

## Фармакотерапия

- кардиоваскулярные нарушения при подагре. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006; 291 с.
7. Серегин Г.И., Ленькова Н.А., Рытвинский С.С. и др. Актвегин в комплексной терапии больных с обширными раневыми повреждениями. Актвегин. Новые аспекты клинического применения. Сборник научно-практических статей. М., 2002; 187–92.
8. Obermaier-Kusser B., Muhlbacher C., Mushack J. et al. Further evidence for a two-step model of glucose-transport regulation. Inositol phosphate-oligosaccharides regulate glucose-carrier activity. *Biochem J* 1989; 3: 699–705.
9. Николаенко Э.М., Фигурова Л.М., Волков Н.И. и др. Актвегин. Новые аспекты применения в клинической практике. Сборник научных статей. М., 1995; 32–41.
10. Zhang W., Doherty M., Pascual-Gmez E. et al. EULAR evidence based recommendation for the diagnosis and management of gout. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(suppl III): 501.
11. Stroub R.L., Smith J.W., Carpenter K.G., Dietz G.H. The surgery of gout in the upper extremity. *J Bone Joint Surg [Am]* 1961; (43): 731–51.
12. Linton R.R., Talbott J.H. Surgical treatment of tophaceous gout. *Ann Surg* 1943; 117: 161–82.
13. Larmon W.A. Surgical management of tophaceous gout. *Clin Orthop* 1970; 71: 56–69.
14. Павлов В.П., Асин Б.А., Макаров С.А. и др. Хирургическое лечение хронической подагры. Научно-практическая ревматология, 2000; 3: 54–6.
15. Groff G.D., Franck W.A., Raddatz D.A. Systemic steroid therapy for acute gout: a clinical trial and review of the literature. *Semin Arthr Rheum* 1990; 19(6): 329–36.
16. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев Ю.В. Глюкокортикоиды в ревматологии. М.: Медицина, 1998.
17. Елисеев М.С., Барскова В.Г. Применение актовегина у больных с изъязвившимися подагрическими тофусами. Научно-практическая ревматология 2005; 5: 35–9.
18. Kuszto D., Bereczky M., Ablonczy D. et al. A controlled trial comparing two drugs used to treat peripheral vascular disorders with trophic lesions. *VASA* 1972; 1: 212.
19. Monnard P. Konservative Behandlung von Lochgeschwuren und diabetischer Gangran mit einem eiweibfreien Kalbsblutextrakt Praxis, Schweiz. *Rundschau f Med* 1974; 63: 909.
20. Tsang M.W., Wong W.K., Hung C.S. et al. Human epidermal growth factor enhances healing of diabetic foot ulcers. *Diabetic Care* 2003; 26(6): 1856–61.
21. Новицкий В.А., Смолянинов А.Б., Гаврюшин О.А. и др. Коррекция расстройств при лечении больных с длительно рубцующимися гастродуоденальными язвами препаратом Актвегин. Проблемы излечимости в гастроэнтерологии. Решенные и нерешенные клинические загадки: Труды 25-й конференции. Смоленск, 1997; 392–7.
22. McLauchlan G.J., Handoll H.H. Interventions for treating acute and chronic Achilles tendinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2, CD000232 [MEDLINE].

## Применение цитратных смесей у больных подагрой и нефролитиазом

Ф.М. Кудяева, М.С. Елисеев, В.Г. Барскова

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Поражение почек при подагре наряду с артритом является одним из основных клинических проявлений болезни, поскольку именно функциональное состояние почек, главного органа выведения мочевой кислоты, определяет тяжесть течения и в итоге прогноз заболевания [1]. Развитию гиперурикемии при подагре способствует множество факторов, приводящих либо к гиперпродукции, либо к снижению экскреции мочевой кислоты, чаще же наблюдается сочетание указанных состояний [2].

Нефролитиаз у больных первичной подагрой встречается в 1000 раз чаще, чем в популяции [3]. Уролитиаз при подагре выявляется в 20% случаев, что также в сотни раз чаще, чем у больных без подагры, и зачастую (в 40% случаев) предшествует суставным проявлениям подагры.

Частота нефролитиаза, выявляемого при УЗИ, у пациентов, находившихся на стационарном лечении в нашем институте, была достаточно высокой (68,7%).

Кроме того, больные подагрой и нефролитиазом были старше, имели большее количество пораженных суставов, длительность последнего обострения,

частоту артрита, число тофусов и собственно индекс тяжести подагры, нежели пациенты без нефролитиаза. Частота выявления симптома «пробойника» у больных подагрой с нефролитиазом была выше, чем у таковых без нефролитиаза [4].

Хотя в состав почечных камней могут входить не только ураты, ядро камня всегда уратное. В связи с этим нефролитиаз у больных подагрой следует рассматривать как тофусную форму заболевания.

Уровень экскреции мочевой кислоты — важный, но не единственный фактор, влияющий на риск камнеобразования. Существенную роль играет и величина рН мочи. Так, при изменении рН с 5,0 до 8,0 резко возрастает растворимость мочевой кислоты и соответственно ее экскреция с 8 до 1520 мг/день, что ведет к супернасыщению мочи мочевой кислотой [5].

Таким образом, применение у больных подагрой цитратных препаратов, способствующих защелачиванию мочи и рассасыванию камней, может иметь важное значение, особенно в начале лечения аллопуринолом.

В настоящее время единственным доступным в России препаратом, оказывающим нефролитолити-

## Ф а р м а к о т е р а п и я

ческое действие, является **блемарен**. Механизм его действия основан на нейтрализации кислой реакции мочи и поддержании нейтральной реакции мочи, в результате чего значительно повышаются растворимость солей мочевой кислоты и экскреция калия. Если рН мочи длительное время поддерживается на уровне 6,2–7,0, это способствует растворению мочекислых камней и предупреждению их образования. Кроме того, прием препарата препятствует форми-

рованию мочекислооксалатных и кальцийоксалатных камней, улучшая растворимость в моче кальция оксалата. Побочные эффекты при приеме блемарена развиваются редко и при начальной стадии почечной недостаточности коррекции дозы препарата не требуется. Таким образом, применение блемарена у больных подагрой полностью оправдано как при нефролитиазе, так и при гиперурикемии для профилактики камнеобразования.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Talbott J.H., Yu T.F. Gout and Uric Acid metabolism, Chapter VII: Pathophysiology of the kidney. Georg Thieme Publ Stuttgart 1976; 93–105.  
2. Seegmiller J.E. The study of human intermediary purine metabolism and its regula-

tion. Proc Roy Soc Med 1966; 59:292.  
3. Wyngaarden J.B., Kelley W.N. (eds). Gout and Hyperuricemia. London: Grune & Stratton, 1976; 233–52.  
4. Кудяева Ф.М. Функциональное состояние почек при подагре. Автореф. дис. ...

канд. мед. наук. М., 2006; 23 с.  
5. Purines and pyrimidines. Peters J.P., Van Slyke D.D. Quantitative Clinical Chemistry Interpretations. V. 1, 2nd ed. Baltimore.: Williams & Wilkins, 1946; 953 p.

## Новый взгляд на профилактику остеопороза: фокус на Кальций-Д<sub>3</sub> Никомед

**Н.В. Торощова, О.А. Никитинская, Л.И. Беневоленская**  
*ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва*

Остеопороз (ОП) — одно из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата, представляющий собой системный прогрессирующий процесс, характеризующийся низкой минеральной плотностью кости (МПК), нарушением костной микроархитектоники, повышением хрупкости кости и склонности к переломам. ОП широко распространен у женщин в постменопаузе: в странах Восточной Европы 30–40% женщин соответствующего возраста имеют риск возникновения остеопоротических переломов, что сравнимо с риском сердечно-сосудистых заболеваний и значительно выше риска возникновения рака молочной железы в этой популяции [1]. Остеопоротические переломы приводят к снижению качества жизни, являются причиной высокой инвалидизации и смертности, вследствие чего представляют серьезную медико-социальную проблему. Так, в европейских странах около 80% женщин старше 75 лет, проживающих в домах престарелых, умирают вследствие перелома шейки бедра [2]. В связи с увеличением продолжительности жизни и соответственно увеличением числа пожилых людей эта проблема приобретает особую важность.

Для профилактики ОП предложены следующие меры: достижение максимальной пиковой массы кости в период формирования скелета, профилактика

возрастного снижения МПК, устранение вторичных причин потери плотности, профилактика переломов. Существенная роль при этом отводится здоровому образу жизни, полноценному питанию, отказу от вредных привычек. При необходимости рекомендуется и фармакологическое вмешательство [3].

Традиционно считается, что адекватное потребление кальция и витамина D — важная часть профилактики и лечения ОП, так как кальций способствует поддержанию достаточной плотности костной ткани и снижению риска переломов, а витамин D необходим для его лучшего всасывания и поддержания нормального костного метаболизма. Норма потребления кальция в различные периоды жизни человека зависит от того, для каких целей он требуется: в детстве и юности — для достижения пика костной массы, в среднем и пожилом возрасте — для сохранения плотности костной массы и минимализации костных потерь. В настоящее время в разных странах разработаны рекомендации по потреблению кальция (в пересчете на элементарный), например, для женщин в постменопаузе этот уровень составляет 1–1,5 г в сутки.

Кальций (в ионизированной форме и в виде комплексов) играет ключевую роль в ряде функций организма: делении и дифференцировке клеток, проведе-