

чаются у 10–20% больных и проявляются в виде покраснения лица и жжения в ушных раковинах в течение 1–2 часов после применения, тошноты, снижения аппетита. Длительность терапии кальцитонинами в прерывистом режиме может составлять от 2 до 5 лет. Кальцитонины являются препаратами второй линии при лечении постменопаузального ОП с целью снижения риска переломов позвонков при наличии противопоказаний к применению БФ (индивидуальная непереносимость БФ, почечная недостаточность с клиренсом креатинина менее 30–35 мл/мин., заболевания верхних отделов ЖКТ, сопровождающиеся нарушением эвакуации пищи или поражением слизистой оболочки) и в случае низкой приверженности лечению пероральными БФ в связи с неудобством приема.

Лечение антирезорбтивными препаратами целесообразно сочетать с терапией препаратами кальция и витамином Д.

Заключение

Целенаправленный поиск остеопороза как системного заболевания скелета должен проводиться врачами различных специальностей среди женщин и мужчин с факторами риска его развития, а также в старших возрастных группах населения. Ранняя диагностика и своевременное лечение позво-

ляют сохранить и улучшить качество жизни пациентов даже при тяжелом течении остеопороза. Для патогенетического лечения остеопороза в арсенале врача в настоящее время имеются лекарственные средства различных групп: от витаминов и эстрогенов до препаратов, подавляющих резорбцию кости. Таблетированные формы используются для длительного амбулаторного лечения. С учетом клинической ситуации возможна интенсивная медикаментозная терапия в условиях стационара путем внутривенного введения золедроновой кислоты (Резокластин ФС, 5 мг).

Литература

1. Ершова О. Б. *Фармакотерапия остеопороза: комплексное использование кальцитонина лосося* / О. Б. Ершова, К. Ю. Белова // *Справ. поликлин. врача*. 2006. Т. 4. № 1. С. 65–68.
2. *Остеопороз (диагностика, профилактика и лечение): Клиническая рекомендация* / Под ред. Л. И. Беневоленской, О. М. Лесняк. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. *Практические рекомендации по профилактике и лечению остеопороза. Международные рекомендации* // *Клиническая фармакология и терапия*. 2000. № 9. С. 80–89.
4. Юренева С. В. *Оптимизация антирезорбтивной терапии бисфосфонатами* / С. В. Юренева, О. В. Якушевская // *Акушерство и гинекология*. 2011. № 3. С. 17–22. ■

Факторы риска подагры в пожилом и старческом возрасте (предварительные данные)

Елисева М. Е., Елисеев М. С., Цурко В. В.

В статье оценены факторы риска развития подагры у лиц пожилого и старческого возраста. У включенных в исследование 88 больных, разделенных на группы дебюта подагры в возрасте старше и моложе 60 лет, проведено анкетирование, для того чтобы выявить основные факторы риска заболевания: прием диуретиков, салицилатов; предшествовавшие подагре артериальную гипертензию, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, почечную недостаточность и др. Показано, что их частота в пожилом и старческом возрасте не отличается от таковой при дебюте подагры до 60 лет.

Ключевые слова: подагра, факторы риска, пожилой и старческий возраст.

Risk Factors for Gout in the Elderly and Very Elderly (Preliminary Data)

M. E. Eliseeva, M. S. Eliseev, V. V. Tsurko

In this article, the authors assess factors increasing the probability of the development of gout in the elderly and very elderly. A group of 88 patients, who were divided according to the age at onset of their gout (younger than 60 years or older than 60 years), were asked to complete a questionnaire that was designed to identify main risk factors for gout: current use of diuretics and salicylates, pre-existing hypertension, type 2 diabetes, obesity, renal insufficiency, etc. The rate of these risk factors in old and very old populations is similar to that of patients with onset of gout before 60 years of age.

Keywords: gout, risk factors, old and very old age.

Подагра — системное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной средовыми или генетическими факторами [4].

Эпидемиологические исследования позволяют оценить структуру заболеваемости подагрой в масштабе популяций и в зависимости от этнических, социально-экономических и иных факторов. Имеется ряд работ, достоверно подтверждающих рост заболеваемости подагрой, в частности у лиц пожилого возраста. На основании данных Американского национального бюро исследования здоровья (United States National Health Interview Survey), полученных при интервьюировании граждан США, можно говорить о линейной прогрессии подагры с увеличением возраста обследуемых: в 1996 г. количество случаев развития подагры выросло на 4,6% среди мужчин и на 2% среди женщин в возрасте 65 лет

и старше, что привело к общему повышению частоты заболевания до значений в пределах 0,5–1% [8].

Сложившаяся в большинстве развитых стран мира демографическая ситуация, характеризующаяся относительным и абсолютным ростом числа лиц пожилого и старческого возраста, предопределяет интерес к проблемам профилактики и лечения заболеваний данной категории населения. При этом возраст является одним из немодифицируемых факторов риска развития подагры и частота встречаемости подагры увеличилась в современной «стареющей» популяции [18].

По данным К. L. Wallace и соавт., в 10-летний период наблюдений увеличение встречаемости подагры в основном фиксируется в возрастной группе 65–74 лет [14]. О росте заболеваемости подагрой именно в пожилом возрасте свидетельствуют данные 5-летнего ретроспективного исследования 2,5 и 2,4 млн пациентов, проведенного врачами общей

практики Великобритании и Германии соответственно. Средний возраст обследованных 7443 пациентов в Великобритании составлял 66 лет, 4006 пациентов в Германии — 63 года [13]. Схожие результаты показало популяционное исследование, выполненное в Греции в 2007–2008 гг.: частота заболеваемости подагрой была значительной главным образом за счет ее высоких значений у пациентов пожилого возраста (частота встречаемости — 4,7% при среднем возрасте 63 года и 9,6% — у лиц старше 65 лет) [20].

Несомненно, данный рост может быть связан как с повышением доли пожилого населения, так и с появлением более точной диагностики. А. J. Luk и соавт. объясняют увеличение встречаемости подагры в последние десятилетия ростом числа лиц, имеющих факторы риска развития данного заболевания, к которым относятся пожилой возраст, употребление богатого пуринами животного белка, метаболический синдром, использование диуретиков, трансплантация органов, терминальные заболевания почек [15].

Такие заболевания, как ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, ИБС, метаболический синдром, являются частыми спутниками подагры [7, 19]. Недавно были опубликованы данные, полученные немецкими учеными при обследовании 123 224 лиц старше 65 лет с целью определения наиболее часто встречающихся у них заболеваний и их комбинаций. Оказалось, что при наличии нарушений пуринового, пиримидинового метаболизма и подагры количество хронических заболеваний в составе коморбидного статуса является одним из наибольших: у 62% лиц старше 65 лет встречались как минимум три хронических заболевания [21]. При этом развитие острого приступа подагры ассоциируется с ИБС, артериальной гипертензией и почечной недостаточностью [12].

Несмотря на повышенный интерес к проблеме подагры в последние десятилетия, многие аспекты возрастных особенностей этого заболевания изучены недостаточно. Остаются открытыми вопросы, какой вклад вносят конкретные факторы в развитие подагры в пожилом возрасте, насколько велика их роль в увеличении заболеваемости в этой возрастной категории, меняется ли влияние определенных факторов риска заболевания подагрой в зависимости от возраста.

Целью данного исследования было изучение основных факторов риска развития подагры у пожилых больных.

Материал и методы

В исследование были включены 88 больных первичной подагрой (62 мужчины и 26 женщин) в возрасте от 34 до 79 лет, являвшихся жителями Москвы и Московской области, которые обратились в ГКБ № 7 с ноября 2010 г. по октябрь 2011 г. Критериями включения являлись диагноз подагры,

определявшийся на основании классификационных критериев S. L. Wallace и соавт., и возраст старше 18 лет [16]. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил $61,3 \pm 13,7$ года, медиана длительности заболевания — 8,0 [4,7; 10,9] года, средний возраст дебюта подагры — $52,9 \pm 14,3$ года.

Больные были разделены на две группы в зависимости от возраста дебюта подагры: старше 60 лет и до 60 лет. В первую группу были включены 39 больных (27 мужчин и 12 женщин), во вторую — 49 пациентов (35 мужчин и 14 женщин). Средний возраст больных первой группы составил $73,5 \pm 7,8$ года, второй группы — $51,7 \pm 10,4$ года ($p < 0,0001$). Средний возраст дебюта подагры в первой группе был равен $66,1 \pm 4,8$ года, во второй группе — $41,6 \pm 10,0$ года ($p < 0,0001$).

Все больные были опрошены с целью выявления факторов риска развития подагры: фиксировались предшествующий дебюту подагры прием диуретиков (независимо от препарата и дозы) и малых доз ацетилсалициловой кислоты, наличие предшествующих подагре артериальной гипертензии, ожирения, почечной недостаточности. Кроме того, анкетирование включало в себя выявление анамнестических данных о наличии предшествующих дебюту подагры сахарного диабета 2-го типа (СД 2), ИБС, ХСН, перенесенного инфаркта миокарда или инсульта.

Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 8.0 описательной статистики (StatSoft Inc., США). Результаты представлены в виде средних значений и средних квадратических отклонений ($M \pm SD$) для количественных признаков, имеющих нормальное распределение, в остальных случаях — в виде медианы и интерквартильного интервала ($Me [Q_1; Q_3]$). Для сравнения двух независимых групп использовали непараметрический критерий Манна — Уитни, сравнение качественных показателей в группах проводили путем анализа таблиц сопряженности методом χ^2 с использованием критерия Фишера.

Результаты

Длительность течения заболевания в первой группе составила 8,0 [5,0; 10,0], во второй группе — 8,0 [4,4; 14,0] года, что не имело статистически значимых различий ($p = 0,31$).

Проведенный анализ не выявил в группах значимых различий в частоте обнаружения большинства из исследуемых факторов риска развития подагры (табл.). Исключение составил прием низких доз препаратов ацетилсалициловой кислоты, который до развития подагры статистически значимо чаще отмечался у больных первой группы ($p = 0,013$) (табл.). Кроме того, в первой группе больные несколько чаще, чем во второй группе, принимали мочегонные препараты, но это различие не было статистически значимым.

Сравнительная характеристика частоты выявления факторов риска развития подагры, предшествующих заболеванию, в исследуемых группах, n (%)

Таблица

Факторы риска подагры	1-я группа, n = 39	2-я группа, n = 49	p
Прием диуретиков, n (%)	20 (50)	17 (43)	0,089
Прием ацетилсалициловой кислоты, n (%)	15 (38)	7 (14)	0,013
Артериальная гипертензия, n (%)	18 (46)	16 (33)	0,014
Ожирение, n (%)	16 (49)	21 (43)	0,52
Почечная недостаточность, n (%)	10 (26)	9 (18)	0,37

Обсуждение и выводы

Большинство работ, посвященных определению распространенности обменных нарушений при подагре, в том числе относящихся к факторам риска заболевания, демонстрируют значительно бóльшую частоту их выявления в сравнении с популяционной и при этом свидетельствуют о независимой корреляции многих сопутствующих подагре патологических состояний (артериальной гипертензии, СД 2, хронической почечной недостаточности), приема диуретиков и препаратов ацетилсалициловой кислоты с возрастом больных [10, 17].

Отличительной чертой представленного исследования являлось изучение частоты выявления факторов риска при дебюте подагры в пожилом возрасте. С одной стороны, полученные данные показывают наличие взаимосвязи между частотой выявления отдельных метаболических нарушений и факторов риска развития подагры и возрастом дебюта заболевания. Так, хотя показания к назначению диуретиков нами не рассматривались и их группы не фиксировались, полученная в описываемом исследовании частота их применения сопоставима с данными другого исследования, посвященного изучению факторов риска подагры [6].

С другой стороны, большинство исследуемых факторов риска, предшествующих развитию подагры, при дебюте этого заболевания в молодом возрасте выявлялись не реже, чем у больных, у которых дебют подагры происходил в пожилом и старческом возрасте. С почти одинаковой, и при этом достаточно высокой, частотой предшествовали подагре ожирение и СД 2, наличие которого может ассоциироваться с более тяжелым течением подагры [1, 5, 9]. В работе, проведенной в НИИ ревматологии РАМН, направленной на изучение возрастных особенностей подагры, большинство коморбидных подагре обменных нарушений (дислипидемия, инсулинорезистентность, ожирение, метаболический синдром) выявлялись с одинаково высокой частотой как у молодых, так и пожилых больных [1]. Результаты исследования позволяют предположить, что при начале подагры в молодом возрасте наиболее важными предшественниками заболевания являются инсулинорезистентность, ожирение и нарушения липидного обмена, выявляемые в рамках метаболического синдрома. Данные другого исследования продемонстрировали, что артериальная гипертензия чаще встречается у пожилых больных подагрой (в 93% случаев), но достаточно часто (в 80% случаев) выявляется также у больных младше 65 лет [3]. В этом же исследовании показано, что у пожилых больных подагрой в 2–3 раза чаще выявляются ИБС, СД 2 и почечная недостаточность.

Можно предположить, что рост заболеваемости подагрой прямо коррелирует с увеличением популяционной частоты других обменных нарушений, являющихся факторами риска развития подагры. Так, проведенный на базе Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в г. Санкт-Петербурге ретроспективный анализ историй болезни 305 пациентов с подагрой свидетельствует о росте за последние 20 лет частоты выявления у таких больных метаболического синдрома, двукратном увеличении ИБС, СД 2 и артериальной гипертензии [2]. С другой стороны, по данным недавно опубликованной работы С. В. Hernández-Cuevas и соавт., метаболический синдром чаще развивается уже при наличии подагры, что подвергает сомнению значение метаболического синдрома и его компонентов в развитии подагры [11].

Заключение

Таким образом, помимо ожидаемой высокой частоты выявления предшествующих подагре факторов риска заболевания — приема диуретиков, наличия артериальной гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, ожирения и почечной недостаточности — полученные нами результаты свидетельствуют о том, что воздействие данных факторов на развитие подагры может быть реализовано независимо от возраста. Единственным из включенных в анализ факторов риска заболевания, чаще выявляемым при дебюте подагры в пожилом возрасте, явился, по нашим данным, прием низких доз препаратов ацетилсалициловой кислоты.

Литература

1. Елисеев М. С. Метаболический синдром при подагре / М. С. Елисеев, В. Г. Барскова // *Вестн. РАМН*. 2008. № 6. С. 29–32.
2. Изменения факторов сердечно-сосудистого риска и особенностей клинической картины у мужчин с подагрой за прошедшие 20 лет / А. А. Алнувайрах [и др.] // *Соврем. ревматология*. 2011. № 3. С. 25–29.
3. Клинические особенности подагры у пожилых / В. Г. Барскова [и др.] // *Клин. геронтология*. 2006. № 2. С. 11–14.
4. Насонова В. А. Ранние диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных / В. А. Насонова, В. Г. Барскова // *Науч.-практич. ревматология*. 2004. № 1. С. 5–7.
5. Особенности подагры, протекающей с сахарным диабетом 2 типа / М. С. Елисеев [и др.] // *Клин. геронтология*. 2005. № 4. С. 7–13.
6. Половые особенности дебюта подагры / М. С. Елисеев [и др.] // *Тез. докл. II Всерос. конгресса ревматологов России*, 2011. С. 24.
7. Bieber J. D. Gout. On the brink of a novel therapeutic options for an ancient disease / J. D. Bieber, R. A. Terkeltaub // *Arthritis Rheum*. 2004. Vol. 50. № 8. P. 2400–2414.
8. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996 / P. F. Adams [et al.] // *Vital Health Stat*. 1999. Vol. 200. P. 1–203.
9. Epidemiology of gout: is the incidence rising? / E. Arromdee [et al.] // *J. Rheumatol*. 2002. Vol. 29. P. 2403–2406.
10. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT) / W. Zhang [et al.] // *Ann. Rheum. Dis*. 2006. Vol. 65. Iss. 10. P. 1301–1311.
11. First acute gout attacks commonly precede features of the metabolic syndrome / C. B. Hernández-Cuevas [et al.] // *Clin. Rheumatol*. 2009. Vol. 15. № 2. P. 65–67.
12. Frequency and risk factors of gout flares in a large population-based cohort of incident gout / D. Rothenbacher [et al.] // *Rheumatology (Oxf.)*. 2011. Vol. 50. № 5. P. 973–981.
13. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000–2005 / L. Annemans [et al.] // *Ann. Rheum. Dis*. 2008. Vol. 67. № 7. P. 960–966.
14. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adult in a managed care population / K. L. Wallace [et al.] // *J. Rheumatol*. 2004. Vol. 31. № 8. P. 1582–1587.
15. Luk A. J. Epidemiology of hyperuricemia and gout / A. J. Luk, P. A. Simkin // *Am. J. Manag. Care*. 2005. Vol. 11. Suppl. 15. P. S435–442.
16. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of gout / S. L. Wallace [et al.] // *Arthritis Rheum*. 1977. Vol. 20. № 3. P. 895–900.
17. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients With Gout: The Third National Health and Nutrition Examination Survey / H. K. Choi [et al.] // *Arthritis Rheum*. 2007. Vol. 57. № 1. P. 109–115.
18. Saag K. G. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout / K. G. Saag, H. Choi // *Arthritis Res. Ther*. 2006. Vol. 8. Suppl. 1. P. S2.
19. Terkeltaub R. A. Clinical practice. Gout // *N. Engl. J. Med*. 2003. Vol. 349. № 17. P. 1647–1655.
20. The prevalence of rheumatic diseases in central Greece: a population survey / I. Anagnostopoulos [et al.] // *BMC Musculoskelet. Disord*. 2010. Vol. 11. P. 98.
21. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany / H. Van den Bussche [et al.] // *BMC Public Health*. 2011. Vol. 11. P. 101. ■