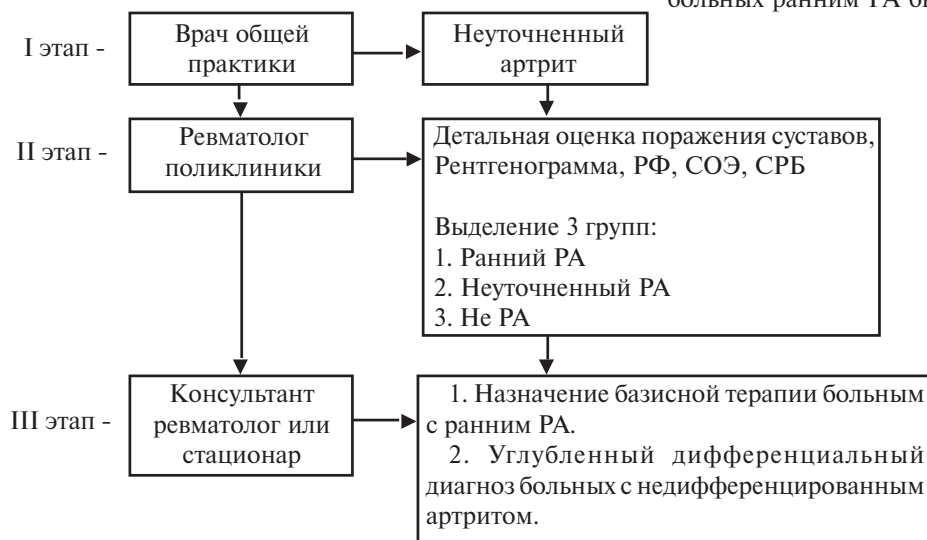


Рис.1. Алгоритм ранней диагностики.

На I этапе диагностики наиболее важными для раннего диагноза данными, которые могут быть получены при опросе больного, являются жалобы на боль, отечность, скованность, преимущественно в мелких суставах кистей, симметричность поражения, затруднения при сжатии кисти в кулак и боль у основания пальцев стоп при ходьбе, особенно утром, улучшение после приема НПВП. В процессе осмотра важно выявить признаки синовита (припухлость, повышение местной температуры, выпот), болезненность при поперечном сжатии кисти, осмотреть места локализации ревматоидных узелков (проксимальная треть разгибательной поверхности

предплечья, запястья, пальцы рук, ахиллово сухожилие, затылок, мелкие суставы стоп, коленные суставы).

По нашим данным, основанным на обследовании 120 больных с неуточненным РА, на II этапе диагностики ранний РА с помощью классификационных критериев ACR можно было поставить только у 40%, а у 6% больных диагноз РА можно было отвергнуть и выставить диагнозы других артритов и у 54% больных оставался диагноз неуточненного артрита.

Одна из причин неблагоприятного прогноза при РА — длительный период времени между началом болезни и поступлением больного под наблюдение ревматолога, который может уточнить диагноз (между I и II этапом). Этот период не должен превышать 3-6 месяцев.

Учитывая высокую частоту РА (среди других воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата) и его социальную значимость, очевидно, одним из важных факторов, который может способствовать улучшению прогноза у больных РА является активное выявление этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практики с использованием критериев ранней диагностики РА: более 3 воспалённых суставов; поражение плюснефаланговых/ пястнофаланговых суставов, положительный «тест сжатия»; утренняя скованность более 30 мин.

Повышенный ревматоидный фактор (РФ) в крови также является показанием для направления больного на консультацию к ревматологу. По нашим данным более 62% больных ранним РА имеют повышение РФ в крови.

Местные воспалительные признаки у большинства больных ранним РА были хорошо выражены. Индекс тяжести, наоборот, у большинства больных был не высок: 1-2 балла, что подтверждается вычислением активности в баллах.

В то же время, более чем у 1/3 больных отмечалась активность 2 балла и индекс тяжести 5 баллов, что обычно наблюдалось при позднем обращении к врачу. У большинства больных была I стадия активности, что затрудняло диагностику воспалительного заболевания.

Поражение опорно-двигательного аппарата при серонегативных СА харак-

теризуется наряду с воспалительными изменениями осевого скелета и периферических суставов частым развитием энтезопатий.

Термин «энтезопатия» обозначает патологический процесс в энтезисах, то есть в местах прикрепления к кости сухожилий, связок, суставных капсул.

В связи с большой частотой энтезопатий при СА и их относительной специфичностью они включены в критерии диагностики заболеваний этой группы. Особенно энтезопатий пяточных областей (энтезопатий ахиллова сухожилия, подошвенного апоневроза, бурсита), которые обычно сочетаются с периферическим су-

ставным синдромом, но в ряде случаев являются единственным или доминирующим по тяжести поражением опорно-двигательного аппарата при СА.

По мнению многих авторов [5,6], тендиниты и бурситы с пяточными «шпорами» у молодых мужчин, даже при отсутствии другой клиники симптоматики, предполагают наличие у них серонегативного СА [6]. По данным различных авторов энтезопатия пяточных областей выявляется у 30-85% больных урогенным РеА и анкилозирующим СА. По нашим данным у больных с неуточненным СА боли в пятках как начальные проявления заболевания наблюдались в 30% случаев, а дактилит — у 26% больных с неуточненным псориатическим артритом.

Диагностика энтезопатий обычно основывается на клинических (боль в пятках — талалгия, припухлость, локальная гипертермия) симптомах.

Боли в пяточных областях, обусловленные воспалительным процессом в сухожильно-связочных структурах, могут сохраняться длительное время, даже при стихании воспалительных изменений в суставах и позвоночнике и при отсутствии лабораторных признаков активности. Это может приводить к значительным функциональным нарушениям и даже потери трудоспособности больных, особенно если их деятельность связана с физической нагрузкой, ходьбой или длительным пребыванием на ногах.

Боль в позвоночнике чаще появляется исподволь, носит тупой характер. Боль ощущается глубоко в ягодичах, области крестцово-подвздошных суставов, иррадирует в ягодичные складки, по задней поверхности бедра, иногда по направлению к подвздошным гребням, большим вертелом.

Первоначально она бывает односторонней, не постоянной в течение нескольких месяцев практически не проходит, особенно в утренние часы, уменьшается при движении, уменьшается во второй половине дня. По нашим наблюдениям она встречалась у 22,5% с неуточненным анкилозирующим СА, по данным Т.М. Ненашевой [5] — у половины наблюдаемых больных.

В отличие от радикулита боль и скованность в позвоночнике при анкилозирующем СА отмечается в состоянии покоя, утренние часы, уменьшается при движении, исчезая во второй половине дня (воспалительный характер боли). Скованность в поясничной области, усиливающаяся к утру, длящаяся более 2-х часов, уменьшается после физической нагрузки, горячего душа. Особое беспокойство боли и скованность причиняют ночью, заставляя больных просыпаться, двигаться с целью облегчения, а утром возникает потребность расходиться.

По нашим наблюдениям боль в пояснично-крестцовой области у больных с неуточненным анкилозирующим СА наблюдалась в 10% случаев. Боли в области грудной клетки носят опоясывающий характер по типу межреберной невралгии и усиливаются при глубоком вдохе, кашле. Иногда их расценивают как проявление стенокардии и ошибочно направляют к кардиологу.

Так, у 10% наблюдалась боль в грудино-ключичном и у 5% — в грудино-реберном сочленении. Сочетание с ограничением дыхательной экскурсии отмечалось у 10% с неуточненным анкилозирующим СА. На этот момент

необходимо обращать внимание при обследовании больного.

Неуточненные артриты приходится дифференцировать с 20 заболеваниями, при которых ведущим симптомом является артрит, на поликлиническом этапе дифференциальный ряд сокращается до 7 наиболее распространенных форм.

Преимущественное поражение крупных суставов нижних конечностей по типу моно- или олигоартрита более характерно для анкилозирующего СА, реактивного и псориатического артритов. Асимметричный артрит нижних конечностей (коленные, голеностопные) нами наблюдался у 50% больных с неуточненными анкилозирующим СА, неуточненными ПсА — у 48%, неуточненными РеА — у 56,6%, неуточненными РА — всего у 5,8%.

Чаще неуточненный псориатический артрит начинался остро с высокой температуры у 18% или субфебрильной температуры — у 22% больных. Острое начало иногда напоминает септический артрит или приступ подагрического артрита, что составляет дифференциально-диагностические трудности.

Примерно у 28% неуточненного псориатического артрита и у 25% больных с неуточненным анкилозирующим СА болезнь начиналась с артралгий без каких-либо объективных признаков артрита. Их причиной могут являться энтезопатии. Дебют псориатического артрита чаще проявляется артритом дистальных суставов или дактилитом (у 26% больных) — тендовагальным сгибанием пальцев.

Раннему псориатическому артриту свойственно вовлечение межфалангового сустава I пальца и проксимального межфалангового сустава V пальца кисти. Особенностью раннего ПсА является поражение всех суставов одного пальца кисти — осевой артрит. Тендовагинит сухожилий сгибателей придает пальцу сосискообразный вид.

Вовлечение позвоночника в начале заболевания может протекать с болей в поясничном отделе позвоночника, что наблюдалось в 10% случаев, чаще, чем в других отделах позвоночника. В большинстве случаев (60%) наблюдались кожные проявления псориаза, псориаз ногтей был в 16%, псориаз у родственников — в 12% случаев. Особенно необходимо обращать внимание на типичные локализации псориаза: области волосистой части головы, подмышечные ямки, пупок, разгибательные поверхности локтевых суставов, промежность, мелкие ягодичные складки.

Таким образом, основные ошибки при диагностике неуточненных артритов заключаются: в ограничении возможностей классификационных критериев для диагностики ранних форм артритов, что не учитывают врачи общей практики; в преждевременном (до установления диагноза) назначении внутрисуставно глюкокортикоидов или больших доз НПВП, что смазывает клиническую картину артритов; в недостаточном знании и соблюдении врачами первичного звена алгоритма диагностики неуточненных артритов; в затягивании дифференциальной диагностики неуточненных артритов; в отсутствии активного, целенаправленного выявления больных с ранними артритами. Как следствие, необходимо повышение квалификации врачей общей практики в области артрологии на местных базах.