

частоте этих нарушений у лиц пожилого возраста (76,9% и 73,2% соответственно, $p > 0,05$). Низкие концентрации ХС–ЛПВП отмечались у каждого третьего пожилого мужчины и каждого седьмого больного подагрой молодого и среднего возраста. И лишь у 4 (1,0%) пациентов подагрой все показатели липидного спектра были в пределах нормы. Метаболические нарушения были диагностированы у 99,2% больных подагрой. Лишь у 3 (0,8%) пациентов в возрасте 42, 45 и 49 лет среди всех обследованных были нормальные показатели веса, АД и лабораторных показателей.

Наиболее часто встречались два варианта МС. Среди них наиболее распространено было сочетание артериальной гипертензии, абдоминального ожирения и гипертриглицеридемии – от 69,5% у молодых до 54% в среднем и пожилом возрасте, что не соответствует данным эпидемиологических исследований, в которых распространенность метаболического синдрома у мужчин и женщин увеличивалась с возрастом. По данным S.Y. Chen с соавт. [2] наличие ожирения и гипертриглицеридемии у лиц молодого возраста способствует раннему дебюту подагры.

Комбинация ожирения, артериальной гипертензии без гипертриглицеридемии, но с гипергликемией имела место в половине случаев во всех возрастных группах.

Таким образом, выявлена высокая частота МС во всех возрастных группах (от 54% до 69,5%). Наиболее значимыми компонентами МС в молодом возрасте являются абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия и дислипидемия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Насонова Е.Л. и др. Синдром инсулинорезистентности у больных подагрой и его влияние на формирование клинических особенностей болезни // Тер. архив. – 2004. – №5. – С.51-56.
2. Chen S.Y., Chen C.L., Shen M.L. Manifestations of metabolic syndrome associated with male gout in different age strata // Clin Rheumatol. – 2007. – Vol. 26. – №9. – P.453-457.
3. 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 // Arthritis Rheum. – 2007. – Vol.15. – №57 (Suppl. 1). – P.109-115.
4. Haffner S.M., Miettinen H., Gaskill S.P., et al. Metabolic precursors of hypertension // Arch. Intern. Med. – 1996. – Vol.156. – P.1994-2000.
5. Rho Y.H., Choi S.J., Lee Y.H., et al. The prevalence of metabolic syndrome in patients with gout: a multicenter study // J. Korean Med Sci. – 2005. – Vol.20. – 6. – P.1029-1033.
6. Wallace S.L., Robinson H., Massi A.T., et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout // Arthritis Rheum. – 1977. – Vol. 20. – P.895-900.

STRUCTURE OF THE METABOLIC SYNDROME IN THE PATIENTS WITH GOUT OF YOUNG AGE

A.S. Sidorova, L.V. Menshikova
(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies, Russia)

The purposes of work – to study prevalence of components of a metabolic syndrome and to estimate their role in development of a gout in persons of young age in comparison with the senior categories of patients. It is surveyed 385 patients with a gout in the age of from 27 till 79 years for revealing and an estimation of completeness of a metabolic syndrome by criteria IDF (2005). The metabolic syndrome is revealed in 59,4% of patients with gout (at persons of young age 69,5%). The combination of an arterial hypertension, abdominal adiposity and hypertriglyceridemia is most widespread. Frequency and pathological levels of components MC reached 93%. The Most frequent components of metabolic syndrome at young age are abdominal adiposity, an arterial hypertension and dyslipidemia.

©ЗОБНИН Ю.В., ПРОВАДО И.П., ЛЮБИМОВ Б.М., МАЛЫХ А.Ф., ТРЕТЬЯКОВ А.Б. – 2007

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОГО ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Ю.В.Зобнин, И.П.Провадо, Б.М.Любимов, А.Ф.Малых, А.Б.Третьяков
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра внутренних болезней с курсами профпатологии и военно-полевой терапии, зав. – к.м.н., доц. С.К. Седов; Центр острых отравлений, г. Иркутск, зав. – И.П. Провадо)

Резюме. Представлен анализ отравлений противоревматическими препаратами по данным Иркутского токсикологического центра в 2002-2006 гг., их удельный вес составил 0,82%.

Ключевые слова: острые отравления, противоревматические препараты.

Современные стандарты лечения ревматических заболеваний включают большую группу нестероидных противовоспалительных препаратов в качестве основных средств симптоматической терапии, способствующих быстрому устранению боли и воспаления в суставах [2]. Широкое распространение и использование этой группы лекарственных веществ в качестве профилактических, болеутоляющих и противовоспалительных средств для лечения большого числа патологических состояний, наличие жидких лекарственных форм, содержащих высокие концентрации препаратов, появление упаковок, включающих значительное число таблеток, а также отпуск этих препаратов в аптеках без рецептов, их легкая доступность населению, обуславливают значительное число случаев преднамеренных и случайных, в том числе, в результате медицинских ошибок, отравлений во всем мире. Наиболее распространенными среди данной группы препаратов являются отравления ацетаминофеном и салицилатами. В Великобритании фульминантная печеночная недостаточность вследствие отравления ацетаминофеном – самая главная причина печеночной недостаточности, требующей выполнения трансплантации печени. В США аспирин

является причиной 18000-19000 отравлений в год [2,5]. В целом эти отравления считаются относительно благоприятными, хотя факторами риска считаются: прием высоких доз препарата, позднее обращение за медицинской помощью, беременность (высоко токсичны для плода, возможна внутриутробная гибель плода), пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии печени и почек [4]. В 1984 и 1986 гг. в Онтарио салицилаты являлись самым распространенным видом лекарств, вызвавших смерть [3]. В США в 1994 г. зарегистрировано 42 смертельных исхода при отравлении салицилатами [2]. По данным ежегодных отчетов Санкт-Петербургского и Свердловского центров лечения острых отравлений, острые отравления неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами (код по МКБ-10 T 39) в 2003-2006 гг. составляли соответственно 1,8% и 4,5% в общей структуре отравлений [1].

В Иркутском токсикологическом центре острые отравления одним из неопиоидных анальгетических, жаропонижающих и противоревматических средств в 2002-2006 гг. составили 0,82% в общей этиологической структуре отравлений за пять лет. Кроме того, препараты этой группы

нередко входили в состав смесей лекарственных веществ, явившихся причиной острых отравлений, кодируемых по шифру Т 50.9 – отравления другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, в том числе их смесями. Отмечено увеличение абсолютного (в 5 раз) и относительного числа случаев (от 0,2 до 1,2%) отравлений лекарственными препаратами обсуждаемой группы за минувшие пять лет. Среди пациентов было больше женщин (75,4%) и лиц в возрасте до 35 лет (73,8%). В этиологической структуре отравлений ненаркотическими анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами преобладали производные пара-аминофенола (42,6%) и салицилаты (23%), равные доли (16,4%) составляли производные пиразолона и противоревматические средства (анальгин, диклофенак, ортофен и др.), реже регистрировались отравления другими НПВП (понстел и др.). Основной причиной отравления являлись преднамеренные истинные или демонстративные суицидальные действия на фоне межличностных конфликтов, астено-депрессивных состояний и длительных хронических заболеваний, в том числе сопровождавшихся упорным болевым синдромом. Принятые дозы лекарственных препаратов составляли от 10 до 100 таблеток. Средняя продолжительность госпитализации – 3,9 койко-дней.

Наиболее сложную группу представляли пациенты с отравлениями парацетамолом и содержащими его комбинированными лекарственными препаратами. Сложность курации обуславливалась высоким риском неблагоприятного исхода вследствие значительной токсичности препарата, возможных индивидуальных различий в чувствительности к нему у истощенных и иных субъектов, нередким поздним обращением за медицинской помощью, вследствие наличия в клинической картине отравления латентного периода продолжительностью до 24 часов, существующими трудностями определения принятой дозы препарата и динамического исследования уровня парацетамолемии для прогнозирования гепатотоксического эффекта по номограмме Rumack-Mathes, а главное, отсутствием в стране инъекционной формы N-ацетилцистеина (Fluimucil), содержащей 5 г действующего вещества в 25 мл, и предназначенной для специфической (антидотной) терапии отравлений парацетамолом и другими гепатотоксическими ядами. Принятие в нашем отделении тактики «токсикологической настороженности» при указании на возможный прием пациентом потенциально токсичной дозы парацетамола, даже, несмотря на вероятность относительно удовлетворительного состояния больного при поступлении, тщательный динамический контроль за показателями функции печени и максимально раннее проведение антидотной терапии «подручными» средствами, предназначенными изначально для использования в качестве муколитиков (АСС-injekt, АСС Лонг шипучие таблетки, Ацетилцистеин Седико шипучий быстрорастворимый), позволило предотвратить развитие тяжелых форм отравления у пациентов, принявших заведомо гепатотоксическую дозу препарата. За анализируемый период летальный исход был у одного пациента, принявшего токсическую дозу препарата, обратившегося за медицинской помощью в третьей стадии отравления (печеночно-почечной недостаточности) и получавшего ацетилцистеин только перорально.

Больные с отравлением салицилатами доставлялись в отделение, как правило, в первые 6-12-24 часа с момента принятия токсической дозы препарата. У пациентов наиболее часто обнаруживали бледность или гиперемии лица, озноб, ощущение жара, гипертермию, нейросенсорные нарушения (головокружение, шум в ушах, понижение слуха), сонливость, возбуждение, одышку при небольшой нагрузке, артериальную гипотонию, синусовую тахикардию, жжение в полости рта, глотке, желудке, тошноту, рвоту, в том числе многократную, боли в животе. Нередко выявлялось удлинение времени кровотечения и свертыва-

ния крови, снижение протромбинового индекса. В более тяжелых случаях наблюдались центральные нарушения дыхания (тахипноэ), цианоз, расширение зрачков, с вазодилатацией и гипергидрозом, судорожные подергивания, преходящие нарушения ритма сердца, единичные внутрикожные кровоизлияния. У большинства больных обнаруживалась умеренная гипергликемия. Не выявлялось выраженных носовых, желудочно-кишечных, маточных и иных кровотечений. У всех больных была положительная качественная реакция на наличие салицилатов в моче. У значительного числа больных выявлялись признаки нефропатии I ст. У небольшого числа пациентов при эндоскопическом исследовании обнаруживались гиперемия и поверхностные эрозии на слизистой желудка. Развитие острой почечной недостаточности, потребовавшее диализной терапии, наблюдалось у пациента, принявшего на фоне алкогольного опьянения с суицидальной целью смесь ацетилсалициловой кислоты и анальгина, с многократной рвотой в течение 24 часов. Олигурию, обусловленную спонтанным рабдомиолизом, подтвержденным значительным увеличением активности креатинфосфокиназы, наблюдали у пациента после принятия внутрь 2 г ацетилсалициловой кислоты. Течение отравлений было относительно благоприятным на фоне проводимой патогенетической (коррекция ацидоза бикарбонатом натрия), и детоксикационной (форсированный диурез) терапии. Специалисты отделения участвовали в проведении токсикологической экспертизы по факту смерти молодого человека, последовавшей в результате тяжелой вирусной инфекции, в лечении которой применялась ацетилсалициловая кислота. Непосредственной причиной смерти явилось стремительное развитие отека мозга и комы, сочетающихся с гепатопатией (гиперферментемией), расцененное, как острая невоспалительная энцефалопатия – синдром Рейе.

У больных с отравлением производными пиразолона (анальгин, баралгин и т.п.) обнаруживали головокружение, слабость, оглушенность, адинамию, шум в ушах, тошноту, рвоту, боли в животе, диарею, бледность, озноб, тремор, артериальную гипотонию, тахикардию, слабый пульс, окрашивание мочи в красный цвет. В нескольких случаях отмечалась преходящая тенденция к лейкопении с агранулоцитозом. Не были зарегистрированы тяжелые случаи отравления со стремительным развитием клинической картины с судорожным синдромом, комой, выраженным метаболическим ацидозом. У пациента, находившегося в состоянии алкогольной интоксикации, после ошибочного внутривенного введения 6,0 50% раствора анальгина наблюдалось развитие анурии, продолжавшейся в течение 5 суток и разрешившейся при консервативном лечении.

У пациентов с отравлением другими нестероидными противовоспалительными и противоревматическими средствами при приеме умеренных токсических доз препаратов обнаруживались признаки нарушения функции желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота, рвота, диарея), различные нейро-сенсорные нарушения (помрачение сознания, головная боль, нечеткость видения, двоение в глазах, нистагм, головокружение, звон в ушах, понижение слуха), реже слуховые галлюцинации. Нередко обнаруживалась гипотермия, артериальная гипотония, нарушения сердечного ритма, лейкоцитоз. Диагностика основывалась на изучении анамнеза и клинической картины заболевания.

У больного, принявшего две таблетки (20 мг) кетанова – кеторолака трометамин в состоянии алкогольного опьянения, отмечалось появление неоднократной рвоты и появление признаков трофических нарушений по типу эксфолиативного (буллезного) дерматита, не сопровождавшегося общей реакцией и явной эозинофилией.

Таким образом, отравления противоревматическими средствами являются нередкими в медицинской практике и требуют своевременной диагностики, а также адекватной детоксикационной, в том числе специфической, патогенетической и симптоматической терапии. Течение этих

отравлений относительно благоприятно, хотя имеются факторы риска возникновения угрожающих состояний и неблагоприятного исхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зобнин Ю.В., Калмансон М.Л., Брусин К.М. Этиологическая структура острых отравлений по данным трех токсикологических центров // Сибирский медицинский журнал.

2007. - № 4. - С.78-80.

2. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2.: М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С.536-601.

3. Эллиенхорн М.Д. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека: в 2 томах. Т.1. - М.: Медицина, 2003. - С.199-226.

4. Goldfrank's toxicologic emergencies /Ed. L.R. Goldfrank et al. - 6th ed. - Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1998. - P.541-601.

5. Fish S.S. Салицилаты // Секреты токсикологии /Л.Д. Линг, Р.Ф.Кларк, Т.Б.Эрикссон, Д.Ж.Трейстел III. - СПб.: «Издательство БИНОМ», «Издательство «Диалект», 2006. - С.53-59.

THE ACUTE POIZONING WITH ANTIRHEUMATIC DRUGS ON THE DATA OF IRKUTSK TOXICOLOGIC CENTER

U.V. Zobnin, I.P. Provado, B.M. Ljubimov, A.F. Malikh, A.B. Tretjakov
(Irkutsk State Medical University, Center of Acute Poizoning, Irkutsk, Russia)

There has been presented the analysis of poizoning with antirheumatic drugs on the data of Irkutsk Toxicologic Center during 2002-2006 years, their specific weight amounted to 0,82 per cent.

© ПЕТРУНЬКО И.Л., МЕНЬШИКОВА Л.В. - 2007

О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Л. Петрунько, Л.В.Меньшикова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф.В.В. Шпрах, кафедра врачебно-трудовой экспертизы – зав. к.м.н доц. И.Л. Петрунько, кафедра семейной медицины, зав. – д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова)

Резюме. В статье рассматриваются вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности среди больных ревматологическими заболеваниями в Иркутской области. Отмечается рост интенсивного показателя первичной инвалидности взрослого населения за 7 лет на 79,5%, среди населения трудоспособного возраста на 19,0%, среди лиц пенсионного возраста – в 3 раза только за последние 3 года, что связано, прежде всего, с социальным фактором – массовым обращением лиц пенсионного возраста в бюро медико-социальной экспертизы в связи с изменением законодательства по льготам лицам пенсионного возраста, введения социального пакета и выплаты ежемесячной денежной выплаты инвалидам.

Ключевые слова: ревматические заболевания, инвалидность, временная нетрудоспособность, распространённость.

В настоящее время высока социальная значимость ревматических заболеваний (РЗ), они часто приводят к временной нетрудоспособности и инвалидизации, имеют хроническое течение со склонностью к прогрессированию, а воспалительные и дегенеративные заболевания суставов и позвоночника также еще широко распространены.

Доля РЗ в структуре заболеваемости населения России нарастает, так уже в 2002г. впервые показатель общей заболеваемости РЗ превысил 100 на 1000 населения. [1]. Основными ревматическими заболеваниями являются болезни костно-мышечной системы (БКМС). Наибольшую распространенность имеет остеоартроз и заболеваемость остеоартрозом в РФ возросла только за 6 лет на 78% [2]. Первичная инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы в РФ увеличилась с 7,3-6,9 в 2001-2003 гг. до 8,7 в 2004г. и 11,5 в 2005 г. на 10 тыс. взрослого населения [3]. Высокая медико-социальная значимость БКМС в экономически развитых странах определила проведение Декады костей и суставов в период с 2000 по 2010 г., как «десятилетие изучения и предупреждения заболеваний костей и суставов».

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей временной нетрудоспособности и первичной инвалидности при РЗ в Иркутской области за последние 7 лет и корреляционные связи между ними.

Материалы и методы

Были проанализированы формы статистической отчетности 16 ВН, рассчитывались интенсивные показатели числа случаев, дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, длительность случая, также статистические талоны лиц, впервые признанных инвалидами за 2000-2006 гг. в Иркутской области, рассчитывались интенсивные показатели первичной инвалидности (ИППИ) на 10 тыс. взрослого населения и населения трудоспособного

возраста. Определялись коэффициенты корреляции между этими показателями. Заболеваемость общая и впервые зарегистрированная анализировалась на основании формы статистической отчетности №12, рассчитывались показатели общей заболеваемости (распространенности) и впервые зарегистрированные заболевания на 100 тыс. взрослого населения и населения трудоспособного и пенсионного возраста, по двум статистическим классам МКБ10: ревматическая лихорадка, хронические ревматические болезни сердца и заболевания, включенные в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани».

При статистической обработке данных в программном пакете Excel использовался метод корреляции по Спирмену. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В Иркутской области общая заболеваемость БКМС за 7 лет с 2000 по 2006 гг. имела неуклонную тенденцию к росту (2000 г. – 10499,9; 2002 г.-11951,7; 2004 г.- 12 257,8, 2006 г. – 13313,9, т.е. прирост за 7 лет на 26,8%). Эти показатели значительно выше, чем по РФ, которые составили в 2000 г. – 9 540, 2002 г.- 10 540.

Первичная заболеваемость БКМС в Иркутской области также имеет неуклонную тенденцию к росту (2000г. – 3 091,8; 2004г. – 4 046,0, 2006г. –4476,5, прирост составил 44,8%, т.е. больше, чем общей заболеваемости). Число впервые выявленных лиц с БКМС в Иркутской области также превышает общероссийский показатель.

Общая заболеваемость ревматизмом в Иркутской области снижается, также как и в РФ. Если в 2000г. этот показатель в Иркутской области был 280,1 (ниже, чем в РФ – 305,0), то в 2005г. в области он уже уменьшился до 170,6. Впервые выявленный ревматизм в Иркутской области регистрировался реже, чем в РФ в 2000 – 2003гг. (2000г. – 9,6 и 14,0; 2003г.- 10,6 и 13,8), однако в 2004г.