

приводит к нормализации размеров слюнных желез, уменьшает показатели лабораторной активности, улучшает клиническую симптоматику и замедляет прогрессирование многих системных проявлений заболевания, но и достоверно повышает саливацию, уменьшает частоту развития лимфом и увеличивает выживаемость больных БШ.

Пульс-терапия (500–1000 мг метилпреднизолона или 80–160 мг дексавена внутривенно капельно в течение 30–45 минут три дня

подряд) показана при выпотных серозитах, аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении, тяжелых лекарственных аллергических реакциях.

Генно-инженерная биологическая терапия РТМ позволяет контролировать системные внежелезистые проявления БШ и уменьшать функциональную железистую недостаточность. РТМ улучшает клиническое течение БШ без увеличения частоты побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезнь Шёгрена: учебное пособие / Т. Ф. Рогаткина и др. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 76 с.
2. Васильев В. И. Болезнь Шёгрена, Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 501–502.
3. Васильев В. И., Симонова М. В. Критерии диагноза болезни и синдрома Шёгрена // Избранные лекции по ревматологии; под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. – М.: Медицина, 2001. – С. 112–130.
4. Васильев В. И., Симонова М. В., Сафонова Т. Н. Болезнь Шёгрена. В кн. Ревматические болезни; под ред. В. А. Насонова, Н. В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997. – С. 196–210.
5. Лимфопролиферативные заболевания при болезни Шёгрена / В. И. Васильев и др. // Онкогематология. – 2007. – № 3. – С. 16–26.
6. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Руководство для практикующих врачей / В. А. Насонова и др.; под ред. В. А. Насоновой, Е. Л. Насонова. – М.: Литтера, 2003. – Т. 3. – 507 с.
7. Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
8. Современные подходы к использованию глюкокортикоидных и цитотоксических препаратов при болезни Шёгрена / В. И. Васильев и др. // Современная ревматология. – 2008. – № 2. – С. 39–56.

ПОДАГРА. СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ – НОВЫЕ РЕШЕНИЯ

Т. Ф. Рогаткина, Н. А. Фофанова, О. П. Слюсарь, Е. В. Папичев

**Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической ревматологии
ФУВ ВолгГМУ**

На протяжении двух с половиной тысячелетий интерес к подагре всегда носил волнообразное течение, как правило, связанное с открытием какого-то нового взгляда.

Синдром острых болей в области большого пальца стопы впервые описал Гиппократ и назвал его подагрой (дословно в латыни «капкан на стопе»).

В XVII веке было сделано открытие кристаллической природы тофусов и блестяще описана клиника острого подагрического артрита.

В XIX веке установлена связь подагры с гиперурикемией (ГУ), а артрита с введенными в сустав кристаллами уратов.

В XX веке доказана профилактическая роль колхицина, введен в практику пробеницид и аллопуринол.

К концу XX века было показано, что обнаружение моносодиевых уратных кристаллов при подагрическом артрите имеет абсолютное диагностическое значение. Подагру стали рассматривать как болезнь накопления уратных кристаллов в структуре сустава, подкожной клетчатке и костях, а также в почках в виде уролитиаза или тубулярной нефропатии.

Подагра – системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия

(МУН) и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с ГУ, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами [9].

У всех больных с подагрой определяется ГУ, но подавляющее большинство людей с ГУ никогда не переносят приступов острого артрита. Это означает, что развитие подагры обусловлено патофизиологическими особенностями, определяющими отложение уратных кристаллов в тканях и развитие воспаления с последующими дегенеративными изменениями.

Таким образом, ГУ – необходимое, но недостаточное предшествующее явление для развития уратной микрокристаллической болезни и, следовательно, ГУ – отличный от подагры клинический синдром. Точкой насыщения сыворотки уратами является уровень мочевой кислоты (МК) 360 мкмоль/л. Европейская антиревматическая лига рекомендует считать ГУ уровень МК выше 360 мкмоль/л. При этих значениях МК повышается риск развития подагры [1].

Практическим врачам надо помнить, что ГУ и подагра не тождественны. Распространенность ГУ в популяции значительно выше, чем частота подагры. Это бессимптомная или «бесподагрическая» ГУ. Согласно новым международным рекомендациям по диагностике и лечению подагры (2013 г.) фармакологическое лечение бессимптомной ГУ для профилактики подагры, заболеваний почек

или сердечно-сосудистых событий не рекомендуется [3].

Тесная связь клинических проявлений подагры с отложением кристаллов МК, в том числе такого яркого проявления, как артрит первого плюснефалангового сустава в начале болезни (собственно подагра), послужило основанием для включения подагры в подкласс микрокристаллических артритов в МКБ-10.

Основные клинические проявления подагры: рецидивирующие атаки острого артрита, накопление кристаллов уратов в тканях с образованием тофусов, нефролитиаз, подагрическая нефропатия.

В развитии подагры выделяют 3 стадии: острый подагрический артрит, периоды между приступами подагрического артрита (межприступная подагра), хроническая тофусная подагра.

Диагноз подагры в нашей стране устанавливается в среднем спустя 4,6 года после первого приступа артрита и при длительном отсутствии терапии («естественное течение») и наличии коморбидных заболеваний подагра может быть трудна для курации. Этот факт подчеркивает важность ранней диагностики этого заболевания [1, 2, 6, 7].

Этой цели отвечают созданные в 2015 г. Американской коллегией ревматологов (ACR) и Европейской антиревматической лигой (EULAR) классификационные критерии диагностики подагры [3, 12] (табл. 1).

Таблица 1

Классификационные критерии диагностики подагры ACR/EULAR (2015 г.)

Критерии	Категории	Баллы
Шаг 1. Критерий включения (критерии, приведенные ниже, применяются только к тем пациентом, у которых есть указанный критерий)	Имеется по крайней мере один эпизод отечности, боли или повышенной чувствительности в периферическом суставе или бурсе	
Шаг 2. Достаточный критерий (если выявлен, можно классифицировать состояние как подагру без использования нижеизложенных критериев)	Наличие кристаллов МУН в пораженном суставе или бурсе [например, в синовиальной жидкости (СЖ)] или тофусе	
Шаг 3. Критерии (должны использоваться если достаточный критерий не выявлен): Клинические Эпизод(ы) типичных симптомов с вовлечением сустава/бурсы ¹	Голеностопный сустав либо суставы средней части стопы [как составная часть эпизода моно- или олигоартрита без вовлечения I плюснефалангового сустава (ПФС)]	1
	Вовлечение I ПФС (как составная часть эпизода моно- или олигоартрита)	2

Окончание табл. 1

Критерии	Категории	Баллы
<i>Особенности симптомов когда-либо бывшего эпизода:</i>	Одна характеристика	1
	Две характеристики	2
	Три характеристики	3
<i>Временная характеристика бывшего эпизода:</i> Наличие когда-либо ≥ 2 признаков, независимо от противовоспалительной терапии:	Один типичный эпизод	1
	Повторяющиеся типичные эпизоды	2
<i>Клинически обнаруживаемые тофусы:</i> Узел с наличием отделяемого или мелкообразный, под прозрачной кожей с вышележащей васкуляризацией, локализующийся в типичных местах: суставы, уши, бурса локтевого отростка, подушечки пальцев, сухожилия (например, ахиллы).	Представлены	4
Лабораторные <i>Сывороточный уровень МК: измерение уриказным методом.</i> В идеале анализ должен быть выполнен в период, когда пациент не получал уратснижающей терапии и по истечении > 4 нед. от начала эпизода (т. е. во время межприступного периода); если возможно, анализ должен быть пересдан с соблюдением этих условий. Должен быть выбран самый высокий показатель независимо от времени проведения исследования ² .	< 4 мг/дл ($< 0,24$ ммоль/л)	-4
	6–8 мг/дл (0,36–0,48 ммоль/л)	2
	8–10 мг/дл (0,48–0,6 ммоль/л)	3
	≥ 10 мг/дл ($\geq 0,6$ ммоль/л)	4
<i>Анализ СЖ, полученной из когда-либо пораженного сустава или сумки (должен быть проведен обученным специалистом)³.</i>	Кристаллы МУН не выявлены	-2
3. Методы визуализации⁴ Визуальные признаки депозитов уратов в когда-либо пораженном суставе или бурсе: <i>ультразвуковой признак двойного контура⁵ или демонстрация уратных депозитов при помощи двухэнергетической компьютерной томографии⁶.</i>	Представлены любым способом	4
Визуальные признаки обусловленного подагрой повреждения сустава, по данным обычной рентгенографии кистей или стоп: демонстрация по крайней мере одной эрозии ⁷	Представлены	4

Примечания:

¹ Эпизоды бывших когда-либо симптомов, которые включают припухлость, боль, болезненность при пальпации в периферическом суставе или бурсе.

² Если сывороточный уровень мочевой кислоты < 4 мг/дл (0,24 ммоль/л), следует вычесть 4 балла; если сывороточный уровень мочевой кислоты 4–6 мг/дл (0,24–0,36 ммоль/л), считать этот пункт как 0 баллов.

³ Если проведенная обученным специалистом поляризационная микроскопия СЖ, полученной из когда-либо пораженного сустава, не выявила кристаллов МУН, следует вычесть 2 балла. Если СЖ не была оценена, присвоить этому пункту 0 баллов.

⁴ Если методы недоступны, оценить этот пункт в 0 баллов.

⁵ Гиперэхогенная прерывистая плоская на поверхности гиалинового хряща, не зависящая от угла осмотра (ложноположительный признак двойного контура может появиться на поверхности хряща, но должен исчезнуть при изменении угла осмотра).

⁶ Наличие соответствующих цвету кодировки уратов в области суставов или периартикулярно.

⁷ Эрозия определена как кортикальный дефект со склеротической каймой и нависающими краями, исключая дистальные межфаланговые суставы и признак «крыла чайки».

При постановке диагноза исходно должно быть определено, был ли у пациента хотя бы один эпизод отечности, боли или повышенной чувствительности в периферическом суставе или бурсе. Если да, то следующим этапом нужно провести анализ СЖ или содержимого тофуса на наличие кристаллов МУН.

Далее, в случае отсутствия положительного результата анализа или при невозможности его проведения, – использовать кластер клинических, лабораторных и инструментальных признаков, каждый из которых имеет балльную оценку, и классифицировать состояние пациента в зависимости от количества набранных баллов.

Для диагностики подагры у пациента достаточно всего 8 из максимально возможных 23 баллов.

Представленные классификационные критерии предполагают «точечное» и последовательное их применение; в частности, их надлежит использовать только при наличии в анамнезе эпизода артрита.

Выделение именно клинических признаков, базовых для проведения классификации (см. шаг 1 в таблице), позволяет исходно отсеять от классифицирования пациентов с асимптоматической ГУ.

Идентификация кристаллов МУН – общепризнанный «золотой стандарт» диагностики подагры и быть безапелляционно уверенным в диагнозе подагры можно только в случае их выявления.

Поляризационная микроскопия позволяет безапелляционно выставить диагноз подагры при выявлении кристаллов МУН (что отражено в критериях), но не отвергает диагноза в случае отрицательного результата исследования.

Немногие лечебные учреждения могут использовать в рутинной работе поляризационную микроскопию – метод, основанный на верификации кристаллов МУН в СЖ.

По данным Health Professionals Follow-up Study, лишь у 7 % пациентов диагноз подагры являлся кристалл-верифицированным [11].

Диагностика подагры без поиска кристаллов МУН остается неточной. Это обуславливает важность изучения СЖ для диагностических целей в клинической практике и предостерегает от исходного использования

любых критериев в тех случаях, когда возможно исследование СЖ.

Рутинный поиск кристаллов рекомендуется в любой СЖ, полученной из воспаленного сустава у больных с отсутствием определенного диагноза.

Пунктировать суставы в диагностических целях можно и в межприступный период. Идентификация кристаллов МУН из невоспаленного сустава обеспечивает определенный диагноз и в межприступном периоде.

Клинические факторы, вошедшие в классификационные критерии диагностики подагры, максимально коррелируют с наличием подагры, подтвержденной выявлением кристаллов МУН.

В число этих факторов вошли эритема, трудности при ходьбе, время до наступления максимальной боли < 24 ч, купирование приступа в течение 2 нед. от его начала, вовлечение I ПФС, поражение на момент осмотра I ПФС или других суставов стопы, ГУ (> 6 мг/дл, или 360 мкмоль/л).

Учитывают не только сам факт наличия ГУ, но и то, насколько сывороточный уровень МК высок, поскольку, чем выше он был, тем выше была вероятность наличия подагры.

К современным методам визуализации при подагре относят потенциально значимые методы (рентгенография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография – КТ, ультразвуковое исследование – УЗИ и двухэнергетическая КТ), из которых обязательно проведение только рентгенографии и УЗИ целевых суставов.

В клинические критерии вошли и инструментальные признаки: рентгенологические (эрозия или киста) и ультразвуковой (наличие двойного контура). Следует отметить, что прогностическая ценность последнего метода намного больше, чем у рентгенографии.

Давно известно, что формирование тофусов можно происходить уже в самом дебюте подагры и даже до появления типичных признаков артрита.

Однако изображение тофусов, обнаруженных при МРТ, по своей характеристике вариабельно, что осложняет трактовку результатов.

Оптимальное лечение подагры сочетает нефармакологические и фармакологические подходы.

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приема алкоголя, особенно пива) – ключевой аспект лечения.

Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты. Алкоголь, особенно пиво, а также подслащенные сахаром напитки являются независимыми факторами риска для подагры.

Низкокалорийная диета с обычным количеством белка у больных подагрой помимо уменьшения массы тела может приводить к снижению сывороточного уровня МК и частоты приступов артрита [7].

Надо помнить, что голодание для больных подагрой вредно. Это ведет к быстрому сгоранию белков и жиров. В результате увеличивается уровень МК и может обостриться течение подагры.

В настоящее время пересмотрены ограничения некоторых продуктов питания для больных подагрой (они не повышают сывороточный уровень МК или даже снижают его). К таким относится растительная пища, богатая пуринами (бобовые, грибы, некоторые овощи).

В отличие от продуктов животного происхождения она повышает уровень сывороточной МК на очень непродолжительное время. Но флавоноиды, входящие в состав

растительной пищи, обладают урикозурическим действием.

Кроме того, частичная замена животных белков растительными позволяет обеспечить потребность организма в белках, расширить рацион питания за счет низкокалорийных продуктов.

Молочные продукты – мощные урикозурики. Это действие обеспечивают белки, входящие в их состав (лактальбумин, казеин).

У лиц, употребляющих молочные продукты в достаточном количестве, риск развития подагры снижен почти в 1,8 раза. Набор молочных продуктов может быть различным, вплоть до сухого молока. Но эти продукты должны быть низкокалорийными. Только при этом урикозурическое действие реализуется.

Цитрусовые обладают урикозурическим эффектом за счет витамина С и флавоноидов. Они ощелачивают мочу подобно цитратным смесям. Схожие свойства имеет вишня.

Кофе снижает сывороточный уровень МК (аллопуринолоподобное действие), и эффект не связан с содержанием кофеина.

Важное условие диетотерапии для больных подагрой – употребление жидкости не менее 2–2,5 л/с (вода, щелочные минеральные воды).

Основная задача лечения острого подагрического артрита – быстро и безопасно его купировать. Лечение надо начинать как можно раньше, при первых признаках начинающегося приступа. Пациенту с подагрой рекомендуют постоянное ношение с собой эффективного нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) (табл. 2).

Таблица 2

Основные терапевтические ошибки при ведении больных с острым подагрическим артритом

Ошибка	Последствие
Назначение физиотерапии (любой, кроме криотерапии)	Неэффективность, часто ухудшение симптоматики
Назначение анальгетиков	Неэффективность при иммунном воспалении
Назначение мази (НПВП)	Неэффективность
Назначение аллопуринола в период приступов	Ухудшение течения артрита почти в 100 % случаев
Отсутствие лечения	Выраженная болезненность артрита, что может привести к сердечно-сосудистым катастрофам
Длительность лечения НПВП при отсутствии эффекта	Возникновение нежелательных явлений. Другой диагноз

НПВП и колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Данные о сравнительной эффективности НПВП и колхицина отсутствуют и при отсутствии противопоказания, следует считать рациональным назначение НПВП. Эффективны как селективные, так и неселективные НПВП [9].

Высокие дозы колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Они столь же быстро приводят к уменьшению боли и воспаления.

Удаление СЖ и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов (ГК) может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита.

При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП, колхицина и ГК для купирования острого приступа возможно применение препаратов, блокирующих интерлейкин-1 (канакинумаб) [5].

Антигиперурикемическая терапия показана больным с персистирующей ГУ и острыми

атаками, артропатией, тофусами или рентгенологическими изменениями.

Проведение антигиперурикемической терапии показано в указанных случаях при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками и согласовано с больным.

Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов МУН (табл. 3). Это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (< 360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов МУН возможно при достижении указанного сывороточного уровня МК.

Чем ниже уровень МК, тем выше скорость, с которой тофусы уменьшаются в размерах, что указывает на необходимость более низкого целевого уровня МК при наличии тофусов.

Таблица 3

Лекарственные средства с доказанным антигиперурикемическим эффектом

Типы препаратов по антигиперурикемическому эффекту	Лекарственные препараты
Урикостатики	Аллопуринол Оксипуринол Фебуксостат
Урикозурики	Пробенецид Сульфипиразон Бензбромарон
Препараты уриказы (уриколитики)	Уриказа Пегуриказа Расбуриказа Пеглотиказа

Аллопуринол – эффективное средство для долгосрочного медикаментозного лечения у больных с хронической подагрой. Назначение аллопуринола – реальная возможность проведения адекватной длительной антигиперурикемической терапии. При обострении артрита необоснованная отмена аллопуринола в случае его длительного приема является ошибкой. После купирования приступа артрита необходимо продолжить титрование дозы до нормоурикемии [2, 8, 9].

Эффект аллопуринола в отношении снижения сывороточного уровня МК дозозависимый. Препарат должен быть назначен в исходно низкой дозе (100 мг ежедневно) с последующим увеличением по 100 мг каждые две – четыре недели до достижения целевого уровня урикемии (титрование дозы). Это особенно важно у больных с почечной недостаточностью.

При неэффективности или непереносимости аллопуринола могут применяться другие

препараты. В таких случаях возможно назначение ингибиторов ксантиноксидазы или урикозуриков.

Урикозурические агенты (пробенецид, сульфинпиразон) могут применяться как альтернатива аллопуринолу у пациентов с нормальной функцией почек, но относительно противопоказаны больным с уролитиазом. Эффект в отношении снижения сывороточного уровня МК меньше, чем у аллопуринола. Они не должны использоваться у пациентов со сниженной функцией почек [4].

Бензбромарон может применяться у больных с мягкой и умеренной почечной недостаточностью, но требует контроля в связи с риском гепатотоксичности.

Бензбромарон – мощный урикозурик. Средняя доза его 100 мг/с эффективнее, чем средние дозы аллопуринола. Но при приеме высоких суточных доз эти различия нивелируются. В отличие от других урикозуриков бензбромарон может использоваться даже у больных с ХПН. Но гепатотоксичность бензбромарона ограничивает его применение [4].

Фебуксостат (урикоостатик). Показания: неэффективность или непереносимость аллопуринола. Нормоурикемия отмечается при приеме небольших доз (40–80 мг/с). Чаше, чем аллопуринол в сопоставимых дозах, приводит к нормоурикемии. Но стоимость его выше, чем стоимость аллопуринола [4].

Препараты уриказы в качестве монотерапии должны рассматриваться только у больных с тяжелой подагрой, у которых все другие формы терапии неэффективны или противопоказаны. Они могут быть показаны больным

с лейкемией, лимфомой, солидными злокачественными образованиями, которые получают противоопухолевую терапию (химиотерапию, лучевую терапию), приводящую к ГУ. Эти препараты назначают внутривенно, однако высок процент развития посттрансфузионных реакций [4].

Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может осуществляться колхицином и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И колхицин и НПВП имеют потенциально серьезные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотнести потенциальную пользу и вред [8, 9].

У больных с подагрой прием диуретиков по возможности отменяется, но это не касается случаев, когда диуретики назначены по жизненным показаниям. В качестве альтернативы могут быть использованы другие гипотензивные препараты.

Оперативное лечение для удаления тофусов требуется лишь в отдельных случаях (например, при компрессии нервов или других мягких тканей, а также при развитии инфекции).

Кроме того, при хирургическом удалении тофусов часто развиваются осложнения в виде плохо заживающих свищевых ходов, а также некротические изменения в области наложенных швов [10].

Нет сомнений, что подагра – болезнь, которая должна быть в подавляющем большинстве случаев излечима или контролируема. Этой задаче соответствуют современные методы диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барскова В. Г. Рациональные подходы к диагностике подагры (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги) // Современная ревматология. – 2007. – № (1). – С. 110–112.
2. Елисеев М. С. Алгоритм диагностики и лечения подагры // Русский медицинский журнал. – 2015. – № 23 (7). – С. 410–414.
3. Елисеев М. С. Классификационные критерии подагры (рекомендации ACR/EULAR) // Научно-практическая ревматология. – 2015. – № 53 (6). – С. 581–585.
4. Елисеев М. С. Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры // Научно-практическая ревматология. – 2014. – № 52 (2). – С. 141–146.
5. Елисеев М. С., Барскова В. Г., Насонов Е. Л. Канакинумаб (ингибитор интерлейкина 1 β) – прорыв в возможностях противовоспалительной терапии при подагре // Научно-практическая ревматология. – 2013. – № 51 (4). – С. 428–431.
6. Клинико-эпидемиологические особенности ревматологической патологии у взрослого населения Волгограда в 2008–2011 гг. / Л. Н. Шилова и др. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 7–9.

7. Насонова В. А., Барскова В. Г. Ранняя диагностика и лечение подагры – научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных // Научно-практическая ревматология. – 2004. – № (1) 1. – С. 5–7.

8. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. акад. РАМН Е. Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.

9. Ревматология: Национальное руководство / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

10. Хирургическое лечение хронической подагры / В. П. Павлов и др. // Научно-практическая ревматология. – 2000. – № 38 (3). – С. 54–56.

11. Alcohol intake and risk of incident gout on men: a prospective study / Choi H. K, et al. // Lancet. – 2004. – Vol. 363 (9417). – P. 1277–1281. – doi: 10.1016/S0140-6736(04)16000-5.

12. New classification criteria for gout: a framework for progress / Dalbeth N., et al. // Rheumatology (Oxford). – 2013. – Vol. 52. – P. 1748–1753. – doi: 10.1093/rheumatology/ket154.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТА – ПРЕПАРАТА «ХОНДРОГАРД» В ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА

*В. И. Кравцов², Л. Е. Сивордова², Ю. В. Полякова², Н. А. Фофанова¹,
Т. Ф. Розаткина¹, Б. В. Заводовский²*

¹Кафедра госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ВолгГМУ

²ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии»

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани рассматриваются во всем мире как одна из наиболее часто встречающихся патологий современного общества [11]. Отличительной особенностью ревматических заболеваний является высокая инвалидизация пациентов. По показателю первичного выхода на инвалидность они занимают 5-е место среди всех причин стойкой потери трудоспособности [10].

Остеоартроз (ОА) является наиболее часто встречающимся ревматическим заболеванием, его распространенность среди населения России составляет около 6–10 % [6]. С возрастом частота ОА резко возрастает: каждый второй пациент с этим заболеванием старше 50 лет; старше 70 лет рентгенологические признаки ОА определяются у 90 % женщин и у 80 % мужчин [3, 4, 7].

К его возникновению приводят различные причины: метаболические, эндокринные нарушения; профессиональная или спортивная микротравматизация, нарушение функции нервной системы, большое внимание также уделяется нарушению обменных процессов,

происходящих в соединительнотканых структурах. В первую очередь при ОА поражаются «нагрузочные» суставы, что значительно ухудшает качество жизни больных и представляет серьезную социально-экономическую проблему.

Несмотря на то, что ОА не влияет непосредственно на жизненный прогноз, это заболевание является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности [5].

Фармакологический рынок России насыщен симптоматическими структурно-модифицирующими медленно действующими лекарственными средствами для лечения остеоартроза (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis – SYSA DOA) [1, 2, 8, 9].

Широкий выбор препаратов предоставляет лечащему врачу прекрасную возможность индивидуального подбора лекарства, исходя из особенностей пациента и клинической ситуации. Одним из новых препаратов этой группы для лечения ОА является Хондрогард[®], производства компании «Сотекс». Исследование его клинической эффективности