

Особливості роботи сімейного лікаря на етапі первинної медичної допомоги

В.М. Ждан, Д.С. Зазикіна, Б.Л. Флегантова

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Поширення і вдосконалення сімейної медицини в Україні є актуальною проблемою сьогодення. Кафедра сімейної медицини і терапії УМСА протягом багатьох років підготовки сімейних лікарів особливу увагу приділяє підвищенню кваліфікації сімейних лікарів, які працюють у сільській місцевості, враховуючи специфіку надання медичної допомоги. Задля вирішення цих завдань звертаємо увагу на мультидисциплінарний підхід до викладання сімейної медицини лікарям сільських медичних закладів. Відомо, що збереження здоров'я людей залежить від багатьох чинників, а також від уміння сімейного лікаря проводити раціональну профілактичну роботу. Сімейним лікарям пропонуємо складати «паспорт здоров'я» всіх членів родини, що дозволяє оцінювати базовий рівень показників здоров'я сім'ї. Виявляємо фактори ризику в родинах і розробляємо та пропонуємо методики формування принципів здорового способу життя. За нашим досвідом спроби формування здорового способу життя у населення має малопродуктивну віддачу, тому потрібно розробляти інші механізми впливу на свідомість людей. Окрім оцінювання стану здоров'я сім'ї ми проводимо комплексні медичні огляди школярів. У складі медичної бригади є сімейний лікар, стоматолог, окуліст, оториноларинголог, гінеколог, фтизіатр та інфекціоніст. Одночасно з медичним оглядом проводимо лабораторне і інструментальне обстеження: аналіз крові, сечі, рентгенологічне, ультразвукове дослідження серця і органів черевної

порожнини, записуємо електрокардіограму та аналізуємо її. Ми виявляємо лабораторні ознаки прихованого дефіциту заліза в організмі людей у всіх вікових групах. За всієї програми обстеження особливу увагу приділяємо виявленню залізодефіцитної анемії у школярів і жінок репродуктивного періоду. Важливого значення набуває спостереження за станом здоров'я жінок під час вагітності. За останні 10 років частота анемії в період вагітності зростає в 6,3 рази. Усі вагітні з терміном вагітності 8 тиж повинні охоплюватись диспансерним наглядом сімейного лікаря та акушера-гінеколога як потенційно можливі пацієнти на залізодефіцитну анемію. Ускладнення під час вагітності та після пологів тісно пов'язані з анемією. Головною причиною анемії у більшості вагітних (95%) є дефіцит заліза. Якщо запаси заліза частково або повністю виснажені (вагітності, тривалий період лактації, сильні менструації), то вже до початку вагітності з'являються клінічні та лабораторні ознаки дефіциту заліза. Якщо вагітна хворіє на залізодефіцитну анемію призначаємо лікування, допомагаємо медичними засобами усунути негативний вплив на перебіг вагітності. Важливим завданням сімейного лікаря у сільській місцевості є формування засобів спільної роботи медиків, сім'ї і громади в цілому щодо потреби вести здоровий спосіб життя допомагати кваліфіковано обстежуватись і лікуватись, намагатися усвідомити важливість зусиль з обох сторін – лікаря і пацієнта.

Актуальність ранньої діагностики подагричного артриту в практиці сімейного лікаря

В.М. Ждан, Л.М. Шилкіна, А.А. Капустянська

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Лікарям загальної практики необхідно встановлювати ранній діагноз подагричного артриту до розвитку значних порушень функції суглобів у початкових стадіях захворювання. Рання діагностика подагричного артриту має базуватися на клінічних проявах з лабораторним підтвердженням. Будь-яка хвороба, що починається із запалення суглобів стопи, обов'язково вимагає дослідження рівня сечової кислоти в сироватці крові. Саме тому основним завданням лікарів первинної ланки є рання діагностика подагричного артриту з метою відтермінування ускладнень, збереження працездатності хворих і поліпшення якості їхнього життя.

Ключові слова: подагричний артрит, діагностика, сечова кислота.

Серед багатьох захворювань опорно-рухового апарату окреме місце посідає подагра. Відомо, що подагра, маючи хронічний перебіг, обмежує працездатність людини та впливає на якість життя.

Подагра – гетерогенне за походженням захворювання, яке характеризується відкладанням у різних тканинах кри-

сталів уратів у формі моноурату натрію або сечової кислоти. Подагра – клінічний синдром гіперурикемії, який називається захворюванням (Коваленко В.М., 2009).

Подагра – запальний артрит, що виникає в результаті накопичення кристалів моноурату натрію в синовіальній рідині та інших тканинах організму, асоціюється з гіперурикемією (підвищенням сироваткового рівня сечової кислоти до 6,8 мг/дл, або 408 ммоль/л), а також обмеженням розчинення сечової кислоти при фізіологічних рівнях температури та рН (Т. Neogi, 2011).

На подагричний артрит хворіють переважно чоловіки (до 95% випадків). Початок захворювання частіше припадає на вік від 40 до 50 років, але останнім часом усе частіше спостерігають випадки розвитку подагричного артриту в молодому віці (20–30 років). Подагричний артрит часто призводить до тимчасової і стійкої втрати працездатності, а також до обмеження професійної діяльності. Однак у перший рік правильно діагностують захворювання тільки у 10–15% хворих. Поширеність подагри в Україні складає 5–28 випадків на 1000 чоловіків і 1–6 на 1000 жінок. Серед

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЙ

Діагностичні критерії подагричного артриту згідно з рекомендаціями Асоціації ревматологів України, 2004

Ознака	Бали
1. Наявність в анамнезі або спостереження не менше двох атак та набряків і/або почервоніння та сильного болю в суглобі кінцівок з ремісією через 1-2 тиж	2
2. Гострий артрит плюснефалангового суглоба великого пальця стопи в анамнезі або статусі	4
3. Тофуси	4
4. Підвищення рівня сечової кислоти у сироватці крові	3
5. Сечокам'яна хвороба	1
6. Симптом «пробійника» або великі кісти на рентгенограмі	2
Діагноз	Діагностичні граничні суми, бали
Подагра достовірна	≥8
Подагра імовірна	5-7
Подагра відсутня	≤4

чоловіків віком 55–65 років частота подагри сягає 4,3–6,1%. Актуальність проблеми полягає в зростанні показників поширеності та захворюваності, більш частому розвитку подагри в молодому віці.

J. Wuygaarden та W. Kelley з повним обґрунтуванням розглядають подагру як «яскравий приклад медичного прогресу і єдності фундаментальних біологічних наук і клінічної медицини». Це повинно було б привести до значного поліпшення профілактичних заходів, діагностики і прогнозу лікування захворювання. Проте існує велика відстань між наявними науковими досягненнями та об'єктивною реальністю, з якою стикаються на практиці сімейні лікарі.

До найбільш частих причин розвитку подагри відносять: вживання тiazидних діуретиків, циклоспорину, низьких доз аспірину (1 г/добу); інсулінорезистентність, метаболічний синдром, ожиріння, артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність, трансплантація органів; споживання у значній кількості продуктів, багатих на пурини (м'ясо, морепродукти), алкогольних напоїв (пиво), безалкогольних шипучих напоїв та фруктози.

Лікарям загальної практики потрібно встановлювати діагноз подагричного артриту до розвитку значних порушень функції суглобів, у початкових стадіях захворювання.

Наводимо діагностичні критерії згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.10.2006 № 676, де діагноз* подагричного артриту може бути встановлений:

- при хімічному або мікроскопічному виявленні кристалів сечової кислоти в синовіальній рідині або відкладанні уратів у тканинах.

- за наявності двох або більше таких критеріїв:

чіткий анамнез і/або спостереження хоча б двох атак болючого припухання суглобів кінцівок (атака, щонайменше, на ранніх стадіях, має починатися раптово з сильного болю; протягом 1–2 тиж повинна наставати повна клінічна ремісія);

чіткий анамнез і/або спостереження подагри – однієї атаки (див. вище) з ураженням великого пальця ноги;

клінічно доведені тофуси;

чіткий анамнез і/або спостереження швидкої реакції на колхіцин, тобто зменшення об'єктивних ознак запалення протягом 48 год після початку терапії.

Звертаємо увагу на те, що на початку захворювання не має рентгенологічних даних, що підтверджують діагноз подагричного артриту. Доцільно використовувати рентгено-

логічне обстеження у хворих на подагру зі стажем хвороби від 5 до 10 років. Саме через цей час ми бачимо відповідні діагностичні рентгенологічні зміни.

Рання діагностика подагричного артриту повинна базуватися на наявності клінічних проявів з лабораторними підтвердженнями.

Лабораторні методи дослідження допомагають виявити наявність запального процесу; оцінити ступінь та динаміку його активності, ефективність лікування, стійкість ремісії; проводити диференціальну діагностику запальних та інших хвороб суглобів: виявити порушення білкового обміну тощо.

Запалення є одним з найпотужніших індукторів гострофазової відповіді, що є фізіологічною захисною реакцією організму, спрямованою на зменшення вираженості небажаних наслідків різних стресорних дій та уражень тканин. Основою розвитку запального процесу є каскад біохімічних та імунологічних процесів, спрямованих на елімінацію пошкоджувального фактора, відновлення уражених тканин та порушених функцій. Наслідком гострофазової відповіді є підвищення температури тіла, місцеве підвищення температури, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, синтезу деяких білків плазми крові та гормонів (адренотропний гормон, кортизол, інсулін, глюкагон, соматотропний, тиреотропний гормон) та інше. Особливе значення має зміна білковосинтезувальної функції печінки, що проявляється посиленням синтезу одних білків та зниженням продукції інших. Концентрація гострофазових білків плазми крові підвищується у відповідь на запалення більше ніж на 25%.

Будь-яка хвороба, що починається із запалення суглобів стопи, обов'язково потребує дослідження рівня сечової кислоти у сироватці крові.

Механізм розвитку гіперурикемії є досить складним і залишається остаточно невивченим. З клінічної точки зору виділяють три типи порушень пуринового обміну. Перший тип зумовлений підвищенням синтезом сечової кислоти в організмі (метаболічний шлях). Другий тип виникає внаслідок зниження виділення сечової кислоти нирками (нирковий тип). Третій тип характеризується гіперпродукцією сечової кислоти і уповільненим виділенням її нирками (змішаний тип).

Важливо, що асимптоматична гіперурикемія завжди є чинником ризику розвитку клінічно маніфестної подагри. Гіперурикемію вважають клініко-біохімічним проявом декомпенсованого порушення пуринового обміну. До неї відносять рівень сечової кислоти в крові чоловіків до 65 років більше 420 мкмоль/л, старших за 65 років більше 500 мкмоль/л і у жінок вище 340 мкмоль/л. Кров для дослідження беруть вранці натщесерце з яремної вени, через 12–14 год після останнього споживання їжі.

* – відповідає епідеміологічним критеріям діагностики подагричного артриту, прийнятим на третьому міжнародному симпозіумі з популяційних досліджень ревматичних хвороб, Нью-Йорк, 1966.

Гіперурикемія зустрічається в 10 разів частіше, ніж клінічно маніфестна подагра, причому стійке підвищення рівня сечової кислоти в крові реєструється у 7% людей (до 5% чоловіків без будь-яких ознак подагри), а гіперурикозурія спостерігається до 20% осіб. Необхідно зазначити, що деякі автори виділяють особливу форму подагри, пребіг якої відбувається без гіперурикемії.

Слід пам'ятати, що даний симптом не є синонімом захворювання подагри, оскільки гіперурикемія також спостерігається при інших захворюваннях (хвороби крові, пухлини, захворювання нирок і т. д.), надзвичайно високих фізичних перевантаженнях і споживанні жирної їжі.

До 80% сечової кислоти утворюється в організмі і лише близько 20% надходить з їжею у вигляді пуринових основ. Щодо здійснюється обмін 50–70% загальної кількості сечової кислоти. Приблизно 2/3 від загальної кількості сечової кислоти виводять із сечею, 1/3 надходить у кишечник, де в результаті бактерійного уриколізу розщеплюється до алантоїну і вуглекислого газу. Процес уриколізу відбувається також, але меншою мірою, в печінці, легенях, нирках під впливом пероксидази і цитохромоксидази.

Існує циркадний біоритм синтезу сечової кислоти – максимальний рівень її спостерігається в період з 6.00 до 10.00 добового ритму, показники урикемії при цьому збільшуються в середньому на 25–30 мкмоль/л, а мінімальний – вночі. Цими коливаннями зумовлений посилений розпад нуклеотидів в ранковий час з підвищеною продукцією сечової кислоти і одночасним збільшенням реабсорбції уратів у ниркових каналцях. Сечова кислота майже повністю виводиться нирками і лише незначна кількість екскретується з потом, мокротинням, кишковим соком і жовчю. У фізіологічних умовах процеси синтезу та утилізації сечової кислоти є збалансованими, завдяки чому її концентрація в крові і тканинах підтримується на оптимальному постійному рівні. Короткочасне фізіологічне підвищення урикемії приводить у дію механізми, здатні посилювати екскрецію сечової кислоти нирками або кишечником.

До причин підвищеного утворення сечової кислоти належать: вживання алкоголю та їжі, багаті на пурини та фруктозу; гематологічні захворювання, такі, як мієло- і лімфопроліферативні хвороби; псоріаз; синдром розпаду пухлини.

Якщо подагру діагностують пізно, тоді лікар може бачити рентгенологічні і клінічні ознаки ураження суглобів різного ступеня тяжкості.

За перші 5 років хвороби діагноз був встановлений лише у 24,9% хворих, проте 10,2% хворих отримували нерегулярно базисну терапію з різних причин, і в першу чергу в результаті необізнаності. За підрахунками, етіопатогенетична терапія займає у хворих на подагру лише 4,8% усього часу перебігу хвороби, тоді як терапія має бути позитивна. У результаті відзначається збільшення сечової кислоти, яка перевищує нормальні показники тільки розчинного уратного пула у хворих на подагру без тофусів в 2–4 рази, а при тяжкій тофусній подагрі – до 30 разів. Саме тому подагру заслужено відносять до «хвороб накопичення». Це призводить до збільшення числа хворих з тяжкими проявами подагри у вигляді вираженої кістково-суглобової деструкції і подагричної нефропатії з ознаками хронічної циркової недостатності. Саме цим, напевно, пояснюється той факт, що причиною смерті до 40% хворих на подагру є уремія, яка розвивається внаслідок подагричної нефропатії.

Таким чином, ці дані свідчать про актуальність існуючих проблем в діагностиці (особливо ранньої) лікуванні подагри, що в свою чергу періодично робить серйозним прогноз захворювання. Розвиток учення про подагру протягом останнього століття виявив, що подагра є метаболічним захворюванням, таким, як цукровий діабет, де порушення одного обмінного компоненту спричинює виникнення каскаду патогенетичних реакцій і в результаті призводить до зміни всіх інших видів обміну.

Саме тому головним завданням лікарів первинної ланки є рання діагностика подагричного артриту з метою відтермінування ускладнень, збереження працездатності хворих та поліпшення якості їх життя.

Актуальність ранньої діагностики подагричного артриту в практиці сімейного лікаря

В.Н. Ждан, Л.Н. Шилкіна, А.А. Капустянська

Врачам общей практики необходимо устанавливать ранний диагноз подагрического артрита до развития значительных нарушений функции суставов, в начальных стадиях заболевания. Ранняя диагностика подагрического артрита должна базироваться на клинических проявлениях с лабораторным подтверждением. Любая болезнь, которая начинается с воспаления суставов стопы, обязательно требует исследования уровня мочевой кислоты в сыворотке крови. Именно поэтому главной задачей врачей первичного звена является ранняя диагностика подагрического артрита с целью отсрочки осложнений, сохранения трудоспособности больных и улучшения качества их жизни.

Ключевые слова: подагрический артрит, диагностика, мочевая кислота.

Urgent problem of early diagnosis the gouty arthritis by gp doctor

V.N. Zhdan, L.N. Shilkina, A.A. Kapustyanskaya

GP diagnosis of gouty arthritis should be installed before the development of significant dysfunction of the joints, in the initial stages of the disease. Early diagnosis of gouty arthritis should be based on the presence of clinical symptoms with laboratory confirmation. Any disease that begins with inflammation of the joints of the foot, necessarily requires the study of uric acid levels in blood serum. That is why the main task of GP doctor is the early diagnosis of gouty arthritis in order to delay complications, preservation of working capacity of patients and improve their quality of life.

Key words: gouty arthritis, diagnosis, uric acid

ЛІТЕРАТУРА

1. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита / В.Г. Барскова // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19, № 10. – С. 614–617.
2. Борткевич О.П. Подагра: сучасний стан проблеми, підходи до діагностики та шляхи корекції / О.П. Борткевич, Ю.В. Білявська / Здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 69–71.
3. Казимирко В.К. Ревматологія / В.К. Казимирко, В.М. Коваленко. – Донецьк: Заславський А.Ю., 2009. – 443 с.
4. Максудова А.Н. Подагра / А.Н. Максудова, И.Г. Салихов, Р.А. Хабилов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 83 с.
5. Насонов Е.Л. Современные технологии и перспективы лабораторной диагностики ревматических заболеваний / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова // Терапевтический архив. – 2010. – № 5. – С. 5–8.
6. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця: Нова книга, 2010. – Т. 3. – 1004 с.
7. Свінцицький А.С. Ревматичні хвороби та синдроми / А.С. Свінцицький, О.Б. Яременко. – К.: Книга плюс, 2006. – 473 с.