

М.В. Склянова, А.Н. Калягин

СЛОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

В работе представлен обзор научной литературы, посвященной ранней диагностике и лечению ревматических заболеваний. Отдельно рассматриваются вопросы ранних артритов, которые за счет скудности клинической картины, часто неверно расцениваются специалистами. Описываются диагностические сложности при ревматических пороках сердца, системной красной волчанке, болезни Бехчета, системных васкулитах, анкилозирующем спондилоартрите, особое внимание уделено диагностике подагры.

Ключевые слова: ревматические заболевания, ранняя диагностика, раннее лечение

COMPLEXITY OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RHEUMATIC DISEASES

M.V. Sklyanova, A.N. Kalyagin

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

This article presents a review of the scientific literature on the early diagnosis and treatment of rheumatic diseases. Separate issues of early arthritis, which due to the paucity of clinical symptoms, often incorrectly considered doctors. Describes the diagnostic difficulties with rheumatic heart disease, systemic lupus erythematosus, Behçet's disease, ankylosing spondylitis, it focuses on the diagnosis of gout.

Key words: rheumatic diseases, early diagnosis, early treatment

Несмотря на хорошо изученные механизмы развития и широкое использование достижений научно-технического прогресса в ревматологии, проблема ранней диагностики ревматических заболеваний в настоящее время стоит особенно остро. Ревматические болезни характеризуются хроническим прогрессирующим течением, поэтому их прогноз во многом зависит от ранней постановки диагноза и незамедлительного назначения адекватной терапии. Многие больные с артритами обращаются, прежде всего, к участковому терапевту. От того, как осведомлены врачи общей практики о ранних симптомах артритов, и насколько правильно они могут провести дифференциальную диагностику и направить больного к ревматологу, зависит в конечном итоге исход заболевания и трудоспособность больного [20, 29].

Серьезную проблему современной ревматологии представляет собой своевременная диагностика ранних артритов. Врачи первичного звена здравоохранения обычно бывают недостаточно подготовлены по вопросу дифференциальной диагностики ранних артритов, и именно на этом этапе происходит основная потеря времени [21]. Среди ревматологических больных, впервые обратившихся за медицинской помощью, на амбулаторном этапе в 41 % случаев были неправильно диагностированы ревматические заболевания. Лишь у 49 % больных было совпадение диагнозов после осмотра специалиста [13].

Существует мнение, что проблема ранней диагностики артритов заключается в незнании врачами первичного звена алгоритма диагностики неуточненных артритов, факторов риска прогрессирования раннего артрита, а также в назначении

терапии до установления диагноза и отсутствии активного наблюдения за больными [21].

На основании многочисленных клинических исследований было убедительно доказано, что раннее начало терапии базисными противовоспалительными препаратами эффективнее сдерживает прогрессирование болезни и предотвращает развитие функциональных нарушений. При ретроспективном анализе 119 историй болезни пациентов с вероятным ревматоидным артритом (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 1 – 3 года [22]. Эти данные сопоставимы с результатами Е.А. Галушко и соавт., проводивших исследование 1810 больных РА. Средний период между появлением первых симптомов РА и установлением данного диагноза составил 24 месяца. Было обнаружено, что лишь у 18 % больных диагноз РА был установлен в первые 6 месяцев от начала заболевания. Основной причиной поздней постановки диагноза являлась задержка пациента на амбулаторно-поликлиническом этапе у терапевта и не направление его к ревматологу, что подтверждает недостаточность знаний врачей – «не ревматологов» в отношении диагностики даже такого распространенного заболевания как РА. Данный показатель возрастал до 68 %, если пациент сразу обращался к ревматологу, минуя других врачей. Исследователи пришли к выводу, что недостаточный уровень подготовки врачей терапевтического профиля по проблемам ревматологии неизбежно приводит к серьезным дефектам в диагностике, регистрации, а в результате – и в лечении ревматических заболеваний. Установлено,

что в реальной клинической практике отсутствует эффективный мониторинг за больными ревматоидным артритом, что приводит к неадекватной терапии базисными противовоспалительными препаратами и сохранению у большинства (65 %) больных высокой активности воспалительного процесса [14]. Определенные трудности представляет диагностика серонегативного РА. Атипичное начало заболевания с болей в крупных суставах конечностей, переоценка значимости отсутствия утренней скованности в суставах и РФ в крови способствуют длительному и затратному диагностическому поиску [15]. Так, острое начало синдрома Стилла у взрослых требует исключения многих заболеваний неревматической природы [3].

Диагностика системных заболеваний соединительной ткани является очень трудной задачей, особенно если речь идет о дифференциальном диагнозе с онкологическим заболеванием. В этом случае требуется раннее применение всего комплекса методов подтверждения диагноза и назначения адекватной терапии, а также высокая квалификация врача [16, 32].

Разнообразие проявлений системной красной волчанки (СКВ) ведет к трудностям диагностики этого заболевания, особенно врачами-ревматологами. Известны наблюдения, когда дерматолог недооценивал развитие общих симптомов, суставного синдрома, гематологических и иммунологических показателей, тогда как поражение кожи не является ни ведущим, ни обязательным симптомом СКВ. В ряде случаев кожные проявления волчанки ошибочно трактовались как розацеа или псориаз. Ошибки дерматолога в диагностике СКВ могут быть связаны как с отсутствием достоверных лабораторных признаков, так и с недостаточно внимательным осмотром больных [32]. Специалисты также нередко сталкиваются с трудностями диагностики системной склеродермии на ранних этапах. Часто диагностика заболевания осуществляется уже на этапе наличия тяжелого поражения внутренних органов, когда назначение патогенетической терапии является противопоказанным. При изучении клинико-лабораторных особенностей системной склеродермии (ССД) в г. Екатеринбурге А.В. Сарапуловой и соавт. выявлен длительный период от появления первых симптомов заболевания до момента верификации диагноза, составивший, в среднем, 6 лет. Это отражает трудности ранней диагностики ССД и недостаточную информированность врачей, в первую очередь, терапевтов. Также обращал на себя внимание стертый характер синдрома Рейно, который проявлялся зябкостью и онемением пальцев без изменения окраски и спастических болей. Такие незначительные, с точки зрения пациента и врача, изменения на протяжении многих лет могут оставаться без внимания или быть расцененными как изолированная болезнь Рейно, затрудняя своевременную диагностику заболевания [27].

Серьезную проблему современной ревматологии представляет собой дифференциальная

диагностика системных васкулитов. Макроморфологические изменения в почках при узелковом полиартериите приводят к ошибочным заключениям о наличии опухоли, карбункула, туберкулезного поражения почки и необоснованным хирургическим вмешательствам по поводу данных состояний. Небольшой клинический опыт из-за редкости этого заболевания и недостаточная информированность практических врачей является причиной поздней диагностики, неоправданных лечебных мероприятий и хирургических вмешательств [30]. Высыпания на слизистых рта при болезни Бехчета часто путают с гнойным стоматитом и герпетической инфекцией, многолетнее лечение которой, разумеется, не приводит к улучшению состояния больного. Информированность врачей разных специальностей о болезни Бехчета является необходимым условием для своевременной постановки диагноза и назначения адекватной терапии [11].

Гранулематоз и полиангиит (в прежней терминологии — гранулематоз Вегенера) является достаточно редким заболеванием, ранняя диагностика которого значительно затруднена сложным дифференциально-диагностическим поиском и необходимостью проведения специальных методов обследования, включая гистоморфологические. При выставлении ошибочного диагноза «туберкулез легких» пациенты с гранулематозом и полиангиитом подвергаются неоправданному хирургическому вмешательству — резекции легкого [28]. При атипичных проявлениях гранулематоза Вегенера, таких как паралич и стеноз гортани, имитирующих опухоль, диагностировать заболевание крайне трудно, что приводит к тяжелым последствиям для больного [2].

Установлено, что верификация анкилозирующего спондилита происходит в среднем через 7–8 лет от появления первых симптомов заболевания [26]. Выявление раннего анкилозирующего спондилита (в течение 1–2 года болезни) происходит лишь у 30 % пациентов. Поздняя верификация диагноза приводит к тому, что использование базисной терапии откладывается на долгие годы и порой начинается у пациентов, имеющих 3–4-ю стадию заболевания, когда эффективность данной терапии существенно снижается по сравнению с ранними стадиями болезни [23].

Наши собственные исследования указывают на то, что диагноз ревматического порока сердца (РПС) своевременно устанавливается лишь у 35,2 % больных. Диагноз РПС, выставленный в общей врачебной сети, был ошибочным в 11,7 % и сомнительным в 8,6 % случаев. Причинами диагностических ошибок являлись недостаточно полно собранный анамнез, неправильная интерпретация данных инструментального исследования, невнимательное отношение к дополнительным сведениям и низкая квалификация врача [24].

Асептический некроз головок бедренных костей — мультифакторное заболевание, которое характеризуется многокомпонентным поражением тазобедренных суставов, обуславливает тя-

желые физические страдания и быстро приводит к инвалидности больных. Клиника и диагностика асептического некроза головки бедренной кости на ранних стадиях трудны, при этом часто встречаются диагностические ошибки. В большинстве же случаев больные лечатся по поводу «поясничного остеохондроза», «радикулита» или «ишиаса», «артроза» коленного сустава. Каждому третьему больному диагноз не выставляется вовсе. Среди причин поздней диагностики асептического некроза выделяют ряд особенностей клинической картины, а также недостаточное знание практическими врачами этой патологии [19].

По мнению О.М. Фоломеевой и соавт., изучение распространенности подагры в России связано с известными сложностями, обусловленными прежде всего недостаточными знаниями проблемы врачами-ревматологами, плохо владеющими диагностикой этого распространенного заболевания. Кроме того, только в единичных медицинских организациях РФ имеются поляризационные микроскопы, позволяющие выявлять кристаллы уратов в синовиальной жидкости и тканях, что делает диагноз подагры абсолютно достоверным. А пока очень многие пациенты и медработники нередко отождествляют подагру с *hallux valgus*, остеоартрозом и др. [31].

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе все чаще поднимается вопрос о причинах поздней диагностики подагры.

Большинство отечественных и зарубежных исследователей указывает на сроки установления правильного диагноза от 6 до 8 лет от начала заболевания [4, 5, 6, 17]. Еще Ph. Hench отмечал, что только в одном из 4–5 случаев подагра правильно диагностируется на ранних стадиях [25]. 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 5–7 лет [17, 25]. В результате исследования, проведенного специалистами НИИ ревматологии РАМН, в течение первого года болезни подагра диагностировалась у 25% больных, у остальных 75% диагноз был поставлен в среднем на 7-й год болезни [4].

Клиническая картина острого подагрического артрита — интермиттирующее поражение I плюснефалангового сустава — является высокоспецифичным и чувствительным клиническим признаком подагры. По данным В.Г. Барсковой, в 70–90% случаев подагра дебютирует с I плюснефалангового сустава стопы [7]. Не последнее место в совершении диагностической ошибки может иметь «атипичность» дебюта, т.е. вовлечение не плюснефалангового сустава первого пальца, а других суставов. У пациентов с атипичным дебютом подагры хронический артрит и тофусы выявляются чаще [4, 10].

Среди причин поздней диагностики подагры также выделяют позднее обращение к врачу — по данным НИИ ревматологии РАМН, больные подагрой впервые обращаются за медицинской помо-

щью в среднем на шестой год болезни. 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 [4, 6].

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% [5, 6, 12, 17]. Факты неправильного диагноза обнаруживались у каждого пятого больного подагрой [6]. При типичном дебюте подагры диагностика подагрического артрита не представляет труда. Тем не менее, его часто путают с флегмоной, рожистым воспалением, остеоартрозом, реактивным артритом, РА, псориатической артропатией, септическим артритом. Пациенты с недиагностированной подагрой принимают антибиотики, хондропротекторы, подвергаются неоправданным хирургическим вмешательствам с образованием длительно незаживающих ран [5, 6, 17]. Хирургическое удаление тофусов почти всегда приводит к обострению артрита, а раневые поверхности длительно не заживают. Эту процедуру целесообразно проводить только после коррекции урикемии в межприступный период [5, 17].

Больные обращаются к хирургу или 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 они могли не заметить накануне [6]. Позднее направление к ревматологу также приводит к учащению хронических форм заболевания [5]. На поздних стадиях подагры к числу частых ошибок выставляемых диагнозов относится РА (13% случаев). Это может объясняться особенностями хронического течения подагры, при котором в процесс вовлекаются мелкие суставы кистей, особенно у женщин, а артрит приобретает полиартикулярное течение. В некоторых случаях множественное поражение суставов с вовлечением мелких суставов кистей наблюдается уже в течение первого года заболевания (у 5% больных подагрой), «имитируя» РА [11].

Согласно рекомендациям EULAR, «золотым стандартом» диагностики подагры является выявление кристаллов моноурата натрия (МУН) методом поляризационной микроскопии [7]. К сожалению, в России поляризационная микроскопия не является обычным методом диагностики. Синовиальную жидкость исследуют лишь в единичных случаях (для исключения гнояного артрита), тогда как определение кристаллов МУН у больного с подозрением на подагрический артрит является обязательной медицинской процедурой [4, 5, 6].

К неинформативным действиям во время приступа острого подагрического артрита относится исследование уровня мочевой кислоты в сыворотке

крови и рентгенологическое исследование дистальных отделов стоп, которое на ранней стадии не выявляет специфических изменений. В то же время, обязательное динамическое исследование уровня мочевой кислоты проводится не всегда [4]. К лечебным ошибкам во время острого приступа относятся назначение физиотерапии или аллопуринола, что катастрофически действует на артрит, пролонгируя его и усиливая воспалительные явления [6, 9]. 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 [9]. Грубой ошибкой лечения подагры является длительное применение пролонгированных форм глюкокортикостероидов. Это приводит к негативному влиянию на АД, жировой, углеводный обмен, а также к ускоренному тофусообразованию [5]. Частой причиной тяжелого течения подагры является прием диуретиков, который способствует гиперурикемии. По современным представлениям, диуретики больным подагрой можно назначать только по жизненным показаниям [8].

Серьезной проблемой лечения больных подагрой является позднее назначение и неправильный режим приема антигиперурикемической терапии. В результате исследования, проведенного НИИ ревматологии РАМН, 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 [4, 6].

Кроме того, 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 [4, 33, 34, 35, 38, 39]. Причины этого явления точно не установлены. В исследовании Nagrold и соавт., где оценивалась комплаентность в отношении антигиперурикемической терапии около 4 тыс. 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 [35].

В исследовании G. Reach, где оценивалась приверженность больных подагрой к медикаментозному лечению, за высокий уровень комплаентности был принят прием не менее 80 % назначенных лекарств. Комплаентность больных подагрой составила от 18 до 44 %. В другом исследовании уровень приверженности к лечению больных подагрой составил 36,8 %, по сравнению с больными АГ и СД 2 типа, чья комплаентность была 72,3 % и 65,4 % соответственно [36].

По мнению различных авторов, низкая комплаентность остается одной из главных причин недостаточного медицинского контроля за больными подагрой [4, 35 – 39].

Нельзя отрицать, что на современном этапе существует проблема осведомленности ревматологических больных о своем заболевании. При верном понимании сути болезни и цели терапии, информация о сроках, методах лечения, эффективных препаратах и необходимости физических упражнений, сообщаемая врачами, недостаточна, либо не запоминается [18]. 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. Так, 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 [17].

Таким образом, анализ современной литературы по проблеме позволяет сделать вывод, что основной причиной поздней диагностики и неадекватного лечения ревматических заболеваний является недостаточная осведомленность врачей первичного звена здравоохранения о современных методах диагностики, терапевтических возможностях и необходимости эффективного сотрудничества с больными для улучшения их приверженности к лечению. 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. Образовательные программы для врачей первичного звена имеют огромное значение и способствуют ранней диагностике, своевременному назначению терапии, улучшению качества жизни больных. Так, опыт проведения образовательных мероприятий в г. Казани [26] привел к улучшению выявления РЗ врачами первичного звена и своевременному направлению больных к ревматологу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Царенок С.Ю. Анкетирование участковых терапевтов по вопросам диагностики и базисной терапии ревматоидного артрита // Ревматология в реальной клинической практике: сб. матер. (тез.) VII Всеросс. конф. — Владимир, 2012. — С. 7.
2. Аркина А.И., Омеляненко М.Г., Борзов Е.В., Лариков Е.М. Трудности диагностики гранулематоза Вегенера в практике врача // Вестник Ивановской государственной медицинской академии. — 2008. — Т. 13, № 3 — 4. — С. 80 — 83.
3. Балабанова Р.М., Егорова О.Н. Синдром Стилла у взрослых: диагностика и лечение // Современная ревматология. — 2009. — № 3. — С. 30 — 32.
4. Барскова В.Г., Насонова В.А., Якунина И.А. и др. Ретроспективный анализ причин поздней

диагностики подагры // Клиническая геронтология. — 2004. — № 6. — С. 13–17.

5. Барскова В.Г. Больная хронической подагрой — комментарии к течению болезни // Современная ревматология. — 2010. — № 1. — С. 32–38.

6. Барскова В.Г. Хроническая подагра // Терапевтический архив. — 2010. — № 1. — С. 65–68.

7. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита // Русский медицинский журнал. — 2011. — Т. 19, № 10. — С. 30–32.

8. Барскова В.Г. Рациональные подходы к лечению подагры (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги) // Современная ревматология. — 2008. — № 1. — С. 16–18.

9. Барскова В.Г., Елисеев М.С. В помощь молодому ревматологу: на приеме больной с подагрическим артритом // Современная ревматология. — 2010. — № 3. — С. 53–57.

10. Барскова В.Г., Мукагова М.В., Северинова М.А. и др. Диагностика подагры // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2012. — Т. 112, № 5. — С. 131–135.

11. Болдарева Н.С., Калягин А.Н., Злобина Т.И. и др. Трудности своевременной диагностики болезни Бехчета // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2006. — № 2. — С. 88–90.

12. Владимиров С.А., Елисеев М.С., Раденска-Лоповок С.Г., Барскова В.Г. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и подагры // Современная ревматология. — 2008. — № 4. — С. 39–41.

13. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2011. — С. 6.

14. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Амирджанова В.Н. Особенности диагностики ревматоидного артрита в реальной клинической практике // Научно-практическая ревматология. — 2011. — № 1. — С. 21–26.

15. Голякова Н.А., Ивлева Т.А., Зубова Л.Е. и др. Трудности диагностики серонегативного ревматоидного артрита // Астраханский медицинский журнал. — 2010. — Т. 5, № 2. — С. 98–103.

16. Горяев Ю.А., Калягин А.Н., Злобина Т.И. и др. Трудности дифференциальной диагностики системных заболеваний соединительной ткани и онкологических заболеваний // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2007. — № 4. — С. 104–107.

17. Жарская Ф.С., Полковникова О.П., Кохан В.Г., Мошнина А.Г. Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы «Подагра» // Современная ревматология. — 2010. — № 2. — С. 54–57.

18. Закроева А.Г., Кожемякина Е.В., Скороходов И.С., Лесняк О.М. Проблема информированности пациентов с остеопорозом Екатеринбурга и Свердловской области о своем заболевании и точка зрения врачей // Ревматология в реальной клинической практике: сб. матер. (тез.) VII Всероссийской конференции. — Владимир, 2012. — С. 23.

19. Имамова Г.М., Давлетшина Р.З. Асептический некроз головок бедренных костей // Практическая медицина. — 2008. — № 1. — С. 37–39.

20. Казанцева Н.Ю. Неуточненные артриты в практике участкового врача // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 79, № 4. — С. 9–12.

21. Казанцева Н.Ю. Проблемы ранней диагностики артритов // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2007. — № 7. — С. 28–30.

22. Казанцева Н.Ю., Большедворская О.А., Белькова Е.М., Болдарева Н.С. Ретроспективный анализ возможностей ранней диагностики ревматоидного артрита // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2005. — Т. 54, № 5. — С. 77–79.

23. Кундер Е.В. Анкилозирующий спондилит: клинические особенности, проблемы диагностики и лечения // Вестник ВГМУ. — 2006. — Т. 5, № 4. — С. 1–9.

24. Калягин А.Н. Ошибки при установлении диагноза ревматического порока сердца // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2009. — № 7. — С. 130–132.

25. Мухин Н.С. Подагра: лики болезни // Современная ревматология. — 2007. — № 1. — С. 5–9.

26. Мясоутова Л.И., Лапшина С.А. Опыт проведения образовательных программ для врачей по диагностике и лечению анкилозирующего спондилоартрита в г. Казани // Ревматология в реальной клинической практике: сб. матер. (тез.) VII Всероссийской конференции. — Владимир, 2012. — С. 35.

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

28. Синенко А.А., Кулаков Ю.В., Абрамочкина Е.Б. и др. Опыт ведения больного с гранулематозом Вегенера: трудности диагностики и лечения // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — Т. 4, Вып. 2. — С. 46–51.

29. Солодухина Л.П. Научные основы совершенствования ревматологической помощи населению на догоспитальном этапе: дисс. ... канд. мед. наук. — Курск, 2006. — С. 32.

30. Трубников Г.В., Шалагинова Е.В., Шашев Н.С., Налобина М.С. Трудности диагностики узелкового периартериита // Терапевтический архив. — 2003. — № 4. — С. 65–69.

31. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США // Научн.-практ. ревматология. — 2008. — № 4. — С. 4–13.

32. Хамаганова И.В. Трудности диагностики различных форм красной волчанки // Клиницист. — 2006. — № 1. — С. 64–68.

33. Doghramji P.P., Edwards N.L., McTigue J. Managing gout in the primary care setting: what you and your patients need to know // Am. J. Med. — 2010. — Vol. 123 (8). — S2.

34. Feldman D., Bernatsky S., Haggerty J. et al. Delay in consultation with specialists for persons with suspected new-onset rheumatoid arthritis: a population-based study // *Arthr. Rheum.* — 2007. — Vol. 57 (8). — P. 1419–1425.
35. Harrold L.R., Andrade S.E., Briesacher B.A. et al. Adherence with urate-lowering therapies for the treatment of gout // *Arthritis Res. Ther.* — 2009. — Vol. 11 (2). — P. R46.
36. Reach G. Treatment adherence in patients with gout // *Joint Bone Spine.* — 2011. — Vol. 78 (5). — P. 456–459.
37. Silva L., Miguel E.D., Peiteado D. et al. Compliance in gout patients // *Acta Reumatol Port.* — 2010. — Vol. 35 (5). — P. 466–474.
38. Singh J.A., Hodges J.S., Toscano J.P., Asch S.M. Quality of care for gout in the US needs improvement. // *Arthritis Rheum.* — 2007. — Vol. 57 (5). — P. 822–829.
39. Singh J.A., Hodges J.S., Asch S.M. Opportunities for improving medication use and monitoring in gout // *Ann. Rheum. Dis.* — 2009. — Vol. 68 (8). — P. 1265–1270.

Сведения об авторах

Склянова Мария Владимировна – очный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: karnmaria@yandex.ru)

Калягин Алексей Николаевич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел.: 8 (3952) 70-37-22; e-mail: akalagin@mail.ru)