

увеличена (65%), реже — уменьшена (27,5%) или отсутствовала (7,5%). При этом опухолевый узел размером до 0,8 см не имел васкуляризации в 98%; размером от 0,8 до 3,0 см был мало васкуляризован в 92%; а при величине более 3,0 см васкуляризация была увеличенной в 99% случаев.

У пациентов с рецидивом опухоли ЩЖ чаще всего обнаруживался единственный узел (72,7%), размером 1-3 см (77,2%), в правой доле ЩЖ (59,1%). При этом выявлялись следующие ультразвуковые признаки: отсутствие ограничительного ободка — у 21 (95,5%) человека, нечеткий контур — у 21 (95,5%), гипозоногенность — у 19 (86,4%), неоднородность эхоструктуры — у 19 (86,4%), неправильная форма — у 13 (59,1%).

Результаты наших исследований по основным положениям соответствуют данным других авторов. Так, о преобладании женщин среди больных раком ЩЖ сообщали С.Б. Пинский и соавт. (1999) и другие исследователи [2,5]. Разные авторы указывали на то, что среди больных раком ЩЖ наибольшее число составляли лица в возрасте от 40 до 50-55 лет [2,5].

Разными исследователями отмечалось преоблада-

ние высококодифференцированного рака ЩЖ в морфологической структуре опухолей ЩЖ [2,5,6].

Аналогичные ультразвуковые признаки рака ЩЖ: отсутствие ограничительного ободка, гипозоногенность, неровная поверхность, нечеткий контур, неправильная форма, наличие кистозного компонента, увеличение васкуляризации, метастатическое поражение лимфатических узлов, выявляемые с неодинаковой частотой, описывались разными авторами [3,4,6].

Таким образом, ультразвуковое исследование ЩЖ имеет ведущее значение в скрининге доброкачественных и злокачественных опухолевых образований органа. Сочетание трех и более ультразвуковых признаков с увеличением регионарных лимфатических узлов, с высокой степенью вероятности указывают на злокачественную форму опухоли ЩЖ. Чувствительность ультразвукового исследования в вероятностной диагностике рака ЩЖ составила 85,3%, специфичность — 75,3%, диагностическая точность — 74,2%. Ультразвуковое исследование при регулярном его проведении в послеоперационном периоде может быть надежным средством контроля над возникновением рецидива рака ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.
2. Пинский С.В., Дворниченко В.В., Белобородов В.А. Опухоли щитовидной железы. — Иркутск, 1999. — 320 с.
3. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. и др. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. — М., 1997. — 332 с.

4. Khurana K., Richards V., Chopra P., et al. The role of ultrasonography-guided fine-needle aspiration biopsy in the management of nonpalpable and palpable thyroid nodules. // Thyroid. — 1998. — V.8 (6). — P. 511-512.
5. Norman J. Thyroid Cancer <http://www.thyroidcancer/endocrineweb.com>
6. Eun-Kyung K. Sonographic Diagnosis of Thyroid Mass with Pathologic Correlation // Abstract from the 8th Congress AFSUMB Thailand. — Bangkok, 2007. — P.86.

Информация об авторе: Цэнд Дэлгэрэх — врач ультразвуковой диагностики, e-mail: delgerekht@yahoo.com, телефон: 976-99116938. Почтовый адрес: Nam Yng Zhu Street, Bayanzurk District, 48, Ulaanbaatar, Mongolia, 210648.

© ЛЕУШИНА Е.А., СИМОНОВА О.В. — 2012
УДК 616-002.77

ПРИМЕНЕНИЕ ДИАЦЕРЕИНА У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Елена Александровна Леушина, Ольга Викторовна Симонова
(Кировская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.В. Шешунов;
кафедра госпитальной терапии, зав. кафедрой — д.м.н., проф. Б.Ф. Немцов)

Резюме. С целью оценки клинической эффективности диацереина у 80 больных гонартрозом участники исследования разделены на 2 группы: 60 больных (I группа) получала диацереин в дозе 50 мг 2 раза в сутки и ацеклофенак 200 мг/сутки, 20 больных (II группа) — ацеклофенак 200 мг/сутки. К 16 неделе терапии боль в суставах и значения уменьшилась у всех больных ($p < 0,05$), но у больных I-й группы показатели были значительно ниже. Статистически значимое уменьшение скованности ($p < 0,001$), индекса Лекена ($p < 0,001$) наблюдалось только в I-й группе. По критериям OMERACT-OARSI улучшение наблюдалось у 89,4% пациентов I группы и у 10,6% II группы ($\chi^2 = 10,35$; $p = 0,001$).

Ключевые слова: остеоартроз, гонартроз, ацеклофенак, диацереин.

USE OF DIACERHEIN IN PATIENTS WITH GONARTHRISIS

E.A. Leushina, O.V. Simonova
(Kirov State Medical Academy)

Summary. Objectives: The purpose of the study was to investigate clinical efficacy of diacerhein in patients with gonarthrosis. **Materials and methods.** 80 patients with diagnosis of gonarthrosis were studied. 60 patients (I group) received diacerhein in a dose of 50 mg 2 times a day and aceclofenac 200 mg/day, 20 patients (II group) — aceclofenac 200 mg/day. **Results.** After 16 week of therapy, the decrease of joint pain was observed in all patients ($p < 0,05$), but indexes, in patients I group, were lower ($p < 0,001$). Significant reduction in joint stiffness ($p < 0,001$), decrease indexes Lequesne ($p < 0,001$) was observed in I group only. According to the criteria OMERACT-OARSI improvement was observed at 89,4 % in patients of I group and at 10,6 % in patients of II group ($\chi^2 = 10,35$; $p = 0,001$).

Key words: osteoarthritis, gonarthrosis, diacerhein, aceclofenac.

Остеоартроз (ОА) является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата, особенно у лиц старшей возрастной группы

[2]. Поздняя диагностика и малоэффективная терапия приводят к снижению качества жизни больных ОА, росту временной нетрудоспособности и ранней инвали-

дизайна лиц трудоспособного возраста [9]. Изучение патогенеза ОА, особенно роли хондроцитов, матричной структуры хряща, функции субхондральной кости, углубление знаний о многообразии патофизиологического воздействия провоспалительных цитокинов, способствовало разработке и внедрению в практику лекарственных средств, классифицируемых как симптоматические препараты медленного действия, которые обладают не только симптом-модифицирующим действием, но возможно влияют и на структуру хряща. К ним относятся хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат, их комбинированные формы, диацереин, пиаскледин и гиалуроновая кислота [2, 3]. Диацереин — лекарственный препарат, обладающий ингибирующим действием на выработку и активность ИЛ-1 [1, 16]. Кроме того, диацереин блокирует активацию и транслокацию NFκB в ядро, снижая экспрессию NFκB — зависимых генов, включая гены, ответственные за продукцию цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-α), оксид азота и металлопротеиназы, способствующих усиленному разрушению компонентов хрящевого матрикса [7, 12]. С другой стороны, он стимулирует синтез протеогликана и гиалуроновой кислоты [10]. Несмотря на имеющиеся публикации по применению диацереина [5, 8, 11, 13, 15], требуется дальнейшее изучение его эффективности и безопасности лечения.

Цель работы: оценить клиническую эффективность и переносимость диацереина у больных ОА коленных суставов.

Материалы и методы

В открытое сравнительное контролируемое исследование было включено 80 больных (77 женщин и 3 мужчины), соответствующим клиническим критериям диагностики гонартроза [3]. 60 больных (1-ая группа) принимали диацереин («Артродарин» ТРБ Фарма С.А. Аргентина) в дозе 50 мг 2 раза в сутки в течение 4 месяцев и ацеклофенак («Аэртал» Гедеон Рихтер 200 мг/сутки, остальные 20 больных (2-ая группа) — ацеклофенак 200 мг/сутки. Группы больных до начала исследования были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям ($p > 0,05$) (табл.1).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных гонартрозом, включенных в исследование

Показатель	Диацереин n=60	Ацеклофенак n=20
Пол		
Женщины, n (%)	58 (96,6%)	19 (95%)
Мужчины, n (%)	2 (3,3%)	1 (5%)
Возраст, годы	57,8±5,9 [71-46]	59,9±6,1 [69-49]
Индекс массы тела, кг/м ²	31,2±5,4	29,3±6,8
Длительность заболевания		
<5 лет	22 (36,6%)	7 (35%)
6-10 лет	19 (31,6%)	6 (30%)
>10 лет	19 (31,6%)	7 (35%)
Рентгенологическая стадия		
II стадия	30 (50%)	9 (45%)
III стадия	30 (50%)	11 (55%)
Двусторонний гонартроз	30 (50%)	12 (60%)
Синовит (+), n (%)	46 (76,6%)	10 (50%)

Средний возраст пациентов 1-й группы составил 57,88±5,96 лет, 2-й группы — 59,9±6,1 года. Длительность суставного синдрома менее 5 лет была отмечена у 36,6% пациентов 1-й группы и 35% больных 2-й, от 6 до 10 лет — у 31,6% и 30%, более 10 лет — у 31,6% и 35% пациентов соответственно. Рентгенологическую стадию заболевания оценивали по классификации L. Kellgren L. Lowgren. II стадия была выявлена у 50% обследуемых 1-й группы и у 45% — 2-й. III рентгенологическая стадия наблюдалась у 50% больных 1-й группы и у 55% 2-й. У 50% 1-й группы и 60% 2-й группы наблюдался двусторон-

ний гонартроз. У 76,6% больных 1-й группы и у 50% 2-й группы были выявлены признаки реактивного синовита. Критериями включения являлись: достоверный диагноз ОА, интенсивность боли в анализируемом суставе > 40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), необходимость приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), отсутствие клинически значимых нарушений функции печени и почек, подписанное информированное согласие. В исследование не включали пациентов с сердечной, почечной и печеночной недостаточностью, сахарным диабетом I типа, обострением язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, а также больных, получавших на момент включения в исследование или за 6 месяцев до этого симптоматические лекарственные средства медленного действия.

Из 80 пациентов, включенных в исследование, полный курс лечения завершили 67 больных (83,8%). 3 больных из 1-ой группы выбыли на 2 месяце лечения из-за нарушения протокола, остальные 15 — из-за возникновения нежелательных явлений (10 из 1-ой группы и 5 больных из 2-ой группы).

Для оценки эффективности терапии проводили исследование выраженности боли в коленных суставах по ВАШ, оценивали индексы функциональной активности по опросникам Lequesne и WOMAC. Синовит диагностировали клинически, а также по результатам артро-сонографии суставов. Потребность в НПВП определяли для оценки влияния терапии на течение заболевания. Качество жизни оценивали с использованием опросника SF-36. С целью оценки эффективности проводимой терапии, использовали критерии ответа OMERACT-OARSI [13] и оценку 20%, 50%, 70% улучшения по индексам WOMAC и Lequesne [6].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием специализированного статистического пакета SPSS 17.0. В группах вычисляли среднее арифметическое (M), среднеквадратическое отклонение (s), среднюю ошибку среднего арифметического (m), доверительный интервал. При сравнении показателей в группах пользовались t-критерием Стьюдента, с2. Изучение динамики исследуемых показателей в процессе лечения проводили с помощью парного критерия Стьюдента, с2. Во всех случаях нулевую гипотезу отвергали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Применение диацереина оказало положительное влияние на симптомы заболевания (табл. 2).

Таблица 2

Динамика клинических показателей у больных гонартрозом, (M±s)

Показатель	Исходно	16 недель
Боль по ВАШ, мм покоя	10,35±10,34 9,78±3,25	2,61±4,91*** 6,77±4,3*
ходьбы	60,21±14,47 55,64±11,8	31,52±13,33*** 45,3±12,8*
Индекс Лекена, баллы	15,67±3,7 12,45±2,7	9,4±4,91*** 10,88±5,3
Индекс WOMAC, мм Скованности	91,35±53,16 78,56±23,45	47,87±36,77*** 68,43±21,54
Функции	798,6±307,53 698,7±157,3	488,3±277,19*** 589,3±147,4*
Боли	220,21±106,99 198,5±54,99	121,7±78,78*** 168,31±36,77*
Суммарный	1089±422,32 988,7±234,5	656,17±355,49*** 842,3±187,9*

Примечание: Статистическая значимость различий по отношению к показателям до лечения в группе: * - $p < 0,05$, *** - $p < 0,001$. В числителе — диацереин, в знаменателе — ацеклофенак.

Эффект наблюдался через 4-5 недель от начала приема диацереина и нарастал на протяжении периода приема препарата. К 16 неделе непрерывного приема

Таблица 3
Динамика показателей качества жизни по SF-36
у больных гонартрозом, (М±δ)

Показатель	До лечения	16 недель
Физическое функционирование	33,77±18,88 35,68±20,32	49,6±28,85*** 37,88±22,56
Ролевое физическое функционирование	20,61±15,05 21,3±12,15	37,05±14,53*** 26,8±11,56
Боль	33,68±18,21 35,7±19,32	40,14±24,7 38,44±17,35
Общее здоровье	43,74±17,09 44,21±20,5	46,71±17,72 45,31±19,3
Жизнеспособность	44,3±21,56 44,67±20,55	48,3±20,57 45,32±19,8
Социальное функционирование	51,79±26,5 53,41±19,7	55,27±22,08 54,23±19,8
Ролевое эмоциональное функционирование	28,24±32,52 30,12±14,55	52,19±29,13*** 35,67±19,43
Психологическое здоровье	45,65±20,13 45,88±23,7	46,84±22,28 46,5±19,88

Примечание: Достоверность различий по отношению к показателям до лечения в группе: ***- $p < 0,001$. В числителе — диацереин, в знаменателе — ацеклофенак.

диацереина была отмечена положительная динамика ($p < 0,001$) всех клинических показателей: выраженности боли по ВАШ в покое и при ходьбе, значений индекса Лекена, всех шкал индекса WOMAC (боли, скованности, функции, глобальной). В группе больных, получавших только НПВП, также была отмечена положительная динамика изучаемых показателей. Однако она была менее выраженной ($p < 0,05$) и статистически значимые изменения во 2-й группе наблюдались только в отношении боли, функции и суммарной WOMAC. Так, например, применение диацереина привело к снижению боли по ВАШ в покое на 75%, боли при ходьбе на 49%, индекса Лекена на 40%, глобальной WOMAC на 40%, по сравнению с приемом только НПВП (на 10%, 19%, 13%, 15% соответственно).

Явления синовита чаще купировались в группе больных, получавших диацереин (76,6% — 52,2%; $\chi^2 = 6,55$; $p = 0,011$). Терапия только НПВП привела к уменьшению синовита у 10% больных (50%-40%; $\chi^2 = 0,101$; $p = 0,751$).

На фоне лечения диацереина значительно снизилась потребность пациентов в НПВП. К концу 16 недели лечения полностью отказаться от приема НПВП смогли 31,9% больных 1-й группы и 10% больных 2-й ($\chi^2 = 4,21$; $p = 0,04$). Уменьшили дозу принимаемых НПВП на 50% и более 36,2% пациентов 1-й группы и 10% пациентов 2-й. 19,1% больных 1-й группы и 10% больных 2-й группы удалось уменьшить дозу НПВП лишь на 25-30%, а 12,7% больных 1-й группы и 75% пациентов 2-й группы ($\chi^2 = 22,44$; $p = 0,000$) продолжали принимать НПВП в прежней дозе.

Анализ результатов клинической эффективности по критериям OMERACT-OARSI показал, что к 16 неделе терапии этим критериям соответствовали 89,4% пациентов, получавших диацереин и 50%, получавших только НПВП ($\chi^2 = 10,35$; $p = 0,001$).

Изучение клинической эффективности терапии по 70%, 50% и 20% улучшению по шкале WOMAC показало, что через 16 недель терапии диацереином «минимальный» лечебный эффект (20% улучшение) был достигнут у 17 (36,2%) больных, «хороший» лечебный эффект (50% улучшение) отмечен у 9 (19,1%), «очень хороший» эффект (70% улучшение) наблюдался у 8 (17%) больных. Не ответили на терапию 13 больных (27,7%). Терапия только НПВП приводила к 20% улучшению по шкале WOMAC у 35% больных, к 50% — у 10%, к 70% — у 5%. Отсутствие эффекта во 2-й группе соглас-

но данным критериям наблюдалось чаще (50%), хотя и не было статистически значимым, по сравнению с 1-й группой ($\chi^2 = 2,19$; $p = 0,139$).

Анализ эффективности терапии по показателю индекса Lequesne по критериям Американской коллегии ревматологов показал, что «очень хороший» эффект (70% улучшение) был отмечен у 8,5% пациентов 1-й группы и 5% пациентов 2-й группы. «Хороший» лечебный эффект (50% улучшение) наблюдался у 25,5% больных 1 группы и 10% больных 2-й группы. «Минимальный» лечебный эффект (20% улучшение) — у 53,2% пациентов, получавших диацереин и у 35% пациентов, принимавших только НПВП. Не ответили на терапию по индексу Lequesne 12,8% больных 1-й группы и 50% пациентов 2-й группы ($\chi^2 = 9,048$; $p = 0,003$).

Дальнейшее наблюдение за пациентами, получавшими диацереин, в сроке более 4 месяцев показало, что достигнутый клинический эффект сохранялся у 35 из 47 больных (74,5%) еще в течение 2-3-х месяцев, что подтверждает наличие эффекта последствия у препарата.

Терапия диацереином, по сравнению с НПВП, оказала положительное влияние и на некоторые показатели качества жизни больных (табл.3). Статистически значимая ($p < 0,001$) положительная динамика у больных 1-й группы отмечалась по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования и ролевого эмоционального функционирования. Так, например, в группе больных, получавших диацереин, показатель физического функционирования улучшился на 47%, ролевого физического функционирования — на 85%, боли — на 19%, ролевого эмоционального функционирования — на 85%. В группе, больных получавших только НПВП, прирост данных показателей составил 6%, 25%, 7,7% и 18% соответственно.

Переносимость диацереина была удовлетворительной и сопоставимой с НПВП. Побочные действия были выявлены у 10 (16,7%) больных 1-й группы, что повлекло отмену препарата на первом месяце лечения: у 2 пациентов наблюдались сильные боли в животе и диспепсия, у 7 — выраженная диарея, у 1 — отеки стоп. При отмене диацереина побочные действия самостоятельно купировались. Во 2-й группе побочные действия были отмечены у 5 больных (25%): у 3 (15%) наблюдались боли в животе, у 2 (10%) было выявлено повышение АЛТ и АСТ в 2 раза.

Полученные нами результаты подтверждают данные литературы об эффективности диацереина в отношении на боль и функциональное состояние коленных суставов [5, 8, 13]. Полученный эффект сохранялся на протяжении 2-3 месяцев после окончания терапии, что подтверждает наличие эффекта последствия препарата [13]. Данные литературы о переносимости диацереина противоречивы. В мета-анализе 19 контролируемых, рандомизированных исследований, проведенном B. Rintelen и соавт. в 2006 году доказано, что диацереин обладает сходной переносимостью с НПВП, не вызывая тяжелых побочных эффектов [15]. В то же время в Кокрановском обзоре, включавшем 7 рандомизированных клинических исследований, проведенном T. S. Fidelix и соавт. в 2006 году отмечена низкая приверженность лечению из-за побочных эффектов в виде диареи (42%) [11]. В нашем исследовании переносимость диацереина была удовлетворительной. Побочные действия регистрировались у 17,5% больных, в том числе у 12,3% из них наблюдалась диарея, потребовавшая отмены лечения.

Таким образом, применение диацереина у больных гонартрозом приводит к уменьшению выраженности боли, улучшению функциональной активности и характеризуется удовлетворительной переносимостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанова Р.М. Роль интерлейкина 1 при остеоартрозе и возможности его блокирования. //

Современная ревматология. — 2011. — №1. — С. 58-62.

2. Балабанова Р.М., Каптаева А.К. Артродарин — новый

препарат для патогенетической терапии остеоартроза. // Научно-практическая ревматология. — 2009. — №2. — С.49-53.

3. Калягин А.Н., Казанцева Н.Ю. Остеоартроз: современные подходы к терапии (сообщение 2). // Сибирский медицинский журнал. — 2005. — Т. 51. №2. — С. 93-97.

4. Altman R.D. The classification of osteoarthritis. // Rheumatol. — 1995. — Vol.43. Suppl. — P.42-43.

5. Bartels E.M., Bliddal H., Schondorff P.K., et al. Symptomatic efficacy and safety of diacerhein in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomized placebo- controlled trials. // Osteoarthritis Cartilage. — 2010. — Vol. 18. № 3. — P. 289-296.

6. Bellamy N., Bell M., Goldsmith C., Pericak D., et al. Evaluation of WOMAC 20, 50, 70 response criteria in patients treated with hylan G-F 20 for knee osteoarthritis. // Ann. Rheum. Dis. — 2004. — P. 25.

7. Boileau C., Kwan Tat S., Pelletier J.P., et al. Diacerhein inhibits the synthesis of resorptive enzymes and reduces osteoclastic differentiation survival in osteoarthritic subchondral bone: a possible mechanism for a protective affect against subchondral bone remodeling. // Arthr. Res Ther. — 2008. — Vol. 10. — R71.

8. Brahmachari B., Chatterjee S., Ghosh A. Efficacy and safety of diacerhein in early knee osteoarthritis: a randomized placebo-controlled trial. // Clin Rheumatol. — 2009. — Vol. 28. №10. — P.1193-1198.

9. Dequeker I., Luyten F.P. The history of osteoarthritis-osteoarthrosis. // Ann. Rheum. Dis. — 2008. — Vol. 67. №1. — P. 5-10.

10. Felisaz N., Boumediene K., Ghayor C., et al. Stimulating effect of Diacerhein on TGF- β 1 and b2 expression in articular chondrocytes cultured with and without IL-1. // Osteoarthritis. Cart. — 1999. — Vol. 7. — P. 255-264.

11. Fidelix T.S.A., Soares B.G.D.O., Trevisani V.F.V. Diacerhein for osteoarthritis. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2006.

12. Mengshol L.A., Vincenti M.P., Coon C., et al. Interleukin-1 induction of collagenase 3 (matrix metalloproteinase 13) gene expressions in chondrocytes requires p38, c-Jun N-terminal kinase, and nuclear factor-kappaB: Differential regulation of collagenase 1 and collagenase 3. // Arthritis. Rheum. — 2000. — Vol. 43. №4. — P. 801-811.

13. Pavelka K., Trc T., Karpas K., Vitek P., et al. The efficacy and safety of diacerhein in the treatment of painful osteoarthritis of the knee: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study with primary and points at two months after the end of a three-month treatment period. // Arthritis. Rheum. — 2007. — Vol.56. №12. — P. 4055-4064.

14. Pham T., van der Heijde D., Altman R.D., et al. OMERACT-OARSI initiative: Osteoarthritis Research Society International set of responder criteria for osteoarthritis clinical trials revisited. // Osteoarthritis cartilage. — 2004. — Vol.12. №5. — P.389-399.

15. Rintelen B., Neumann K., Leeb B.F. A meta-analysis of controlled clinical studies with diacerhein in the treatment of osteoarthritis. // Arch. Intern. Med. — 2006. — Vol. 166. №17. — P.1899-1906.

16. Yaron M., Shirazi I., Yaron I. Anti-interleukin-1 effects of diacerhein and Rhein in human osteoarthritis synovial tissue and cartilage cultures. // Osteoarthritis. Cart. — 1999. — Vol. 7. №3. — P. 272-280.

Информация об авторах: Леушина Елена Александровна — аспирант кафедры, e-mail: E_Leushina@inbox.ru, Симонова Ольга Викторовна — профессор, д.м.н., доцент кафедры, 610020, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112, КГМА, кафедра госпитальной терапии, тел. (8332) 23-76-66.

© ШВЕЦОВА Е.А., КАЛЯГИН А.Н., ГОРЯЕВ Ю.А. — 2012
УДК: 616.72-002.78-055.2-036.1

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Екатерина Александровна Швецова, Алексей Николаевич Калягин, Юрий Аркадьевич Горяев
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Калягин)

Резюме. В статье приводится анализ современной литературы по проблеме терапии хронической сердечной недостаточности и другой патологии органов кровообращения у кардиологических больных. Приводиться клиническое наблюдение, демонстрирующее развитие обострения подагры у кардиологического больного на фоне диуретической терапии.

Ключевые слова: подагра, хроническая сердечная недостаточность, диуретики.

COMPLICATIONS OF THERAPY WITH DIURETICS IN PATIENTS WITH GOUT

E.A. Shvetsova, A.N. Kalyagin, Yu.A. Gorjaev
(Irkutsk State Medical University)

Summary. In the paper the analysis of the modern literature on the problem of therapy of chronic heart failure and other pathology of organs of blood circulation in cardiological patients is presented. The clinical observation, showing the development of exacerbation of gout in the cardiological patient against therapy of diuretics is also presented.

Key words: chronic heart failure, gout, diuretics.

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости подагрой, особенно в высокоразвитых странах [4]. В США бессимптомная гиперурикемия выявляется у 5% людей. Распространенность подагрического артрита составляет 5-50 на 1000 мужчин и 1-9 на 1000 женщин. Соотношение мужчин и женщин составляет 2-7:1. Пик заболеваемости — 40-50 лет у мужчин, 60 лет и старше у женщин [1,7]. Диагноз подагры запаздывает от момента появления симптомов до его установления, по нашим данным, на 5-10 лет [8]. Учитывая тесную ассоциативную связь подагры с другими элементами метаболического синдрома (ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия), она широко распространена среди лиц с сердечно-сосудистой патологией, в том числе — у лиц с хронической сердечной недостаточностью.

В течение последнего десятилетия в отечественной литературе проблеме применения диуретиков в различных сферах клинической медицины уделялось неоправданно мало внимания. Это определило снижение уровня знаний практических врачей о возможностях и особенностях применения разных групп диуретиков, о подходах к их выбору и тактике назначения, об основных и побочных эффектах.

При применении диуретиков у больного с подагрой и хронической сердечной недостаточностью существенно увеличиваются риски развития острого подагрического артрита и даже подагрического статуса, когда лечение оказывается «горше болезни». Эпидемиологические исследования показали, что прием петлевых диуретиков обуславливает возрастание