

Таким образом, проведенный анализ госпитализации больных с болезнями соединительной ткани в клинику кожных болезней ИГМУ показал, что на протяжении исследуемого периода времени произошли некоторые изменения количественного и качественного состава больных с заболеваниями соединительной ткани. Весьма настораживающим фактором является омоложение больных.

Как и раньше остается проблема, касающаяся больных нуждающихся в проведении длительного многокурсового лечения, которое в настоящее время не всегда возможно

провести в условиях стационара, а к проведению подобного курса лечения в амбулаторных условиях пока не готовы не больные, не врачи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Якубович А.И., Цыренова С.А., Баранчук Н.И., Кондратьева Е.С. Структура и динамика госпитализации больных с заболеваниями соединительной ткани в клинику кожных болезней ИГМУ за 5 лет (2000-2004 гг.) // Современные проблемы ревматологии: Сборник статей межрегиональной научной конференции, посвященной 45-летию ревматологической службы Иркутской области. / Под ред. Ю.А. Горяева, Л.В. Меньшиковой, А.Н. Калыгина. - Иркутск: РИО ИГИУВ, 2005. - С. 64-67.

THE STRUCTURE AND DYNAMICS OF HOSPITALIZATION OF THE PATIENTS WITH DISEASES OF CONNECTIVE TISSUE TO THE CLINIC OF DERMAL DISEASES OF IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY IN 2005-2006 YEARS

A.I. Jakubovich, I.V. Krivovjazij
(Irkutsk State Medical University, Russia)

There has been presented the analysis of hospitalized morbidity with the diseases of connective tissue at specialized dermatologic clinic. It has been shown that specific weight of hospitalized patients with scleroderma and lupus erythematosus to 2,2% and a tendency to rejuvenescence of the patients is shown.

© СИДОРОВА А.С., МЕНЬШИКОВА Л.В. – 2007.

СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А.С. Сидорова, Л.В. Меньшикова

(Иркутский филиал Государственное учреждение Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области, директор – Н.М. Минеев; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра семейной медицины, зав. – д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова)

Резюме. Цели работы – изучить распространенность компонентов метаболического синдрома (МС) и оценить их роль в развитии подагры у лиц молодого возраста в сравнении со старшими категориями больных. Обследовано 385 больных подагрой в возрасте от 27 до 79 лет для выявления и оценки полноты МС по критериям IDF (2005). Метаболический синдром выявлен у 59,4% больных подагрой (у лиц молодого возраста – 69,5%). Наиболее распространено сочетание артериальной гипертензии, абдоминального ожирения и гипертриглицеридемии. Частота и патологические уровни компонентов МС достигали 93%. Наиболее частыми компонентами МС в молодом возрасте являются абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия и дислипидемия.

Ключевые слова: Подагра, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия.

Подагра – системное тофусное заболевание с отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия и развивающимся в связи с этим воспалением у людей с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами. Развитие учения о подагре в течение последних лет показало, что при подагре имеют место метаболические нарушения [1,8]. В сообщении ВОЗ от 2000 года подагра была причислена к ряду болезней, связанных с ожирением, наряду с артериальной гипертензией, коронарной болезнью сердца, инсультом, сахарным диабетом 2 типа. Однако эти заболевания чаще развиваются у лиц старших возрастных групп, в то время как подагрой страдают лица трудоспособного возраста.

Целью настоящей работы было изучение частоты основных компонентов метаболического синдрома (МС) у больных подагрой молодого возраста.

Материалы и методы

Обследовано 385 больных подагрой в возрасте от 27 до 79 лет (средний возраст составил 52,9±10,71 года). Проводился опрос с заполнением специально разработанной карты обследования, куда включались факторы риска развития подагры, сопутствующая патология, антропометрические данные: измерение роста, массы тела, окружности талии и бедер (ОТ и ОБ). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали как соотношение массы тела (кг) к росту (м²). Степень ожирения определяли в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1997), за ожирение принимали значение ИМТ большее или равное 30 кг/м².

Уровень гликемии в сыворотке венозной крови определялся натощак после 12-ти часового голодания на биохимическом анализаторе «CX 4 DELTA» фирмы «BECKMAN/COULTER», США. Оральный глюкозотолерантный тест проводился в соответствии с рекомендациями Экспертного комитета по диагностике и классификации сахарного диабета (1999).

Исследование липидного обмена: общий холестерин, триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ХС-ЛПВП) определяли на биохимическом многоканальном анализаторе с ионселективным блоком «В/М HITACHI 902» после 16-ти часового голодания. Общий холестерин оценивали в реакциях расщепления и окисления, ТГ определяли после ферментативного гидролиза энзиматическим колориметрическим тестом, ХС-ЛПВП – методом преципитации. Липопротеиды низкой плотности (ХС-ЛПНП) и коэффициент атерогенности (КА) определяли расчетным методом по А.Н. Климову (1994).

Для постановки диагноза подагры применялись классификационные критерии S.L. Wallace [6], рекомендуемые экспертами ВОЗ. Для определения метаболического синдрома (МС) использовали критерии International Diabetes Federation (IDF), 2005 г.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel», «Statistica 6.0». Применяли методы параметрической и непараметрической статистики. Значимыми считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Пациенты были разделены на группы по возрастному критерию согласно классификации ВОЗ. Первую (основную) группу составили 92 молодых мужчин в возрасте от 28 до 44 лет, вторую группу – 185 человек среднего возраста (45-59 лет), третью – 108 пациентов пожилого возраста от 60 до 79 лет ($p < 0,0001$). Все пациенты с подагрой – мужчины.

Результаты и обсуждение

Компоненты МС у пациентов с подагрой для удобства были сгруппированы по способу их оценки: антропометрические параметры, клинические проявления и лабораторные показатели. Анализ компонентов МС установил, что метаболический статус у больных подагрой в разных возрастных группах неоднороден.

Повышенный ИМТ (свыше 25 кг/м²) являлся самым распространенным компонентом МС у пациентов с подагрой и встречался у 357 (92,7%) пациентов, причем ИМТ свыше 30 кг/м² выявлен у 225 (58,4%) мужчин. У подавляющего большинства пациентов подагрой (82,3%) имело место преимущественное отложение жировой ткани в области живота – абдоминальный (центральный) тип ожирения. При сопоставлении антропометрических данных (ОТ и ИМТ) наблюдалась высокая частота центрального ожирения у лиц с избыточной массой тела – до 70%, а у лиц с ИМТ свыше 30 кг/м² – до 98%.

Антропометрические показатели были наибольшими в группе лиц молодого и среднего возраста по сравнению пожилыми пациентами. У 90,2% больных подагрой 1 группы определялось центральное ожирение, что было статистически чаще по сравнению с другими возрастными категориями (табл. 1).

Таблица 1. Антропометрические показатели у больных подагрой

Показатели	1 группа М±σ (n=92)	2 группа М±σ (n=185)	3 группа М±σ (n=108)	p
Рост, м	1,79±0,05	1,75±0,06	1,73±0,06	$p_{1-2} < 0,0001$ $p_{2-3} < 0,01$ $p_{1-3} < 0,0001$
Вес, кг	100,21±14,20	97,48±15,45	88,71±11,51	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,0001$ $p_{1-3} < 0,0001$
Окружность талии, см	105,90±9,32	104,52±10,08	98,73±9,41	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,0001$ $p_{1-3} < 0,0001$
ИМТ, кг/м ²	31,36±3,97	31,78±4,56	29,51±3,67	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,0001$ $p_{1-3} < 0,0001$

Дефицит массы тела не был выявлен ни у одного мужчины. Нормальные показатели ИМТ (18,5-24,9 кг/м²) обнаружены во всех трех группах (5,5 %, 7,0% и 9,2% соответственно) без значимых различий между группами. Избыточную массу тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²) имели половина мужчин старше 60 лет и каждый четвертый мужчина молодого и среднего возраста. В первой и второй возрастных группах одинаково часто зарегистрированы лица с ожирением (67,4% и 65,4% соответственно), в третьей – 38,9% со значимыми статистическими различиями ($p < 0,0001$).

Артериальная гипертония выявлена у 344 (89,4%) пациентов подагрой. Отмечена высокая частота артериальной гипертонии у лиц молодого возраста (55,4%), с возрастанием частоты до 78,9% среди больных 2 группы и до 81,5% в старшей возрастной группе (табл. 2).

Среди лиц 1 группы с повышенным артериальным давлением выявлены в основном 1 и 2 степени АГ и в меньше 3 степень. Во второй возрастной группе отмечена равномерная

Таблица 2. Частота АГ и показатели артериального давления у больных подагрой

Наличие АГ	1 группа Абс. (%) (n=92)	2 группа Абс. (%) (n=185)	3 группа Абс. (%) (n=108)	P
Всего больных с АГ	51 (55,4%)	146 (78,9%)	88 (81,5%)	$p_{1-2} < 0,0001$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} < 0,0001$
из них	I степени	30 (58,8%)	56 (38,3%)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$
	II степени	15 (29,4%)	42 (28,8%)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$
	III степени	6 (11,8%)	48 (32,9%)	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$

частота различных уровней АД. В третьей группе более низкая частота 3 степени обусловлена медикаментозной коррекцией АД. В то же время, 3 стадия АГ достоверно чаще встречалась у лиц пожилого возраста по сравнению с больными среднего и молодого возраста.

Состояние углеводного обмена оценивали с помощью теста толерантности к глюкозе, который позволил впервые выявить нарушение углеводного обмена вплоть до развития сахарного диабета II типа у 27 (7,0%) мужчин подагрой: у 5,5% больных в первой и третьей возрастных группах и у 8,7% пациентов во второй, разница статистически недостоверна. Уровень гликемии свыше 5,6 ммоль/л обнаружен в 55% случаев во всех возрастных группах. Уровень глюкозы был несколько выше у лиц пожилого возраста, но разница статистически незначима (табл. 3).

Средний уровень мочевой кислоты достоверно не отличался в сравниваемых группах, гиперурикемия на момент обследования была выявлена у 47 (51,0%) больных в первой группе, у 75 (40,5%) во второй и у 54 (50,0%) в третьей группе (разница статистически незначима).

Изменения липидного спектра обнаружены у большинства больных подагрой. При сравнении средних показателей липидного обмена в группах в целом большинство их, за исключением ХС–ЛПВП, находилось вне пределов нормальных значений. Гиперхолестеринемия по показателю общего ХС во всех 3 группах соответствовала умеренно-повышенному уровню. Обращает на себя внимание высокая частота гиперхолестеринемии у лиц молодого возраста (75% больных), сопоставимая с показателями у лиц пожилого возраста (73,1%). Высокие показатели ХС–ЛПНП (свыше 2,5 ммоль/л) выявлены у 69,6% лиц молодого возраста, также как и триглицеридов – у 73,9%, что соответствовало

Таблица 3. Лабораторные показатели у больных подагрой

Показатель	1 группа М±σ (n=92)	2 группа М±σ (n=185)	3 группа М±σ (n=108)	p
Глюкоза, ммоль/л	5,75±1,66	5,81±1,00	5,89±1,18	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$
Мочевая кислота, ммоль/л	503,54±119,03	483,31±128,64	486,82±119,46	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$
Общий холестерин, ммоль/л	5,75±1,73	5,94±0,88	5,64±0,84	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,005$ $p_{1-3} > 0,05$
ХС–ЛПВП, ммоль/л	1,27±0,26	1,28±0,32	1,12±0,23	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,0001$ $p_{1-3} < 0,0001$
ХС–ЛПНП, ммоль/л	3,02±0,85	3,54±0,93	3,54±0,66	$p_{1-2} < 0,0001$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-3} < 0,0001$
Триглицериды, ммоль/л	3,63±2,02	2,98±1,79	2,38±0,74	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{2-3} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,0001$

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