

10. Goel N., Sherwal B.L., Patwari A.K., et al. Evaluation of invasive and non-invasive diagnostic modalities for *Helicobacter pylori* infection in children // Indian Pediatr. — 2003. — Vol. 40, № 2. — P.141-146.
11. Misra S.P., Misra V., Dwivedi M., et al. Diagnosing

- Helicobacter pylori* by imprint cytology: can the same biopsy specimen be used for histology? // Diagn Cytopathol. — 1998. — Vol. 18, № 5. — P.330-332.
12. Saksena S., Dasarathy S., Verma K., et al. // Indian J. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 19, № 2. — P.61-63.

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

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

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. Проспективное наблюдение в течение 3–5 лет за 120 больными с неуточненным ревматоидным артритом позволило выявить наиболее значимые факторы риска прогрессирования раннего ревматоидного артрита.

Ключевые слова. Ранний ревматоидный артрит, факторы риска прогрессирования.

Проблема точной ранней диагностики ревматоидного артрита (РА) в настоящее время особенно актуальна. Эта проблема вызывает интерес во всем мире, что нашло отражение в создании специализированных клиник раннего артрита [3].

Российская программа в рамках международной декады болезней костно-суставной системы «Ранний артрит, диагностика, исход, критерии активности, лечение (РАДИКАЛ)» создана для объединения усилий ревматологов различных клиник России в области изучения раннего артрита. Научные и лечебные учреждения, участвующие в данной программе, являются независимыми исполнителями. ГУ Институт ревматологии РАМН играет роль координационного центра [4].

Развитие и прогрессирование РА определяется сложным сочетанием генетически детерминированных и приобретенных дефектов («дисбалансом») нормальных иммунно-регулируемых механизмов, ограничивающих патологическую активацию иммунной системы [2].

Предупреждение болезни возможно в результате воздействия на определенные факторы, повышающие частоту его в популяции, которые принято называть факторами риска (ФР).

Внутренние (эндогенные) ФР прогрессирования, к которым относятся наследственно обусловленные (наличие заболеваний суставов у родственников, перенесенные ранее травмы суставов), рассматривались как возможный маркер генетической несостоятельности соединительной ткани [7].

К внутренним причинам можно отнести особенно-сти дебюта болезни, а также варианты его клинического течения.

Цель работы. Выявление наиболее значимых факторов риска прогрессирования раннего ревматоидного артрита.

Материалы и методы

Проведено проспективное наблюдение за 120 больными с неуточненным РА в течение 3–5 лет. Диагноз верифицировался по критериям Американской Коллегии Ревматологов (АКР). Выделено 42 больных, у которых РА прогрессировал (группа А) и 78 — у которых РА не прогрессировал (группа Б) в период наблюдения. Зависимость от факторов риска определялась вычислением относительного риска (ОР) и атрибутивного риска (АР). Их достоверность устанавливалась по непараметрическому критерию хи-квадрат [6].

Результаты и обсуждение

На ранних стадиях наиболее важными для диагноза данными, которые могут быть получены при опросе больного, являются жалобы на болезненность и скованность преимущественно в мелких суставах кистей и стоп, симметричные поражения. Нами обнаружена положительная корреляционная связь прогрессирования РА с первыми признаками заболевания.

У большинства больных заболевание начиналось остро как в группе А, так и в группе Б (табл. 1).

Развитию артрита за несколько недель или месяцев может предшествовать продромальный период, признаками которого являются усталость, похудание, периодически возникающие боли в суставах, субфебрильная температура тела.

Поражение суставов в ранней стадии нестойкое и может исчезать на несколько месяцев. Суставы кисти, включая запястья, рассматриваются вместе, т.к. они представляют единую функциональную единицу.

Первыми поражаются пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы с припуханием, болезненностью и ограничением движений.

Боль и припухлость суставов кистей, в том числе и лучезапястных, по нашим данным наблюдалась практически одинаково как в группе А, так и в группе Б, соответственно 40,5% и 47,4% (ОР = 0,7). Суставы стоп также могут вовлекаться в раннем периоде заболевания. Процесс локализуется наиболее часто в плюсне-фаланговых суставах II и IV пальцев и проявляется болью при ходьбе или стоянии. При поражении суставов предплюсны появляется болезненная припухлость на тыле стопы.

Суставной синдром может начинаться как моноартрит. Если заболевание начинается с боли и припухлости суставов стоп, то РА будет прогрессировать (ОР=5,1; АР=19,7%).

Многие авторитетные специалисты к плохим прогностическим факторам относят женский пол [5]. По нашим данным этот фактор также имеет значение в прогрессировании РА (ОР=4,25; АР=30,9%).

У мужчин заболевание протекает более благоприятно, а у женщин мы наблюдали прогрессирование заболевания (табл. 1). Возраст начала заболевания был приблизительно одинаков как в группе А, так и в группе Б:

Некоторые факторы риска прогрессирования ревматоидного артрита

Факторы риска		Больные с прогрессированием РА (n=42)		Больные без прогрессирования РА (n=78)		P	OR	AR, %
		абс.	M±m, %	абс.	M±m, %			
Пол	мужской	8	19,0±2,6	39	50,0±6,2	<0,01	0,2	-
	женский	34	80,9±5,8	39	50,0±6,2	<0,01	4,25	30,9
Возраст начала заболевания	до 30 лет	8	19,0±4,9	14	17,9±3,6	>0,05	1,07	1,1
	30-50 лет	26	61,9±5,0	44	56,4±6,6	>0,05	1,25	5,5
	> 50 лет	8	19,0±2,8	20	25,6±4,5	>0,05	0,68	-
Начало заболевания	острое	32	76,2±5,6	55	70,5±7,4	>0,05	1,3	5,7
	постепенное	10	23,8±4,2	23	29,5±4,8	>0,05	1,0	-
Дебют суставного синдрома	Боль и припухлость суставов кистей, в т.ч. и лучезапястных суставов	17	40,5±4,0	37	47,4±6,0	>0,05	0,7	-
	Боль и припухлость суставов стоп	11	26,1±3,3	5	6,4±2,0	<0,01	5,1	19,7
	Боль и припухлость крупных суставов (коленных)	14	33,3±3,6	36	46,1±6	<0,01	0,6	-
Связь начала РА	- с инфекцией верхних дыхательных путей;	17	40,5±4,1	7	8,9±3,2	<0,05	6,8	31,6
	- переохлаждением;	10	23,8±3,0	25	32,1±5,2	>0,05	0,6	-
	- перегрузкой суставов;	13	30,9±3,4	10	12,8±3,0	>0,05	3,0	17,2
	- предшествующей травмой суставов	3	7,1±1,7	6	7,8±2,2	>0,05	0,9	-

от 30 до 50 лет. Возраст начала заболевания не влияет на прогрессирование РА.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) могут маскировать диагностически важные клинические признаки РА [1].

Представляет интерес проследить частоту выявления основных диагностических критериев у больных без прогрессирования и с прогрессированием раннего РА (табл. 2).

Наиболее значимыми критериями в прогрессировании РА были: увеличенная СОЭ (OR=13,2; AR=52,1%), высокий уровень СРБ (OR=7,1; AR=44,9%).

Положительная статистически значимая корреляционная связь прогрессирования РА имела со следующими диагностическими критериями длительностью более 6 недель: симметричный артрит (OR=6,0; AR=44,0%), артрит 3-х и более суставов (OR=4,85;

Таблица 2

Зависимость прогрессирования РА от частоты выявления основных критериев диагностики

Критерии	Группа А (n = 42)		Группа Б (n = 78)		P	OR	AR, %
	абс.	%±m	абс.	%±m			
1. Утренняя скованность > 60 минут	16	38±3,8	54	69,2±7,3	<0,001	0,27	-
2. Артрит 3-х и более суставов > 6 недель	32	76,2±5,6	31	39,5±5,5	<0,001	4,85	37,0
3. Артрит суставов кистей > 6 недель	33	78,5±5,7	37	47,4±6,0	<0,001	4,06	31,1
4. Симметричный артрит > 6 недель	32	78,5±5,6	27	34,5±5,1	<0,001	6,0	44,0
5. Наличие ревматоидных узелков	1	2,3±1,0	-	-	-	-	-
6. Наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови	22	53,3±4,5	47	60,2±6,8	>0,05	0,7	-
7. Рентгенологическое выявление костных эрозий	2	4,8±1,4	1	1,2±1,0	>0,05	0,5	3,6
8. Увеличенная СОЭ	37	88,0±6,0	28	35,9±5,2	<0,01	13,2	52,1
9. Высокий уровень СРБ	28	66,7±3,2	17	21,8±4,0	<0,01	7,1	44,9

AR=37,0%), артрит кистей (OR=4,06; AR=31,1%). Эти критерии в группе А встречаются в 2 раза чаще, чем в группе Б (табл. 2). Ревматоидный фактор практически одинаково часто встречался в группе А и группе Б и, по нашим данным, не оказывал влияния на прогрессирование раннего РА. Костные эрозии как поздний признак РА встречались у единичных больных.

Таким образом, выявлены следующие наиболее зна-

чимые факторы прогрессирования раннего РА: увеличенная СОЭ (OR=13,2; AR=52,1%), и высокий уровень СРБ (OR=7,1; AR=44,9%) в начале заболевания; дебют заболевания с боли и припухлости суставов стоп (OR=5,1; AR=19,7); симметричный артрит 3-х и более суставов более 6 недель (OR=6,0; AR=44,0%); наличие инфекции верхних дыхательных путей в самом начале заболевания (OR=6,8; AR=31,6%).

ESTIMATE OF THE RISK FACTORS OF RHEUMATOID ARTHRITIS PROGRESSING

N.Yu. Kazantseva, L.V. Menshikova

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Advanced Training Institute for Doctors)

The prospective observation during 3-5 years for 120 patients with the probable diagnosis of rheumatoid arthritis allowed to reveal the most important facts of the risk of the early rheumatoid arthritis progress.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита // Русский мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.1009-1012.
2. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиции доказательной медицины: новые рекомендации // Русский мед. журнал. — 2002. — № 6. — С.294-302.
3. Насонов Е.Л. Трудности ранней диагностики и лечения ревматоидного артрита. // Современные проблемы ревматологии: Сб. статей межрегион. научно-практич. конф. / Под ред. Ю.А. Горяева, Л.В.Меньшиковой, А.Н. Калягина. — Иркутск, 2005. — С.3-5.
4. Насонов Е.Л. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям // Русский мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.3.
5. Насонова В.А., Бунчук Н.В., Сигидин Я.А. Краткое руководство по ревматологии. — М., 1999. — С.24-51.
6. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины / Пер. с англ. — М.: МедиаСфера, 2004. — 352 с.
7. Yordon D.A. Complatiny factor in the diagnosis and management of rheumatoid arthritis // J. Rheumatology. — 1999. — Vol.28, № 112. — P.12-14.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

© ДАШИНАМЖИЛОВ Ж.Б., ДИЛЬ А.А., ЛУБСАНДОРЖИЕВА П.Б. — 2006

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОСРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Ж.Б. Дашинамжилов, А.А. Диль, П.Б. Лубсандоржиева

(Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН, г. Улан-Удэ, директор — проф. В.М. Корсунов; Наркологический диспансер МЗ Республики Бурятия, г. Улан-Удэ, гл. врач — А.А. Диль)

Резюме. Установлено более раннее купирование алкогольного абстинентного синдрома у больных хроническим алкоголизмом при назначении фитосредства «алкофоб». Указанное средство может быть рекомендовано для ослабления токсических эффектов алкоголя, профилактики постинтоксикационного состояния и может быть использовано в комплексной терапии и профилактике алкогольных интоксикаций.

Ключевые слова. Хронический алкоголизм, абстинентный синдром, фитосредство «алкофоб».

Алкоголизм относится к наиболее распространенным заболеваниям. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) алкоголизм как причина смерти занимает третье место по частоте, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям.

Известно, что алкогольная интоксикация организма сопровождается выраженной активацией свободно-радикального окисления липидов в биологических мембранах клеток печени и на этом фоне снижается функциональная возможность органа [1,6,9,10,11]. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, жировая дистрофия, алкогольный гепатит, фиброз и цирроз печени являются наиболее частыми формами повреждения печени [5,10]. Недостаточная эффективность, наличие побоч-

ных эффектов ряда фармакологических препаратов, с одной стороны, с другой — настоятельная необходимость профилактики алкоголизма, диктуют поиск, разработку новых эффективных препаратов и, в частности, средств растительного происхождения [3,4], уменьшающих тягу к алкоголю.

В связи с этим проведено клиническое изучение фитосредства «алкофоб», содержащего корневища аира болотного (*Acorus calamus* L.), цветки пижмы обыкновенной (*Tanacetum vulgare* L.), траву тысячелистника (*Achillea millefolium* L.), траву полыни горькой (*Artemisia absinthium* L.), листья крапивы двудомной (*Urtica dioica* L.) и траву чабреца (*Thymus serpyllium* L.) в виде фиточая [7].

Целью настоящей работы явилось определение про-