

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Карнакова Мария Владимировна

**ВЕДЕНИЕ И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ЗА БОЛЬНЫМИ ПОДАГРОЙ НА ЭТАПЕ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.01.22 — Ревматология, медицинские науки

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Алексей Николаевич Калягин,
доктор медицинских наук,
профессор

Иркутск — 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Обзор литературы	10
1.1. Проблемы ранней диагностики и лечения подагры	10
1.2. Проблемы динамического наблюдения за больными подагрой	19
1.3. Медико-социальная значимость подагры	21
Глава 2. Материалы и методы исследования	31
2.1. Дизайн исследования	31
2.2. Объекты исследования	32
2.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования	35
2.4. Исследование осведомленности о подагре врачей первичного звена здоровоохранения	35
2.5. Изучение осведомленности и приверженности к лечению больных подагрой	36
2.6. Оценка качества ведения и динамического наблюдения за больными подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе	37
2.7. Методы статистической обработки	39
Глава 3. Результаты собственных исследований	40
3.1. Особенности динамики клинической картины подагры в городе Иркутске	40
3.2. Исследование осведомленности и приверженности больных подагрой к уратоснижающей терапии с помощью опросника Мориски-Грина	50
3.3. Изучение осведомленности о подагре врачей первичного звена здоровоохранения	57
3.4. Оценка качества ведения и динамического наблюдения больных подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе	60
3.4.1. Оценка качества ведения больных подагрой	60
3.4.2. Оценка качества динамического наблюдения за больными подагрой	67
Глава 4. Обсуждение полученных результатов	70
4.1. Динамика особенностей клинической картины подагры в городе Иркутске	70
4.2. Изучение приверженности к лечению и осведомленности больных подагрой о своем заболевании	75
4.3. Исследование осведомленности о подагре врачей первичного звена здоровоохранения	80
Заключение	97
Список сокращений	99
Библиографический список	101

Приложения	123
<i>Приложение 1.</i> Анкета для выявления уровня осведомленности врачей о подагре	123
<i>Приложение 2.</i> Анкета для выявления уровня осведомленности больных о подагре	126
<i>Приложение 3.</i> Опросник Мориски-Грина.....	129
<i>Приложение 4.</i> Рекомендуемые вмешательства и методы исследования при посещениях.....	130

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В последние годы во всем мире наблюдается неуклонный рост заболеваемости подагрой [9; 42; 45; 77; 187]. Вероятной причиной этого считается распространенность факторов риска развития подагры: артериальной гипертензии, ожирения, гиподинамии, нарушения углеводного и липидного обменов, употребления алкоголя [9; 17; 42; 77; 110]. Этот факт заслуживает самого пристального внимания, так как подагра является заболеванием, обладающим большой медико-социальной значимостью, — она отличается хроническим, прогрессирующим течением, является причиной инвалидности больных трудоспособного возраста, может отрицательно влиять на продолжительность жизни [40; 146]. Подагру обоснованно рассматривают как независимый фактор риска развития болезни почек [2; 40;] и смертельных кардиоваскулярных катастроф [37; 39; 40; 56; 71; 146; 188]. Установлено также, что подагра может отрицательно влиять на качество жизни пациентов [11; 27; 34; 152]. Однако, несмотря на то что на современном этапе заболевание достаточно хорошо изучено, разработаны диагностические критерии и рекомендации по лечению больных, многие отечественные и зарубежные исследователи считают уровень медицинского контроля за больными подагрой недостаточно высоким [15; 22; 24; 25; 33; 50; 53; 68; 100; 187]. Зачастую подагра диагностируется поздно, уже на стадии хронического артрита, не всегда проводится обязательное динамическое исследование уровня мочевой кислоты, совершаются лечебные ошибки [90; 91; 92; 94; 118; 142; 145; 153; 174; 178; 184]. В связи с этим встает вопрос об уровне осведомленности врачей о подагре и методиках его повышения. Ситуация осложняется тем, что подагра считается хроническим заболеванием с наихудшим уровнем приверженности больных к терапии [6; 18; 19; 29; 59; 60; 65; 67; 153]. Больные поздно обращаются к врачу, не выполняют рекомендации по явке на прием для контроля мочевой кислоты, не принимают уратоснижающую терапию [29; 65; 118; 122; 153]. Вышеперечисленные факты обращают внимание исследователей на проблему качества ведения больных подагрой на амбулаторно-

поликлиническом этапе, где в случае неправильной диагностики и лечения происходит наибольшая потеря времени и заболевание переходит в хроническую форму. Это важно также в свете проблемы коморбидности подагры. Контроль за сопутствующими заболеваниями при подагре возможен и должен осуществляться на этапе первичного звена здравоохранения [3; 93; 94; 99; 126; 144; 169; 170; 171; 172; 173; 192]. Обращают на себя внимание нехватка и недостаточная квалификация медицинских кадров, недостаточность реальной профилактической составляющей в практике участкового терапевта, а также низкая медицинская активность населения [68; 94; 95; 103; 106; 145; 159; 160]. Остается актуальной и проблема качества динамического наблюдения за больными подагрой. Этим обусловлена актуальность темы нашего исследования.

Степень разработанности темы исследования. На современном этапе совершенствование тактики ведения больных первичной подагрой является первостепенной задачей. Об этом свидетельствует ряд публикаций отечественных и зарубежных авторов, определяющих медицинский контроль за больными подагрой как субоптимальный [22; 25; 33; 50; 53; 68; 69; 100; 183; 187]. Недостаточно изучены частота и причины таких явлений, как поздняя диагностика подагры, несвоевременное направление больных к ревматологу, диагностические ошибки при классическом дебюте болезни, неверный режим назначения уратоснижающей терапии, неадекватный контроль за сопутствующими заболеваниями, тогда как все эти факторы оказывают катастрофическое влияние на течение болезни. Все чаще исследователи поднимают вопрос о причинах невыполнения врачами существующих клинических рекомендаций в реальной практике [10; 24; 68; 87; 95; 116; 142; 147; 167]. Не изучен уровень осведомленности врачей о подагре. Не установлены причины отказа больных от приема уратоснижающей терапии. Не разработан четкий алгоритм динамического наблюдения больных подагрой с учетом коморбидности.

Цель работы: изучить особенности ведения и динамического наблюдения за больными подагрой на этапе первичного звена здравоохранения и предложить подходы к их совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности динамики клинической картины подагры в Иркутске за период с 2007 по 2016 г.

2. Изучить осведомленность больных о подагре и приверженность к ее лечению.

3. Оценить качество ведения и динамического наблюдения за больными подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Научная новизна работы. Впервые изучена динамика особенностей клинической картины подагры в современных социально-экономических условиях жизни. Впервые определена комплаентность больных подагрой в отношении приема уратоснижающей терапии и уточнены причины ее нарушения, изучена осведомленность больных подагрой о своем заболевании. Впервые оценено качество ведения больных подагрой в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях (на примере г. Иркутска), изучена осведомленность врачей о подагре, установлены число и структура ошибок диагностики и лечения подагры. Впервые изучено качество динамического наблюдения за больными подагрой.

Теоретическая и практическая значимость. При изучении динамики клинической картины за период с 2007 по 2016 г. установлено статистически значимое увеличение частоты дебюта подагры среди больных трудоспособного возраста, многократное увеличение частоты сопутствующих заболеваний и снижение числа пациентов, приверженных к лечению в 2016 г. по сравнению с показателями десятилетней давности. При изучении комплаентности больных основной причиной недостаточной приверженности к лечению был определен низкий уровень дисциплины пациентов, что требует мер для установления постоянного контакта с лечащим врачом. Среди дефектов ведения больных подагрой были выявлены диагностические ошибки (57 % случаев), позднее

направление к ревматологу (23 % случаев), неверный режим назначения уратоснижающей терапии (85 %) и назначение препаратов, повышающих уровень мочевой кислоты в крови.

При изучении качества динамического наблюдения за больными подагрой выявлены множественные дефекты ведения больных, такие как неполное обследование (45 %), нерегулярное наблюдение (34,8 %). Основной причиной этого явления стал недостаточный врачебный контроль. Очевидно, что существующий порядок проведения динамического наблюдения не обеспечивает оптимального медицинского контроля за больными подагрой. В связи с этим необходимо создание рекомендаций по динамическому наблюдению за больными подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Методология и методы исследования. Для диссертационного исследования отобрано 719 пациентов, страдающих первичной подагрой. Проводились антропометрия, комплекс лабораторных исследований для оценки липидного, углеводного обмена, функции почек, инструментальные исследования. С помощью специально разработанной анкеты проводилось социологическое исследование осведомленности о подагре среди 60 больных. Изучена приверженность к лечению 60 больных подагрой. Проведен социологический опрос 73 врачей первичного звена здравоохранения. Проведена экспертиза качества ведения и динамического наблюдения за 132 больными подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе. Методы статистической обработки полученных результатов включали описательные статистики, сравнительный, корреляционный и дискриминантный анализ.

Положения, выносимые на защиту:

1. В последние годы наблюдается рост частоты хронической тофусной подагры, гиперурикемии и сопутствующих заболеваний.

2. Среди больных подагрой отмечается плохая приверженности к медикаментозной УТ, связанный с низким уровнем дисциплины больных.

3. Улучшение динамического наблюдения за больными подагрой способствует уменьшению риска прогрессирования заболевания, а также рисков коморбидной патологии.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность результатов обеспечивается тем, что общее количество пациентов, страдающих подагрой и включенных в исследование, составило 719 человек. Результаты получены на современном сертифицированном оборудовании. Применяли общепринятые методики лабораторной и инструментальной диагностики, что обеспечило воспроизводимость результатов исследования в различных условиях. Использовались адекватные методы статистической обработки исходной информации.

Результаты исследования представлены на Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины» (Иркутск, 2012 г.), научно-практической конференции, посвященной 180-летию со дня рождения С. П. Боткина (Казань, 2012 г.), Межвузовской научно-практической конференции студентов и молодых ученых (Самара, 2012 г.), конференции «Ревматология в реальной клинической практике» (Владимир, 2012 г.), I Евразийском конгрессе ревматологов (Алматы, 2012 г.), межрегиональной научно-практической конференции «Современные проблемы ревматологии» (Иркутск, 2013, 2017 гг.), VI Съезде ревматологов России (Москва, 2013 г.), Всероссийском конгрессе с международным участием «Дни ревматологии в Санкт-Петербурге» (Санкт-Петербург, 2017, 2018). Апробация работы состоялась на заседании Проблемной комиссии ИГМУ 28.11.2018.

Результаты исследования и практические рекомендации внедрены и используются в работе медицинского центра ревматологического областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Иркутская городская клиническая больница № 1». Основные положения и выводы диссертации используются в учебной работе на кафедре пропедевтики внутренних болезней федерального государственного бюджетного

образовательного учреждения высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 работ, в том числе четыре статьи в рецензируемых научных журналах, определенных ВАК при Минобрнауки России.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, одной главы результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и библиографического списка, который включает в себя 199 наименований, из них 72 — зарубежных авторов, и четырех приложений. Общий объем работы составляет 131 страницу, включая 24 таблицы и 17 рисунков.

Конкретное участие автора в работе. Автором сформулированы цель и задачи исследования, разработан план, выбраны методологические подходы и методы, обоснованы объекты и объем исследования. Кроме того, проведены опрос, клиническое обследование пациентов, разработаны анкеты, осуществлен опрос врачей, дана экспертная оценка амбулаторных карт. Проведена статистическая обработка материалов, подготовлены публикации и рекомендации для практического здравоохранения. Личный вклад составил 90 %.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Проблемы ранней диагностики и лечения подагры

В настоящее время во всем мире большое внимание уделяется проблеме ранней диагностики подагры и других ревматических заболеваний. Прогноз их во многом зависит от своевременной диагностики и адекватного лечения, так как эта группа заболеваний характеризуется хроническим, неуклонно прогрессирующим течением и в дальнейшем инвалидностью. Существует мнение, что врачи общей практики недостаточно владеют знаниями, необходимыми для своевременной диагностики ревматических болезней [95; 172; 173; 174; 175; 176]. Так, в Канаде только 27 % из 10 тыс. пациентов с подозрением на РА попадают на консультацию к ревматологам от врачей общей практики [25]. Большинство пациентов с артритами обращаются преимущественно к участковому врачу-терапевту или врачу общей практики (семейному врачу), и от того, насколько осведомлены врачи первичного звена здравоохранения о принципах дифференциальной диагностики артритов, зависит исход заболевания и трудоспособность больного [129].

Во всем мире врачи первичного звена здравоохранения со статистически значимо меньшей вероятностью ставят правильные и своевременные диагнозы РЗ и менее эффективно с медицинской и экономической позиции управляют этими состояниями. Направление к ревматологу улучшает точность диагностики и их исходы [181]. Так, ретроспективное исследование показало, что средняя продолжительность обострения у пациентов, которые лечились у ревматологов, составила 3,5 дня по сравнению с результатами обращений к другим специалистам (6,6 дня), средняя продолжительность госпитализации составила 7,4 и 14,7 дня, а средняя стоимость стационарного лечения — 8 755 и 14 750 долларов США соответственно [12].

По данным Е. А. Галушко, значительная часть больных ревматическими заболеваниями желали бы видеть врача-ревматолога в качестве основного специалиста, осуществляющего их наблюдение и лечение [104]. *Medellin* и соавт. (1997) установили, что ревматологи втрое чаще, чем врачи первичного звена здравоохранения, применяют метод исследования суставной жидкости для подтверждения диагноза подагры, чаще проводят профилактику обострения артрита до начала уратоснижающей терапии [46].

Проблема несвоевременного направления больных к ревматологу сейчас стоит особенно остро [25; 104; 129; 135; 171; 177; 179]. Среди больных РЗ, впервые обратившихся за медицинской помощью, на амбулаторном этапе в 41 % случаев были неправильно диагностированы РЗ. Лишь у 49 % больных было совпадение диагнозов после осмотра специалиста. В Великобритании длительность между первичной консультацией врача общей практики и консультацией ревматолога у больных РЗ увеличилась за последние годы с 65 дней до 108 дней [104].

Серьезную проблему современной ревматологии представляет собой проблема ранней диагностики артритов. Врачи первичного звена здравоохранения обычно бывают недостаточно подготовлены по вопросу дифференциальной диагностики ранних артритов, и именно на этом этапе происходит основная потеря времени [86; 108; 129; 167; 169; 187]. При ретроспективном анализе 119 историй болезни пациентов с вероятным РА было установлено, что почти половине из них диагноз раннего РА можно было поставить при первой госпитализации, тогда как диагноз был выставлен им только через один-три года [86; 129]. Эти данные сопоставимы с результатами Е. А. Галушко и соавт. (2011), проводивших исследование 1 810 больных РА. Средний период между появлением первых симптомов РА и установлением данного диагноза составил 24 месяца. Было показано, что лишь у 18 % больных диагноз РА был установлен в первые шесть месяцев от начала заболевания. Основной причиной поздней постановки диагноза РА являлась задержка пациента на амбулаторно-поликлиническом этапе у терапевта и «ненаправление» его к ревматологу.

Данный показатель возрастал до 68 %, если пациент сразу обращался к ревматологу, минуя других врачей [88; 107; 126].

Разнообразие проявлений ревматических заболеваний зачастую ведет к трудностям диагностики, особенно врачами-«неревматологами». Серьезную проблему представляет своевременная диагностика СЗСТ, васкулитов, анкилозирующего спондилита, остеонекроза головки бедренной кости и ревматических пороков сердца [83; 98; 107; 135; 137; 138; 147; 152; 161; 167; 169; 184].

Несмотря на хорошо изученные механизмы развития и особенности клинической картины заболевания, подагра также диагностируется поздно. Большинство отечественных и зарубежных исследователей указывает на сроки установления правильного диагноза от 6 до 8 лет от начала заболевания [91; 92; 94; 108; 134; 135; 147; 153; 167; 174]. Еще *Ph. Hench* отмечал, что только в одном из четырех-пяти случаев подагра правильно диагностируется на ранних стадиях [151]. К сожалению, в настоящее время ситуация изменилась мало. Считается, что при первом приступе артрита подагра правильно диагностируется лишь у 10–15 % больных, у 30–40 % больных диагноз устанавливается через пять-семь лет [121; 151]. В результате исследования, проведенного специалистами НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, в течение первого года болезни подагра диагностировалась у 25 % больных, у остальных 75 % диагноз был поставлен в среднем на седьмой год болезни [92].

Клиническая картина острого подагрического артрита — интермиттирующее поражение I плюснефалангового сустава — является высокоспецифичным и чувствительным клиническим признаком подагры. В ряде работ показано, что именно высокая специфичность делает этот признак высокодостоверным при проведении диагностического поиска [90; 91; 92; 94; 116; 139; 168]. Однако этот признак может встречаться и при других артритах, правда, значительно реже [118]. По данным В. Г. Барсковой, в 70–90 % случаев подагра дебютирует с 1-го плюснефалангового сустава стопы [89]. При необычном течении болезни или по мере прогрессирования большое значение приобретают критерии диагноза,

позволяющие заподозрить подагру и подтвердить диагноз [101]. Продолжительное время употребляемой являлась классификация, разработанная Американской Ассоциацией Ревматологов (AAR, 1977) и одобренная для использования ВОЗ (2000) [89]. В настоящее время используются множественные критерии подагры, разработанные *ACR / EULAR* в 2015 г. Они обладают большей специфичностью, и применение их возможно также в межприступный период болезни [101].

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе все чаще поднимается вопрос о причинах поздней диагностики подагры [47; 69; 91; 92; 94; 151; 182; 194]. Подагра является хорошо управляемым заболеванием, и объективные основания для поздней диагностики подагры отсутствуют [89; 91; 92; 116; 119; 182]. Среди причин поздней диагностики подагры выделяют позднее обращение к врачу – по данным НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, больные подагрой впервые обращаются за медицинской помощью в среднем на шестой год болезни [153]. Среди возможных причин позднего обращения — длительная доброкачественность болезни, небольшая частота приступов, наличие «светлых» межприступных промежутков, доступность нестероидных противовоспалительных препаратов, которые больной принимает самостоятельно, пока течение болезни не повлияет на его трудоспособность [92; 153].

Наиболее вероятной причиной поздней диагностики подагры является большое количество совершаемых врачами диагностических ошибок, частота которых, по данным различных авторов, составляет от 30 до 68–80 % [15; 91; 92; 102; 121; 134; 135; 181]. Факты неправильного диагноза обнаруживались у каждого пятого больного подагрой [92]. При типичном дебюте подагры диагностика подагрического артрита не представляет труда. Тем не менее, его часто путают с флегмоной, рожистым воспалением, остеоартрозом, реактивным артритом, ревматоидным артритом, псориатической артропатией, септическим артритом [135; 174]. Пациенты с недиагностированной подагрой принимают антибиотики, хондропротекторы, подвергаются неоправданным хирургическим вмешательствам с образованием длительно незаживающих ран [91; 92; 121; 135;

174; 187]. Больные обращаются к хирургу, травматологу именно по поводу выраженности боли, а так как одним из наиболее ярких и частых провоцирующих факторов развития острого артрита является алкоголь, то у больных часто складывается впечатление о какой-то травме, которую он мог не заметить накануне [92]. Позднее направление к ревматологу также приводит к учащению хронических форм заболевания [25; 91; 104].

В последние годы на первый план выходит также проблема осведомленности врачей о подагре. *Spaetgens* и соавт. (2016), проводившие анкетирование врачей первичного звена здравоохранения на предмет осведомленности о подагре, отмечают, что несоблюдение современных рекомендаций может снизить эффективность лечения подагры, и указывают на существующую необходимость для активного их внедрения в работу врачей общей практики [68]. *Doghramji* и соавт. (2016), исследовавшие работу 315 врачей, сообщают, что регулярный контроль уровня МК, в соответствии с современными клиническими рекомендациями, проводился не более чем у 50 % больных, пациентов недостаточно информировали о диете и принципах здорового образа жизни при подагре, не выявляли ожирение. Его исследование ведения больных подагрой 124 врачей общей практики и 125 ревматологов выявило неадекватный контроль заболевания в реальной клинической практике [22].

Не последнее место в совершении диагностической ошибки может иметь «атипичность» дебюта — у пациентов с атипичным дебютом подагры хронический артрит и тофусы выявлялись чаще [91; 92; 153]. На поздних стадиях подагры к числу частых ошибочно выставляемых диагнозов относится РА (13 % случаев). Это может объясняться особенностями хронического течения подагры, при котором в процесс вовлекаются мелкие суставы кистей [75; 107].

Согласно рекомендациям *ACR/EULAR* (2015), выявление кристаллов МУН методом поляризационной микроскопии позволяет поставить достоверный диагноз подагры [101]. К сожалению, в России поляризационная микроскопия не является обычным методом диагностики [91; 92; 153]. Обязательное динамическое исследование уровня МК проводится не всегда [53; 75; 135; 153;

174]. Меры, направленные на контроль уровня МК, мониторинг дозы уратоснижающей терапии и соблюдение больными рекомендаций по ведению здорового образа жизни часто могут быть недостаточно эффективны на амбулаторно-поликлиническом этапе [22; 24; 50; 68; 152; 174].

К лечебным ошибкам во время острого приступа относятся назначение физиотерапии или уратоснижающей терапии, что катастрофически действует на артрит, пролонгируя его и усиливая воспалительные явления [92; 118; 130; 135; 147; 165; 174]. Применение анальгетиков при подагрическом артрите бессмысленно и даже считается медицинской ошибкой из-за наличия воспаления и повреждения тканей. Эффективность мазей не доказана, более того, учитывая патогенетическую сущность артрита, мази вряд ли могут считаться адекватной терапией [90; 118]. Грубой ошибкой лечения подагры является длительное применение пролонгированных форм ГКС. Это приводит к негативному влиянию на АД, жировой, углеводный обмен, а также к ускоренному тофусообразованию [90; 91]. Частой причиной тяжелого течения подагры является прием диуретиков, который способствует гиперурикемии [63; 87; 145]. Эпидемиологические исследования показали, что прием петлевых диуретиков увеличивает риск возникновения рецидивирующего подагрического артрита более чем в 3,5 раза [192].

Серьезной проблемой лечения больных подагрой является позднее назначение и неправильный режим приема уратоснижающей терапии. В результате исследования, проведенного НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, установлено, что аллопуринол был назначен лишь 50 % больных, и практически всем в период острого артрита. У 1/5 больных он был отменен врачами сразу же после купирования артрита, остальные прекратили прием самостоятельно в течение года [92; 153]. По данным Э. А. Михневич, из 360 обследованных больных подагрой аллопуринол постоянно принимали 20,3 %, у большинства из них сохранялись признаки активности болезни. Целевой уровень мочевой кислоты был достигнут лишь у 5,5 %. Автор связывает это с назначением субоптимальных доз аллопуринола и отсутствием долгосрочных подходов к

уратоснижающей терапии. 26,1 % пациентов никогда не принимали аллопуринол, среди причин этого явления наиболее часто отмечалось позднее обращение к врачу, неверный диагноз и редкие приступы обострения болезни [147]. Широко распространенной ошибкой ведения больных подагрой также является пренебрежение рекомендациями по профилактике приступов артрита в течение первых месяцев уратоснижающей терапии, несмотря на четкие указания о ее необходимости. Данная ошибка может быть основной причиной отказа пациента от приема уратоснижающих препаратов, низкой приверженности к лечению [102]. Другой серьезной ошибкой является неверный режим дозирования противовоспалительных и уратоснижающих препаратов, что ведет к недостаточному контролю над заболеванием [24]. Нередко встречается и хирургическое удаление тофусов, что почти всегда приводит к обострению артрита, а раневые поверхности длительно не заживают [91; 121; 165].

Проблемы комплаентности больных подагрой. Несмотря на высокую распространенность, социально-экономическую значимость, наличие эффективных препаратов и установленную прямую связь между атаками артрита и погрешностями в лечении, подагра считается хроническим заболеванием с наихудшим уровнем приверженности больных к терапии [22; 54; 153]. По мнению различных авторов, низкая комплаентность остается одной из главных причин недостаточного медицинского контроля за больными подагрой [4; 18; 19; 53; 118; 137; 153]. Причины этого явления точно не установлены. В исследовании Harrold и соавт. (2009), где оценивалась комплаентность в отношении уратоснижающей терапии около четырех тысяч больных подагрой установлено, что более половины (56 %) не были привержены к лечению. Низкая комплаентность среди пациентов с подагрой широко распространена, в частности, у молодых пациентов без сопутствующих заболеваний, не посещающих врача в профилактических целях [29]. По данным А. В. Цыган, в результате изучения психосоматического статуса больных подагрой выявлено, что у них отсутствует склонность к серьезному углублению в сложные проблемы, часто имеет место неадекватная оценка тяжести своего состояния и низкая приверженность к лечению. По мнению

автора, больным подагрой, учитывая их психоэмоциональные особенности, необходимо разъяснять характер течения и прогноз заболевания с целью изменения образа жизни [191].

Исследование *Silva* и соавт. (2010) выявило ассоциацию между некоторыми клиническими характеристиками (молодой возраст, большой индекс массы тела, предшествующее лечение уратоснижающими препаратами, большая частота атак артрита и высокая гиперурикемия) и низкой приверженностью больных подагрой к лечению, а также корреляцию низкого уровня комплаентности с возможными причинами худшего ответа на терапию, такими как гиперурикозурия, нефролитиаз, почечная недостаточность. Исследователи полагают, что пациенты с разными патогенетическими механизмами и противопоказаниями или недостаточным ответом на терапию нуждаются в разном подходе и требуют постоянного внимания [64].

В исследовании *G. Reach*, где оценивалась приверженность больных подагрой к медикаментозному лечению, за высокий уровень комплаентности был принят прием не менее 80 % назначенных лекарств. Уровень приверженности к лечению больных подагрой составил 36,8 %, по сравнению с больными АГ и СД 2-го типа, чья комплаентность была 72,3 и 65,4 % соответственно [58]. Исследование *D. I. Brixner* и соавт. (2005) выявило, что только 18 % пациентов оставались приверженными к лечению аллопуринолом в течение двух лет после его назначения. Улучшение приверженности к уратоснижающей терапии является важнейшим аспектом лечения подагры, так как адекватная терапия может снижать риск хронизации заболевания на 70 % [12].

Простым и удобным инструментом для оценки приверженности к терапии больных хроническими заболеваниями является тест Мориски-Грина, состоящий из четырех вопросов, который широко применяется у пациентов с различными нозологическими формами [51; 72; 144].

Осведомленность о подагре врачей первичного звена здравоохранения. Важным аспектом для решения проблемы приверженности к лечению больных подагрой является улучшение осведомленности врачей первичного звена

здравоохранения о подагре, терапевтических возможностях и необходимости эффективного сотрудничества с больными [6; 22; 60]. Успешно внедряемый в практику метод обучения специалистов посредством тематических лекций позволяет информировать врачей первичного звена о новых подходах к ранней диагностике и лечению ревматических заболеваний [80; 152; 154]. Образовательные программы для врачей первичного звена имеют огромное значение и способствуют ранней диагностике, своевременному назначению терапии, улучшению качества жизни больных [152].

Нельзя отрицать, что на современном этапе существует проблема осведомленности ревматологических больных о своем заболевании [59; 125; 154]. При верном понимании сути болезни и цели терапии информация о сроках, методах лечения, эффективных препаратах, кратности их приема, побочных явлениях и необходимости физических упражнений, сообщаемая врачами, недостаточна либо не запоминается [125]. Исследования, проведенные в Китае и Сингапуре, выявили положительную корреляционную связь между уровнем осведомленности больных о подагре и приверженностью к уратоснижающей терапии, а также установили зависимость между эффективностью медикаментозного лечения подагры и комплаентностью в отношении приема препаратов [18; 76]. Перспективным направлением комплексной терапии ревматических заболеваний являются образовательные программы для больных. В процессе обучения в школе основам правильного образа жизни у пациентов формируется стратегия преодоления болезни. Результаты эффективности двухгодичной работы школы «Подагра» в г. Хабаровске свидетельствуют о снижении частоты обострений в среднем с 4,9 до 1,2 на одного больного [121]. Проведение образовательных программ для больных хроническими заболеваниями суставов приносит большую пользу и существенно способствует улучшению качества жизни и реабилитации больных [154]. По данным *Martini* и соавт. (2012), изучавших осведомленность больных подагрой о своем заболевании, 85 % пациентов не соблюдали диету, менее половины представляли себе механизм действия назначенных им лекарств, и только 33 % знали, какие

препараты принимают строго при обострении и вне его. Также было отмечено, что медработники не являлись главным источником информации для больных о подагре [45].

1.2. Проблемы динамического наблюдения за больными подагрой

Динамическое наблюдение за здоровым и страдающим отдельными нозологическими формами населением – это важный элемент функционирования современной системы здравоохранения. Составным элементом динамического наблюдения является диспансеризация.

В соответствии с приказом Минздрава России от 03.02.2015 № 36 ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [4] диспансеризация определяется как комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимые в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемые в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В современных условиях перед здравоохранением стоит важнейшая задача – сохранение и укрепление здоровья населения. Целенаправленное воздействие на управляемые факторы риска позволяет предупредить значительное число болезней, а своевременное и качественное лечение — их осложнения [84; 103; 106; 123; 140; 143; 157; 185; 198; 199]. Свертывание профилактической деятельности медицинских организаций повлекло за собой значительную потерю людских и материальных ресурсов. Отсутствие программ всеобщей диспансеризации сказалось, прежде всего, на снижении контроля над состоянием здоровья трудоспособного населения [3; 95; 113; 151].

Проблема качества динамического наблюдения населения в новых экономических условиях является одной из самых актуальных в здравоохранении.

Результатом отказа от профилактических мероприятий стал резкий рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний [118; 143; 144; 196; 197; 198]. Между тем диспансеризация может быть особенно эффективной в отношении заболеваний, где разработаны эффективные методы ранней диагностики. В последние годы акцент все более смещается на создание концепций профилактики отдельных заболеваний [143; 157; 196]. По итогам дополнительной диспансеризации за 2007 год было выявлено 11,6 % болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, каждый десятый случай составили впервые выявленные заболевания [111; 155]. Между тем служба медицинской реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями не имеет необходимого материального и кадрового потенциала. Психологическая и профессиональная реабилитация больных практически не проводится [122; 123; 155]. В ряде случаев консультации больных узкими специалистами также проводятся несвоевременно [103].

Существует мнение, что формальный подход к динамическому наблюдению подагры и других ревматических заболеваний, недостаточный уровень подготовки кадров ведут к неадекватной тактике ведения больного и дефектам реабилитации. Все это ведет к неудовлетворительным показателям восстановления и инвалидизации, так как именно на этапе динамического наблюдения устанавливается окончательный клинический диагноз, происходит объективное перераспределение по группам диспансерного наблюдения, разрабатывается и контролируется индивидуальный план оздоровления и лечения [84; 95; 122; 123; 138; 140].

Проблема комплексной медицинской реабилитации ревматологических больных имеет большое социально-экономическое значение, так как сохраняет профессиональную и социальную активность больных [84; 138; 168].

Ввиду дефицита кадров и большой загруженности участковых врачей-терапевтов, существуют отдельные недостатки в работе с больными — не указываются факторы риска, особенности труда и быта ревматологических

больных, отсутствует обучение пациентов навыкам здорового образа жизни, не в полном объеме проводятся немедикаментозные виды лечения [103; 106; 122; 123].

Исследования показывают, что тщательный амбулаторный врачебный контроль ассоциируется с лучшим качеством медицинской помощи, меньшим количеством случаев отказа от приема уратснижающей терапии у больных подагрой [147]. Адекватная реабилитация способствует замедлению прогрессирования подагры, улучшению качества жизни пациентов и уменьшению потребности в медицинских препаратах [100].

Анализ оценки современной диспансеризации в первичном звене здравоохранения с точки зрения пациентов продемонстрировал, что подавляющее большинство населения, прошедшего диспансеризацию, позитивно оценивает целесообразность ее проведения. В то же время исследования указывают на низкую медицинскую активность населения. В случаях выявления на профилактическом осмотре заболеваний, о которых опрошенные ранее не знали, 29,4 % предпочитают не обращаться в поликлинику [103; 160]. Следует обратить особое внимание, что, по данным отчетных форм, диспансерное наблюдение было установлено только у 20,2 %, тогда как нуждаются в диспансерном наблюдении в два раза большее число граждан [185; 198].

Имеющийся опыт диспансеризации в современных условиях показал, что есть необходимость привнести реальную профилактическую составляющую в практику участкового терапевта, доля которой должна составлять не менее 40 % от общего объема работы [168; 198]. Выявленные дефекты в организации диспансеризации больных свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих систем ведомственного и вневедомственного контроля над качеством проведения динамического наблюдения ревматологических больных [103].

1.3. Медико-социальная значимость подагры

Распространенность подагры в мире. По данным различных авторов, в настоящее время во всем мире наблюдается неуклонный рост заболеваемости подагрой [42; 45; 55; 77]. Изменение образа жизни и высокая распространенность факторов риска развития подагры в популяции способствует быстрому увеличению показателей общей и первичной заболеваемости в России и в большинстве стран мира [17; 42; 77; 136; 166]. В мировой литературе есть сведения об увеличении заболеваемости подагрой в США, Великобритании, Германии, Финляндии, Греции, Новой Зеландии, Тайване, Китае [7; 8; 26; 38; 75]. Традиционно считается, что подагра встречается примерно у 1–3 % мужчин в странах Запада, преимущественно в возрасте после 45 лет [31]. Однако ряд исследователей сообщает о больших показателях заболеваемости. Рядом работ показано, что заболеваемость подагрой за последние десять — 20 лет возросла более чем вдвое [7; 8; 13; 23; 32; 36; 38; 62; 77]. Возможно, это обусловлено высокой распространенностью других метаболических нарушений — ожирения, сахарного диабета, инсулинрезистентности, артериальной гипертензии [42; 110; 145; 146]. Особенности питания также имеют прочную связь с развитием подагры. Большинство исследований в этой области проведены *Choi* и соавт. (2007), и доказано, что ожирение является фактором риска развития подагры, тогда как снижение массы тела ведет к нормализации уровня МК в крови [20; 31].

Имеются данные и о снижении возраста дебюта подагры. С 1992 по 2000 г. возраст дебюта заболевания снизился почти на три года [8]. Возросла частота женской и семейной подагры, а также нефролитиаза [13; 31; 73; 79].

Многоцентровое исследование, проведенное в Великобритании в 1991 г., обнаружило, что по сравнению с 1970-ми годами распространенность подагры возросла втрое [8]. Показатель заболеваемости увеличился с 0,3 % в 1970-х гг. до 0,95 % в 1990-х гг. В 1999 г. распространенность подагры составила 1,4 % во взрослой популяции и 7,0 % среди мужчин старше 65 лет. По сравнению с больными ОА, подагра значительно чаще ассоциировалась с заболеваниями

сердца, АГ, СД, ХПН и приемом диуретиков [49]. Ретроспективное исследование распространенности подагры в Англии и Германии с 2000 по 2005 г. выявило уровень заболеваемости подагрой 1,4 % в обеих странах, средний возраст больных составил 60 лет [8]. Увеличение уровня заболеваемости было напрямую связано с ожирением, МС, АГ и злоупотреблением алкоголя [8; 23; 26]. Ежегодная заболеваемость подагрой в Англии составляет от 11,9 до 18 случаев на 10 000 населения [105].

Недавнее исследование, проведенное *L. Soriano* в Великобритании, обнаружило, что распространенность подагры составила 2,68 (4,42 у мужчин и 1,32 у женщин) на 1 000 человеко-лет, увеличиваясь с возрастом. Была обнаружена независимая ассоциация повышения риска развития подагры с предшествующими заболеваниями сердца, гиперлипидемией, ХСН, псориазом и приемом циклоспорина [38]. Исследование, проведенное в британском *Royal College of General Practitioners Weekly Returns Service* с 2001 по 2007 г., сообщает об увеличении первичной заболеваемости подагрой с 4,2 / 1,000 в 2002 г. до 4,9 / 1,000 в 2003 и 2006 г. [8].

Распространенность подагры также варьирует в зависимости от географического региона. Для некоторых этнических групп не установлено очевидных внешнесредовых факторов риска развития подагры, причина в этом случае кроется, по-видимому, в генетических особенностях. По данным проведенных исследований, показатель распространенности подагры в Греции значительно вырос по сравнению с ранее установленным (с 0,47 до 4,7 %). Возможно, это объясняется пожилым возрастом пациентов – средний возраст больных составил 63 года, а также особенностями диеты и образа жизни. Морепродукты, которые преобладают в рационе жителей прибрежных областей Греции, являются фактором риска развития подагры [7]. Исследование показало, что подагра ассоциировалась с мужским полом, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа — компонентами метаболического синдрома, который часто встречался у пациентов и повышал риск кардиоваскулярных катастроф [58].

В Китае распространенность подагры в начале 1980-х гг. составляла 1,4 % у мужчин и 1,3 % у женщин. В 1987–1988 гг. уровень заболеваемости вырос до 15,4 % и 11,3 % в Пекине и 14,2 % и 7,1 % в Шанхае соответственно. Наибольшая распространенность была зарегистрирована в Гуандао — 32,1 % у мужчин и 21,8 % у женщин [76]. Хотя эти показатели были намного ниже, чем у жителей Тайваня, — есть сообщения об уровне распространенности от 11,7 % [52] до 53,8 и 30,7 % соответственно [78]. Популяционное исследование в городе Гуандао сообщает также об увеличении первичной заболеваемости с 3,6 / 1,000 до 5,3 / 1,000 [13]. В Корее распространенность подагры выросла с 3,49 в 2007 г. до 7,58 на 1 000 в 2015 г., заболеваемость увеличилась с 1,52 до 1,94 на 1 000 соответственно. Большая распространенность и заболеваемость были выявлены среди мужчин пожилого возраста [36]. Распространенность подагры в Австралии составляет 5,2 % [54].

В США подагра встречается примерно у 2 % людей в возрасте от 45 до 65 лет и у 3 % людей старше 65 лет [30]. Распространенность подагры в США за последние 20 лет увеличилась примерно вдвое. Основными факторами, определившими увеличение заболеваемости, считаются увеличение продолжительности жизни, прием диуретиков и низких доз аспирина, АГ и метаболический синдром [10; 105]. Как показало исследование *Normative Aging Study*, распространенность подагры зависит от исследуемой популяции. Максимальный показатель распространенности подагры отмечен у мужчин старшего возраста из-за имеющихся у них многочисленных факторов риска. Распространенность подагры среди белых мужчин равна приблизительно 8,6 %, первичная заболеваемость — 5,9 %, а среди афроамериканцев этот показатель еще выше. *Arromdee* и соавт. (2002) обнаружили, что к 1996 г. показатель первичной заболеваемости подагрой в США вырос с 20,2 до 45,9 на 1 000 тыс. [9]. Одной из причин роста заболеваемости может быть изменение частоты встречаемости факторов риска с тенденцией к их учащению. Увеличился средний возраст больных среди американцев и процент пациентов, страдающих ожирением, растет частота артериальной гипертензии. МС, АГ и прием тиазидных диуретиков также

могут стать причиной развития подагры [63]. В возрастной группе старше 75 лет в США распространенность подагры увеличилась с 2,1 % в 1990 г. до 4,1 % в 1999 г. [36]. Исследование *NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey)*, проводимое с 1988 по 1994 г., обнаружило максимальную распространенность 8 % (11,6 % у мужчин и 5,2 % у женщин в возрасте от 70 до 79 лет) [77].

Подагра наносит также и серьезный экономический ущерб. Так, ежегодные затраты на лечение новых случаев острого подагрического артрита в США оцениваются в 27,4 млн долларов. Во время острой атаки подагрического артрита пациенты пропускают в среднем три-пять рабочих дней [10].

Показатель распространенности подагры в РФ был существенно более низким, чем в североамериканской популяции — в 4,5 раза (310 и 1 395 на 100 тыс.). Возможно, это объясняется тем, что численность взрослого населения США почти вдвое выше, чем в Российской Федерации [187].

К сожалению, подагра, введенная в МКБ 10 как отдельная рубрика под шифром M10, не выделяется из общей массы БКМС в статистических формах. При этом имеются достаточно убедительные эпидемиологические сведения о существенной и увеличивающейся распространенности в России этого тяжелого метаболического заболевания [187]. Масштабное национальное эпидемиологическое исследование распространенности РЗ среди населения бывшего Советского Союза было проведено под руководством Института ревматологии АМН СССР в конце 70-х гг. прошлого века. Было установлено, что распространенность подагры составила 100,0 на 100 тыс. населения [97].

Согласно российскому эпидемиологическому исследованию распространенности РЗ, не ориентированному специально на диагностику подагры, количество больных подагрой в Российской Федерации в начале XXI в. должно быть не менее 330 тыс. человек [105]. По данным эпидемиологического исследования распространенности ревматических заболеваний, проведенного Е. А. Галушко, распространенность подагры составила 3 % (2,7 % в городе и 1 % в селе) [104]. Изучение распространенности подагры в России связано с известными сложностями, обусловленными прежде всего недостаточными

знаниями проблемы врачами-«неревматологами», плохо владеющими диагностикой этого распространенного заболевания [187].

Динамика показателей заболеваемости подагрой в г. Иркутске подтверждает мировые тенденции. В соответствии с данными ежегодной статистической отчетности ревматологической службы г. Иркутска наблюдается постоянный рост заболеваемости подагрой [124; 134; 136; 166; 180]. С 2005 по 2016 г. заболеваемость подагрой выросла в 1,7 раз, а число впервые выявленных случаев — в 1,5 раза [136]. Данные эпидемиологических исследований, проведенных на территории г. Иркутска, свидетельствуют об увеличении распространенности подагры с 0,02 % в 1986 г. [97] до 0,4 % в 2006 г., она оказалась самой частой причиной артрита у мужчин старше 40 лет [162].

Сходные данные получены в некоторых регионах России и ближнего зарубежья. В Хабаровске за период с 2002 по 2007 г. отмечена отчетливая тенденция к практически двукратному росту ежегодного количества больных подагрой, обратившихся в поликлиники города (с 2,8 до 4,4 % от общего числа больных РЗ) [121]. По данным отчетов ревматологической службы г. Красноярска, заболеваемость подагрой в крае также неуклонно растет – ежегодно лечение подагры проходят 5 % от всех суставных больных, увеличилась доля больных молодого возраста (25–30 лет) [100]. Исследование, проведенное ревматологической службой Сахалинской области, показало большую распространенность подагры, особенно среди корейцев, проживающих на Сахалине, в сравнении с лицами славянской национальности [141].

В Южно-Казахстанском округе первичная заболеваемость подагрой за десять лет увеличилась в 17,3 раза. Количество диспансерных больных с подагрой выросло с 43 в 2001 г. до 60 в 2004 г. на 100 тыс. населения. За последние пять лет временная нетрудоспособность по подагре выросла на 35 %, госпитализация — на 54 % [133]. Исследователи из государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино (Таджикистан) также сообщают о росте заболеваемости подагрой в республике [78; 195].

Дебют подагры характеризуется яркой клинической картиной, в 70–90 % случаев поражая первый плюснефаланговый сустав стопы. В начале болезни наблюдаются длительные межприступные промежутки. У 60–80 % больных повторный приступ развивается уже в течение первого года. В дальнейшем заболевание неуклонно прогрессирует, преобладает полиартикулярный характер поражения, развивается хроническая тофусная подагра. В течение первых пяти лет болезни тофусы формируются у каждого шестого больного [90].

К сожалению, подагра не ограничивается лишь поражением суставов. На современном этапе она позиционируется как системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в местах отложения моноурата натрия у людей с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и /или генетическими факторами [89]. Подагра часто сочетается с ожирением, артериальной гипертензией, метаболическим синдромом, хронической почечной недостаточностью [137; 138; 170; 178]. При обследовании 1 291 больного ревматическими заболеваниями, МС был выявлен у каждого четвертого, и наиболее часто он встречался у пациентов с подагрой [146]. В недавно проведенном исследовании наличие МС, диагностированного при помощи рабочих критериев экспертов Национального здоровья США (АТР III), было выявлено у 82 % больных подагрой [194]. Вероятно, влиянием метаболических нарушений можно объяснить рост заболеваемости подагрой, отмеченный в последние десятилетия [93]. Результаты ряда исследований свидетельствуют, что частота выявления СД 2-го типа прямо коррелирует с уровнем МК в крови [21; 55].

Социально-экономическая значимость подагры. Хроническая, прогрессирующая, склонная к частым обострениям, подагра является одной из причин временных и стойких трудовых потерь общества. Так, в США ограничение жизнедеятельности вследствие подагры за период с 1979 по 1981 г. составило 37 млн дней [66; 162].

Подагра, как и многие другие ревматические болезни, часто является причиной развития инвалидности у людей трудоспособного возраста [153; 162].

Средний возраст ревматологических больных, которым впервые устанавливается инвалидность, составляет 41 год [155]. Есть данные, что основная масса больных с РЗ становится нетрудоспособной уже в первые пять лет от начала заболевания [194]. По данным Г. В. Сидоровой и соавторов, подагра, наряду с РА и псориатическим артритом, занимает 3-е место среди заболеваний костно-мышечной системы, приведших к инвалидности в 2005 г. в г. Иркутске [163].

Важным свидетельством социальной значимости подагры является способность отрицательно влиять на продолжительность жизни. У больных подагрой повышен риск смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы [109; 110; 112]. Подагру, как и все воспалительные РЗ, обоснованно рассматривают как фактор риска проявления ранних атеросклеротических изменений стенки артерий, следствием которых являются смертельные кардиоваскулярные катастрофы [71; 109; 110; 112; 188]. Не последняя роль в развитии прогрессирования атеросклероза при подагре может принадлежать гиперурикемии. Основной аспект формирования кардиоваскулярной патологии при подагре может быть непосредственно связан с провоспалительными свойствами МК [14; 56; 71; 109; 188]. Как сообщает *E. Krishnan* и соавторы, в результате 17-летнего исследования летальных исходов у мужчин среднего возраста от заболеваний сердечно-сосудистой системы риск смерти у пациентов с подагрой был выше на 30 % [39]. Основной причиной смерти больных подагрой являются ССЗ, обусловленные атеросклеротическим повреждением сосудов [109; 112]. Подагра является независимым фактором риска развития заболеваний почек [40; 73; 151; 177; 193]. До изобретения гемодиализа от ХПН умирало 25 % больных подагрой [149]. Так, при исследовании причин смерти больных РЗ в Москве было установлено, что среди причин смерти пациентов с подагрой преобладала уремия, а также острая сердечная недостаточность на фоне постинфарктного кардиосклероза [112]. По данным И. С. Денисова и соавторов, выживаемость 305 больных подагрой за семь лет наблюдения составила 85 %, в 2/3 случаев причиной смерти являлись осложнения кардиоваскулярных заболеваний. Помимо ИБС и ХБП, МС и некоторые его компоненты (подъем АД,

гипергликемия и низкий уровень ХС-ЛПВП) ассоциировались с высокими шансами общей и сердечно-сосудистой смерти у больных подагрой [109; 110; 112]. Учитывая это, подагру, несомненно, следует считать жизнеугрожающим заболеванием.

Качество жизни больных подагрой. Определение качества жизни стало в последние годы одним из важнейших объективных способов оценки статуса пациента, основанных на измерении субъективно определяемого благополучия [82; 85; 117; 152]. Подагра отрицательно сказывается на качестве жизни, работоспособности и повседневной активности пациентов [11; 44; 72; 93; 117; 152]. Ряд исследований сообщает о значительном снижении качества жизни пациентов с тяжелым течением подагры по сравнению с общей популяцией, по результатам использования опросника *SF-36* [27; 66; 72]. По данным М. С. Елисеева и соавт. (2011), изучавших качество жизни 88 больных подагрой с помощью опросника *SF-36*, физический компонент здоровья у больных подагрой был достоверно ниже такового в популяции [115].

В результате исследования, проведенного *Singh* и соавт. (2008), пациенты с подагрой имели большее снижение физического компонента оценки качества жизни, чем пациенты без подагры [66]. *S. J. Lee* и соавт. (2009) изучали влияние подагры на качество жизни 308 больных в трех крупных городах США. Пациенты с большим количеством суставных атак в течение года и с большим количеством пораженных суставов имели меньшее значение физического и ментального компонента опросника [44]. В результате проспективного 52-недельного исследования влияния степени тяжести подагры и функциональной недостаточности на субъективную оценку качества жизни пациентов было установлено, что тяжелое течение подагры ассоциировалось с худшим качеством жизни и более тяжелой степенью функциональной недостаточности, особенно у пациентов с большим количеством суставных атак и большим числом пораженных суставов [11]. Известно также, что снижение КЖ при подагре независимо ассоциируется с увеличением числа воспаленных суставов, частоты

приступов артрита, пожилым возрастом, женским полом и коморбидными заболеваниями (ХБП, ожирением, сосудистыми катастрофами) [117].

Общие опросники позволяют сравнивать КЖ между группами пациентов с любой патологией, а также популяционной контрольной выборкой [85]. В настоящее время разработаны также и специфические опросники для исследования качества жизни больных подагрой. *The Gout Impact Scale (GIS)* — это специфический опросник для изучения КЖ у больных подагрой при обострении и вне его [35]. Как специфический опросник, *GIS* может быть чувствителен для определения влияния частоты атак артрита и других характеристик подагры на качество жизни [30; 64]. В 1995 г. Международной организацией по изучению КЖ (*ISQOL*) зарегистрирована русская версия опросника *EuroQol — 5D (EQ-5D)*, разработанного группой европейских ученых [5; 7]. *EQ-5D* является общим опросником, прост в применении, для его заполнения требуется минимальное количество времени. Данный опросник широко используется для изучения качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями, в число которых входит и подагра [82; 117; 139]. Так, М. Мукаговой и соавт. (2014) была установлена корреляционная связь между значениями опросника *EQ-5D* и некоторыми клиническими и лабораторными показателями у больных подагрой [117; 152].

Установлено, что у больных подагрой страдает преимущественно физическое здоровье, в меньшей мере – психологическое состояние, снижена социальная адаптация [115; 152]. Однако *J. Prior* и соавт. (2016) сообщают, что пациенты с частыми суставными атаками или полиартритом чаще испытывают симптомы депрессии даже при регулярном приеме уратоснижающей терапии. Установлено негативное влияние депрессии на приверженность к медикаментозному лечению [28]. Таким образом, высокая распространенность, постоянный рост заболеваемости, ранняя инвалидизация, ухудшение качества жизни и высокий риск смерти требует усовершенствования методов ранней диагностики и оптимизации тактики ведения и динамического наблюдения за больными подагрой.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

Проведено одноцентровое одномоментное поперечное выборочное исследование пациентов, отвечающих заданным критериям, формирование групп и сбор необходимых данных. Продолжительность работы составила 11 лет (2007–2017 гг.) На подготовительном этапе был проведен анализ литературных источников по теме исследования, разработана методология, определены цели, задачи и объем планируемых исследований. Диссертационное исследование включило в себя семь этапов (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Программа работы

Исследуемые вопросы	Метод исследования	Объем исследования
Этап 1. Состояние проблемы	Аналитический	Исследование публикаций, посвященных данной проблеме (n = 200 источников)
Этап 2. Изучение особенностей клинического течения подагры	Клинический, лабораторно-инструментальный	n = 467 пациентов
Этап 3. Изучение осведомленности о подагре врачей первичного звена здравоохранения	Социологический	n = 73 врача
Этап 4. Экспертная оценка качества ведения и диспансерного наблюдения больных подагрой	Метод экспертных оценок	n = 132 амбулаторные карты
Этап 5. Изучение особенностей клинического течения подагры	Клинический, лабораторно-инструментальный	n = 467 пациентов
Этап 6. Изучение осведомленности и приверженности к лечению больных подагрой	Социологический	n = 60 пациентов
Этап 7. Оценка полученных результатов, внедрение	Аналитический, Статистический	Результаты собственных исследований

2.2. Объекты исследования

Обследовано 719 больных подагрой, проходивших лечение на базе ревматологического центра ОГАУЗ «ИГКБ № 1».

При включении в исследование с пациентами проводилось индивидуальное консультирование с соблюдением этических принципов, предъявляемых Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации. Мониторинг исследования осуществлялся этическим комитетом ИГМУ. При согласии на участие пациенты подписывали добровольное информированное согласие.

С целью изучения динамики особенностей клинической картины подагры были сформированы две группы больных (рис. 2.1). В программу входили пациенты, удовлетворяющие следующим критериям включения:

- мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет;
- верифицированный ранее диагноз первичной подагры, подтвержденный с помощью критериев диагностики [89];

- постоянное проживание в г. Иркутске;
- добровольное информированное согласие на участие в исследовании;

Критерии исключения:

- вероятная подагра;
- вторичная подагра;
- наличие ревматического заболевания, сопутствующего подагре.

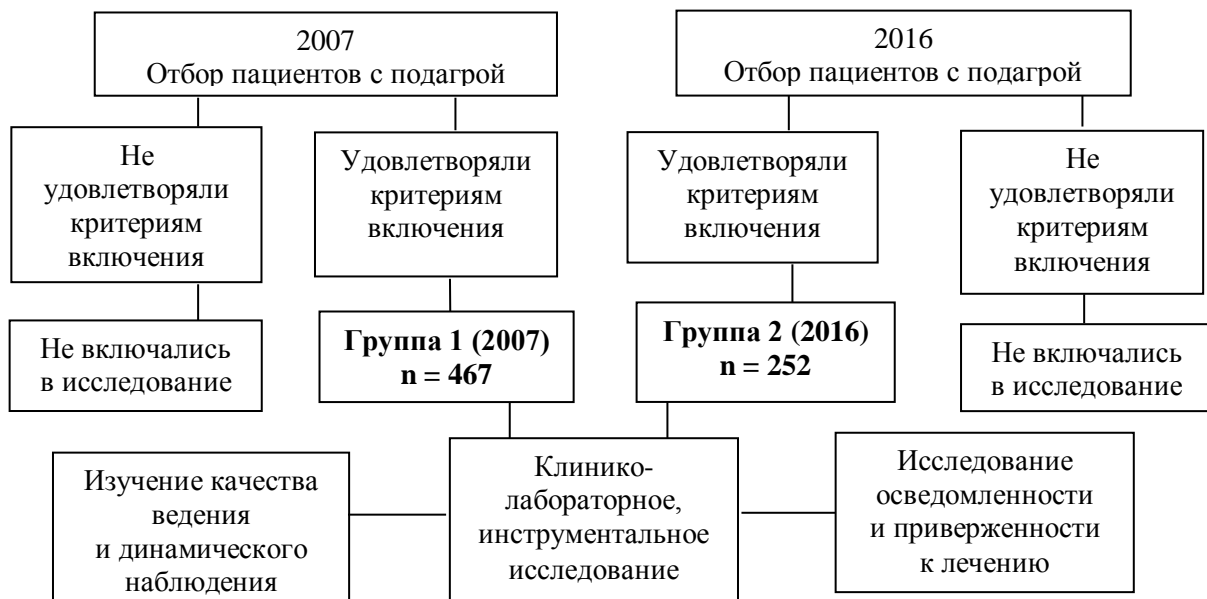


Рис. 2.1. Дизайн исследования

Численность групп определялась с помощью формулы репрезентативности выборки [158] при доверительной вероятности 95 %. Пациенты в обеих группах не повторялись, входили в одну и ту же популяцию больных, все были жителями города Иркутска (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Характеристика групп

Признак	Группа 1 (2007)	Группа 2 (2016)	p
Численность групп, чел.	467	252	
Соотношение мужчин и женщин**	3:1	3:1	0,949
Возраст, лет*	57,22 (48,0–67,0)	57,57 (53,0–64,0)	0,599
Длительность заболевания, лет*	9,68 (4,0–14,0)	8,07 (3,0–10,0)	0,766
Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием критерия Манна-Уитни* и критерия χ^2 **			

1-я группа — 467 пациентов (каждый второй больной, обратившийся в городской ревматологический центр за период с января по ноябрь 2007 г.).

2-я группа — 252 пациента (каждый второй больной, обратившийся в городской ревматологический центр за период с января по ноябрь 2016 г.).

Диагноз пациентов верифицировался по критериям *EULAR (2006)* [89].

Анализировались следующие параметры:

- пол;
- возраст больного в момент дебюта болезни: трудоспособный и пенсионный;
- социальный статус (работающий, неработающий);
- трудоспособность (трудоспособный, инвалид);

поздняя диагностика подагры — диагноз установлен в срок свыше одного года после начала заболевания [89; 90; 91; 92];

- факторы, провоцирующие обострение артрита;
- возраст дебюта подагры;
- суставы, пораженные в дебюте заболевания;

- количество пораженных суставов на момент включения в исследование: моноартрит — поражение одного сустава, олигоартрит — поражение от двух-трех суставов, полиартрит — поражение четырех и более суставов;

- число обострений артрита в год;
- длительность последнего обострения: одна-три недели — острый артрит, четыре — 12 недель — затяжной артрит, свыше 12 недель — возможная хронизация болезни [90; 91; 92];
- артериальная гипертензия (ВНОК, 2004);
- ИБС (ВНОК, 2004);
- гиперурикемия — уровень мочевой кислоты ≥ 360 мкмоль/л (EULAR, 2006) [89];
- сахарный диабет — при определении глюкозы в плазме крови $\geq 7,0$, через два часа после ПГТГ $\geq 11,1$; при значении уровня HbA1c $\geq 6,5$ % (ВОЗ, 2006);
- ожирение — ИМТ ≥ 30 кг/м² (ВОЗ, 1997);
- ХБП рассчитывался клиренс креатинина по формуле СКД-EPI. Клиренс креатинина ниже 60 мкмоль/л или СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² свидетельствовало о наличии почечного повреждения. При значениях СКФ 60–89 мл/мин/1,73 м² исследовались другие маркеры почечного повреждения [54];
- подагрическая нефропатия выставлялась при наличии нефролитоаза (конкременты по данным ультразвукового исследования почек) или интерстициального нефрита (перемежающаяся протеинурия, уратурия, патологический клеточный осадок мочи);
- прием уратоснижающей терапии считался регулярным без перерыва более чем на одну неделю с даты назначения препарата. Нерегулярным — если допускались перерывы в приеме препарата от одной недели до одного месяца с даты назначения препарата;
- позднее направление к ревматологу — направление больного к специалисту свыше двух недель с момента возникновения острого артрита;
- поздняя диагностика подагры — установление диагноза подагры в период свыше одного года после обращения пациента к врачу по поводу повторного острого артрита [92];

- верный режим назначения уратоснижающей терапии — назначение в исходно низкой дозе (50–100 мг для аллопуринола) ежедневно с последующим увеличением (при необходимости) каждые две-четыре недели [159];

- употребление алкоголя измерялось в условных единицах (1 у. е. соответствует 10–15 г алкоголя, содержащимся в бутылке пива или бокале вина, или в 30 г крепких напитков) в неделю[88].

2.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования

Исследование гематологических и биохимических показателей крови и анализов мочи проводилось унифицированными методами в клинко-диагностической лаборатории ОГАУЗ «ИГКБ № 1» (заведующая лабораторией — Е. Н. Шкуратова).

Среди лабораторных тестов использовались исследование общего анализа крови, общего анализа мочи и биохимических (глюкоза, креатинин, холестерин, мочевиная кислота) показателей. С целью верификации диагноза подагры всем больным проводилось исследование синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии. Ультразвуковое исследование почек выполнялось в отделении ультразвуковой диагностики ОГАУЗ «ИГКБ № 1» (заведующий отделением — А. А. Образцов).

2.4. Исследование осведомленности о подагре врачей первичного звена здравоохранения

Проведено анкетирование 50 врачей-терапевтов участковых и 23 ревматолога г. Иркутска с целью исследования уровня знаний врачей амбулаторно-поликлинической службы о подагре. Соотношение мужчин и женщин среди терапевтов составило 1:49, среди ревматологов 1:22 ($p = 0,886$) (табл. 2.3).

Характеристика групп врачей, принявших участие в анкетировании

Показатели	Терапевты (n = 50)	Ревматологи (n = 23)	p
Возраст, M, SD, лет	46,5 ± 13,1	44 ± 9,0	0,332
Продолжительность трудового стажа, M, SD, лет	20 ± 9,5	18 ± 5,0	0,673
Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием критерия Манна-Уитни			

Специально разработанная анонимная анкета включала вопросы о поле, возрасте, стаже работы, наличии смежных специальностей, средней нагрузке, а также о принципах ранней диагностики, тактике лечения больных подагрой и проблемах ведения их на амбулаторно-поликлиническом этапе (*прил. 1*). Врачи заполняли анкеты самостоятельно. Исключались из исследования анкеты с пропущенными ответами на вопросы и с вопросами, на которые был отмечен более чем один ответ. Удовлетворительным признавался уровень осведомленности, если на вопрос давали верный ответ 70 % врачей и более. Данные о результатах исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин.

2.5. Изучение осведомленности и приверженности к лечению больных подагрой

Проведено анкетирование 60 больных подагрой, находящихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ОГАУЗ «ИГКБ № 1». Был опрошен каждый четвертый госпитализированный больной подагрой в 2016 г. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ОГАУЗ «ИГКБ № 1». Все больные получили полную информацию о содержании работы и изъявили добровольное согласие на участие. Пациенты заполняли опросник самостоятельно.

Специально разработанная анкета включала вопросы о поле, возрасте больного, длительности болезни, осведомленности о природе заболевания, взаимодействии с врачом, спектре применяемых препаратов, а также о приверженности к лечению и причинах отказа от приема уратоснижающих препаратов (*прил. 2*). Все больные заполняли анкету самостоятельно. Удовлетворительным был признан уровень осведомленности, если на вопрос давали верный ответ не менее 70 % пациентов. Исключались из исследования анкеты с пропущенными ответами на вопросы. Данные о результатах исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Для изучения приверженности больных подагрой уратоснижающей терапии был использован тест Мориски-Грина (*прил. 3*). Данный тест был валидирован в 1985 г. [50]. Тест состоит из четырех вопросов, определяющих, пропускает ли больной прием лекарственных препаратов, если чувствует себя хорошо или плохо, забывает ли он принимать лекарства и внимательно ли относится к рекомендованному времени приема препаратов. На каждый вопрос предлагается выбрать положительный или отрицательный ответ (да / нет). По 1 баллу начисляется за каждый отрицательный ответ. Высокоприверженными считаются пациенты, набравшие 4 балла, плохо приверженными — получившие 3 балла и неприверженными — те, кто набрал 2 и менее баллов. Тест Мориски-Грина признан наиболее простым и лаконичным, он широко применяется в клинической практике для скрининга приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов [72; 144].

2.6. Оценка качества ведения и динамического наблюдения за больными подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе

Осуществлялась экспертная оценка качества ведения больных путем анализа первичной медицинской документации — амбулаторных карт амбулаторно-поликлинических учреждений (форма 025-4/у) и контрольных карт диспансерного

наблюдения (форма № 030/у-04), выбранных случайным методом. При этом экспертным методом оценивались качество ведения и динамического наблюдения, соблюдение стандартов профилактической работы и назначение оптимальной медикаментозной терапии.

В основу проведения экспертизы медицинской документации (амбулаторные карты) больных с подагрой легли Международные рекомендации по диагностике и лечению подагры (2006) [89], приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 № 900н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» [3], приказ Минздравсоцразвития России от 11.02.2005 № 124 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным подагрой» [2].

Для прогнозирования клинического течения подагры в зависимости от особенностей ведения больных использовался дискриминантный анализ. С учетом особенностей клинического течения подагры больные были разделены на две группы (табл. 2.4). Больные в первой группе характеризовались легким течением подагры, во второй — имели признаки тяжелого течения подагры и ее хронизации. Проведен дискриминантный анализ семи тестируемых признаков, которые отражали основные дефекты ведения больных. По результатам анализа дискриминантных функций видно, что наибольшее значение имеет неверный режим назначения уратоснижающей терапии ($F = 325,7$, вклад в дисперсию 47,9 %). Точность диагностики по решающим правилам в среднем имеет достоверность 95,9 %, для первой группы 82,7 %, для второй — 100 %.

Таблица 2.4

Характеристика групп больных

Показатели	Группа 1, n = 37	Группа 2, n = 95	p
Число воспаленных суставов Me (Q ₁ ; Q ₃)	1,5 (1,0–2,0)	6,0 (5,0–7,0)	0,041
Частота обострений в год Me (Q ₁ ; Q ₃)	2,0 (1,0–2,0)	4,0 (4,0–5,0)	0,034
Длительность последнего обострения, недель Me (Q ₁ ; Q ₃)	2,0 (1,0–2,0)	4,5 (4,0–5,0)	0,028
Тофусы	Нет	Есть	
Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием критерия Манна-Уитни			

Отнесение пациента к определенной группе выполняется на основании расчета линейных классификационных функций. Линейные классификационные функции рассчитываются по уравнениям:

$$F_1 = - 2,824 + 5,188x_1 + 0,021x_2 + 1,793x_3 + 1,483x_4 + 2,179x_5.$$

$$F_2 = - 19,788 + 31,998x_1 + 3,054x_2 + 4,796x_3 + 3,887x_4 - 0,055x_5.$$

Модели подтверждены на группе не включенных в первоначальные выборки пациентов.

2.7. Методы статистической обработки

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ *Microsoft Office 2010* и *STATISTICA 8.0* на достаточном объеме наблюдений; в работе представлены статистически значимые результаты. Данные, имеющие нормальное распределение, были представлены в виде среднего (M) и стандартного отклонения (SD). Для данных, не подчиняющихся законам нормального распределения, значения отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ); статистическую значимость различий средних определяли по Манну-Уитни [158]. Для проверки статистических гипотез использовались критерии z и χ^2 -квадрат, для малых выборок использовался точный критерий Фишера. При проведении корреляционного анализа применялся метод ранговой корреляции по Спирмену для непараметрических показателей ($r \leq 0,25$ – слабая корреляция; $0,25 \leq r \leq 0,75$ — умеренная корреляция; $r \geq 0,75$ — сильная корреляция). Для решения прогностических задач использовался дискриминантный анализ. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Особенности динамики клинической картины подагры в городе Иркутске

С целью изучения динамики особенностей клинической картины подагры в Иркутске было обследовано две группы больных. Пациенты из группы 1 обследовались в течение 2007 г., их количество составило 467 человек, пациенты из группы 2 — в течение 2016 г., численность данной группы составила 252 человека. Больные в группах не повторялись, все пациенты были жителями города Иркутска. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Характеристика групп

Признак	Группа 1 (2007)	Группа 2 (2016)	Pp
Численность групп, чел.	467	252	
Соотношение мужчин и женщин**	3:1	3:1	0,949
Возраст, Me (Q ₁ ; Q ₃), лет*	57,22 (48,0–67,0)	57,57 (53,0–64,0)	0,599
Длительность заболевания, Me (Q ₁ ; Q ₃), лет*	9,68 (4,0–14,0)	8,07 (3,0–10,0)	0,766
Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием критерия Манна-Уитни* и критерия χ^2 **			

За последние десять лет среди больных подагрой несколько уменьшилась доля работающего населения и значимо увеличилась – неработающих граждан (табл. 3.2). Учитывая то, что пенсионеры были выделены нами в отдельную группу, их статус объяснялся, по-видимому, неофициальным трудоустройством. В 2007 г. в структуре инвалидности по подагре равное число больных составили инвалиды 2-й и 3-й групп (по 1,9 % соответственно). В 2016 г. возросло число инвалидов 2-й группы (до 2,3 %), число инвалидов 3-й группы, напротив,

уменьшилось и составило 0,4 %. Значимых различий между долей инвалидов 2-й и 3-й групп в двух группах больных выявлено не было.

Таблица 3.2

Распределение больных подагрой по социальному статусу, %

Группы больных	Работающие	Пенсионеры	Неработающие	Группа инвалидности		
				1	2	3
Группа 1 (2007) n = 467	63,1	24,6	8,3	—	11,9	1,9
Группа 2 (2016) n = 252	51,7	26,7	18,3	—	2,3	0,4
z	2,936	0,469	3,946	—	0,086	1,313
p	0,003	0,639	p<0,001	—	0,086	0,169

В обеих группах более половины больных имели высшее образование, около 30 % — среднее специальное, около 15 % — общее среднее (табл. 3.3). Статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Таблица 3.3

Распределение групп больных по уровню образования(%)

Пациенты	Высшее	Среднее специальное	Среднее общее	p
Группа 1 (2007) n = 467	53,1	36,4	10,5	0,091
Группа 2 (2016) n = 252	52,5	32,9	14,6	0,078
Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием z-критерия				

При изучении возраста дебюта подагры установлено значимое увеличение числа больных трудоспособного возраста (от 41 до 60 лет) ($z = 3,137$, $p = 0,002$). В других группах число больных статистически значимо не изменилось (рис. 3.1). Рост заболеваемости подагрой трудоспособного населения отражает социально-экономическую значимость заболевания, которое также оказывает негативное влияние на продолжительность и качество жизни.

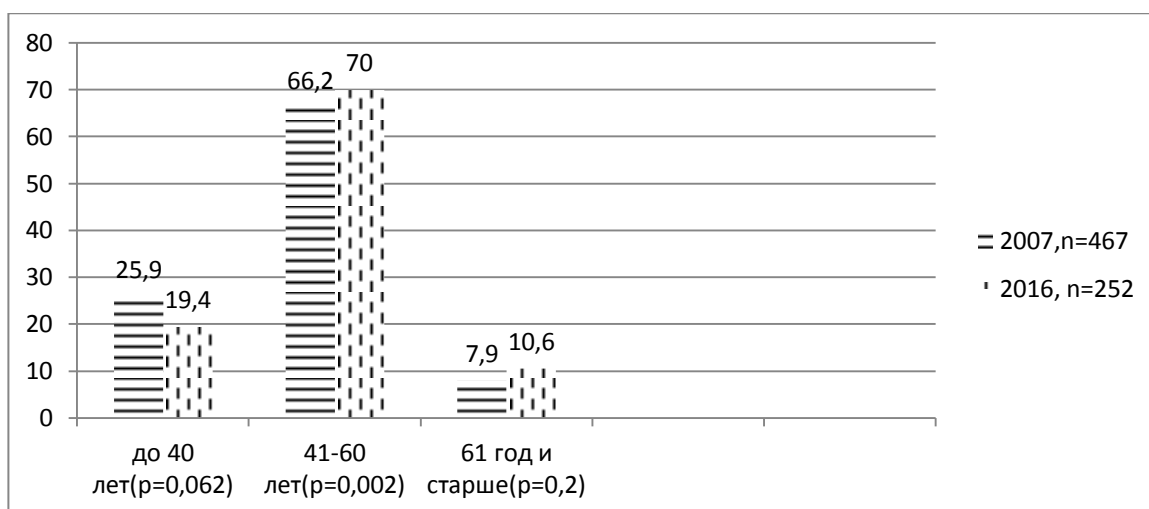


Рис. 3.1. Возраст дебюта подагры в г. Иркутске (%)

Среди особенностей клинической картины отмечается статистически значимое увеличение частоты классического дебюта подагры ($\chi^2 = 16,7$, $df = 1$, $p < 0,001$), а также некоторое снижение частоты неклассического дебюта, при котором преимущественно поражались мелкие суставы кистей ($\chi^2 = 12,2$, $df = 1$, $p = 0,0004$, рис. 3.2, 3.3). Эту тенденцию следует считать позитивной, так как классический дебют подагры может способствовать своевременной диагностике заболевания.

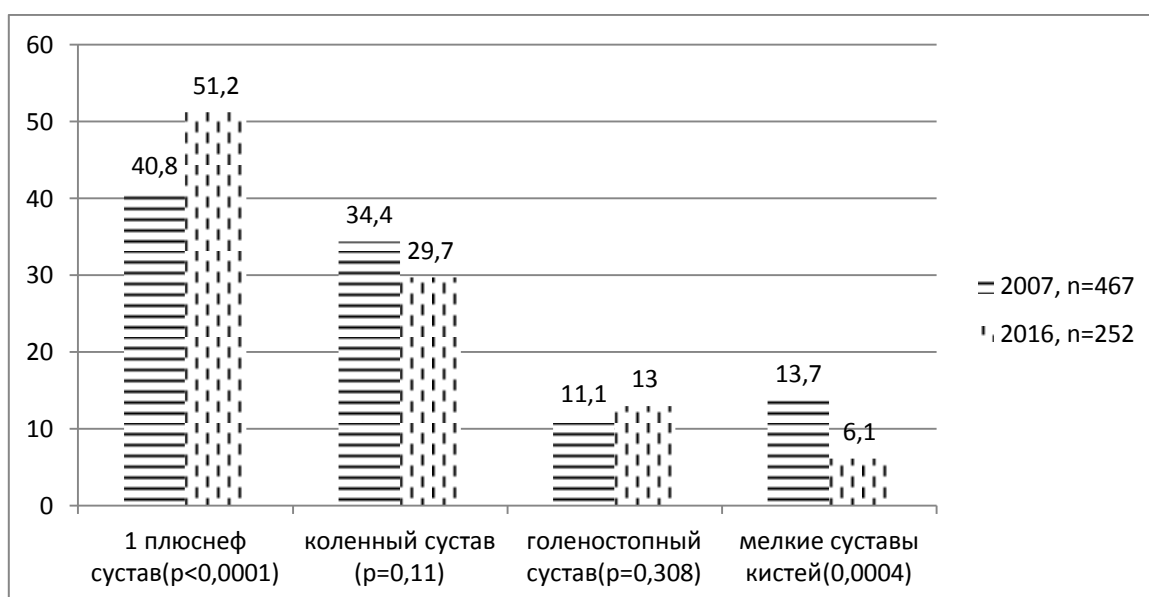


Рис. 3.2. Варианты дебюта подагрического артрита в г. Иркутске (%)

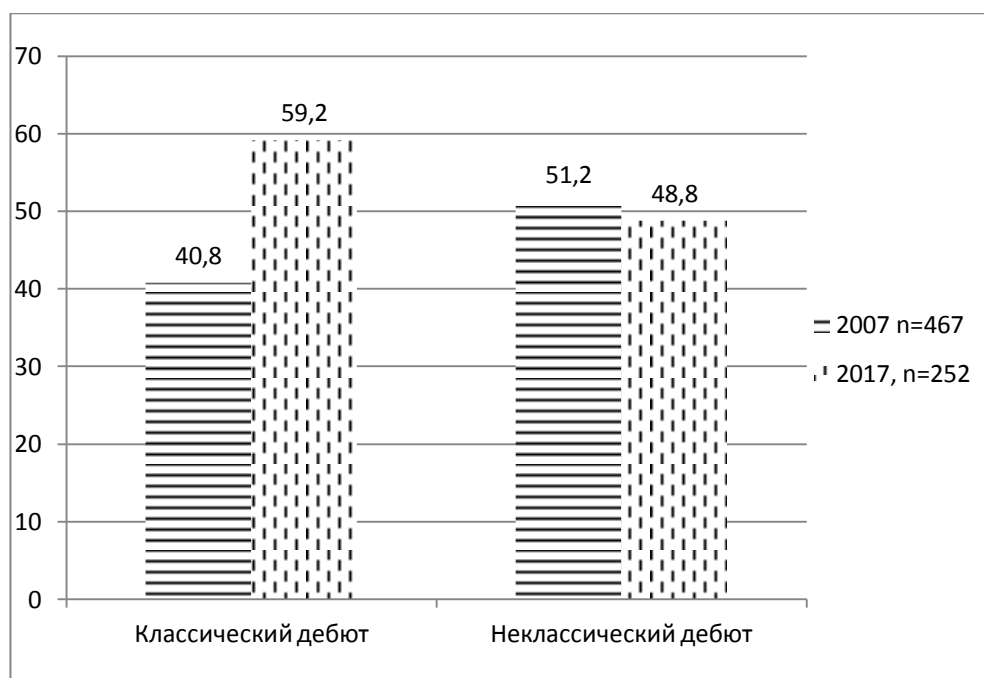


Рис. 3.3. Частота классического дебюта подагрического артрита (%)

Отмечается возрастание числа случаев хронического течения подагры с 41,2 % в 2007 г. до 76,2 % в 2016 г. соответственно ($z = 6,699$, $df = 1$, $p < 0,001$, рис. 3.4). Возможно, это связано со снижением приверженности больных к уратоснижающей терапии (далее см. рис. 3.9).



Рис. 3.4. Варианты течения подагры в г. Иркутске (%)

а) 2007 г., $n = 467$ б) 2016 г., $n = 252$

За последние десять лет увеличилась доля пациентов с моноартритом, количество больных с олиго- и полиартритом значимо не изменилось (табл. 3.4).

Число пораженных суставов у больных подагрой (%)

Вариант суставного синдрома	Годы набора пациентов		z	p
	2007 n = 467	2016 n = 252		
Моноартрит	27,4	43,6	4,322	< 0,001
Олигоартрит	37,7	31,7	1,462	0,144
Полиартрит	34,9	24,6	2,756	0,06

Значимо уменьшилась доля больных с частыми атаками артрита, большинство больных составили пациенты с количеством до трех обострений в год (табл. 3.5). Медиана длительности обострений у больных составила 3,0 (1,0–4,0) недели в 2007 г. и 2,0 (1,0–4,0) недели в 2016 г. Статистически значимых различий выявлено не было (критерий Манна-Уитни, $p = 0,338$).

Число обострений у больных подагрой в год (%)

Число обострений в год	Годы набора пациентов		z	p
	2007, n = 467	2016, n = 252		
От 1 до 3	23,3	56	6,703	< 0,001
4–5	30,1	33,3	0,799	0,424
6 и более	46,6	10,7	9,612	< 0,001

При анализе факторов, провоцирующих обострение артрита, обращает на себя внимание возросшая в два раза частота артрита, вызванного употреблением алкоголя. Также статистически значимо снизилась частота приема диуретиков как причины обострения подагры. Это может свидетельствовать об улучшении осведомленности врачей о современных принципах назначения диуретиков больным подагрой. Частота выявления других провоцирующих факторов статистически значимо не изменилась (табл. 3.6).

Факторы, провоцирующие обострение у больных подагрой (%)

Провоцирующий фактор, %	2007 n = 467	22016 n = 252	СОР	САР	χ^2	p
Травма сустава	24,4	19,8	0,81	- 4,6	1,568	0,210
Прием диуретиков	17,5	2,9	0,1	- 15,6	36,092	< 0,001
Употребление алкоголя	10,4	22,2	2,13	11,8	17,919	< 0,001
Нарушение диеты	8,0	7,5	0,94	- 0,5	0,001	0,970
Переохлаждение	4,6	2,9	0,41	- 2,7	3,307	0,069
Перенесенная инфекция	2,6	2,6	0,61	- 1	0,345	0,557
Без связи с провоцирующим фактором	32,5	45,1	1,38	12,6	10,466	0,001

Обнаружена статистически значимая положительная корреляционная связь между количеством принимаемого больными алкоголя и сроками диагностики подагры, а также отрицательная корреляционная связь между количеством алкоголя и значением СКФ у больных из группы 2 (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Взаимосвязь между количеством условных единиц алкоголя и некоторыми характеристиками больных подагрой

Показатель	Алкоголь, усл. ед / нед.
Время, прошедшее от дебюта до постановки диагноза, лет	r = 0,33, p < 0,05
СКФ, мл/мин	r = - 0,48, p < 0,05

При опросе пациентов из группы 2, около 20 % больных полностью отрицали употребление алкоголя (табл. 3.8). Медиана дозы алкоголя, употребляемого пациентами группы 2, составила 6,0 (4,0–10,0) условных единиц в неделю.

Таблица 3.8

Сравнительная характеристика клинической картины пациентов с подагрой в группе 2 в зависимости от употребления алкоголя

Характеристика	Пациенты, отрицающие факт употребления алкоголя, n = 48 (19 %)	Пациенты, употребляющие алкоголь, n = 204 (81 %)	p
ЧВС, Ме (Q ₁ ; Q ₃)	3,0 (1,0–6,0)	6,0 (2,0–7,0)	0,04
Число обострений в год, Ме (Q ₁ ; Q ₃)	2,0 (1,0–4,0)	3,0 (1,0–4,0)	0,8
Длительность обострения, недель, Ме (Q ₁ ; Q ₃)	1,0 (1,0–4,0)	1,0 (1,0–4,0)	0,3

При анализе клинической картины пациентов установлена статистически значимо большая ЧВС в группе больных, употребляющих алкоголь. Медианы длительности и частоты обострений статистически значимо не различались. Несмотря на то, что доза алкоголя, принимаемого нашими больными, не достигала пограничного уровня злоупотребления, равного 14 условных единиц в неделю [88], больные, употребляющие алкоголь, демонстрировали более тяжелое течение болезни.

Установлено статистически значимое увеличение числа пациентов с гиперурикемией с 67,4 % в 2007 г. до 87,7 % в 2016 г. (рис. 3.5). Это может быть связано с возросшей алкоголизацией больных подагрой (табл. 3.9), увеличением среди них частоты метаболических заболеваний (рис. 3.8), а также снижением комплаентности в отношении базисной терапии (рис. 3.9). Этим же, вероятно, можно объяснить увеличение числа случаев тофусной подагры. В 2007 г. тофусы были обнаружены у 31,7 % больных подагрой, в 2016 — у 40,9 %, преимущественно поражались суставы стопы ($z = 2,367$, $p = 0,017$).

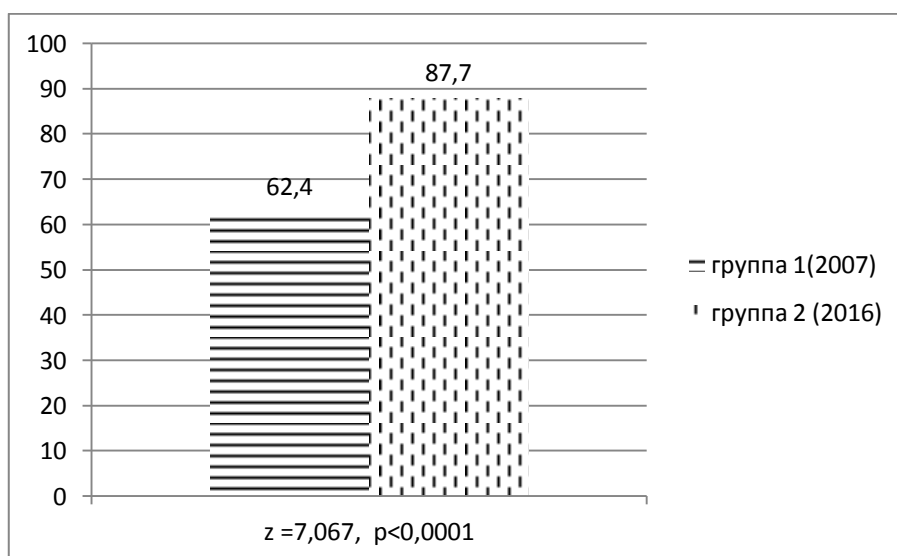


Рис. 3.5. Частота гиперурикемии у больных подагрой (%)

Длительность последнего обострения у больных подагрой (%)

Длительность обострения, недель	Годы набора пациентов		z	p
	2007 n = 467	2016 n = 252		
1–3	33,6	38	1,097	0,273
4–12	44,7	39,3	1,317	0,166
Свыше12	21,6	22,7	0,245	0,606

Отмечается статистически значимое увеличение частоты нефролитиаза ($\chi^2 = 7,7$, $df = 1$, $p = 0,005$) и интерстициального нефрита ($\chi^2 = 1481,8$, $df = 1$, $p < 0,001$) (рис. 3.6).

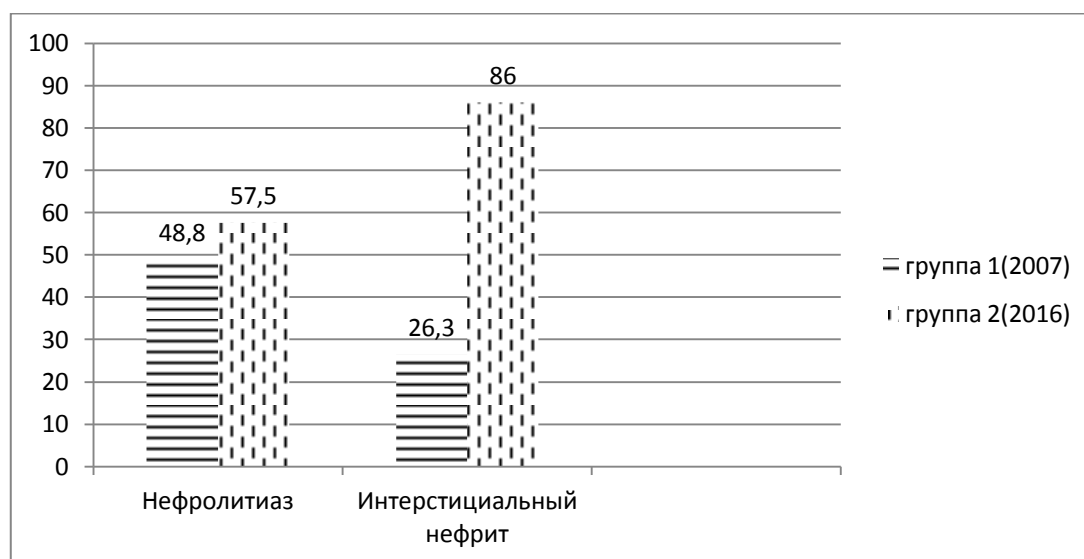


Рис. 3.6. Нефропатия у больных подагрой (%)

Частота хронической болезни почек среди больных подагрой возросла в 2,1 раза ($\chi^2 = 8,3$, $df = 1$, $p < 0,001$), что можно объяснить широким внедрением за указанных десятилетний интервал рекомендаций по диагностике данного патологического состояния (рис. 3.7).

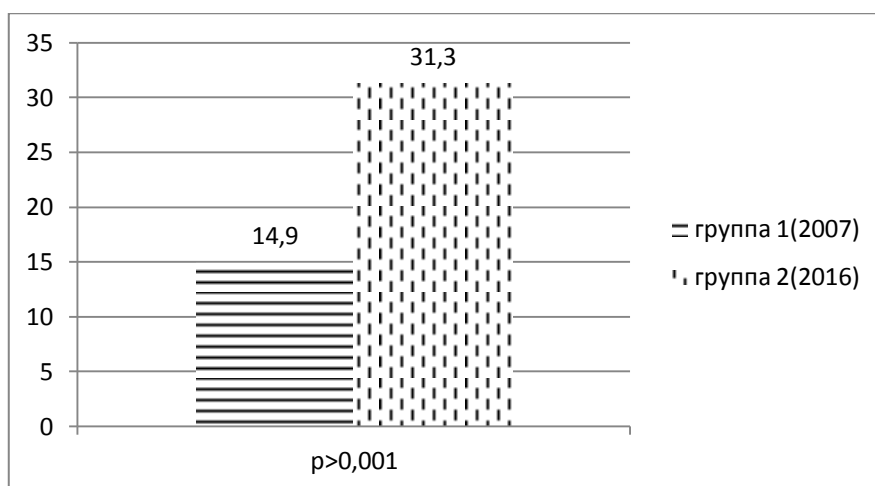


Рис. 3.7. Распространенность ХБП среди больных подагрой (%)

За период с 2007 по 2016 г. у больных подагрой отмечается увеличение частоты артериальной гипертензии в 1,6 раза ($\chi^2 = 99,1$, $df = 1$, $p < 0,001$), сахарного диабета в 1,8 раза ($\chi^2 = 18,3$, $df = 1$, $p < 0,001$) и ожирения в 3,6 раза ($\chi^2 = 402,1$, $df = 1$, $p < 0,001$). Частота случаев ИБС в двух группах статистически значимо не различалась ($\chi^2 = 0,0$, $df = 1$, $p = 0,853$, рис. 3.8).

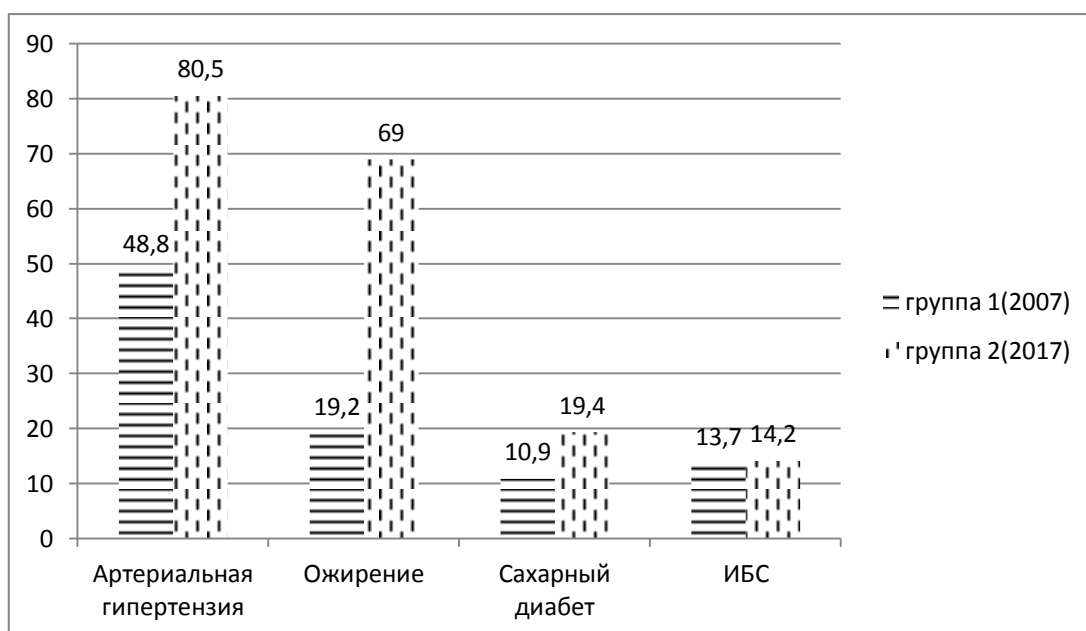


Рис. 3.8. Структура сопутствующей патологии у больных подагрой (%)

По нашему мнению, столь значимое увеличение частоты сопутствующих заболеваний среди больных подагрой следует рассматривать в тесной связи с

возросшей частотой развития артрита после приема алкоголя (табл. 3.9) и более чем двукратным снижением числа больных, приверженных к приему уратоснижающей терапии (рис. 3.9). Растущая алкоголизация населения и широкая распространенность метаболических заболеваний справедливо рассматриваются как факторы, способствующие росту заболеваемости подагрой, а низкая приверженных больных подагрой к лечению считается одной из причин хронизации и более тяжелого течения болезни [65; 118; 153]. При анализе приверженности к лечению больных подагрой установлено, что число пациентов, не принимающих базисную терапию, увеличилось в 2,6 раза ($\chi^2 = 196,8$, $df = 1$, $p < 0,001$). Также отмечается двукратное снижение количества пациентов, принимающих уратоснижающие препараты постоянно ($\chi^2 = 15,6$, $df = 1$, $p < 0,001$, рис. 3.9). Число больных, отметивших нерегулярный прием базисной терапии, возросло в 1,8 раза ($\chi^2 = 73,1$, $df = 1$, $p < 0,001$).

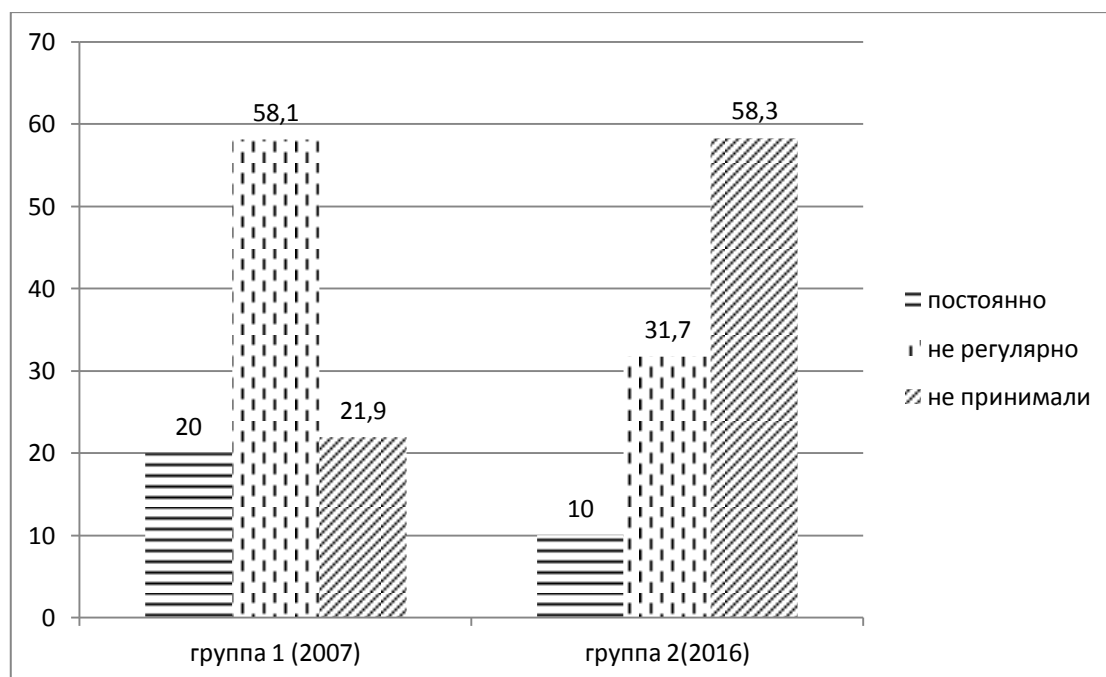


Рис. 3.9. Режим приема уратоснижающих препаратов больными подагрой (%)

Причины отказа больных подагрой от приема базисной терапии изучались нами дополнительно и рассмотрены в п. 3.2.

3.2. Исследование осведомленности и приверженности больных подагрой к уратоснижающей терапии с помощью опросника Мориски-Грина

Для изучения приверженности больных подагрой к уратоснижающей терапии с помощью теста Мориски-Грина были опрошены 60 больных первичной подагрой. В исследование набран каждый четвертый пациент, обратившийся в Городской ревматологический центр за период с января по ноябрь 2016 г. Все пациенты были мужчинами, медиана возраста составила 57,80 (49,00–67,00) лет, медиана длительности заболевания 9,4 (3,00–15,00) лет, время установления диагноза от начала заболевания 2,6 (2,0–3,0) лет. Все больные по назначению врача принимали уратоснижающие препараты в постоянном режиме. У 50 % больных зафиксирован атипичный вариант дебюта, у остальных заболевание началось с 1 плюснефалангового сустава стопы. Медиана числа воспаленных суставов составила 3,4 (1,0–5,0), у 28,3 % пациентов диагностирована тофусная подагра. У подавляющего большинства больных зарегистрированы метаболические заболевания, часто сопутствующие подагре, — так, подагрическая нефропатия встречалась в 68,3 % случаев, ожирение — в 66,6 %, артериальная гипертензия — в 55 %, сахарный диабет 2-го типа — у 23 % больных, ИБС — в 21,6 % случаев. По уровню приверженности уратоснижающей терапии больные разделились следующим образом: приверженными были 26,7 % пациентов, плохо приверженными — 40 %. 33,3 % пациентов не были привержены к лечению. Медиана оценки по опроснику Мориски-Грина составила 3,0 (2,0–3,0) балла, что свидетельствует плохой приверженности к терапии (табл. 3.10).

**Клиническая характеристика больных,
анкетированных с помощью опросника Мориски-Грина**

Показатель	Значение n (%)		
Мужчины	60 (100)		
Возраст, Me (Q ₁ ; Q ₃), лет	57,80 (49,00–67,00)		
Длительность заболевания, Me (Q ₁ ; Q ₃), лет	9,4 (3,00–15,00)		
Время установления диагноза от начала заболевания, Me (Q ₁ ; Q ₃), лет	2,6 (2,0–3,0)		
Вариант дебюта n (%)	Типичный	Атипичный	
	30 (50)	30 (50)	
Число воспаленных суставов Me (Q ₁ ; Q ₃)	3,4 (1,0–5,0)		
Тофусная подагра n (%)	17 (28,3)		
Значение индекса Me массы тела, Me (Q ₁ ; Q ₃), кг/м ²	29,86 (27,00–33,00)		
Уровень мочевой кислоты, Me (Q ₁ ; Q ₃) мкмоль/л	486,20 (400,0–559,0)		
Уровень креатинина крови, Me (Q ₁ ; Q ₃) мкмоль/л	102,50 (79,0–115,0)		
Значение СКФ, Me (Q ₁ ; Q ₃), мл/мин	72,75 (55,0–94,0)		
Подагрическая нефропатия n = 41 (68,3)	МКБ	Интерстициальный нефрит	
	19 (32)	30 (50)	
Ожирение	40 (66,6)		
Сахарный диабет 2-го типа	23 (38,3)		
ИБС	13 (21,6)		
Артериальная гипертензия	33 (55)		
Уровень приверженности к уратоснижающей терапии	высокий	средний	низкий
	16 (26,7)	24 (40)	20 (33,3)
Количество баллов опросника Мориски-Грина Me (Q ₁ ; Q ₃)	3,0 (2,0–3,0)		

С целью изучения клинической картины подагры у пациентов в соответствии с их комплаентностью в отношении уратоснижающей терапии, больные были поделены на две группы (табл. 3.11). В результате анализа особенностей клинической картины было установлено, что частота выявления ГУ, артериальной гипертензии, и сахарного диабета у пациентов, приверженных к уратоснижающей терапии, была статистически значимо выше, чем у больных в группе неприверженных к УТ. В группе приверженных к УТ у 30 % больных не был достигнут целевой уровень МК. Четверо из 12 пациентов с гиперурикемией были

приверженными к терапии (4 балла по опроснику Мориски-Грина, восемь — плохо приверженными (3 балла по опроснику Мориски-Грина). При изучении их амбулаторных карт было выяснено, что всем больным УТ назначалась терапия. Всем больным была назначена начальная доза 100 мг в сутки, двум из них — в режиме через день. Шести больным не проводился мониторинг уровня МК, два пациента из них самостоятельно повысили себе суточную дозу до 200 мг. Десять пациентов из 12 принимали диуретики по поводу АГ, 4 — низкие дозы аспирина для вторичной профилактики ИБС, 3 пациента дважды в год получали курсы никотиновой кислоты внутримышечно по поводу сопутствующих заболеваний периферической нервной системы. Ни одному больному не были даны рекомендации по диете и нормализации массы тела. С высокой долей вероятности, причиной недостижения целевого уровня МК у приверженных больных в данном случае стал субоптимальный врачебный контроль.

Таблица 3.11

**Клиническая характеристика больных подагрой
в зависимости от уровня приверженности к лечению, %**

Признак	Более приверженные к УТ, n = 40	Неприверженные к УТ, n = 20	p
Возраст, лет Me (Q ₁ ; Q ₃)	60,5 (50,0–68,5)	59 (49,0–66,0)	0,6
Высшее образование	27 (67,5)	20 (100)	0,2
Число воспаленных суставов Me (Q ₁ ; Q ₃)	3,0 (2,0–4,0)	1,5 (1,0–2,0)	0,9
Топусная подагра, n = 17	38	10	0,05
Гиперурикемия, n = 19	30	86,3	< 0,001
Ожирение, n = 40	75	50	0,1
Сахарный диабет 2 тип, n = 23	78,2	25	< 0,001
Артериальная гипертензия, n = 33	72,5	20	< 0,001
Количество баллов опросника Мориски-Грина Me (Q ₁ ; Q ₃)	3,0 (3,0–4,0)	2,0 (1,0–2,0)	0,04
Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием z-критерия и критерия Манна-Уитни			

Положительная корреляционная связь между количеством лет, прошедших от начала заболевания до установления диагноза подагры и количеством баллов опросника Мориски-Грина (табл. 3.12) может свидетельствовать о более тяжелом

течении заболевания у пациентов и потребностью, в этой связи, постоянно принимать лекарства, в том числе и уратоснижающую терапию. Выявлена положительная зависимость между индексом массы тела пациента и результатом анкетирования, выраженным в баллах. Известно, что ожирение утяжеляет течение подагры и ухудшает ее исходы [93; 111; 114; 146; 148], обрекая пациента на пожизненный прием медикаментов, в том числе и по поводу других метаболических нарушений, которые часто сопутствуют подагре. Также была выявлена отрицательная взаимосвязь между количеством условных единиц алкоголя, принимаемого пациентом в неделю и количеством баллов опросника, и отрицательная взаимосвязь между суточной дозой аллопуринола и баллами опросника Мориски-Грина. Эти данные сопоставимы с результатами зарубежных исследований, сообщающими о худшей комплаентности больных подагрой, злоупотребляющих алкоголем, и лучшей — у пациентов, принимающих аллопуринол в низких дозах [19; 28].

Таблица 3.12

Показатели корреляционной связи значений опросника Мориски-Грина с некоторыми характеристиками больных подагрой

Характеристика	Количество баллов опросника Мориски-Грина
Своевременность диагностики, лет	$r = 0,29, p = 0,04$
ИМТ	$r = 0,28, p = 0,04$
Количество у.е. алкоголя в неделю	$r = - 0,9, p < 0,001$
Доза аллопуринола в сутки, мг	$r = - 0,8, p < 0,001$

Результаты нашего исследования свидетельствуют о плохой приверженности к лечению (3 балла по Мориски-Грину), обусловленной, в первую очередь, низким уровнем дисциплины больных. Более высокие баллы опросника отмечались у больных при поздней диагностике подагры, а также у больных с сопутствующими подагре метаболическими заболеваниями, что может свидетельствовать о лучшей комплаентности пациентов с тяжелым течением подагры, ввиду их зависимости от приема лекарственных препаратов. При изучении качества ведения больных было установлено, что в группе неприверженных пациентов статистически значимо часто

назначался неверный режим УТ (у 90 % больных начальная доза составляла 300 мг в сутки, у 20 % аллопуринол был назначен в острый период болезни, 10% был рекомендован прерывистый прием препарата) и не проводился мониторинг уровня МК в крови (табл. 3.13).

Таблица 3.13

**Особенности ведения больных зависимости
от уровня приверженности к лечению, %**

Особенности ведения	Более приверженные к УТ, n = 40	Неприверженные к УТ, n = 20	p
Поздняя диагностика	56	34	0,1
Позднее направление к ревматологу	39	47	0,7
Неверный режим назначения УТ	27	79	< 0,001
Назначение лекарств, повышающих уровень МК в крови	89	57	0,012
Отсутствие мониторинга уровня МК в крови	29	83	< 0,001

С целью изучения осведомленности больных подагрой пациенты заполняли специально разработанную анкету. На вопрос: «Что такое подагра?» — верно ответили 95 % пациентов, 5 % затруднились ответить. О том, что прием алкоголя и нарушение диеты провоцируют обострение заболевания, известно большинству опрошенных — 65 %. 15 % к провоцирующим факторам отнесли также прекращение приема уратоснижающей терапии, 5 % — стресс, 15 % затруднились ответить (рис. 3.10).

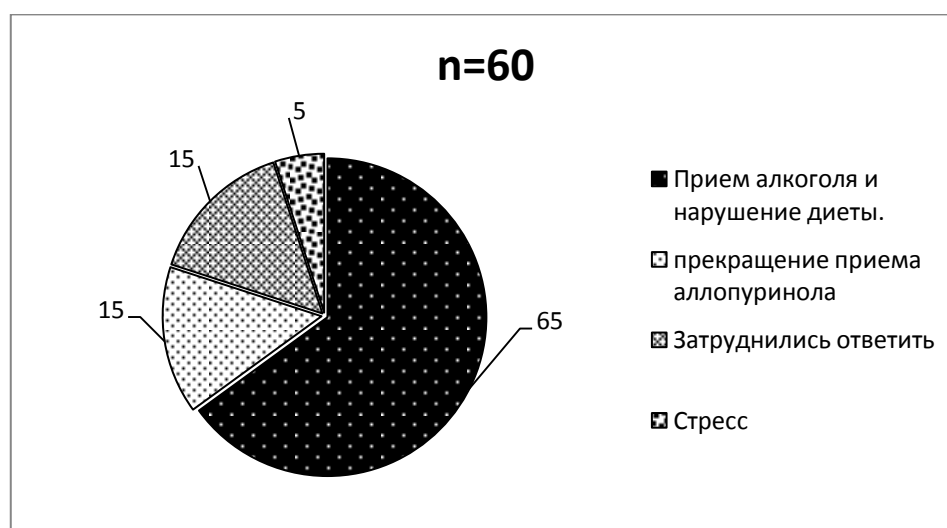


Рис. 3.10. Осведомленность больных подагрой о причинах обострения артрита (%)

О механизме неблагоприятного влияния алкоголя на течение подагры (повышении уровня МК в крови) осведомлены 70 % пациентов, 10 % считают, что прием алкоголя не влияет на течение подагры, 20 % ответить затруднились. Половине опрошенных (50 %) известно, каких именно продуктов питания следует избегать больным подагрой, 20 % считают, что необходимо ограничить прием жидкости и поваренной соли, 30 % затруднились ответить (рис. 3.11).

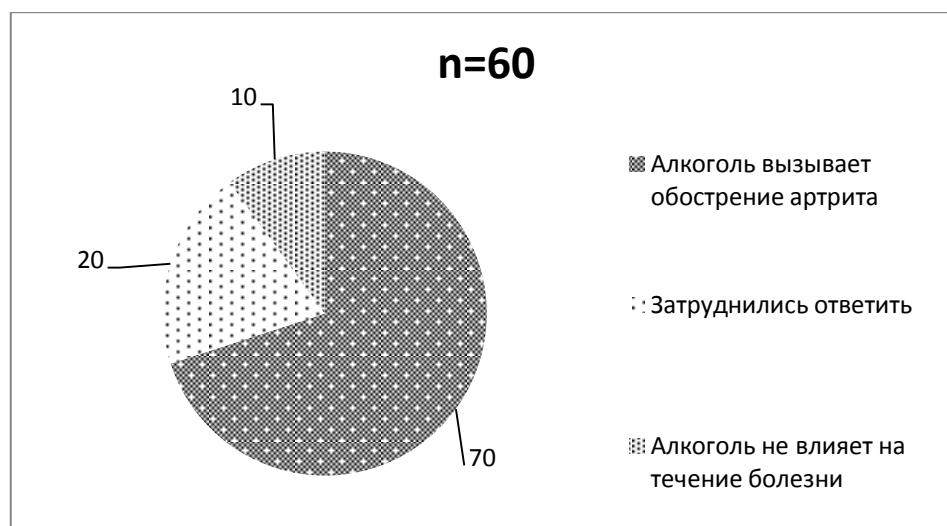


Рис. 3.11. Осведомленность больных подагрой о влиянии алкоголя на течение болезни (%)

Примечательно, что в данной группе пациентов лишь 14 % указали на постоянный прием диуретиков, главным образом, гипотиазида, и 30 % — ацетилсалициловой кислоты, в то время как во всем мире растет число случаев лекарственно индуцированной подагры [54; 145; 192].

Среди причин нарушения режима приема уратоснижающей терапии, большинство неприверженных пациентов отметили собственную забывчивость (53,3 %), среди других причин отказа были страх возникновения побочных эффектов, индивидуальная непереносимость, вероятность обострения артрита в начале приема препарата (табл. 3.14). При этом подавляющее большинство больных знает, зачем нужно принимать базисную терапию при подагре — верно на этот вопрос ответили 70 % пациентов. 15 % считают, что данные препараты необходимы для купирования острого артрита, 15 % ответить затруднились.

Крайне тревожным представляется тот факт, что только 45 % пациентов посещают участкового терапевта и ревматолога только при обострении заболевания, 25 % — до двух раз в год, 15 % — реже одного раза в год, 15 % — не посещают вообще. Вместе с тем 60 % больных указали, что получили информацию о подагре от ревматолога, а 20 % — от участкового терапевта поликлиники. 15 % отметили главным источником информации о подагре средства массовой информации, в том числе интернет (рис. 3.12).

Таблица 3.14

**Причины отказа больных подагрой от приема препаратов,
снижающих уровень мочевой кислоты в крови, %**

Причина отказа	Частота отказов (%)
«Забываю принимать»	53,3
Страх перед развитием побочных эффектов	20
«Чтобы не отравить организм лекарствами»	20
Имеется непереносимость (аллергия)	4,5
Страх перед развитием обострения артрита	2,2
Итого	100

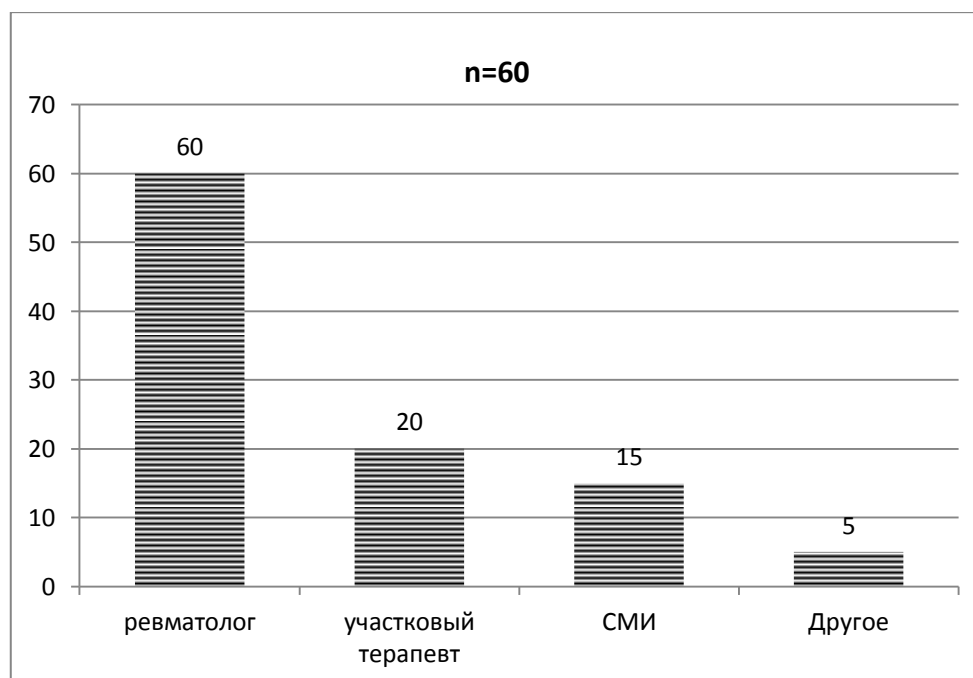


Рис. 3.12. Источники информации о подагре для пациентов (%)

75 % опрошенных нами пациентов обратились за медицинской помощью в течение первого года болезни, 20 % — по прошествии от двух до пяти лет, 5 % —

свыше пяти лет от начала заболевания. Из них 65 % впервые обратились к участковому терапевту, 30 % — к ревматологу, 5 % — к другим специалистам, чаще всего к хирургу. Лишь 65 % всех больных в течение первого года были направлены к ревматологу. Таким образом, согласно результатам нашего исследования, больные подагрой демонстрируют удовлетворительный уровень осведомленности о своем заболевании (около 70 % пациентов) при среднем уровне приверженности к лечению. Главной причиной последнего является низкий уровень дисциплины больных.

3.3. Изучение осведомленности о подагре врачей первичного звена здравоохранения

В исследовании приняли участие 50 врачей участковых терапевтов и 23 ревматолога, работающие в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Иркутска. Все опрошенные были осведомлены о целях и содержании исследования. Специально разработанная анонимная анкета включала вопросы о поле, возрасте, стаже работы, средней нагрузке, а также о принципах ранней диагностики, тактике лечения больных подагрой и проблемах ведения их на амбулаторно-поликлиническом этапе. Результаты исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин.

В опросе терапевтов приняли участие 49 женщин и один мужчина. Смежные специальности имели девять человек, среди смежных специальностей семь человек — врачи общей практики, один — гериатрия, один — врач скорой медицинской помощи (*рис. 3.13*). В опросе ревматологов приняли участие 22 женщины и один мужчина. Смежную специальность имеют десять врачей: терапия — шесть человек, кардиология — два человека, один — профпатология, один — функциональная диагностика (*табл. 3.15*).

Характеристика групп врачей, принявших участие в анкетировании

	Терапевты	Ревматологи	P p
Возраст, M, SD, лет	46,5 ± 13,1	44 ± 9,0	0,332
Продолжительность трудового стажа, M, SD, лет	20 ± 9,5	18±5,0	0,673

Примечание: статистическая значимость различий между группами определялась с использованием критерия Манна-Уитни

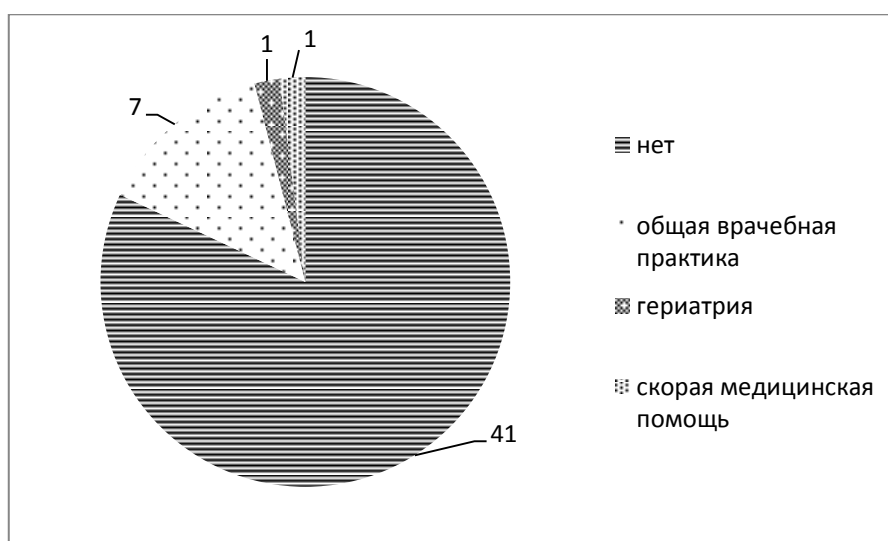


Рис. 3.13. Распределение смежных специальностей среди участковых терапевтов (человек)

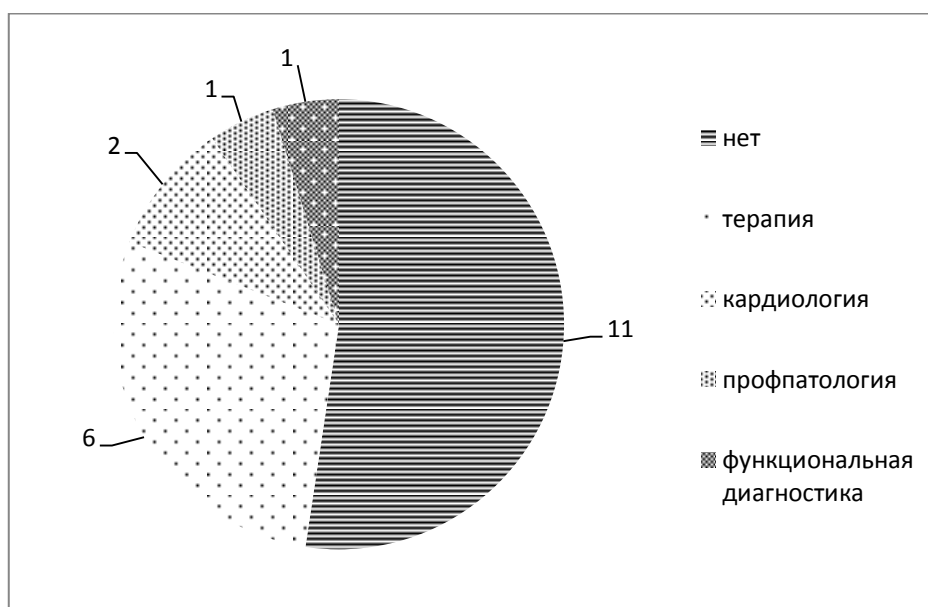


Рис. 3.14. Распределение смежных специальностей среди ревматологов (человек)

На вопрос: «Как часто Вам встречаются больные подагрой?» — подавляющее большинство терапевтов (94 %) ответило, что к ним обращается один больной в неделю и менее, тогда как больше половины (67 %) ревматологов указало от двух до пяти больных в неделю. 80 % терапевтов указали, что большинство больных подагрой обращаются к ним в первые три дня от начала заболевания, т.е. в период развития острого артрита. 62 % ревматологов отметили, что больные попадают к ним на консультацию преимущественно на исходе артрита, когда сохраняются остаточные воспалительные явления в суставах, часто уже на терапии. Основной причиной обращения к врачу у пациентов с подагрой остается боль и воспаление суставов, в межприступный период для профилактики обострений и коррекции лечения к терапевтам и ревматологам обращается 10 и 4 % больных соответственно ($z = -0,18$, $p = 0,914$).

На вопрос: «Какой уровень следует считать гиперурикемией согласно рекомендациям EULAR?» — верный ответ дали 24 % терапевтов и 48 % ревматологов ($z = 6,5$, $p = 0,036$).] Актуальные критерии, разработанные для диагностики подагры, используют лишь 6 % участковых терапевтов ($z = 4,841$, $p < 0,001$).

В соответствии с рекомендациями *EULAR (2016)* определенный диагноз подагры ставится при обнаружении кристаллов МУН в синовиальной жидкости [104]. Об этом осведомлены 42 % терапевтов и 90 % ревматологов ($z = 3,458$, $p < 0,001$). 52 % терапевтов и 10 % ревматологов считают наиболее достоверным признаком выявление гиперурикемии ($z = 3,037$, $p = 0,002$). 6 % терапевтов используют для установления диагноза подагры рентгенографию пораженных суставов, хотя известно, что рентгенологическое исследование дистальных отделов стоп на ранней стадии болезни не выявляет специфических изменений.

На вопрос: «Доступен ли в Вашей работе поляризационный микроскоп?» — отрицательный ответ дали все терапевты и 86 % ревматологов ($z = 2,050$, $p = 0,04$). Верный режим назначения уратоснижающей терапии указали 72 % терапевтов и 100 % ревматологов ($z = 2,380$, $p = 0,017$). 26 % терапевтов считают, что прием базисной терапии можно прекратить после достижения нормоурикемии, 10 % терапевтов никогда не назначают ее больным подагрой.

По современным представлениям, бессимптомная ГУ не нуждается в медикаментозном лечении, требуются лишь диета и коррекция сопутствующих заболеваний. 56 % терапевтов и 76 % ревматологов не считают нужной медикаментозную коррекцию ГУ у лиц без подагры ($z = 1,316$, $p = 0,188$) 44 % терапевтов и 24 % ревматологов указывают на целесообразность назначения уратоснижающей терапии в данной ситуации ($z = 1,316$, $p = 0,016$).

Согласно современным рекомендациям, диуретики больным подагрой следует назначать только по жизненным показаниям [16; 124]. Это известно 86 % терапевтов и 100 % ревматологов ($z = 6,5$, $p = 0,171$).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» [3] медицинскую помощь больным подагрой должен оказывать врач-терапевт по рекомендации ревматолога. С этим согласны большинство опрошенных нами врачей (88 % терапевтов и 62 % ревматологов, $z = 2,167$, $p = 0,029$).

Отвечая на вопрос «Как вы оцениваете комплаентность больных подагрой?», — 80 % терапевтов и 14,3 % ревматологов признали приверженность к лечению у больных подагрой удовлетворительной ($z = 4,904$, $p < 0,001$), крайне низкой — 20 % терапевтов и 85,7 % ревматологов, хорошей не признал никто ($z = 4,904$, $p < 0,001$).

Результаты проведенного нами исследования осведомленности врачей о подагре свидетельствуют о том, что ревматологи статистически значимо лучше, чем терапевты, владеют вопросами диагностики и лечения подагры.

3.4. Оценка качества ведения и динамического наблюдения больных подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе

3.4.1. Оценка качества ведения больных подагрой

Изучено 132 амбулаторных карты больных подагрой (форма 025-4/у), отобранных сплошным случайным методом. Экспертиза проводилась на основании ключевых моментов Международных рекомендаций по диагностике и лечению

подагры (*EULAR, 2006*) [89]. В результате экспертизы выявлено 118 (90 %) амбулаторных карт с нарушениями. У 57 % больных подагрой обнаруживались факты неправильного диагноза в течение первого года заболевания. Из ошибочных диагнозов наиболее часто встречался первичный остеоартроз (37 %), ревматоидный артрит (8 %) и ушиб стопы (8 %). Среди прочих встречались также псориатический артрит (2 %), панариций, реактивный артрит, трофическая язва, гематома, эпикондилит, рожистое воспаление, ПТФС, абсцесс, гигрома (*рис. 3.15*).

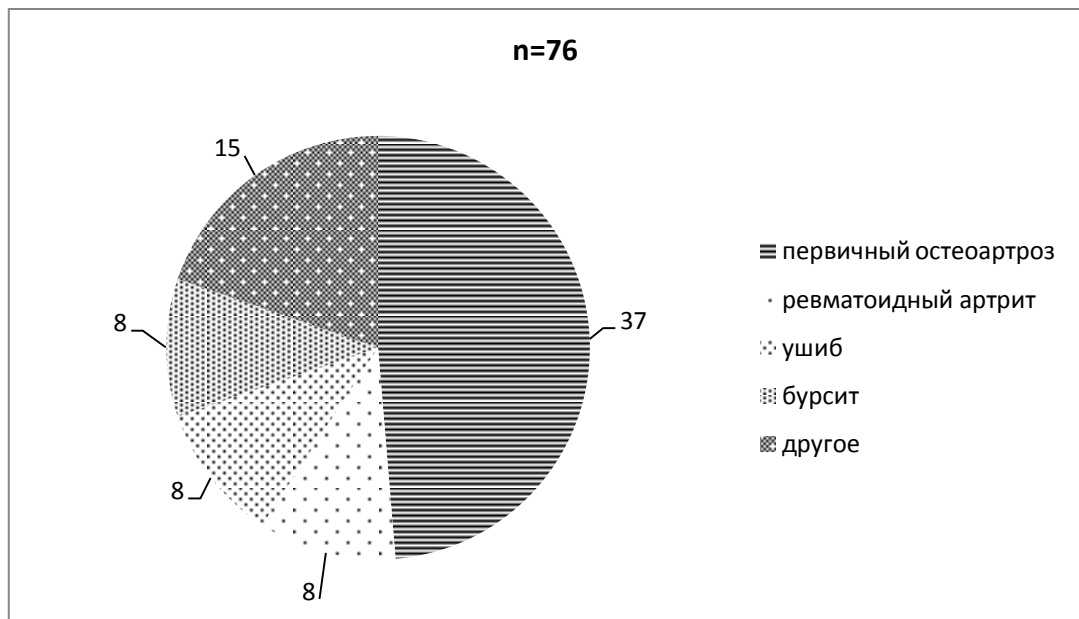


Рис. 3.15. Ошибки диагностики подагры (%)

Наиболее часто (64,4 %) диагностические ошибки были совершены участковыми терапевтами (*табл. 3.16*).

Таблица 3.16

Специалисты, к которым первоначально направлялись больные участковым терапевтом

Специалист	Всего больных, n = 30	% от общего числа пациентов
Хирург	18	60
Травматолог	8	26,6
Сосудистый хирург	3	10
Фтизиатр	1	3,3

Известно, что рентгенологическое исследование дистальных отделов стоп на ранней стадии подагры относится к неинформативным действиям, так как не выявляет специфических изменений [89], тем не менее, 5 % больных с впервые возникшим острым подагрическим артритом по назначению терапевта повторяли рентгенологическое исследование дважды, а 2 % больных — трижды в течение одного года (табл. 3.17).

Таблица 3.17

Амбулаторные карты с ошибками диагностики подагры

Ошибки	Всего карт, n = 132	%	Терапевты		Ревматологи		z	p
			Число случаев	%	Число случаев	%		
Неверный диагноз подагры	76	57	59	77,6	17	22,4	3,922	< 0,001
Определение уровня МК во время острого приступа	54	41	30	55,5	24	44,5	0,530	0,591

Из наиболее распространенных ошибок лечения встречалось местное назначение мазей (50 %), а также физиотерапии (42 %) и согревающих компрессов (23 %). 15 % больных назначалась никотиновая кислота, 14 % — миорелаксанты, а также антибиотики и хондропротекторы (табл. 3.18). Для купирования острого артрита 100 % больным были назначены НПВП. Уратоснижающая терапия в остром периоде был назначена 21 % больных. Терапевты статистически значимо чаще назначали прием уратоснижающей терапии в неверном режиме ($p < 0,001$). Наиболее распространенной ошибкой было назначение аллопуринола в начальной дозе 300 мг в сутки (64,2 %), 200 мг в сутки (30,3 %), а также назначение аллопуринола с указанием отмены препарата через один месяц приема (5,5 %). Неверный режим дозирования уратоснижающих препаратов является распространенной ошибкой лечения подагры, что ведет к недостаточному контролю над заболеванием [92; 147; 160; 161].

Амбулаторные карты с ошибками лечения подагры

Назначения	Всего n = 132	%	Терапевты		Ревматологи		z	p
			Число случаев	%	Число случаев	%		
Местное лечение (мази, компрессы)	66	50	28	2,4	38	7,6	0,373	0,331
Физиотерапия	55	42	18	32,7	37	67,3	2,136	0,03
Уратоснижающая терапия в остром периоде	28	21	28	100	—	—	—	—
Неверный режим назначения уратоснижающей терапии	112	85	86	76,7	26	23,2	4,755	0,001
Анальгетики	16	12	12	5	4	25	0,192	0,233
Никотиновая кислота	20	15	14	70	6	30	0,167	0,243
Миорелаксанты	18	14	13	2,2	5	7,8	0,002	0,868
Антибиотики	4	3	4	3	—	—	—	—
Хондропротекторы	4	3	4	3	—	—	—	—
Примечание: достоверность различий оценивалась с помощью z-критерия								

Пациентам с сопутствующей патологией из лекарств, повышающих уровень мочевой кислоты в крови, при отсутствии жизненных показаний наиболее часто назначались индапамид (47 %) и ацетилсалициловая кислота (37 %, табл. 3.19).

Таблица 3.19

Лекарственные препараты, повышающие уровень мочевой кислоты в крови, назначаемые больным подагрой терапевтами

Лекарственный препарат	Всего больных (n = 70), человек	% от общего числа пациентов
Тиазидные диуретики	40	57,2
Ацетилсалициловая кислота	26	37
Фуросемид	4	5,8

Для прогнозирования клинического течения подагры в зависимости от особенностей ведения больных использовался дискриминантный анализ. С учетом

особенностей клинического течения подагры больные были разделены на две группы (табл. 3.20). Больные в первой группе характеризовались легким течением подагры, во второй — имели признаки тяжелого течения подагры и ее хронизации.

Таблица 3.20

Характеристика групп больных

Показатели	Группа 1, n = 37	Группа 2, n = 95	p
Число воспаленных суставов Me (Q ₁ ; Q ₃)	1,5 (1,0–2,0)	6,0 (5,0–7,0)	0,041
Частота обострений в год Me (Q ₁ ; Q ₃)	2,0 (1,0–2,0)	4,0 (4,0–5,0)	0,034
Длительность последнего обострения, недель Me (Q ₁ ; Q ₃)	2,0 (1,0–2,0)	4,5 (4,0–5,0)	0,028
Тофусы	Нет	Есть	—

Среди дефектов ведения больных подагрой наиболее часто встречались следующие: неверный режим назначения уратоснижающей терапии (85 %), ошибки диагностики (57 %), назначение без жизненных показаний лекарственных препаратов, повышающих уровень мочевой кислоты в крови (47 %), отсутствие мониторинга уровня мочевой кислоты (45 %), поздняя диагностика (30 %), несвоевременное направление к ревматологу (23 %). 33 % больных не были привержены к уратоснижающей терапии. Эти признаки легли в основу математической модели прогнозирования особенностей клинического течения подагры. Дискриминантный анализ семи тестируемых признаков, которые отражали основные дефекты ведения больных, показал, что наиболее информативными признаками, достоверно различающими группы сравнения, являлись следующие (табл. 3.21).

Таблица 3.21

Результаты анализа дискриминантных функций

Признак	Лямбда Уилкса	Частная лямбда	F-искл.	p	% вклада	Достоверность различий распространенности признаков в группах	
						U	p
X ₁ -неверный режим назначения УТ	0,650	0,264	325,7	< 0,001	47,9	235,5	< 0,001
X ₂ -назначение лекарств, повышающих уровень МК в крови	0,182	0,944	6,83	0,01	12,8	569,0	< 0,001
X ₃ -ошибка диагноза	0,183	0,937	7,85	0,005	13,9	916	0,007
X ₄ -отсутствие мониторинга МК	0,179	0,960	4,79	0,03	11	858,5	0,002
X ₅ неприверженность к УТ	0,177	0,967	3,89	0,04	10	1082,0	0,04
Лямбда Уилкса = 0,17196, припл. F (5,117) = 112,68, p < 0,001							

По результатам анализа дискриминантных функций видно, что наибольшее значение имеет признак x_1 — неверный режим назначения уратснижающей терапии ($F = 325,7$, вклад в дисперсию 47,9 %, табл. 3.22).

Таблица 3.22

Функции классификации

Показатели	Коэффициенты, группа 1	Коэффициенты, группа 2
Неверный режим назначения УТ	5,18860	31,9988
Назначение лекарств, повышающих уровень МК в крови	0,02190	3,0547
Ошибки диагностики	1,79307	4,7964
Отсутствие мониторинга МК	1,48340	3,8873
Неприверженность к уратоснижающей терапии	2,17935	- 0,0558
Константа	- 2,82472	- 19,7883

Точность диагностики по решающим правилам в среднем имеет достоверность 95,9 %, для первой группы 82,7 %, для второй — 100 %. Отнесение пациента к определенной группе выполняется на основании расчета линейных классификационных функций. Линейные классификационные функции рассчитываются по уравнениям:

$$F_1 = - 2,824 + 5,188x_1 + 0,021x_2 + 1,793x_3 + 1,483x_4 + 2,179x_5.$$

$$F_2 = - 19,788 + 31,998x_1 + 3,054x_2 + 4,796x_3 + 3,887x_4 - 0,055x_5.$$

Способ прогнозирования поясняется следующими клиническими примерами.

Пример 1. Пациент А., 62 года. Болен в течение восьми лет, дебют с 1 плюснефалангового сустава левой стопы, когда в ночное время суток, после приема мясной пищи накануне, остро возник артрит. Больной обратился терапевту по месту жительства, было проведено дообследование (клинические анализы крови и мочи, сывороточный уровень мочевой кислоты, креатинина, глюкозы, холестерина, УЗИ сустава) и в течение недели был направлен на консультацию ревматолога. Ревматологом больному был выставлен диагноз «первичная подагра», и после купирования артрита назначена уратоснижающая терапия аллопуринолом в дозе 100 мг в сутки с медикаментозной профилактикой обострений. Доза аллопуринола титровалась с учетом мониторинга уровня мочевой кислоты, который проводился каждые две недели, а после оценивался раз в три месяца. После установления диагноза пациент был взят под динамическое наблюдение, регулярно являлся на прием, за восемь лет болезни у больного наблюдается моноартрит, обострения зафиксированы один-два раза в год, длительностью пять-семь дней, тофусов нет.

$$F_1 = - 2,824 + 5,188x_1 + 0,021x_2 + 1,793x_3 + 1,483x_4 + 2,179x_5 = - 2,824.$$

$$F_2 = - 19,788 + 31,998x_1 + 3,054x_2 + 4,796x_3 + 3,887x_4 - 0,055x_5 = - 19,788.$$

$F_1 > F_2$, следовательно, пациента А. можно будет отнести к группе легкого течения подагры с точностью 95,9 %.

Пример 2. Пациент М., 57 лет. Болен в течение пяти лет, дебют с 1 плюснефалангового сустава правой стопы, когда, после приема алкоголя и мясной пищи накануне, пациент почувствовал резкую боль и отечность в области сустава. Больной расценил это, как травму, которую он не заметил ранее, и обратился в травматологический пункт по месту жительства. Травматологом была проведена рентгенография, выставлен диагноз «ушиб стопы», через неделю симптомы купировались самостоятельно. Спустя три месяца артрит возник вновь, пациент обратился к терапевту по месту жительства, после рентгенографии выставлен диагноз «первичный остеоартроз», назначены НПВП и физиотерапия,

воспалительные явления купировались в течение трех недель. В дальнейшем, спустя три года — обострения три-четыре раза в год после приема алкоголя, вовлечение в процесс 1 плюснефалангового сустава слева, локтевых, голеностопных суставов с обеих сторон, тофус в области ушной раковины. На консультации по поводу артериальной гипертензии кардиологом было отмечено наличие гиперурикемии, больной направлен к ревматологу. Ревматологом больному был выставлен диагноз «первичная подагра», и, после купирования артрита, назначена уратоснижающая терапия аллопуринолом в дозе 300 мг в сутки, который пациент самостоятельно отменил, отметив возникновение обострений в начале приема терапии. Регулярный мониторинг уровня мочевой кислоты не проводился из-за неявок больного на прием. После пяти лет с момента дебюта у больного хроническая тофусная подагра, полиартрит, обострения зафиксированы четыре-шесть раз в год, длительностью четыре-пять недель.

$$F_1 = -2,824 + 5,188x_1 + 0,021x_0 + 1,793x_1 + 1,483x_1 + 2,179x_1 = 7,819.$$

$$F_2 = -19,788 + 31,998x_1 + 3,054x_0 + 4,796x_1 + 3,887x_1 - 0,055x_1 = 60,414.$$

$F_1 < F_2$, следовательно, пациента М. можно будет отнести к группе тяжелого течения подагры с точностью 95,9 %.

3.4.2. Оценка качества динамического наблюдения за больными подагрой

Для оценки качества динамического наблюдения изучено 132 амбулаторные карты амбулаторно-поликлинических учреждений (форма 025-4/у) больных подагрой, отобранные случайным методом. Экспертиза качества ведения больных проводилась в соответствии с ключевыми положениями рекомендаций по ведению больных подагрой *EULAR (2006)* [89]. В результате экспертизы выявлено 104 (78,8 %) амбулаторные карты с нарушениями (табл. 3.23).

Таблица 3.23

Результаты экспертизы качества ведения больных подагрой

Критерии оценка качества оказания медицинской помощи	n = 132 (%), человек
Своевременное направление к ревматологу	102 (77)
Количество визитов за год, Me (Q ₁ ;Q ₃)	2,0 (1,0–3,0)
Мониторинг уровня МК в крови	55 (72,6)
Назначение УТ	100 (75,7)
Достижение целевого уровня МК	38 (29)
Исследование почечной функции	65 (49,2)
Исследование кардиоваскулярного риска	60 (45)
Верный режим назначения УТ	20 (15)
Рекомендации по диете	132 (100)
Коррекция сопутствующих заболеваний	132 (100)
Уменьшение ЧВС за год	57 (43)

23 % больных не были своевременно направлены к ревматологу. Обращал на себя внимание недостаточно подробно собранный анамнез заболевания, не учитывались факторы, провоцирующие обострение артрита. При оценке качества динамического наблюдения отмечался низкий процент регулярности наблюдения (65,2 %). Основной причиной нерегулярного наблюдения в медицинской документации указана неявка больного. У 45 % не проводился регулярный мониторинг уровня мочевой кислоты в крови, в 35 % случаев не измерялась скорость клубочковой фильтрации, в 30 % — индекс массы тела; ни у кого из больных проводился контроль размеров тофусов, мониторинг количества суставных атак, длительности обострений и числа пораженных суставов. По нашему мнению, в связи с этим представляется затруднительным провести реальную оценку качества динамического наблюдения больных подагрой и оценить тяжесть течения заболевания. Основным в рекомендациях о здоровом образе жизни были сведения о диете, не содержалось сведений о необходимости отказа от приема алкоголя, контроле массы тела. Зачастую в картах динамического наблюдения уделялось внимание только основному заболеванию (АГ, ИБС, ХОБЛ) и не содержалось никаких рекомендаций по поводу подагры, кроме ежегодной консультации ревматолога. Рекомендации по диете были даны 100 % пациентов, УТ назначена 75,8 %, целевой уровень МК достигнут у 29 % больных. В результате изучения особенностей терапии больных подагрой

установлено, что 87 % больных, достигших целевого уровня МК, соблюдали диету и принимали уратоснижающую терапию в постоянном режиме (табл. 3.24).

Таблица 3.24

**Особенности терапии больных подагрой,
находящихся под динамическим наблюдением (n = 132)**

Пациенты	Диета, n = 32	Диета + уратоснижающая терапия, n = 100
Достигшие целевого уровня МК, чел. (%)	4 (3)	34 (25,7)
Не достигшие целевого уровня МК, чел. (%)	27 (20,4)	67 (50,7)
Статистическая значимость различий определялась с использованием критерия Фишера, p = 0,02		

65,7 % пациентов, достигших целевого уровня МК, принимали аллопуринол в дозе 300 мг в сутки и выше (табл. 3.25).

Таблица 3.25

**Пациенты, достигшие целевого уровня МК
в зависимости от принимаемой суточной дозы аллопуринола**

Доза аллопуринола, мг в сутки	Достигшие целевого уровня МК, n = 38
Менее 100	2 (1,4 %)
100–200	11 (28,9 %)
300 и более	25 (65,7 %)

Таким образом, нельзя отрицать, что существующий подход динамическому наблюдению за больными подагрой не удовлетворяет его целям. В связи с этим нами предложены рекомендации по ведению и динамическому наблюдению за больными подагрой с акцентом на медицинский контроль над прогрессией болезни и коррекцией сопутствующих заболеваний (п. 4.6).

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

4.1. Динамика особенностей клинической картины подагры в городе Иркутске

При исследовании динамики особенностей клинической картины подагры изучались две группы больных. Группа 1 была обследована в течение 2007 г., группа 2 — 2016 г. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1, что сопоставимо с мировыми данными о большей распространенности подагры у мужчин [23; 26; 31; 42; 43; 49; 79; 89; 97; 120]. Установлено, что в 2016 г. среди больных подагрой уменьшилась доля работающего населения и статистически значимо увеличилось число неработающих граждан. Учитывая то, что пенсионеры были нами выделены в отдельную группу, безработные являлись людьми трудоспособного возраста. Их статус объясняется, по-видимому, неофициальным трудоустройством. Таким образом, среди больных подагрой преобладали больные трудоспособного возраста. Это является свидетельством экономического ущерба, наносимого подагрой. В структуре инвалидности по подагре встречались инвалиды 2-й и 3-й групп. Значимых различий между долей инвалидов 2-й и 3-й групп в двух группах больных выявлено не было. Более, чем у половины больных в обеих группах было высшее образование, у 30% — среднее специальное, примерно у 15% — общее среднее, статистически значимых различий между группами выявлено не было.

При изучении возраста дебюта подагры в группе 2 установлено статистически значимое увеличение числа больных трудоспособного возраста (до 60 лет). Традиционно считается, что подагра встречается преимущественно в возрасте после 45 лет [31; 162]. Однако имеются данные и о снижении возраста дебюта подагры [93].

Считается, что в 70–90 % случаев подагра дебютирует с I плюснефалангового сустава стопы [89; 153]. Согласно результатам нашего

исследования, за период с 2007 по 2016 г. отмечается значимое увеличение частоты классического дебюта подагры (с 40 до 51,2 % дебютов с I плюснефалангового сустава стопы), а также некоторое снижение частоты первичного вовлечения других суставов, преимущественно — мелких суставов кистей. Это может считаться положительным фактом, так как «атипичность» дебюта подагры нередко является причиной диагностических ошибок [91; 92; 102; 135; 153; 174].

За прошедшие десять лет увеличилась доля пациентов с моно- и олигоартритом, количество больных с полиартритом значимо не изменилось. Уменьшилась доля больных с частыми атаками артрита, большинство больных составили пациенты с количеством до трех обострений в год. Длительность обострений у больных в двух группах статистически значимо не изменилась.

Взаимосвязь подагры и алкоголя, как фактора, вызывающего гиперурикемию, известна давно. Известно также, что больные подагрой часто злоупотребляют алкоголем, однако частота обострений подагрического артрита, вызванного употреблением алкоголя, ранее не изучалась [28; 88; 110]. При анализе факторов, провоцирующих обострение артрита, обращает на себя внимание возросшая в два раза частота артрита, вызванного употреблением алкоголя (с 10,4 до 22,2 %). В результате опроса пациентов группы 2 было установлено, что 81 % больных регулярно принимает алкоголь, медиана дозы составил 6,0 (4,0–10,0) условных единиц в неделю. При анализе клинической картины пациентов, принимающих алкоголь и отрицающих прием спиртных напитков, установлена статистически значимо большая ЧВС в группе больных, употребляющих алкоголь ($p = 0,04$). Медианы длительности и частоты обострений статистически значимо не различались. Несмотря на то что доза алкоголя, принимаемого нашими больными, не достигала пограничного уровня злоупотребления, равного 14 условных единиц в неделю [88], больные, употребляющие алкоголь, демонстрировали более тяжелое течение болезни.

Существенная роль приема алкоголя в генезе гиперурикемии, ожирения, большей частоты хронического подагрического артрита не вызывает сомнений

[88]. С большой долей вероятности, этим обусловлено более тяжелое течение подагры у наших больных, принимающих алкоголь, по сравнению с группой, не принимающей спиртные напитки. Нами была обнаружена статистически значимая положительная корреляционная взаимосвязь между количеством условных единиц алкоголя, принимаемого в неделю и количеством лет, прошедших с момента дебюта подагры до установления диагноза ($r = 0,33$, $p < 0,05$), а также отрицательная взаимосвязь между количеством алкоголя и значением СКФ у больных подагрой из группы 2 ($r = - 0,48$, $p < 0,05$). Алкоголь снижает экскрецию уратов, повышает продукцию пуринов, снижает эффект от приема аллопуринола, усугубляя гиперурикемию, которая ассоциирована с высоким риском развития ХБП. Зарубежные авторы сообщают также о субоптимальном врачебном контроле за больными подагрой с ХБП [32]. Связь алкоголя с отсроченным диагнозом подагры можно объяснить обострением артрита после приема спиртных напитков, принимаемого самим больным за травму, которую он мог не заметить. Больные обращаются к травматологу, хирургу, им ставят диагноз «ушиб», а нераспознанная подагра прогрессирует. Кроме того, социальные и психологические проблемы, сопутствующие злоупотреблению алкоголем, часто становятся помехой для продуктивного контакта пациента с врачом, что также затрудняет своевременную диагностику подагры.

Согласно результатам нашего исследования, значительно снизилась частота артрита, вызванного приемом диуретиков (с 17,5 до 1,9 %). Возможно, это обусловлено внедрением в работу современных рекомендаций, согласно которым назначение диуретиков больным подагрой допускается только по жизненным показаниям [159]. Это подтверждают наши данные, полученные в результате социологического исследования осведомленности врачей о подагре, согласно которым 100 % ревматологов и 86 % терапевтов осведомлены о негативном влиянии диуретиков на течение подагры. Частота выявления других провоцирующих факторов (травма сустава, нарушение диеты, переохлаждение, перенесенная инфекция) статистически значимо не изменилась.

По нашим данным, за последние годы увеличилось число случаев тофусной подагры. В 2007 г. тофусы были обнаружены у 31,7 % больных подагрой, в 2016 г. — у 40,9 %, преимущественно поражались суставы стопы ($p = 0,017$). Есть мнение, что возможная причина этого явления — поздняя диагностика подагры и отсутствие адекватной уратоснижающей терапии [121]. Видимые отложения кристаллов МУН являются признаком хронизации болезни, хотя скорость их формирования крайне переменчива [91; 92; 108].

В 2016 г. значимо возросло число пациентов с гиперурикемией (с 62 до 88 %, $p < 0,001$). Возможно, это связано с многократным увеличением доли больных подагрой с метаболическими нарушениями и коморбидными заболеваниями, о чем свидетельствуют литературные данные [17; 58; 93; 145; 146; 148; 176; 179]. Известно, что первичная заболеваемость подагрой значительно зависит от уровня МК [21]. К 2016 г. значимо возросло число случаев хронического течения подагры (с 42 до 77 % больных).

По нашему мнению, столь значительному утяжелению клинического течения подагры за последние десять лет может способствовать ряд причин. Регулярное, частое обновление клинических рекомендаций по ведению больных подагрой, наряду с загруженностью врачей первичного звена здравоохранения, а также снижение обеспеченности ЛПУ врачами, в том числе, узкими специалистами (ревматологами) создает условия для субоптимального врачебного контроля. Гиподинамия, доступность алкогольных напитков и высококалорийных продуктов питания ведет к увеличению распространенности ГУ и ожирения в популяции. Высокая распространенность ожирения, несомненно, является одной из вероятных причин тенденции утяжелению течения подагры. При ожирении снижается почечная экскреция и возрастает продукция уратов [93]. Растет частота выявления сахарного диабета 2-го типа, которая прямо коррелирует с частотой выявления гиперурикемии [21; 93; 114]. Улучшение диагностики АГ и, связанный с ее лечением, прием диуретиков ведет к увеличению уровня МК в крови, развитию стойкой ГУ и подагры.

Подагра часто сочетается с ожирением, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек, у большинства больных подагрой определяется высокий кардиоваскулярный риск по шкале *SCORE* [21; 58; 66; 73; 188]. Так, согласно результатам нашего исследования, за последние десять лет частота ожирения возросла в 3,6 раза, сахарного диабета 2-го типа — в 1,7 раза, артериальной гипертензии — в 1,6 раза. Есть сведения, что частота артериальной гипертензии среди пациентов с подагрой колеблется от 25 до 52 % [176; 180]. Влиянием метаболических нарушений на уратный обмен можно объяснить рост заболеваемости подагрой за последние десятилетия [93; 176].

С ростом частоты гиперурикемии тесно связана и распространенность поражения почек при подагре. Среди наших больных отмечается значимое увеличение частоты нефролитиаза (с 48,8 до 57,5 %) и интерстициального нефрита (с 26,3 до 86 %). Распространенность ХБП среди больных подагрой увеличилась вдвое. Известно, что нефролитиаз у больных первичной подагрой встречается в десять раз чаще, чем в популяции [73]. По некоторым данным, поражение почек при подагре встречается в 30–75 % случаев, частота нефролитиаза может достигать 50 %. При стойкой гиперурикемии риск развития ХБП возрастает в десять раз [193].

При анализе приверженности к лечению больных подагрой установлено, что число пациентов, не принимающих базисную терапию, увеличилось в 2,6 раза. Также отмечается двукратное снижение количества пациентов, принимающих ее постоянно (с 20 до 10 %). Число больных, отметивших нерегулярный прием базисной терапии, возросло в 1,8 раза. Отечественные и зарубежные авторы указывают на стабильно низкий процент больных, принимающих уратоснижающую терапию в постоянном режиме — 18–44 % [12; 60; 147]. Наиболее частой причиной отказа от уратоснижающей терапии пациенты называли собственную забывчивость (53,3 %), среди других причин наиболее часто встречались страх перед развитием побочных эффектов (20 %) и индивидуальная непереносимость (4,5 %).

Увеличение частоты сопутствующих заболеваний за десятилетний интервал, по нашему мнению, связано с увеличением частоты артрита, вызванного приемом алкоголя, а также с более чем двукратным увеличением числа больных, не приверженных к уратоснижающей терапии. Алкоголизация и метаболические заболевания всегда рассматривались как факторы риска развития подагры, имеющие свойство утяжелять ее течение [73; 176; 180]. Низкая приверженность к лечению также считается одной из причин, способствующих хронизации и тяжелому течению подагры [12; 60].

4.2. Изучение приверженности к лечению и осведомленности больных подагрой о своем заболевании

Для изучения приверженности больных подагрой к уратоснижающей терапии с помощью теста Мориски-Грина были опрошены 60 больных первичной подагрой. Все пациенты были мужчинами, медиана возраста составила 57,8 (49,0–67,0) лет, средняя длительность заболевания 9,4 (3,0–15,0) лет. Медиана времени установления диагноза от начала заболевания составила 2,6 (2,0–3,0) лет. Все больные в течение года по назначению врача принимали уратоснижающую терапию в постоянном режиме, доза аллопуринола составила 200 (200,0–300,0) мг в сутки. У 50 % больных заболевание началось с I плюснефалангового сустава, зарегистрировано в основном полиартикулярное поражение (ЧВС составило 3,4), у 28,3 % пациентов диагностирована тофусная подагра. У подавляющего большинства больных зарегистрированы метаболические заболевания, часто сопутствующие подагре — подагрическая нефропатия (68,3 %), ожирение (66,6 %), артериальная гипертензия (55 %), ИБС (21,6 %), сахарный диабет 2-го типа (23 %). Медиана балла опросника Мориски-Грина составила 3,0 (2,0–3,0) балла, что соответствует среднему уровню приверженности к терапии.

С целью оценки клинической картины в зависимости от уровня приверженности к лечению больные были разделены на 2 группы. Возраст больным в обеих группах статистически значимо не различался, длительность заболевания была значимо выше в группе приверженных ($p = 0,02$). В результате анализа особенностей клинической картины было установлено, что частота выявления ГУ, артериальной гипертензии и сахарного диабета у пациентов, приверженных к УТ, была статистически значимо выше, чем у больных в группе неприверженных к УТ ($p < 0,001$). Зарубежные исследователи также сообщают о более низком уровне комплаентности больных подагрой без сопутствующих заболеваний [29]. Большая длительность заболевания и коморбидность ассоциированы с тяжелым течением подагры [89; 90; 91]. Кроме того, вероятно, для больных наличие нескольких серьезных заболеваний связано с необходимостью постоянно принимать лекарства, в том числе и уратоснижающую терапию.

При оценке зависимости между количеством баллов опросника и некоторыми характеристиками больных подагрой была установлена положительная корреляционная связь между количеством лет, прошедших от начала заболевания до установления диагноза подагры и количеством баллов опросника Мориски-Грина ($r = 0,29$, $p = 0,04$). Это может свидетельствовать о более тяжелом течении заболевания у пациентов, которым подагра была диагностирована несвоевременно. Поздняя диагностика подагры часто ассоциируется с быстрой хронизацией процесса и неблагоприятным течением болезни [89; 90; 91; 92; 102; 116; 155; 156]. Выявлена положительная зависимость между индексом массы тела пациента и результатом анкетирования, выраженным в баллах ($r = 0,28$, $p = 0,04$). Известно, что ожирение утяжеляет течение подагры и ухудшает ее исходы [93; 111; 114; 146; 148], обрекая пациента на пожизненный прием медикаментов, в том числе и по поводу других метаболических нарушений, которые часто сопутствуют подагре. Также выявлена отрицательная взаимосвязь между количеством единиц алкоголя, принимаемого больным в неделю и количеством баллов опросника ($r = - 0,9$, $p < 0,001$), и отрицательная

связь между суточной дозой аллопуринола и баллами опросника Мориски-Грина ($r = - 0,8$, $p < 0,001$). Наши результаты сопоставимы с данными зарубежных исследователей. Так, *Harding* (2016) сообщает о высокой частоте злоупотребления алкоголем среди мужчин с подагрой в возрасте от 41 до 60 лет, не приверженных к лечению [28]. Обращает на себя внимание также лучшая комплаентность наших больных, принимающих низкие дозы аллопуринола. *Coburn* и соавт. (2017), изучавшие возможности улучшения терапии подагры, также отметили лучшую приверженность к лечению у больных, принимавших аллопуринол в начальной дозе 50–100 мг в сутки, однако было указано, что в большинстве случаев целевой уровень МК не был достигнут без последующей эскалации дозы [19]. Таким образом, даже высокоприверженные больные могут не добиться улучшения течения подагры при назначении неадекватных доз уратоснижающих препаратов. Возможно, данный факт стал причиной того, что в группе приверженных к УТ у 30 % больных не был достигнут целевой уровень МК. Доза аллопуринола составляла 200 мг в сутки и менее. При анализе причин этого явления установлено, что больным не проводился мониторинг уровня МК, и, как следствие, коррекция дозы уратоснижающих препаратов, назначались препараты, повышающие уровень МК в крови, не были даны рекомендации по диете. Таким образом, в данном случае причиной недостижения целевого уровня МК у приверженных больных стал субоптимальный врачебный контроль.

На современном этапе проблема осведомленности ревматологических больных о своем заболевании привлекает к себе все большее внимание [59; 125; 154]. При изучении осведомленности больных подагрой о своем заболевании и приверженности к лечению пациенты заполнили специально разработанную анкету, которая содержала вопросы о сущности подагры, особенностях образа жизни, комплаентности в отношении приема уратоснижающей терапии и причинах ее нарушения. Зарубежные авторы сообщают об имеющемся дефиците знаний больных подагрой об особенностях заболевания и целях уратоснижающей терапии [20].

На вопрос: «Что такое подагра?» — верно ответили 95 % пациентов. О том, что прием алкоголя и нарушение диеты провоцируют обострение заболевания, известно большинству опрошенных — 65 %. О механизме неблагоприятного влияния алкоголя на течение подагры (повышении уровня МК в крови) осведомлены 70 % пациентов. Половине опрошенных (50 %) известно, каких именно продуктов питания следует избегать больным подагрой. Большинство больных знает, зачем нужно принимать уратоснижающую терапию при подагре — верно на этот вопрос ответили 70 % пациентов. Около 60 % больных указали, что получили информацию о подагре от ревматолога, 20 % — от участкового терапевта поликлиники. 15 % отметили главным источником информации о подагре средства массовой информации, в том числе Интернет. Таким образом, основным источником информации для наших пациентов стал лечащий врач, тогда как в литературе имеются сведения, согласно которым медработники не являются главным источником информации для больных о подагре, и сведения, сообщаемые врачами, недостаточны либо не запоминаются [46; 96; 125]. По данным зарубежных авторов, не более половины больных подагрой осведомлены о механизмах развития заболевания, и лишь 33 % владеют информацией о препаратах, применяемых для лечения подагры [46]. Согласно результатам нашего исследования, больные подагрой показывают удовлетворительный уровень осведомленности о своем заболевании, отмечая при этом, что главным источником информации для них является лечащий врач. Это, несомненно, позитивный факт, который способствует улучшению медицинского контроля над заболеванием.

14 % указали на постоянный прием диуретиков, главным образом, гипотиазида, и 30 % — ацетилсалициловой кислоты. Это связано с наличием у больных подагрой коморбидных заболеваний (АГ, ИБС). Прием диуретиков часто является причиной тяжелого течения подагры, повышая риск развития рецидивирующего артрита [110; 145; 192].

Более половины (55 %) опрошенных больных с установленным диагнозом подагры не состоят на диспансерном учете. 45 % пациентов посещают

участкового терапевта и ревматолога только при обострении заболевания. Среди возможных причин этого — небольшая частота приступов, наличие «светлых» межприступных промежутков, доступность нестероидных противовоспалительных препаратов, которые больной принимает самостоятельно, пока течение болезни не повлияет на его трудоспособность [91; 92; 153].

75 % опрошенных нами пациентов обратились за медицинской помощью в течение первого года болезни, 20 % — по прошествии от двух до пяти лет, 5 % — свыше пяти лет от начала заболевания. Из них 65 % впервые обратились к участковому терапевту, 30 % — к ревматологу, 5 % — к другим специалистам, чаще всего к хирургу. Лишь 65 % всех больных в течение первого года были направлены к ревматологу. Проблема несвоевременного направления больных к ревматологу в настоящее время стоит особенно остро [25; 47; 104; 105; 134]. Чаще всего это связано с большой загруженностью специалистов амбулаторно-поликлинического звена, нехватка специалистов и формирующиеся в этой связи очереди на прием к ревматологу. Следует использовать все возможности, чтобы избежать этого нежелательного явления. Согласно литературным данным, ревматологи втрое чаще, чем врачи общей практики, применяют современные методы диагностики подагры, чаще проводят профилактику обострения артрита до начала уратоснижающей терапии [47].

Согласно некоторым литературным данным, не более 44 % больных подагрой принимают базисные препараты в постоянном режиме [12; 60; 147]. Ряд авторов связывают это с назначением субоптимальных доз, неверным режимом дозирования и отсутствием долгосрочных подходов к уратоснижающей терапии [24; 147]. На современном этапе подагра считается хроническим заболеванием с наихудшим уровнем приверженности больных к терапии [65; 153]. По мнению различных авторов, низкая комплаентность остается одной из главных причин недостаточного медицинского контроля за больными подагрой [65; 118; 153].

Среди пациентов, не принимающих уратоснижающую терапию, больше половины отметили собственную забывчивость (53,3 %). Согласно литературным данным, это может объясняться особенностями психосоматического статуса

больных подагрой: выявлено, что у них отсутствует склонность к серьезному углублению в сложные проблемы, часто имеет место неадекватная оценка тяжести своего состояния и низкая приверженность к лечению. Также установлено негативное влияние депрессии на приверженность к медикаментозному лечению больных подагрой [57; 191]. Больным подагрой, учитывая их психоэмоциональные особенности, необходимо разъяснять характер течения и прогноз заболевания с целью изменения образа жизни [191].

Среди других причин отказа были страх возникновения побочных эффектов, индивидуальная непереносимость, вероятность обострения артрита в начале приема препарата. Причиной последнего часто является пренебрежение врачами рекомендациями по профилактике приступов артрита в течение первых месяцев уратоснижающей терапии, несмотря на четкие указания о ее необходимости. Данная ошибка может быть основной причиной отказа пациента от приема уратоснижающих препаратов, низкой приверженности к лечению [102; 147; 165].

4.3. Исследование осведомленности о подагре врачей первичного звена здравоохранения

С целью изучения осведомленности о подагре врачей первичного звена здравоохранения был проведено социологическое исследование. 50 участковых терапевтов и 23 ревматолога заполнили специально разработанную анкету, содержащую вопросы об основных принципах диагностики и лечения подагры.

На вопрос: «Как часто Вам встречаются больные подагрой?» — подавляющее большинство терапевтов (94 %) ответило, что к ним обращается один больной в неделю и менее, тогда как больше половины (67 %) ревматологов указало от двух до пяти больных в неделю. Такие различия в количестве обращений могут свидетельствовать о большей степени доверия больных подагрой ревматологам, и их желании видеть именно ревматолога своим лечащим врачом. Это подтверждается литературными данными, согласно которым

ревматологи достоверно чаще правильно диагностируют ревматические заболевания и с большим экономическим эффектом управляют данными состояниями [12; 47; 95; 129; 181].

80 % терапевтов указали, что большинство больных подагрой обращаются к ним в период развития острого артрита. 62 % ревматологов отметили, что больные попадают к ним на консультацию преимущественно на исходе артрита, когда сохраняются остаточные воспалительные явления в суставах, часто уже на терапии. Это, по-видимому, объясняется особенностью организации работы первичного звена здравоохранения, когда для получения направления к ревматологу пациент сначала должен посетить участкового терапевта. Учитывая существующую загруженность участковых врачей, на этом этапе происходит основная потеря времени. Это крайне нежелательно, так как известно, что позднее направление к ревматологу приводит к увеличению частоты хронических форм заболевания [25; 42; 91].

Основной причиной обращения к врачу у пациентов с подагрой остается боль и воспаление суставов. В межприступный период для профилактики обострений и коррекции лечения к терапевтам и ревматологам обращается 10 и 4 % больных соответственно.

В рекомендациях по диагностике подагры *EULAR* была приведена новая позиция, в соответствии с которой предлагается считать гиперурикемией уровень МК > 360 мкмоль/л (6 мг/дл) [159]. На вопрос: «Какой уровень следует считать гиперурикемией согласно рекомендациям *EULAR*?» — верный ответ дали 24 % терапевтов и 48 % ревматологов ($p = 0,036$). Актуальные критерии диагностики подагры используют лишь 6 % участковых терапевтов и 62 % ревматологов ($p < 0,001$). В соответствии с современными рекомендациями определенный диагноз подагры ставится при обнаружении кристаллов МУН в синовиальной жидкости [101; 159]. Об этом осведомлены 42 % терапевтов и 90 % ревматологов. 52 % терапевтов и 10 % ревматологов считают наиболее достоверным признаком выявление гиперурикемии. Хотя гиперурикемия — облигатный фактор риска развития подагры, сывороточный уровень МК не является показателем,

исключающим или подтверждающим подагру [52; 54]. 6 % терапевтов используют для установления диагноза подагры рентгенографию пораженных суставов, хотя известно, что рентгенологическое исследование дистальных отделов стоп на ранней стадии болезни не выявляет специфических изменений [101; 159].

На вопрос: «Доступен ли в Вашей работе поляризационный микроскоп?» — отрицательный ответ дали все терапевты и 86 % ревматологов. К сожалению, весьма небольшое количество лечебных учреждений Российской Федерации оснащены поляризационными микроскопами, поэтому широкое использование этого метода диагностики крайне затруднительно [91; 92; 153]. Разработанные *ACR/EULAR* в 2015 г. множественные критерии подагры позволяют с высокой достоверностью устанавливать диагноз даже при отсутствии возможности исследования синовиальной жидкости на предмет наличия кристаллов МУН [101]. Вместе с тем поляризационная микроскопия является методом, позволяющим установить достоверный диагноз подагры [61; 159].

Верный режим назначения уратоснижающей терапии указали 72 % терапевтов и 100 % ревматологов. 26 % терапевтов считают, что прием аллопуринола можно прекратить после достижения нормоурикемии, 10 % терапевтов никогда не назначают базисную терапию больным подагрой. Назначение приема уратоснижающих препаратов в неправильном режиме является широко распространенной ошибкой лечения подагры и приводит к утяжелению течения артрита. Прием базисной терапии в острый период заболевания пролонгирует атаку артрита и создает негативное отношение больных к лечению в дальнейшем [24; 92; 102; 147; 153].

Бессимптомная гиперурикемия не всегда ассоциируется с подагрой и может достигать 2–19 % популяции [119]. 56 % терапевтов и 76 % ревматологов не считают нужным проводить медикаментозную коррекцию ГУ у лиц без подагры, 44 % терапевтов и 24 % ревматологов указывают на целесообразность применения уратоснижающих препаратов в данной ситуации. По современным представлениям, бессимптомная ГУ не нуждается в медикаментозном лечении,

требуются лишь диета и коррекция сопутствующих заболеваний [61; 159]. Этот вопрос следует считать дискуссионным, так как ряд авторов сообщает о возможном нефропротективном эффекте аллопуринола при ХБП [197].

В соответствии с приказом Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» [3] ведение больных подагрой осуществляется участковым терапевтом по рекомендации ревматолога. С этим согласны 88 % терапевтов и 62 % ревматологов. 14 % терапевтов считают возможным назначение диуретиков при подагре. Применение диуретиков при подагре остается актуальной проблемой [87; 145; 192]. Подагра часто ассоциируется с АГ и повышает риск развития кардиоваскулярных катастроф [14; 37; 56; 187; 188]. Наличие у пациента сопутствующих заболеваний нередко требует назначения препаратов, повышающих уровень МК. Известно, что все диуретики провоцируют обострение подагры и назначение их возможно только по жизненным показаниям [159; 192].

Отвечая на вопрос: «Как вы оцениваете комплаентность больных подагрой?» — 80 % терапевтов и 14,3 % ревматологов признали приверженность к лечению у больных подагрой удовлетворительной, крайне низкой — 20 % терапевтов и 85,7 % ревматологов, хорошей не признал никто. Проблема приверженности к лечению данной категории больных на современном этапе стоит особенно остро [65; 153; 159]. Учитывая особенности пациентов с подагрой [191], врачам, осуществляющим их ведение и диспансерное наблюдение, доверена ведущая роль в улучшении ситуации.

Проблема осведомленности врачей о подагре на современном этапе выходит на первый план. Ряд зарубежных авторов сообщает о низком уровне осведомленности врачей о подагре, отмечают, что несоблюдение современных рекомендаций может снизить эффективность лечения подагры и указывают на существующую необходимость для активного их внедрения в работу врачей общей практики [68; 100; 151]. Это сопоставимо с результатами нашего исследования.

4.5. Оценка качества ведения и динамического наблюдения за больными подагрой

С целью оценки качества ведения больных подагрой на этапе первичного звена здравоохранения были изучены 132 амбулаторные карты пациентов с подагрой, отобранные случайным способом. В результате экспертизы выявлено 118 (90 %) амбулаторных карт с нарушениями.

У 57 % больных подагрой обнаруживались факты неправильного диагноза в течение первого года заболевания. Наиболее часто (77,6 %) диагностические ошибки были совершены участковыми терапевтами, что подтверждает литературные данные об их недостаточной квалификации для лечения РЗ [47; 95; 96; 102; 129; 181]. Из ошибочных диагнозов наиболее часто встречался первичный остеоартроз (37 %), ревматоидный артрит (8 %) и ушиб стопы (8 %). Среди прочих встречались также псориатический артрит (2 %), панариций, реактивный артрит, трофическая язва, гематома, эпикондилит, рожистое воспаление, ПТФС, абсцесс, гигрома.

По данным различных авторов, частота совершаемых врачами диагностических ошибок составляет от 30 до 68–80 % [91; 92; 102; 153]. Факты неправильного диагноза обнаруживались у каждого пятого больного подагрой [161]. Подагрический артрит часто путают с флегмоной, рожистым воспалением, остеоартрозом, реактивным артритом, ревматоидным артритом, псориатической артропатией, септическим артритом [91; 92; 121; 187].

В нашем исследовании при постановке ошибочного диагноза «остеоартроз» врачи, по-видимому, ориентировались в первую очередь на результаты рентгенологического исследования, которое не информативно в дебюте подагры [159], а не на особенности клинической картины. При получении данных о наличии у больных с артритом 1 плюснефалангового сустава стопы изменений, характерных для остеоартроза на рентгенограммах, был диагностирован остеоартроз. Не последнее место занимает атипичность дебюта подагры. Известно, что у пациентов с атипичным дебютом подагры хронический артрит и

тофусы выявляются чаще [153]. У 8 % больных, которым был ошибочно диагностирован ревматоидный артрит, имело место вовлечение мелких суставов кистей. Согласно литературным данным, диагноз РА ошибочно устанавливается больным подагрой примерно в 13 % случаев [86; 102]. Это возможно, если болезнь длится не первый год и принимает полиартикулярное течение [91]. Причиной ошибочной диагностики ушиба, по-видимому, являлась первая атака артрита ночью или в ранние утренние часы, подозрение больного на травму, которую он не заметил (нередко после приема алкоголя), и последующее обращение к хирургу (60 % наших пациентов с ошибочными диагнозами) или травматологу (26,6 %).

23 % больных не были своевременно направлены к ревматологу. Позднее направление к ревматологу больных с РЗ является общемировой проблемой [25; 88; 101; 107; 119; 129]. Для больных подагрой это также весьма актуально, так как отсроченный диагноз и неадекватная терапия ведут к утяжелению течения заболевания [91; 92; 153]. Основной причиной несвоевременной консультации специалиста явилось длительное прохождение обследования у терапевта ввиду высокой загруженности первичного звена здравоохранения. 5 % больных с острым подагрическим артритом участковыми терапевтами рентгенологическое исследование проводилось дважды, а 2 % больных — трижды в течение одного года, что является необоснованным назначением ввиду его неинформативности.

Из наиболее распространенных ошибок лечения встречалось местное назначение мазей (50 %), а также физиотерапии (42 %) и согревающих компрессов (23 %). 15 % больных назначалась никотиновая кислота, 14 % — миорелаксанты, а также антибиотики и хондропротекторы.

Назначение физиотерапии относится к ошибкам лечения подагры, так как катастрофически действует на артрит, пролонгируя его и усиливая воспалительные явления [92]. Примечательно, что в нашем исследовании ревматологи чаще, чем терапевты, назначали больным с установленным диагнозом подагры физиотерапию (67,3 % и 32,7 % соответственно). Эффективность мазей не доказана, более того, учитывая патогенетическую

сущность артрита, мази вряд ли могут считаться адекватной терапией [90]. Местное лечение (мази, компрессы) назначали 42,4 % терапевтов и 57,6 % ревматологов. Анальгетики больным подагрой назначали 75 % терапевтов и 25 % ревматологов. Применение анальгетиков при подагрическом артрите бессмысленно и даже считается медицинской ошибкой из-за наличия воспаления и повреждения тканей [118].

Никотиновая кислота назначалась в 70 % случаев терапевтами и 30 % — ревматологами, миорелаксанты — 72,2 % и 27,8 % соответственно. 3 % терапевтов назначали больным подагрой антибиотики, что является бессмысленным, учитывая асептический характер артрита, а также хондропротекторы (3 %). Назначение вышеперечисленных препаратов не влияет на патогенез и не поддерживается никакими рекомендациями по лечению подагры [118; 159].

Уратоснижающие препараты в остром периоде подагры назначались только терапевтами (21 %). Неправильный режим приема уратоснижающей терапии является серьезной проблемой лечения больных подагрой [92; 147; 153]. Неверный режим дозирования противовоспалительных и уратоснижающих препаратов является распространенной ошибкой лечения подагры, что ведет к недостаточному контролю над заболеванием [24]. Это еще больше усугубляет течение болезни, так как приверженность больных подагрой к лечению и без того остается крайне низкой [26; 31].

Прием диуретиков, который способствует гиперурикемии, является частой причиной тяжелого течения подагры [110; 145; 192]. Известно, что все диуретики провоцируют обострение подагры и назначение их возможно только по жизненным показаниям [17; 159; 192]. Пациентам с сопутствующей патологией из лекарств, повышающих уровень мочевой кислоты в крови, при отсутствии жизненных показаний терапевтами наиболее часто назначались индапамид (47 %) и ацетилсалициловая кислота (37 %). Результаты нашего исследования подтверждают литературные данные о том, что проблема осведомленности

врачей первичного звена здравоохранения о подагре в настоящее время выходит на первый план [45; 60; 152; 188].

В изученной научно-медицинской литературе нами не было обнаружено сведений о способе прогнозирования клинического течения подагры в зависимости от особенностей ведения больных. Встречаются исследования, свидетельствующие о прогностически неблагоприятном влиянии коморбидных заболеваний [14; 17; 87; 93; 100], а также о субоптимальном контроле за больными подагрой [47; 68; 100], но не рассматривается и не доказана связь конкретных дефектов ведения с прогнозом для данной категории больных. На основе результатов экспертизы качества медицинской помощи больным подагрой нами были разработаны критерии прогнозирования течения подагры. Для этого использовался дискриминантный анализ. В результате анализа дискриминантных функций было установлено, что наиболее значимыми признаками, оказывающими влияние на течение болезни, являлись неверный режим назначения УТ, назначение лекарств, повышающих уровень МК в крови, ошибка диагноза, отсутствие мониторинга МК, а также неприверженность больного к базисной терапии. Из вышеперечисленных признаков наибольшее значение имеет неверный режим назначения уратоснижающей терапии, определяющий в нашей модели вероятность развития тяжелого течения подагры с точностью 95,9 % ($p < 0,001$). Позднее назначение и неправильный режим приема уратоснижающей терапии является серьезной проблемой лечения больных подагрой [24; 92; 147; 153]. Согласно результатам нашего исследования, неверный режим назначения УТ играет ключевую роль в снижении комплаентности больных подагрой и недостижении ими целевого уровня МК. Широко распространенной ошибкой ведения больных подагрой также является пренебрежение рекомендациями по профилактике приступов артрита в течение первых месяцев уратоснижающей терапии, несмотря на четкие указания о ее необходимости. Данная ошибка может быть основной причиной отказа пациента от приема уратоснижающих препаратов, низкой приверженности к лечению [102].

Для оценки качества динамического наблюдения изучено 132 амбулаторных карты больных подагрой, отобранных случайным способом. В результате экспертиза выявила 104 (78,8 %) амбулаторные карты с нарушениями. Количество визитов к врачу составило 2,0 (1,0–3,0) в год, мониторинг уровня МК проводился у 55 % больных. Обращал на себя внимание недостаточно подробно собранный анамнез заболевания, не учитывались факторы, провоцирующие обострение артрита. При оценке этого факта не следует забывать о чрезмерной загруженности врачей первичного звена здравоохранения [103; 106; 122; 123; 143; 156]. Однако следует учесть, что формальный подход к динамическому наблюдению и недостаточный уровень подготовки кадров ведут к неадекватной тактике ведения больного РЗ, дефектам реабилитации и инвалидизации [95; 122; 123; 138].

При оценке качества динамического наблюдения отмечаются низкий процент его регулярности (65,2 %), отсутствие в медицинской документации сведений об информировании больного о кратности приемов и датах следующей явки на прием. Основной причиной нерегулярного наблюдения в медицинской документации указана неявка больного. Больные подагрой традиционно отличаются низким уровнем приверженности к лечению из-за присущих им некоторых психологических черт, а также особенностей течения заболевания на начальном этапе [76; 134; 153; 180; 191]. Обследование в полном объеме проведено 55 % больных, у 45 % не проводился регулярный мониторинг уровня мочевой кислоты в крови, в 35 % случаев не измерялась скорость клубочковой фильтрации, в 30 % — индекс массы тела. Отсутствие обязательного динамического исследования уровня МК является распространенным дефектом ведения больных подагрой [122; 153]. Есть мнение, что меры, направленные на контроль уровня МК, титрование дозы базисного препарата и соблюдение больными рекомендаций по ведению здорового образа жизни, часто могут быть недостаточно эффективны на амбулаторно-поликлиническом этапе [47; 68].

Ни у кого из больных не проводились контроль размеров тофусов, мониторинг количества суставных атак и числа пораженных суставов, оценка

длительности последнего обострения в соответствии с современными рекомендациями [159]. По нашему мнению, в связи с этим представляется затруднительным провести реальную оценку качества динамического наблюдения и оценить тяжесть течения заболевания.

Основным в рекомендациях о здоровом образе жизни были сведения о диете, не содержалось сведений о необходимости отказа от приема алкоголя, контроле массы тела. Зарубежные исследователи информируют о схожих проблемах ведения больных — так, в литературе имеются сведения о недостаточном информировании врачами пациентов с подагрой о необходимости ведения здорового образа жизни и борьбы с ожирением [22; 48; 68; 86; 148]. Выявленные дефекты организации динамического наблюдения за больными свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих систем ведомственного и вневедомственного контроля за качеством проведения динамического наблюдения за больными [103].

Согласно литературным данным, психологическая и профессиональная реабилитация ревматологических больных в РФ практически не проводится [155]. Между тем, проблема комплексной медицинской реабилитации ревматологических больных имеет большое социально-экономическое значение, так как сохраняет профессиональную и социальную активность больных [84; 123; 138; 155]. В литературе также сообщается о проблеме несвоевременности консультаций узких специалистов как об одной из множества проблем ревматологических больных в РФ [103; 134].

Есть мнение, что служба медицинской реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями не имеет необходимого материального и кадрового потенциала [96; 155]. Между тем, исследования показывают, что тщательный амбулаторный врачебный контроль ассоциируется с лучшим качеством медицинской помощи, меньшим количеством случаев отказа от приема уратоснижающей терапии у больных подагрой [38]. Адекватная реабилитация способствует замедлению прогрессирования подагры, улучшению качества жизни пациентов и уменьшению потребности в медицинских препаратах [100].

Таким образом, нельзя отрицать, что существующий подход к медицинскому контролю за больными подагрой не удовлетворяет его целям. В связи с этим нами предложены рекомендации по динамическому наблюдению за больными подагрой с акцентом на медицинский контроль за прогрессией заболевания и коррекцией сопутствующих заболеваний.

4.6. Рекомендации по ведению и динамическому наблюдению за больными подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе

В соответствии с приказом Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»» [3], первичная врачебная медико-санитарная помощь больным подагрой оказывается врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики (семейным врачом) по рекомендации врача-ревматолога. Врач-терапевт участковый обычно является первым специалистом, к которому обращается пациент с острым артритом (**этап 1**). На этом этапе пациенту проводится обследование. Выписка из медицинской документации больного должна содержать диагноз заболевания (состояния), сведения о состоянии здоровья больного, проведенных диагностике и лечении с приложением результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований (*рис. 4.1, 4.2*). С данными результатами врач-терапевт участковый направляет больного в кабинет врача-ревматолога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (**этап 2**). Период времени между первичным приемом врача-терапевта и ревматолога не должен превышать 30 дней. В связи с загруженностью первичного звена здравоохранения, на первом этапе обычно происходит наибольшая потеря времени [88; 107; 129]. Известно, что позднее направление к ревматологу часто служит причиной утяжеления течения заболевания [25; 104; 129]. При оценке суставного синдрома следует учитывать, что частота классического дебюта подагры может достигать 90 % [89],

что позволяет заподозрить подагру и быстро поставить верный диагноз. При сборе анамнеза следует обратить внимание на факторы, провоцирующие обострение подагры, а также наличие заболеваний, которые часто сочетаются с подагрой (АГ, СД 2-го типа, ожирение, ИБС). В соответствии с современными рекомендациями всем больным подагрой должна проводиться оценка почечной функции и расчет кардиоваскулярного риска [159]. Ультразвуковое исследование почек также целесообразно проводить всем больным подагрой, так как частота нефролитиаза при подагре достигает 50 % [177; 193] и нарушение почечной функции может развиваться много раньше дебюта суставного синдрома [151].

В начале болезни на рентгенографии суставов не будет выявлено изменений, однако этот метод является информативным при хроническом течении подагры [89; 91; 92]. Хорошей альтернативой может стать ультразвуковое исследование. Доступность метода ультразвукового исследования суставов делают его весьма перспективным для ранней диагностики подагры [101; 159]. Ультразвуковые признаки депонирования уратов включены в новые Классификационные критерии диагностики подагры (*ACR / EULAR 2015*) [101]. После завершения обследования пациент направляется к ревматологу (**этап 2**). При наличии технических возможностей ревматолог может провести верификацию диагноза подагры методом поляризационной микроскопии, положительный результат которого позволяет поставить достоверный диагноз [101; 159]. В противном случае диагноз подагры верифицируется по современным Классификационным критериям диагностики подагры (*ACR / EULAR 2015*) [101]. Следует помнить о возможности наличия у больного септического артрита — состояния, которое может имитировать клинику подагры и сопровождается лихорадкой и воспалительными изменениями в крови. В ряде случаев оба эти состояния могут сочетаться, чаще у больных пожилого возраста с длительным течением подагры [91]. При подозрении на септический артрит необходимо провести окрашивание синовиальной жидкости по Граму и ее посев.

После установления диагноза больному назначается терапия, направленная на купирование артрита в соответствии с современными рекомендациями [159].

После угасания острых явлений больному начинается подбор уратоснижающей терапии. Назначение базисной терапии при обострении заболевания недопустимо, так как это пролонгирует атаку и утяжеляет ее течение [92; 147; 153]. Особое внимание следует обратить на проведение обязательной профилактики обострения артрита в начале уратоснижающей терапии [68; 151]. Обострение заболевания в начале приема аллопуринола является одной из наиболее частых причин отказа больных от приема базисной терапии [47; 102; 147]. После подбора дозы препарата пациент находится под динамическим наблюдением (**этап 1**).

Диагностика подагры

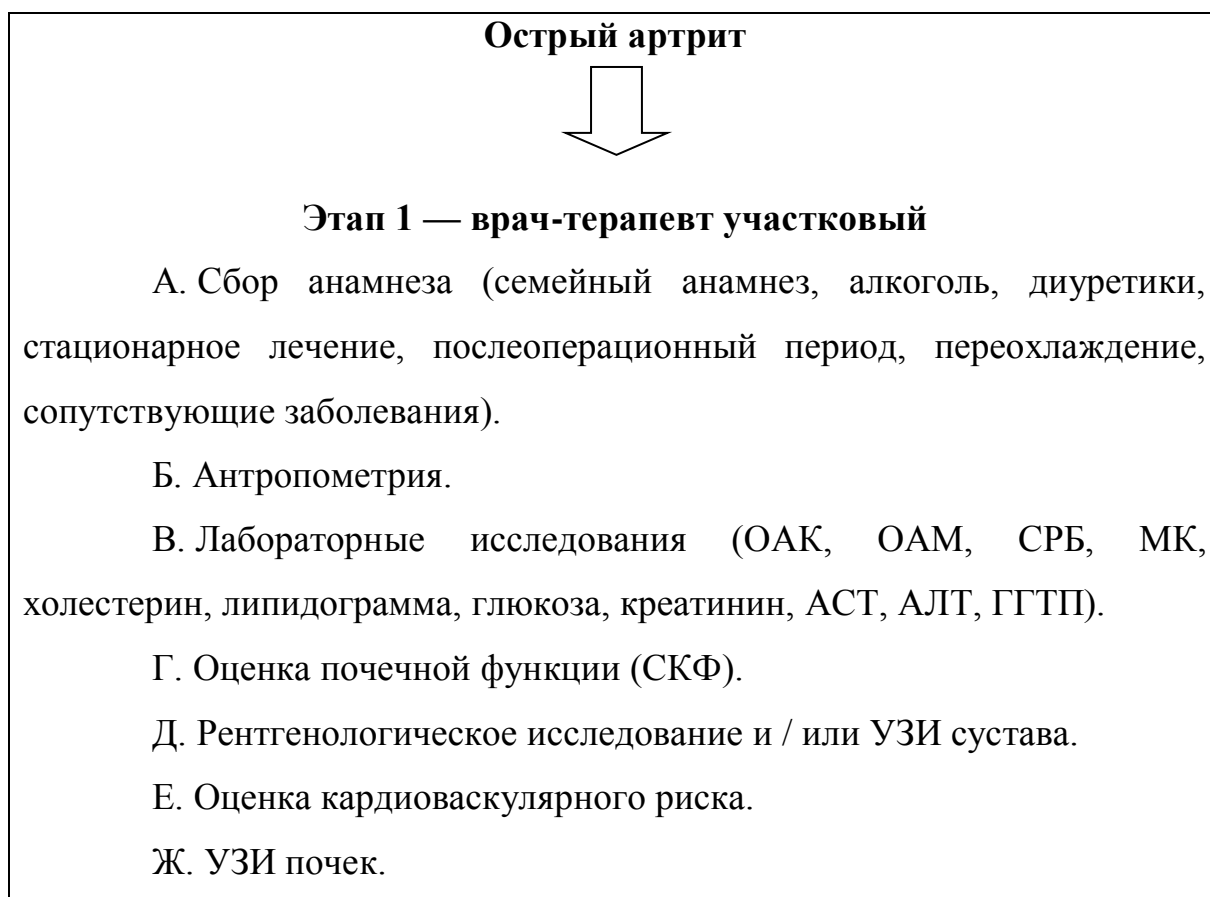


Рис. 4.1. Алгоритм диагностического обследования пациента с подозрением на подагру участковым терапевтом

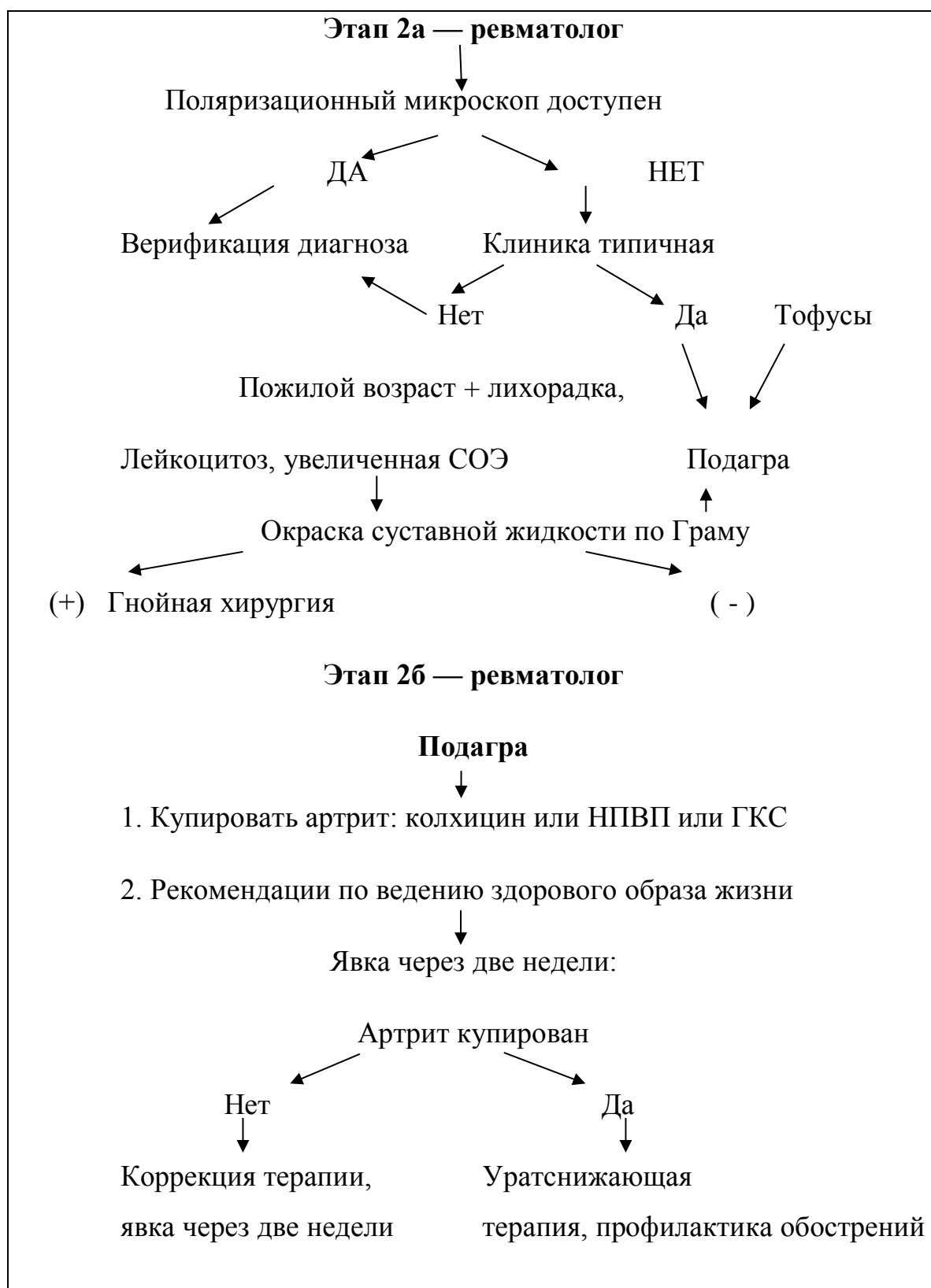


Рис. 4.2. Алгоритм диагностики подагры ревматологом

Цель динамического наблюдения за больными подагрой: предотвращение развития обострений, прогрессии заболевания и коррекция сопутствующих заболеваний.

Задачи динамического наблюдения за больными подагрой:

1. Снижение частоты обострений артрита.
2. Уменьшение числа воспаленных суставов.
3. Рассасывание тофусов.
4. Достижение целевых уровней лабораторных показателей (уровня МК, холестерина, липидограммы, гликемического профиля).
5. Модификация образа жизни.
6. Коррекция факторов риска (нормализация массы тела, достижение оптимального уровня АД, контроль гликемического профиля и липидограммы, ограничение приема алкоголя).
7. Контроль эффективности уратоснижающей терапии.
8. Снижение числа госпитализаций.
9. Повышение качества и продолжительности жизни.

Динамическое наблюдение должно осуществляться в отношении граждан с установленным диагнозом подагры, имеющих высокий риск развития коморбидных заболеваний. Динамическое наблюдение осуществляют:

- 1) врач-ревматолог;
- 2) при отсутствии в штате поликлиники врача-ревматолога диспансерное наблюдение может осуществлять врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики; фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения.

Нам представляется крайне важным, чтобы наблюдение за больными подагрой осуществлялось ревматологом ввиду его более высокой квалификации и более высокой эффективности ведения больных [47; 95; 104].

Амбулаторный прием больного подагрой включает:

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;

- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза подагры;
- 4) проведение профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в ревматологический центр, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Периодичность и объем обследования и лечения при диспансерном наблюдении за больными подагрой определены в соответствии со «Стандартом оказания медицинской помощи больным подагрой» (Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.02.2005 № 124) [1] и изложены в *прил. 4*.

Учитывая, что больные подагрой демонстрируют средний и низкий уровень приверженности к лечению, согласно положению Первого Российского консенсуса по количественной оценке приверженности к лечению (2018), программу их медицинского сопровождения следует основывать на минимально необходимой частоте плановых офисных визитов [114]. По нашему мнению, периодичность явок на прием должна составлять не менее одного раза в три месяца. Именно такая кратность определения уровня МК в крови указана в современных клинических рекомендациях по ведению больных подагрой [159]. Оценка суставного статуса больного, длительности последнего обострения и частоты атак с такими временными интервалами также необходима для объективного контроля за прогрессией заболевания и возможности прогнозирования его дальнейшего течения [92]. Кроме того, требуется увеличить кратность определения глюкозы, холестерина и креатинина крови до двух раз в год в связи с высоким риском развития у больных подагрой поражения почек и сердечно-сосудистых катастроф [14; 37; 40; 56; 71; 187; 188]. В соответствии с

современными рекомендациями всем больным подагрой должна проводиться оценка кардиоваскулярного риска и почечной функции [159].

В карту динамического наблюдения вносятся целевые уровни лабораторных показателей, а также значения, которых удалось достичь. Этот аспект представляется нам важным, так как определяет индивидуальный подход к каждому пациенту. Так, в соответствии с современными рекомендациями, при наличии тофусов, целевой уровень МК у больных подагрой составляет менее 300 мкмоль/л [159].

Нам представляется целесообразным также внесение в план мероприятий обязательной консультации медицинского психолога для больных подагрой. Эта позиция основана на имеющихся в литературе сведениях об особенностях психосоматического статуса больных подагрой, негативном влиянии депрессии на приверженность к медикаментозному лечению [57; 191].

Основания для прекращения динамического наблюдения:

- 1) письменный отказ пациента;
- 2) достижение стойкой ремиссии и устранение (коррекция) факторов риска.

Оценка эффективности динамического наблюдения больных подагрой должна включать, помимо общепринятых, следующие аспекты:

- 1) достижение нормоурикемии;
- 2) уменьшение частоты подагрических атак;
- 3) рассасывание тофусов;
- 4) снижение потребности в НПВП, колхицине, ГКС.

Учитывая различные варианты сочетаний сопутствующих заболеваний и подагры, врач должен самостоятельно определять тактику в отношении каждого пациента путем сопоставления содержания алгоритмов наблюдения в соответствии с заболеваниями (состояниями), имеющимися у пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. За период с 2007 по 2016 г. среди пациентов с подагрой увеличилась частота дебюта подагры среди больных трудоспособного возраста ($p = 0,002$). Отмечается увеличение частоты хронической тофусной подагры на 9,2 % ($p = 0,017$), гиперурикемии — на 25,3 % ($p < 0,001$), частота подагрической нефропатии — на 24,9 % ($p < 0,001$),

2. Отмечается рост коморбидной патологии, способствующей утяжелению подагры: ожирения — в 3,6 раза, сахарного диабета 2-го типа — в 1,7 раза, артериальной гипертензии — в 1,6 раза ($p < 0,001$). Распространенность ХБП среди больных подагрой увеличилась вдвое ($p < 0,001$). Прием алкоголя у больных подагрой был ассоциирован с большим ЧВС ($p = 0,04$), поздней диагностикой ($p = 0,003$), ухудшением почечной функции ($p = 0,02$) и низкой приверженностью к УТ ($p < 0,001$).

3. Число больных, не приверженных к УТ, увеличилось в 2,6 раза ($p < 0,001$). Уровень приверженности к УТ по Мориски-Грину соответствует плохой приверженности (3,0 (2,0–3,0)). Главные причины плохой приверженности: забывчивость пациентов (53,3 %), страх возникновения побочных эффектов (40 %), индивидуальная непереносимость (4,5 %), вероятность обострения артрита при инициации терапии (2,2 %).

4. Врачи-ревматологи первичного звена здравоохранения демонстрируют более высокий уровень осведомленности о подагре по сравнению с врачами-терапевтами участковыми, значимо чаще используют современные критерии диагностики ($p < 0,001$), лучше осведомлены о методах диагностики ($p = 0,04$) и чаще назначают УТ в верном режиме ($p = 0,017$).

5. Среди дефектов ведения больных подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе наиболее часто встречаются диагностические ошибки (57 %), позднее направление к врачу-ревматологу (23 %) и неверный режим назначения УТ (85 %). Неверный режим назначения УТ имеет наибольшее прогностическое значение для формирования тяжелого течения подагры. Среди

дефектов динамического наблюдения — нерегулярность наблюдения (34,8 %), неполное обследование больных (45 %). Существующий подход к динамическому наблюдению за больными подагрой не удовлетворяет ее целям.

Практические рекомендации

1. Больные подагрой должны быть взяты под динамическое наблюдение тотчас же после установления диагноза. Динамическое наблюдение за больными подагрой необходимо проводить врачу-ревматологу с учетом особенностей течения заболевания у каждого пациента, контролем за прогрессией, мониторингом и коррекцией сопутствующих состояний.

2. Всем больным подагрой следует проводить исследование уровня приверженности к УТ и разъяснение ее целей.

3. Необходимы регулярные мероприятия по повышению уровня осведомленности врачей-терапевтов о современных принципах диагностики и лечения подагры.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Перспективным направлением научных исследований является оценка факторов, способствующих повышению приверженности к УТ и улучшению качества жизни и прогноза пациентов с подагрой. Нуждается в апробации и оценке эффективности модель динамического наблюдения за пациентами в реальной клинической практике российского здравоохранения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ** — артериальная гипертензия
- АЛТ** — аланинаминотрансфераза
- АСТ** — аспартатаминотрансфераза
- БКМС** — болезни костно-мышечной системы
- ВНОК** — Всероссийское научное общество кардиологов
- ВОЗ** — Всемирная организация здравоохранения
- ГГТП** — гаммаглутамилтранспептидаза
- ГКС** — глюкокортикостероиды
- ГУ** — гиперурикемия
- Д** — диспансеризация
- ДН** — диспансерное наблюдение
- ИБС** — ишемическая болезнь сердца
- ИМТ** — индекс массы тела
- КЖ** — качество жизни
- ХС-ЛПВП** — холестерин липопротеидов высокой плотности
- МК** — мочева кислота
- МС** — метаболический синдром
- МУН** — моноурат натрия
- НПВП** — нестероидные противовоспалительные препараты
- ОА** — остеоартроз
- ОАК** — общий анализ крови
- ОАМ** — общий анализ мочи
- ПГТГ** — пероральный глюкозотолерантный тест
- ПТФС** — посттромбофлебитический синдром
- РА** — ревматоидный артрит
- РЗ** — ревматические заболевания
- РКО** — Российское кардиологическое общество
- РПС** — ревматический порок сердца

РФ — Российская Федерация

СД — сахарный диабет

СЗСТ — системные заболевания соединительной ткани

СКФ — скорость клубочковой фильтрации

СРБ — С-реактивный белок

ССД — системная склеродермия

ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

УЗИ — ультразвуковое исследование

УТ — уратоснижающая терапия

ХБП — хроническая болезнь почек

ХСН — хроническая сердечная недостаточность

ЧВС — число воспаленных суставов

EQ-5D — EuroQol five dimensions questionnaire

GIS — Gout Impact Scale

SF-36 — The Short Form-36

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Нормативные правовые акты

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изм. и доп. от 01.07.2011) // Рос. газ. — 2011. — 23 нояб.

2. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным подагрой : приказ Минздравсоцразвития России от 11.02.2005 № 124 // Документ опубликован не был. — Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».

3. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» : приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 № 900н // Рос. газ. — 2013. — 11 апр.

4. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения : приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.02.2015 № 36ан (с изм. и доп. от 09.12.2016) // Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».

5. Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения : приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1344н // Рос. газ. — 2013. — 25 апр.

2. Зарубежные источники

6. *Abhishek, A.* Long-term persistence and adherence on urate-lowering treatment can be maintained in primary care-5-year follow-up of a proof-of-concept study / A. Abhishek [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. — 2017. — № 56 (4). — P. 529–533.

7. *Anagnostopoulos, E.* The prevalence of rheumatic diseases in central Greece: a population survey / E. Anagnostopoulos [et al.] // *BMC Musculoskeletal Disorders*. — 2010. — Vol. 11. — №. 1. — P. 98.

8. *Annemans, L.* Gout in the UK and Germany: prevalence, co-morbidities and management in general practice 2000–2005 / L. Annemans [et al.] // *Annals of Rheumatic Diseases*. — 2008. — № 67. — P. 960–966.

9. *Arromdee, E.* Epidemiology of Gout: Is the Incidence Rising? / E. Arromdee [et al.] // *Journal of Rheumatology*. — 2002. — Vol. 29. — P. 2403–2406.
10. *Aung, T.* Treatment approaches and adherence to urate-lowering therapy for patients with gout / T. Aung, G. Muong, J. D. Fitzgerald // *Patient Prefer Adherence*. — 2017. — № 11. — P. 795–800.
11. *Becker, M. A.* Quality of life and disability in patients with treatment-failure gout / M. A. Becker [et al.] // *Journal of Rheumatology*. — 2009. — № 36 (5). — P. 1041–1048.
12. *Brixner, D.* Clinical, Humanistic, and Economic Outcomes of Gout / D. Brixner, M. Ho // *The American Journal of Managed Care*. — 2005. — № 11. — P. 459–464.
13. *Chen, C.* Trends in the manifestations of gout in Taiwan / C. Chen [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. — 2003. — № 42. — P. 1529–1533.
14. *Chen, J.* Gout Increases Risk of Heart Disease Mortality / J. Chen // *Archives of Internal Medicine*. — 2008. — № 168. — P. 1104–1110.
15. *Chia, F. L.* Poorly controlled gout: who is doing poorly? / F. L. Chia // *Singapore Medical Journal*. — 2016. — № 57 (8). — P. 412–414.
16. *Choi, H.* Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey / H. Choi [et al.] // *Arthritis and Rheumatology*. — 2007. — № 57. — P. 109.
17. *Choi, H. K.* Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study / H. Choi, G. Curhan // *British Medical Journal*. — 2008. — Vol. 336. — P. 309–312.
18. *Chua, X.* Factors influencing medication adherence in patients with gout: A descriptive correlational study / X. Chua // *Journal of Clinical Nursing*. — 2017. — № 6. — P. 111.
19. *Coburn, B. W.* Allopurinol Medication Adherence as a Mediator of Optimal Outcomes in Gout Management / B. W. Coburn [et al.] // *Journal of Clinical Rheumatol.* — 2017. — Sep. — 23(6). — P. 317–323.

20. *Coburn, B. W.* Target Serum Urate: Do Gout Patients Know Their Goal? / B. Coburn // *Arthritis Care Research* (Hoboken). — 2016. — № 68 (7). — P. 1028–1035.

21. *Dehghan, A.* High serum uric acid as novel risk factor for type 2 diabetes / A. Dehghan [et al.] // *Diabet. Care.* — 2008. — № 31. — P. 361–362.

22. *Doghramji, P. P.* Managing gout in the primary care setting: what you and your patients need to know / P. P. Doghramji, N. L. Edwards, V. McTigue // *American Journal of Medicine.* — 2010. — № 123 (8). — P. 2.

23. *Doherty, M.* New insights into the epidemiology of gout? / M. Doherty // *Rheumatology* (Oxford). — 2009. — № 8. — P. 48.

24. *Edwards, N. L.* Quality of care in patients with gout: why is management suboptimal and what can be done about it? / N. L. Edwards // *Current Rheumatology Reports.* — 2011. — № 13 (2). — P. 154–159.

25. *Feldman, D.* Delay in consultation with specialists for persons with suspected new-onset rheumatoid arthritis: a population-based study / D. Feldman [et al.] // *Arthritis and Rheumatology.* — 2007. — № 57 (8). — P. 1419–1425.

26. *Gabriel, S. E.* Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases / S. E. Gabriel, K. Michaud // *Arthritis Research and Therapy.* — 2009. — Vol. 11 (3). — P. 229.

27. *Geletka, R. C.* Severe gout is associated with impaired quality of life and functional status / R. C. Geletka [et al.] // *Arthritis and Rheumatology.* — 2004. — № 50. — P. 340–341.

28. *Harding, M.* Alcohol Use and Activity Limitations in Gout Patients / M. Harding // *Orthop Nurs.* — 2016. — № 35 (6). — P. 391–398.

29. *Harrold, L.* Adherence with urate-lowering therapies for the treatment of gout / L. Harrold [et al.] // *Arthritis Research and Therapy.* — 2009. — № 11 (2). — P. 46.

30. *Hirsch, J.* Gout disease-specific quality of life and the association with gout characteristics / J. Hirsch [et al.] // *PatientRelated Outcome Measures.* — 2010. — № 3. — P. 1–8.

31. *Jansen Dirken-Heukensfeldt, K. J. M.* Clinical features of women with gout arthritis. A systematic review / K. J. M. Jansen Dirken-Heukensfeldt [et al.] // *Clinical Rheumatology*. — 2010. — № 29 (6). — P. 575–582.
32. *Jing, J.* Prevalence and correlates of gout in a large cohort of patients with chronic kidney disease: the German Chronic Kidney Disease (GCKD) study / J. Jing [et al.] // *Nephrol Dial Transplant*. — 2015. — Apr. — 30 (4). — P. 613–21.
33. *Karnakova, M. V.* Gout Management in Primary Health Care in Russian Federation / M. V. Karnakova, A. N. Kalyagin // *Primary Health Care*. — 2016. — Vol. 6. — P. 230.
34. *Khanna, D.* Health-related quality of life and treatment satisfaction in patients with gout: results from a cross-sectional study in a managed care setting / D. Khanna [et al.] // *Patient Prefer Adherence*. — 2015. — Vol. 9. — P. 971–981.
35. *Khanna, D.* Minimally important differences of the gout impact scale in a randomized controlled trial / D. Khanna [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. — 2011. — № 50 (7). — P. 1331–1336.
36. *Kim, S. Y.* Gout and mortality / S. Kim, M. De Vera, H. Choi // *Clinical And Experimental Rheumatology*. — 2008. — № 26. — P. 115–119.
37. *Kim, J. W.* Prevalence and incidence of gout in Korea: data from the national health claims database 2007–2015 / J. W. Kim [et al.] // *Rheumatology International*. — 2017. — Vol. 4. — P. 3768–3774.
38. Knowledge, illness perceptions and stated clinical practice behaviour in management of gout: a mixed methods study in general practice / B. Spaetgens [et al.] // *Clinical Rheumatology*. — 2016. — № 2. — P. 213.
39. *Krishnan, E.* Archives of Internal Medicine Long-term Cardiovascular Mortality Among Middle-aged Men With Gout / E. Krishnan [et al.] // *Archives of Internal Medicine*. — 2008. — № 168 (10). — P. 1104–1110.
40. *Kuo, C.* Elevated risk of mortality among gout patients: a comparison with the national population in Taiwan / C. Kuo [et al.] // *Joint Bone Spine*. — 2011. — № 78 (6). — P. 577–580.

41. *Kuo, C. A.* Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors / C. A. Kuo [et al.] // *Nature Reviews Rheumatology*. — 2015. — № 11 (11). — C. 649–662.

42. *Lawrence, R.* Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II / R. Lawrence [et al.] // *Arthritis and Rheumatology*. — 2008. — Vol. 58. — P. 26–35.

43. *Lee, S.* Perceptions of disease and health-related quality of life among patients with gout / S. Lee [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. — 2009. — Vol. 48 (11). — P. 1468.

44. *Manara, M.* Lifestyle and dietary habits of patients with gout followed in rheumatology settings / M. Manara [et al.] // *Reumatismo*. — 2015. — Vol. 67 (4). — P. 138–148.

45. *Martini, N.* Living with gout in New Zealand: an exploratory study into people's knowledge about the disease and its treatment / N. Martini [et al.] // *Journal of Clinical Rheumatology*. — 2012. — Vol. 18 (3). — P. 125–129.

46. *Medellin, M. V.* Variability of treatment for gouty arthritis between rheumatologists and primary care physicians / M. V. Medelin, A. R. Erickson, R. J. Enzenauer // *Journal of Clinical Rheumatology*. — 1997. — Vol. 3 (1). — P. 24–27.

47. *Mikuls, T.* Gout epidemiology: results from the UK general practice research database, 1990–1999 / T. Mikuls [et al.] // *Annals of the Rheumatic Diseases*. — 2005. — Vol. 64. — P. 267–272.

48. *Moffat, K.* Improving management of gout in primary care using a customised electronic records template / K. Moffat, D. McNab // *British Medical Journal Quality Improve Report*. — 2015. — Vol. 12. — P. 4.

49. *Moi, J. H.* Lifestyle interventions for the treatment of gout: a summary of 2 Cochrane systematic reviews / J. H. Moi [et al.] // *Rheumatology Supply*. — 2014. — Vol. 92. — P. 26–32.

50. *Morisky, D. E.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting / D. E. Morisky [et al.] // *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*. — 2008. — Vol. 10 (5). — P. 348–354.

51. *Morlock, R.* Disease Control, Health Resource Use, Healthcare Costs, and Predictors in Gout Patients in the United States, the United Kingdom, Germany, and France: A Retrospective Analysis / R. Morlock [et al.] // *Rheumatological Therapy*. — 2016. — Vol.6. — P. 53–75.

52. *Nan, H.* Serum uric acid and insiden diabetes in Mauritan, Indian and Creole population / H. Nan [et al.] // *Diabet Research in Clinical Practice*. — 2008. — Vol. 80 (2). — P. 321–327.

53. *Nan, H.* The prevalence of hyperuricemia in a population of the coastal city of Qingdao, China / H. Nan [et al.] // *Journal of Rheumatology*. — 2006. — Vol. 33. — P. 1346–1350.

54. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification // *Am J Kidney Dis*. — 2002. — № 39. — P. 1–266.

55. *Neogi, T.* Alcohol quantity and type on risk of recurrent gout attacks: an internet-based case-crossover study / T. Neogi [et al.] // *American Journal of Medicine*. — 2014. — Vol. 127 (4). — C. 311–318.

56. *Prior, J. A.* Gout characteristics associate with depression, but not anxiety, in primary care: Baseline findings from a prospective cohort study / J. A. Prior [et al.] // *Joint Bone Spine*. — 2016. — Vol. 4. — P. 1297–1319.

57. *Puig, J. G.* Hyperuricemia, gout and the metabolic syndrome / J. G. Puig, M. Martinez // *Current Opinion in Rheumatology*. — 2008. — Vol. 20. — P. 187–191.

58. *Reach, G.* Treatment adherence in patients with gout / G. Reach // *Joint Bone Spine*. — 2011. — Vol. 78 (5). — P. 456–459.

59. *Richette, P.* 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout / P. Richette [et al.] // *Annals of the Rheumatic Diseases*. — 2017. — Vol. 76 (1). — P. 29–38.

60. *Richardson, J. C.* A joint effort over a period of time: factors affecting use of urate-lowering therapy for long-term treatment of gout / J. C. Richardson [et al.] // *BMC Musculoskeletal Disorders*. — 2016. — Vol. 6. — P. 249.

61. *Roddy, E.* Epidemiology of gout / E. Roddy, M. Doherty // Arthritis Research and Therapy. — 2010. — Vol. 12 (6). — P. 223.
62. *Saag, K.* Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout / K. Saag, H. Choi // Arthritis Research and Therapy. — 2006. — Vol. 8. — P. 1–2.
63. *Sarkin, A. J.* Predictors of doctor-rated and patient-rated gout severity: gout impact scales improve assessment / A. J. Sarkin [et al.] // Journal of Evaluation in Clinical Practice. — 2010. — Vol. 6 (6). — P. 1244–1247.
64. *Silva, L.* Compliance in gout patients / L. Silva [et al.] // Acta Rheumatologica Port. — 2010. — №35. — P. 466–474.
65. *Singh, J. A.* Gout is associated with more comorbidities, poorer health-related quality of life and higher healthcare utilisation in US veterans / J. Singh, V. Strand // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2008. — Vol. 67. — P. 1310–1316.
66. *Singh, J.* Opportunities for improving medication use and monitoring in gout / J. Singh, J. Hodges, S. Asch // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2009. — № 68 (8). — P. 1265–1270.
67. *Soriano, L.* Contemporary epidemiology of gout in the UK general population / L. Soriano [et al.] // Arthritis Research & Therapy. — 2011. — № 13. — P. 39.
68. *Spaetgens, B.* Health and Utilities in Patients With Gout Under the Care of a Rheumatologist / B. Spaetgens [et al.] // Arthritis Care and Research (Hoboken). — 2015. — № 67 (8). — P. 1128–1136.
69. *Sundy, J. D.* Quality of life in patients with treatment-failure gout / J. D. Sundy [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2006. — № 65. — P. 271.
70. *Teng, G. G.* Mortality due to coronary heart disease and kidney disease among middle-aged and elderly men and women with gout in the Singapore Chinese Health Study / G. G. Teng [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. — 2012. — № 71 (6). — P. 924–928.
71. *Ting, K.* Prevalence and associations of gout and hyperuricaemia: results from an Australian population-based study / K. Ting [et al.] // Internal Medical Journal. — 2016. — № 46 (5). — P. 566–573.

72. *Tan, C.* Utility of the Morisky Medication Adherence Scale in gout: a prospective study. / C. Tan [et al.] // *Patient Prefer Adherence*. — 2016. — №10. — P. 2449–2457.

73. WMA Declaration of Helsinki — Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects // The World Medical Association : site. — Режим доступа: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>. — Загл. с экрана.

74. *Wood, R.* Patients with Gout Treated with Conventional Urate-lowering Therapy: Association with Disease Control, Health-related Quality of Life, and Work Productivity / R. Wood [et al.] // *Journal of Rheumatology*. — 2016. — № 4. — P. 15.

75. *Yin, R.* The rate of adherence to urate-lowering therapy and associated factors in Chinese gout patients: a cross-sectional study / R. Yin [et al.] // *Rheumatology International*. — 2017. — № 37 (7). — P. 1187–1194.

76. *Zaka, R.* New developments in the epidemiology and genetics of gout / R. Zaka, C. Williams // *Current Rheumatological Report*. — 2006. — Vol. 8. — P. 215–223.

77. *Zeng, Q.* Rheumatic Diseases in China/ Q. Zeng [et al.] // *Arthritis Research and Therapy*. — 2008. — Vol. 10 (1). — P. 17.

3. Отечественные научные издания

78. *Абдуллаев, М. Ф.* Анализ госпитальной заболеваемости ревматическими болезнями по Республике Таджикистан / М. Ф. Абдуллаев [и др.] // *Вестник Авиценны*. — 2013. — №4. — С. 40–43.

79. *Антипова, В. Н.* Половой диморфизм клиники подагры / В. Н. Антипова, Н. П. Сергутова, М. Н. Легавина // *Вестник Мордовского университета*. — 2016. — Т. 26. — № 1. — С. 70–71.

80. *Аксенова, Т. А.* Анкетирование участковых терапевтов по вопросам диагностики и базисной терапии ревматоидного артрита / Т. А. Аксенова, В. В. Горбунов, С. Ю. Царенок // *Ревматология в реальной клинической практике : сб. тезисов*. — Владимир, 2012. — С. 7.

81. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом: клинические рекомендации / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова. — М., 2017. — 111 с.

82. *Амирджанова, В. Н.* Валидация русской версии общего опросника EUROQOL — 5D (EQ-5D) / В. Н. Амирджанова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2007. — № 3. — С. 69.

83. *Аркина, А. И.* Трудности диагностики гранулематоза Вегенера в практике врача / А. И. Аркина [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2008. — № 3–4. — С. 25.

84. *Ахматова, Е. В.* Значение клинико-эпидемиологических особенностей остеоартроза в совершенствовании диспансеризации трудоспособного населения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Ахматова. — Воронеж, 2008. — 17 с.

85. *Багирова, Г. Г.* Оценка качества жизни в ревматологии / Г. Г. Багирова, Т. В. Чернышева, Л. В. Сизова. — М. : БИНОМ, 2011. — 248 с.

86. *Баймухамедов, Ч. Т.* Трудности диагностики ревматоидного артрита у пожилых пациентов / Ч. Т. Баймухамедов // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2016. — № 1 (21). — С. 64–65.

87. *Бакутов, С. В.* Негативные метаболические последствия терапии диуретиками / С. В. Бакутов, Н. Ю. Волкова, А. Н. Кузьменко // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2014. — Т. 4. — № 4. — С. 385.

88. *Барскова, В. Г.* Алкоголь и подагра / В. Г. Барскова // Терапевтический архив. — 2007. — Т. 29. — № 5. — С. 65–68.

89. *Барскова, В. Г.* Рациональные подходы к диагностике подагры (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги) / В. Г. Барскова // Современная ревматология. — 2007. — № 1. — С. 10–12.

90. *Барскова, В. Г.* В помощь молодому ревматологу: на приеме больной с подагрическим артритом / В. Г. Барскова, М. С. Елисеев // Современная ревматология. — 2010. — № 3. — С. 53–54.

91. *Барскова, В. Г.* Больная хронической подагрой — комментарии к течению болезни / В. Г. Барскова // Современная ревматология. — 2010. — № 1. — С. 32–36.

92. *Барскова, В. Г.* Хроническая подагра / В. Г. Барскова // Терапевтический архив. — 2010. — № 1. — С. 65–67.

93. *Башкова, И. Б.* Подагра и сахарный диабет: синдром взаимоотношения с летальным исходом / И. Б. Башкова, И. В. Мадянов, Т. В. Прокопьева // Здоровоохранение Чувашии. — 2015. — № 4. — С. 80–85.

94. *Башкова, И. Б.* Трудности при ведении больных подагрой / И. Б. Башкова, И. В. Мадянов // Русский Медицинский Журнал. — 2015. — № 25. — С. 1508–1514.

95. *Бегун, Д. Н.* Проблемы организации медицинской помощи больным ревматическими болезнями в России. Обзор литературы / Д. Н. Бегун // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 5. — С. 105.

96. *Бегун, Д. Н.* Маршрут пациента при ревматических заболеваниях; анализ ситуации / Д. Н. Бегун // Оренбургский медицинский вестник. — 2013. — Т. 1. — № 2. — С. 19–22.

97. *Беневоленская, Л. И.* Эпидемиология ревматических болезней / Л. И. Беневоленская, М. М. Бржезовский. — М. : Медицина, 1988. — 140 с.

98. *Болдарева, Н. С.* Трудности своевременной диагностики болезни Бехчета / Н. С. Болдарева [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2006. — № 2. — С. 88–89.

99. *Борисенко, Н. А.* Особенности клинического течения подагры и ее распространенность в Красноярске / Н.А. Борисенко [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. — 2002. — № 2 (22). — С. 33–35.

100. *Борисенко, Н. А.* Подходы к лечению и реабилитации больных подагрой с коморбидной патологией / Н. А. Борисенко [и др.] // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 10. — С. 827–830.

101. *Ватутин, Н. Т.* Новые классификационные критерии подагры (ACR / EULAR 2015) / Н. Т. Ватутин, А. С. Смирнова, М. А. Эль-Хатиб // Архивъ внутренней медицины. — 2016. — Т. 6. — № 4 (30). — С. 5–7.
102. *Владимиров, С. А.* Лечение хронической подагры: выбор противовоспалительной терапии // С. А. Владимиров, М. С. Елисеев // Практическая медицина. — 2015. — № 3 (88). — С. 25.
103. *Гаджиев, Р. С.* Организация и качество диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках / Р. С. Гаджиев // Земский врач. — 2014. — № 3–4 (24). — С. 59–61.
104. *Галушко, Е. А.* Медико-социальная значимость ревматических заболеваний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Галушко. М., 2011. — 23 с.
105. *Галушко, Е. А.* Распространенность ревматических заболеваний в России / Е. А. Галушко, Е. Л. Насонов // Альманах клинической медицины. — 2018. — Т. 46. — № 1. — С. 32–39.
106. *Голикова, Д. В.* Роль диспансеризации в укреплении здоровья населения / Д. В. Голикова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. — 2014. — № 2. — С. 33–35.
107. *Голякова, Н. А.* Трудности диагностики серонегативного ревматоидного артрита / Н. А. Голякова [и др.] // Астраханский медицинский журнал. — 2010. — № 2. — Т. 5. — С. 98–103.
108. *Данилова, Е. В.* Сложный случай диагностики заболевания суставов / Е. В. Данилова, В. Ю. Деркач // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150). — 2014. — Vol. 4. — Issue 4.
109. *Денисов, И. С.* Исходы подагры. Обзор литературы, часть 1. Эпидемиология подагры, факторы риска и течение заболевания с развитием хронической тофусной формы / И. С. Денисов, М. С. Елисеев, В. Г. Барскова // Научно-практическая ревматология. — 2013. — № 51(5). — С. 569–753.

110. *Денисов, И. С.* Анализ выживаемости, случаев смерти больных подагрой / И. С. Денисов, М. С. Елисеев, В. Г. Барскова // Ревматология в реальной клинической практике : сб. тезисов. — Владимир, 2012. — С. 15.

111. *Денисов, И. С.* Исходы подагры. Обзор литературы. Часть II. Коморбидные заболевания, риск развития сердечно-сосудистых катастроф и смерти при подагре / И. С. Денисов, М. С. Елисеев, В. Г. Барскова // Научно-практическая ревматология. — 2013. — № 6. — С. 703.

112. *Демина, А. Б.* Причины смерти больных с ревматическими заболеваниями в Москве / А. Б. Демина [и др.] // Терапевтический архив. — 2005. — № 4. — С. 77–82.

113. *Дорофеев, М. А.* Совершенствование диспансеризации работающего населения в условиях модернизации здравоохранения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Дорофеев. — М., 2010. — 24с.

114. *Драпкина, О. М.* Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О. М. Драпкина [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2018. — Т. 13. — № 1.2. — С. 259–271.

115. *Елисеев, М. С.* Качество жизни больных подагрой / М. С. Елисеев, М. В. Мукагова, В. Г. Барскова // Современная ревматология. — 2011. — № 4. — С. 35.

116. *Елисеев, М. С.* Алгоритм диагностики и лечения подагры / М. С. Елисеев // Русский Медицинский Журнал. — 2015. — № 7. — С. 19.

117. *Елисеев, М. С.* Связь клинических проявлений и коморбидных заболеваний с показателями качества жизни у больных подагрой / М. С. Елисеев, М. В. Мукагова, С. И. Глухова // Научно-практическая ревматология. — 2015. — № 1. — С. 45–50.

118. *Елисеев, М. С.* Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры / М. С. Елисеев // Научно-практическая ревматология. — 2014. — Т. 52. — № 2. — С. 141–146.

119. *Елисеев, М. С.* Как контролировать подагру / М. С. Елисеев // Эффективная фармакотерапия. — 2016. — № 32. — С. 24–30.

120. *Елисеев, М. С.* Динамика клинических проявлений подагры у мужчин (данные семилетнего ретроспективного наблюдения) / М. С. Елисеев, В. Г. Барскова, И. С. Денисов // Терапевтический архив. — 2015. — Т. 87. — № 5. — С. 10.

121. *Жарская, Ф. С.* Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы «Подагра» / Ф. С. Жарская [и др.] // Современная ревматология. — 2010. — № 1. — С. 54–56.

122. *Жигалова, О. В.* К вопросу о недостатках диспансеризации больных с ревматизмом / О. В. Жигалова // Профилактика, диспансеризация и реабилитация ревматических заболеваний : сб. науч. тр. — Иркутск : Иркут. мед. ин-т, 1990. — С. 24.

123. *Жигалова, О. В.* Диспансеризация больных с остеоартрозом / О. В. Жигалова, Л. П. Пчела // Сборник материалов конгресса «Человек и здоровье». — Иркутск, 2004. — С. 68.

124. *Жигалова, О. В.* Распространенность ревматических заболеваний в Иркутской области / О. В. Жигалова, Н. М. Балабина, Ю. Ф. Жигалова // Наука и образование: проблемы и перспективы : сб. науч. тр. I Междунар. науч.-практ. конф. — Иркутск, 2014. — С. 134–136.

125. *Закроева А. Г.* Проблема информированности пациентов с остеопорозом Екатеринбурга и Свердловской области о своем заболевании и точка зрения врачей / А. Г. Закроева [и др.] // Ревматология в реальной клинической практике : сб. материалов конф. (тезисы) (г. Владимир, 23–26 мая 2012 года). — Владимир, 2012. — С. 20.

126. *Зинчук, И. Ю.* Социальное бремя ревматоидного артрита / И. Ю. Зинчук, В. Н. Амирджанова // Научно-практическая ревматология. — 2014. — № 3. — С. 331–335.

127. *Злобина, Т. И.* Роль образовательных программ в лечении хронических ревматологических больных / Т. И. Злобина [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2007. — № 7. — С. 109–111.

128. *Имамова, Г. М.* Асептический некроз головок бедренных костей / Г. М. Имамова, Р. З. Давлетшина // Ревматология. Нефрология. Травматология. — 2008. — №1. — С. 37–38.

129. *Казанцева, Н. Ю.* Неуточненные артриты в практике участкового врача / Н. Ю. Казанцева // Сибирский медицинский журнал. — 2008. — № 4. — С. 9–11.

130. *Калягин А. Н.* Ошибки при установлении диагноза ревматического порока сердца / А. Н. Калягин // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 7. — С. 131–132.

131. *Калягин, А. Н.* Особенности лечения больных ревматическими пороками сердца в реальной клинической практике / А. Н. Калягин // Сибирский медицинский журнал. — 2007. — № 7. — С. 53–55.

132. *Калягин, А. Н.* Фармакотерапия острого подагрического артрита / А. Н. Калягин, М. В. Карнакова, Ю. О. Варавко, О. В. Антипова // Верное средство. — 2017. — № 3. — С. 22–24.

133. *Каркабаева, А. Д.* Динамика заболеваемости подагрой в Южно-Казахстанской области / А. Д. Каркабаева, М. А. Тойымбетова // Социальные аспекты ревматических заболеваний : сб. тезисов. — Воронеж, 2006. — С. 65.

134. *Карнакова, М. В.* Ошибки в диагностике и лечении подагры / М. В. Карнакова // Современные проблемы ревматологии. — 2013. — № 5. — С. 39–44.

135. *Карнакова, М. В.* Осведомленность о подагре врачей первичного звена здравоохранения / М. В. Карнакова, А. Н. Калягин // Социология медицины. — 2014. — № 2. — С. 13–17.

136. *Карнакова, М. В.* Проблемы заболеваемости и диспансеризации больных подагрой в г. Иркутске / М. В. Карнакова, А. Н. Калягин, О. В. Антипова // Вестник стипендиатов ДААД. — 2015. — № 1. — С. 26–34.

137. *Карнакова, М. В.* Изменилось ли клиническое течение подагры в последнее время? / М. В. Карнакова, А. Н. Калягин // Современная ревматология. — 2017. — № 1. — С. 23–27.

138. *Карнакова, М. В.* Современные особенности клинического течения подагры в Иркутске / М. В. Карнакова, А. Н. Калягин // Конгресс с международным участием «Дни ревматологии в Санкт-Петербурге-2017» : сб. тезисов / под. ред. В. И. Мазурова. — СПб. : Человек и его здоровье, 2017. — С. 106–107.

139. *Карнакова, М. В.* Качество жизни больных первичной подагрой / М. В. Карнакова, А. Н. Калягин // Конгресс с международным участием «Дни ревматологии в Санкт-Петербурге — 2018» : сб. тезисов / под. ред. В. И. Мазурова. — СПб. : Человек и его здоровье, 2018. — С. 93.

140. *Купряшина, Н. В.* Роль врачей общей практики в реализации национального проекта «Здоровье»: проведение дополнительной диспансеризации населения / Н. В. Купряшина // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2009. — № 1. — Т. 14. — С. 10–11.

141. *Лазарева, Л. М.* Клинические особенности подагры у жителей г. Южно-Сахалинска / Л. М. Лазарева, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С. 11–12.

142. *Левитан, А. И.* Оценка приверженности больных с ревматоидным артритом к медикаментозному лечению / А. И. Левитан, О. В. Решетько // Фармакоэкономика: теория и практика. — 2016. — № 1. — С. 213.

143. *Логунов, Д. Л.* Оценка здоровья городских жителей по итогам диспансеризации и анализ ее эффективности / Д. Л. Логунов [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. — 2017. — № 1 (62). — С. 29–35.

144. *Лукина, Ю. В.* Тест Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками / Ю. В. Лукина, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. — 2016. — № 12 (1). — С. 63–65.

145. *Максудова, А. Н.* Актуальная проблема: изменение образа жизни при подагре / А. Н. Максудова, Т. Н. Халфина // Практическая медицина. — 2011. — № 55. — С. 21–22.

146. *Марусенко, И. М.* Метаболический синдром у больных подагрой и его влияние на риск сердечно-сосудистых заболеваний / И. М. Марусенко [и др.] // Терапия. — 2016. — № 3. — С. 13–18.

147. *Михневич, Э. А.* Подагра: образ жизни, выбор медикаментов для лечения сопутствующей патологии / Э. А. Михневич // Здоровоохранение (Минск). — 2012. — № 3. — С. 51–56.

148. *Михневич, Э. А.* Ошибки и проблемы назначения аллопуринола пациентам с подагрой / Э. А. Михневич // Здоровоохранение. — 2014. — № 3. — С. 27–30.

149. *Михневич, Э. А.* Лечение подагры: систематизированные нефармакологические и фармакологические терапевтические подходы к гиперурикемии (по материалам Рекомендаций по лечению подагры Американской коллегии ревматологов 2012 г.) / Э. А. Михневич // Лечебное дело. — 2014. — № 3 (37). — С. 19.

150. *Мукагова, М. В.* Качество жизни больных подагрой мужчин: есть ли отличия от популяции? Результаты сравнительного исследования / М. В. Мукагова, В. Г. Барскова, М. С. Елисеев // Научно-практическая ревматология. — 2014. — № 52 (3). — С. 300–303.

151. *Мухин, Н. А.* Подагра: лики болезни / Н. А. Мухин // Современная ревматология. — 2007. — № 1. — С. 5–7.

152. *Мясоутова, Л. И.* Опыт проведения образовательных программ для врачей по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита в г. Казани / Л. И. Мясоутова, С. А. Лапшина // Ревматология в реальной клинической практике : сб. тезисов. — Владимир, 2012. — С. 20.

153. *Насонова, В. А.* Ранние диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных /

В. А. Насонова, В. Г. Барскова // Научно-практическая ревматология. — 2004. — № 1. — С. 6–7.

154. *Насонова, В. А.* Ретроспективный анализ причин поздней диагностики подагры / В. А. Насонова [и др.] // Клиническая геронтология. — 2004. — № 6. — С. 13–14.

155. *Насонов, Е. Л.* Состояние специализированной ревматологической помощи взрослым и детям в Российской Федерации. Проект Федеральной целевой программы «Ревматические болезни 2008–2012 гг.» / Е. Л. Насонов [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2007. — № 1. — С. 4–7.

156. Нефрология. Клинические рекомендации / под ред. Е. М. Шилова, А. В. Смирнова, Н. Л. Козловской. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 816 с.

157. *Нечаев, В. С.* Диспансеризация, инновационные технологии и здоровье здоровых / В. С. Нечаев, И. А. Петрова, Л. Г. Иванова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. — 2014. — № 2. — С. 104–106.

158. *Реброва, О. Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М. : МедиаСфера, 2002. — 312 с.

159. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. академика РАН Е. Л. Насонова. — М. : ГЭОТАР-Медиа 2017. — 456 с.

160. *Романова, М. М.* Диспансеризация в первичном звене здравоохранения: мнение пациентов / М. М. Романова, А. А. Зуйкова, О. Ю. Ширяев // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2014. — № 1. — С. 156–161.

161. *Сарапулова, А. В.* Клинико-лабораторная характеристика больных системной склеродермией в г. Екатеринбурге / А. В. Сарапулова, Л. А. Соколова // Уральский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С. 36–40.

162. *Сидорова, А. С.* Клинико-лабораторные особенности больных подагрой в сочетании с артериальной гипертензией / А. С. Сидорова, Л. В. Меньшикова // Научно-практическая ревматология. — 2008. — № 2. — С. 148.

163. *Сидорова, Г. В.* Инвалидность по последствиям травм и заболеваний опорно-двигательной системы в Иркутской области / Г. В. Сидорова [и др.] // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. — 2006. — №4. — С. 375–379.

164. *Синенко, А. А.* Опыт ведения больного с гранулематозом Вегенера: трудности диагностики и лечения / А. А. Синенко [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — Т. 4. — Вып. 2. — С. 46.

165. *Синенко, А. А.* Последствия неадекватной терапии подагрического артрита / А. А. Синенко [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2013. — № 3. — С. 95–96.

166. *Склянова (Карнакова), М. В.* Клиническая характеристика и распространенность подагры по материалам Иркутского городского ревматологического центра / М. В. Склянова, Т. И. Злобина, А. Н. Калягин // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2007. — Т. 74. — №7. — С. 96–98.

167. *Склянова (Карнакова), М. В.* Сложности ранней диагностики и лечения ревматических заболеваний / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. — 2012. — № 5–2 (87). — С. 160–165.

168. *Склянова (Карнакова), М. В.* Роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни у больных первичной подагрой / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // Альманах сестринского дела. — 2012. — Т. 5. — № 1–2. — С. 19–22.

169. *Склянова (Карнакова), М. В.* Трудности ранней диагностики и лечения ревматических заболеваний / М. В. Склянова, О. Л. Аршинова // Современные проблемы ревматологии. — 2012. — № 4. — С. 23–31.

170. *Склянова (Карнакова), М. В.* Перспективное направление таргентной терапии подагры / М. В. Склянова (Карнакова), А. Н. Калягин // Таргентная терапия в клинической практике : материалы науч.-практ. конф. Казан. шк. терапевтов, посвященной 180-летию со дня рождения С. П. Боткина. — Казань, 2012. — С. 38–39.

171. *Склянова (Карнакова), М. В.* Проблемы ведения больных подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе / М. В. Склянова (Карнакова), А. Н. Калягин // Ревматология в реальной клинической практике : материалы конф. — Владимир, 2012. — С. 19.

172. *Склянова (Карнакова), М. В.* Особенности оказания медицинской помощи больным подагрой / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // Актуальные вопросы современной медицины : тезисы. — Иркутск, 2012. — С. 49.

173. *Склянова (Карнакова), М. В.* Актуальные вопросы диагностики и лечения больных подагрой / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // Сб. материалов Межвуз. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых : тезисы. — Самара, 2012. — С. 86.

174. *Склянова (Карнакова), М. В.* Особенности оказания медицинской помощи больным подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // Сб. материалов I Евразийского конгресса ревматологов : тезисы. — Алматы, 2012. — С. 65.

175. *Склянова (Карнакова), М. В.* Первичная медико-санитарная помощь больным подагрой / М. В. Склянова (Карнакова), А. Н. Калягин // Современная ревматология. — 2012. — № 3. — С. 52–55.

176. *Склянова (Карнакова), М. В.* К вопросу о первичной медико-санитарной помощи больным подагрой / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // VI Съезд ревматологов России (Москва, 14–17 мая 2013 г.) : тезисы. — М., 2013. — С. 145.

177. *Склянова (Карнакова), М. В.* Ошибки в диагностике и лечении подагры / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // VI Съезд ревматологов России (Москва, 14–17 мая 2013 г.) : тезисы. — М., 2013. — С. 69.

178. *Склянова (Карнакова), М. В.* Поражение почек у больных первичной подагрой / М. В. Склянова, А. Н. Калягин // Актуальные вопросы нефрологии и заместительной почечной терапии : материалы конф., посвященной Всемирному Дню почки (Иркутск, 20 марта 2013 г.) / под ред. Г. М. Орловой. — Иркутск, 2013. — С. 67–68.

179. *Склянова (Карнакова), М. В.* Ошибки в диагностике и лечении подагры / М. В. Склянова (Карнакова), А. Н. Калягин // Современные проблемы ревматологии. — 2013. — № 5 (5). — С. 39–44.

180. *Солодухина, Л. П.* Научные основы совершенствования ревматологической помощи населению на догоспитальном этапе : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. П. Солодухина. — Курск, 2006. — 24 с.

181. *Сороцкая, В. Н.* Подагра с тофусом, имитирующей опухоль грудного отдела позвоночника / В. Н. Сороцкая, М. С. Елисеев // Научно-практическая ревматология. — 2018. — Т. 56. — № 1. — С. 113–116.

182. *Сухих, Ж. Л.* Подагра: современные аспекты диагностики и лечения / Ж. Л. Сухих [и др.] // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2014. — № 4. — С. 78–80.

183. *Теплякова, О. В.* Качество ведения пациентов с подагрой в реальной клинической практике / О. В. Теплякова, А. В. Сарапулова, А. А. Попов // Современная ревматология. — 2019. — № 13 (1). — С. 80–85.

184. *Триполка, С. А.* Трудности и ошибки ведения пациента с подагрой / С. А. Триполка, И. Ю. Головач // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2016. — № 4 (24). — С. 36.

185. *Турчаева, И. Н.* Диспансеризация как один из элементов системы обязательного медицинского страхования / И. Н. Турчаева // Наука. Образование. Личность. — 2014. — Т. 2. — С. 126–131.

186. *Турчаева, Н. Р.* Динамика заболеваемости населения социально значимыми заболеваниями / Н. Р. Турчаева, И. Н. Турчаева // Новая наука: проблемы и перспективы : сб. науч. ст. — Стерлитамак : РИЦ АМИ, 2015. — С. 26–29.

187. *Фоломеева, О. М.* Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США / О. М. Фоломеева, Е. А. Галушко, Ш. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2008. — № 4. — С. 4–6.

188. *Хабиджанова, В. Б.* Оценка кардиоваскулярного риска при подагре / В. Б. Хабижанова // *Medicus*. — 2015. — № 4 (4). — С. 74–76.
189. *Хабиджанова, В. Б.* Оценка скорости клубочковой фильтрации у пациентов с подагрой / В. Б. Хабижанова, А. М. Басейтова // *Приоритетные направления развития науки и образования*. — 2015. — № 2 (5). — С. 110–112.
190. *Хамаганова, И. В.* Трудности диагностики различных форм системной красной волчанки / И. В. Хамаганова // *Клиницист*. — 2006. — № 1. — С. 64–68.
191. *Цыган, А. В.* Психосоматическая характеристика больных ревматоидным артритом и подагрой / А. В. Цыган // *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. — 2013. — № 4. — С. 84–88.
192. *Швецова, Е. А.* Осложнения диуретической терапии у больных подагрой / Е. А. Швецова, А. Н. Калягин, Ю. А. Горяев // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. — 2012. — № 1. — С. 136–137.
193. *Шукурова, С. М.* Клинико-лабораторная и инструментальная характеристика нефропатии у больных подагрой / С. М. Шукурова, Д. Х. Джонназарова, М. Ф. Абдуллоев // *Здравоохранение Таджикистана*. — 2012. — № 4. — С. 72–74.
194. *Шукурова, С. М.* Современные аспекты диагностики и лечения ревматических болезней (обзор литературы) / С. М. Шукурова, Н. Т. Ахунова, З. У. Холова // *Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения*. — 2013. — №2. — С. 37–41.
195. *Шукурова, С. М.* Характеристика ревматологической патологии в Республике Таджикистан на стационарном этапе / С. М. Шукурова [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. — 2014. — № 5. — С. 530–534.
196. *Щепин, О. П.* Диспансеризация населения: современный аспект / О. П. Щепин, Р. В. Коротких // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. — 2013. — № 3. — С. 3–5.
197. *Щербак, А. В.* Гиперурикемия и проблема хронической болезни почек / А. В. Щербак [и др.] // *Терапевтический архив*. — 2013. — № 5. — С. 100–102.

198. *Яковлева, Т. В.* Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы / Т. В. Яковлева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. — 2014. — № 3. — С. 1–3.

199. *Ященко, Ю. Б.* Обоснование программы раннего выявления и коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний и внедрение составляющих этой программы в повседневную практику многопрофильного учреждения / Ю. Б. Ященко, Н. Ю. Кондратюк // Научный результат. — 2016. — № 2. — С. 40–47.

ПРИЛОЖЕНИЯ*Приложение 1***Анкета для выявления уровня осведомленности врачей о подагре**

Уважаемые коллеги! Городской ревматологический центр совместно с Иркутским государственным медицинским университетом проводит анкетирование врачей с целью совершенствования оказания медицинской помощи больным подагрой. Отметьте **один из возможных вариантов ответа**. Благодарим за сотрудничество!

1. Укажите Ваш пол _____
2. Возраст _____
3. Стаж работы _____
4. Смежная специальность _____
5. Количество пациентов на приеме в час ____

6. Как часто Вам встречаются больные подагрой?

- а) 1 больной в неделю и менее;
- б) от 2 до 5 больных в неделю;
- в) более 5 в неделю.

7. В какой период болезни к Вам обычно обращаются больные подагрой?

- а) в первые 3 дня от начала заболевания;
- б) на исходе артрита, когда сохраняются остаточные воспалительные явления в суставах;
- в) в межприступный период.

8. С каким вариантом артрита к Вам чаще впервые обращаются больные подагрой?

- а) острый;
- б) хронический.

9. Какой уровень следует считать гиперурикемией согласно рекомендациям EULAR?

- а) больше 360 мкмоль/л;
- б) больше 420 мкмоль/л;
- в) больше 320 мкмоль/л.

10. Какие диагностические критерии Вы используете для верификации диагноза «подагра»?

- а) римские;
- б) В.А. Насоновой;
- в) EULAR.

11. Что является «золотым стандартом» диагностики подагры?

- а) рентгенография;
- б) определение уровня мочевой кислоты в крови;
- в) поляризационная микроскопия.

12. Доступен ли в Вашей работе поляризационный микроскоп?

- а) да; б) нет.

13. Какой режим приема уратоснижающей терапии Вы рекомендуете больным подагрой?

- а) постоянный прием;
- б) курсовой прием;
- в) можно прекратить после достижения нормоурикемии.

14. Считаете ли Вы целесообразным лечение бессимптомной гиперурикемии?

- а) да; б) нет.

15. Какие препараты Вы реже всего назначаете больным подагрой?

- а) антагонисты кальциевых каналов;
- б) лозартан;
- в) диуретики.

16. Как вы оцениваете комплаентность больных подагрой?

- а) хорошая;

б) удовлетворительная;

в) низкая.

17. Какой специалист, по Вашему мнению, должен заниматься ведением и диспансерным наблюдением больных подагрой?

а) только ревматолог;

б) участковый терапевт после консультации ревматолога;

в) участковый терапевт.

Анкета для выявления уровня осведомленности больных о подагре

1. Укажите Ваш пол и возраст _____

2. Сколько лет Вы страдаете подагрой? _____

3. Что такое подагра?

а) воспаление суставов вследствие отложения в них кристаллов мочевой кислоты;

б) воспаление суставов вследствие травмы;

в) воспаление суставов вследствие возрастных изменений;

г) затрудняюсь ответить.

4. Что провоцирует приступ подагры?

а) прием алкоголя;

б) травма, повышенная нагрузка на сустав;

в) прием мясной пищи, морепродуктов;

г) затрудняюсь ответить;

д) усталость, нервное перенапряжение, стресс;

е) прекращение приема уратоснижающей терапии.

5. Через какое время после возникновения первого приступа артрита Вы впервые обратились к врачу?

а) в течение первого года после начала заболевания;

б) в течение 2-5 лет после начала заболевания;

в) свыше 5 лет после начала заболевания.

6. К какому врачу вы впервые обратились по поводу подагры?

а) участковый терапевт;

б) ревматолог;

в) другой специалист (_____).

7. Через какое время после возникновения первого приступа артрита Вы были направлены на консультацию ревматолога?

- а) в течение первого года после начала заболевания;
- б) в течение 2-5 лет после начала заболевания;
- в) свыше 5 лет после начала заболевания;
- г) не был направлен.

8. В течение какого времени после начала болезни Вам был установлен диагноз «подагра»?

- а) в течение первого года после начала заболевания;
- б) 2–5 лет после начала заболевания;
- в) свыше 5 лет после начала заболевания.

9. Принимаете ли вы уратоснижающие препараты?

- а) постоянно; б) нерегулярно; в) не принимаю.

10. Если Вы не принимаете уратоснижающие препараты, то по какой причине?

- а) боюсь побочных эффектов;
- б) имеется непереносимость (аллергия);
- в) забываю принимать;
- г) чтобы не «отравить» организм лекарствами;
- д) не могу приобрести препарат;
- е) врач мне его не назначал;
- ж) провоцирует обострение артрита.

11. Зачем нужно принимать уратоснижающие препараты при подагре?

- а) для нормализации уровня мочевой кислоты в крови;
- б) для снятия приступа острого артрита;
- в) затрудняюсь ответить.

12. Состоите ли вы на диспансерном учете по поводу подагры?

- а) да; б) нет.

13. Как часто вы посещаете участкового терапевта или ревматолога по поводу наблюдения за течением подагры?

- а) 2 раза в год; г) посещаю только при обострении болезни;
- б) 1 раз в год; д) не посещаю. в) реже 1 раза в год;

14. Как алкоголь влияет на течение подагры?

- а) не влияет;
- б) облегчает боли при обострении артрита;
- в) учащает обострение артрита, утяжеляет течение болезни;
- г) затрудняюсь ответить.

15. В чем суть диеты для больных подагрой?

- а) исключить прием алкоголя, ограничить прием мясных продуктов, икры, бобовых, шоколада;
- б) ограничить прием алкоголя, ограничить прием соли, жидкости, острой, жирной пищи;
- в) затрудняюсь ответить.

16. Откуда Вы получили информацию о природе своего заболевания – подагры?

- а) от участкового терапевта;
- б) от ревматолога поликлиники;
- в) из средств массовой информации, интернета;
- г) я не информирован о подагре.

Опросник Мориски-Грина

Уважаемый пациент! Отвечая на вопросы, **отметьте один из возможных вариантов ответа**. Спасибо за сотрудничество!

1. Забывали ли Вы когда-либо принять уратоснижающие препараты?

Забывал — 0, не забывал — 1;

2. Относятся ли Вы иногда невнимательно ко времени приема уратоснижающей терапии?

Да — 0, нет — 1;

3. Не пропускаете ли Вы прием уратоснижающей терапии, если чувствуете себя хорошо?

Пропускаю — 0, не пропускаю — 1;

4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема уратоснижающей терапии, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Пропускаю — 0, не пропускаю — 1.

Рекомендуемые вмешательства и методы исследования при посещениях

Этап	Диагностика	Коррекция
При постановке на учет	1. Сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие боли и припухлости суставов, семейного анамнеза подагры, МКБ; режима приема алкоголя гипополипидемических, антиагрегантных и гипогликемических препаратов при наличии показаний	1. Информирование пациента о влиянии приема алкоголя на течение подагры; рекомендации по диете и питьевому режиму
	2. Уточнение факта и характера приема диуретиков при наличии показаний	2. Уточнение наличия жизненных показаний для приема диуретиков и поиск возможностей для модификации антигипертензивной терапии при необходимости
	3. Уточнение факта приема	3. Уточнение наличия показаний для приема дезагрегантов
	4. Опрос и консультирование по поводу курения, приема алкоголя, характера питания, физической активности	4. Рекомендации по модификации образа жизни, диете, ограничению приема алкоголя, профилактике гиподинамии
	5. Общий осмотр и физикальное обследование, включая измерение индекса массы тела и окружности талии	5. Выявление избыточной массы тела и ожирения, рекомендации по коррекции массы тела
	6. Глюкоза плазмы крови натощак	6. Выявление и коррекция нарушения обмена углеводов
	7. Общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды	7. Выявление и коррекция нарушений липидного обмена
	8. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале <i>SCORE</i>	8. Выявление и коррекция сердечно-сосудистого риска
	9. Креатинин сыворотки, расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле <i>CKD-EPI</i>	9. Выявление ХБП, нефропротекция
	10. Общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко	10. Выявление и коррекция изменений
	11. Определение уровня СРБ, общего белка, альбумина крови, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы	11. Оценка активности воспалительного процесса; оценка функций печени
	12. ЭКГ	12. Выявление и коррекция изменений
	13. УЗИ почек	13. Выявление МКБ, структурных изменений почек
	14. Определение сывороточного уровня МК	14. Выявление гиперурикемии
	15. Рентгенография, УЗИ суставов	15. Выявление ранних и поздних структурных изменений, характерных для подагры
При каждом посещении (1 раз в 3 месяца):	1. Общий осмотр и физикальное обследование, включая измерение индекса массы тела и окружности талии	1. Оценка динамики массы тела, достижение целевого ИМТ, рекомендации по диете и физической активности при необходимости

	2. Определение ЧВС, длительности последнего обострения (недель), количества обострений за последние 3 месяца; измерение тофусов	2. Определение активности и динамики заболевания, наличия прогрессирования, хронизации, рассасывания тофусов; коррекция терапии при необходимости
	3. Измерение АД	3. Достижение целевого уровня АД, коррекция антигипертензивной терапии при необходимости
	4. Определение сывороточного уровня МК	4. Достижение целевого уровня МК, коррекция дозы уратоснижающего препарата при необходимости
2 раза в год	1. Общий анализ крови	1. Выявление изменений, оценка активности болезни
	2. Глюкоза плазмы крови натощак; общий холестерин; креатинин сыворотки, расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле <i>CKD-EPI</i>	2. Достижение целевых показателей и коррекция терапии при необходимости
	3. Общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко	3. Выявление изменений и коррекция терапии при необходимости
1 раз в год	1. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале <i>SCORE</i>	1. Выявление динамики и коррекция терапии при необходимости
	2. Общий холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке крови; СРБ, общий белок, альбумин крови, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы; креатинин сыворотки, расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле <i>CKD-EPI</i>	2. Достижение целевых показателей и коррекция терапии при необходимости
	3. ЭКГ	3. Выявление изменений и коррекция терапии при необходимости
	4. УЗИ почек	4. Выявление и контроль МКБ
	5. Рентгенография суставов, УЗИ суставов	5. Оценка динамики структурных изменений в суставах
	6. Консультация медицинского психолога	6. Выявление и коррекция депрессии и тревожных расстройств
По показаниям	1. УЗИ органов брюшной полости	1. Выявление структурных изменений внутренних органов, коррекция нарушений
	2. Консультации специалистов (уролог, ортопед)	2. Выявление показаний для специализированной медицинской помощи, ортопедического пособия
	3. При наличии АГ, СД 2-го типа, ИБС, по ним также осуществляется ДН	3. Контроль и коррекция сопутствующих заболеваний